



“LA SALUD ALIMENTARIA NUTRICIONAL EN LA DIMENSIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL EN MÉDICOS DE UN HOSPITAL ESCUELA, CÓRDOBA 2019”

AUTORA:
MARTINESI MARÍA CANDELARIA

DIRECTORA:
PROF. ESP. LIC. PASSERA PATRICIA

CO-DIRECTORA:
PROF. DRA. VIOLA LORENA

CÓRDOBA, SEPTIEMBRE 2020

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA LA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

**“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y
profesional en médicos de un hospital escuela,
Córdoba 2019”**

Autora:

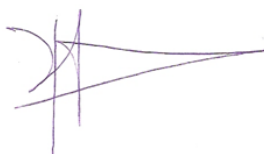
Martinesi María Candelaria

DNI: 39175847



Directora:

Prof. Esp. Lic. Passera Patricia



Co-Directora:

Prof. Dra. Viola Lorena



Córdoba, septiembre 2020

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

**“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional en
médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”**

HOJA DE APROBACIÓN

Autora:

Martinesi María Candelaria DNI: 39175847

Directora:

Prof. Esp. Lic. Passera Patricia

Co-Directora:

Prof. Dra. Viola Lorena

Tribunal evaluador:

.....
<i>Dra. Perovic Nilda R.</i>	<i>Lic. Pedernera Cristian</i>	<i>Prof. Esp. Lic. Passera Patricia</i>

Calificación:

Fecha:

***Art. 28°:** Las opiniones expresadas por los autores de este Seminario Final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas.*

AGRADECIMIENTOS

Gracias mamá y papá, Clau y Pepo, por el apoyo incondicional desde el primer día.

Gracias por la contención, la fuerza, la empatía, y sobre todo el amor. Gracias por recordarme que nadie es mejor profesional de lo que es como persona.

Gracias Vale y Jumi por la paciencia, la escucha y el aliento. Gracias por los abrazos.

Gracias Franco por transitar este camino al lado mío. Gracias por las horas de escucha y el amor constante.

Gracias a mis amigas, compañeras fieles e incondicionales, por el apoyo, la energía y por la fe en mí.

Gracias Patri por estar presente en toda hora y todo lugar, por tu dedicación y paciencia. Gracias por dejarme aprender de vos.

Gracias Lore por tu acompañamiento durante este proceso.

Gracias a la Universidad Nacional de Córdoba, a la Escuela de Nutrición y a quienes la integran, por brindarme las herramientas y el espacio para mi formación profesional y personal.

Martinesi María Candelaria

RESUMEN

“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”

Área temática de investigación: Epidemiología y Salud Pública

Autores: Martinesi M. C., Prof. Dra. Viola L., Prof. Esp. Lic. Passera P.

Introducción: Los profesionales médicos poseen un papel sustancial como actores, facilitadores y promotores de estilos de vida saludables, debido a esto sus hábitos alimentarios, la importancia que los mismos le dan a los indicadores de salud alimentaria nutricional (SAN) y las acciones que realizan en su práctica médica adquieren relevancia para la salud pública. **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre el cuidado a la SAN en la dimensión personal y profesional en profesionales médicos de un hospital escuela en el año 2019. **Metodología:** Estudio de tipo observacional, corte transversal, con abordaje descriptivo correlacional. Universo: Médicos que concurrían al comedor de residentes del Hospital Nacional de Clínicas de la FCM, UNC. Variables: Cuidado de la SAN en la dimensión personal (Adhesión a las Guías Alimentarias para la Población Argentina - GAPA); Cuidado de la SAN en la dimensión profesional (Importancia asignada a indicadores de SAN- Acciones en la práctica profesional). **Resultados:** El universo relevado fue de 78 profesionales. Se observó un cuidado moderado a la propia salud alimentaria a partir del nivel de adhesión a las GAPA. En la dimensión profesional la *Alimentación* resultó el indicador de más ALTA consideración (96,2%). La *derivación a profesionales del área de Nutrición* o la *solicitud de interconsulta* fue la práctica profesional que sobresalió (76,9%). **Conclusiones:** No se observó asociación entre el cuidado de la salud alimentaria personal y profesional. La investigación despierta la necesidad de trabajar hábitos alimentarios poco saludables y la relación entre los equipos profesionales de las áreas nutrición y médica.

Palabras claves: Profesionales médicos – Práctica médica – Hábitos alimentarios- Guías alimentarias.

INDICE

Introducción.....	1
Planteamiento y delimitación del problema	4
Objetivos.....	6
Marco teórico.....	8
<i>Práctica médica</i>	10
<i>Acciones en la práctica profesional</i>	11
<i>Los cuidados de la salud alimentaria en la Práctica Profesional</i>	12
<i>Hábitos alimentarios en profesionales de la salud</i>	14
<i>Guías Alimentarias para la población argentina</i>	15
<i>Indicadores de salud alimentaria nutricional</i>	16
- Alimentación.....	16
- Peso corporal.....	17
- Circunferencia de cintura	18
Hipótesis	19
Variables.....	21
Diseño metodológico.....	23
<i>Tipo de estudio</i>	24
<i>Universo</i>	24
<i>Criterio de inclusión</i>	24
<i>Criterio de exclusión</i>	24
<i>Operacionalización de las variables</i>	25
<i>Técnica e instrumento de recolección de datos</i>	28
<i>Plan de tratamiento estadístico de datos</i>	28
Resultados.....	29
Discusión	52
Conclusión	63
Referencias bibliográficas	66
Anexos.....	74
<i>Anexo N° 1</i>	75

<i>Anexo N° 2</i>	79
Glosario	80

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

INTRODUCCIÓN



*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

La prevalencia de enfermedades crónicas está creciendo en muchos países y es uno de los principales desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial, debido a su contribución en las tasas de mortalidad (Serra Valdes, 2016). Las principales causas de su incremento están relacionadas con los cambios en los estilos de vida, siendo el envejecimiento de la población, la urbanización, la globalización y los patrones de consumo alimentario los principales promotores de riesgo (OPS &OMS, 2013).

En Argentina y en el mundo los estilos de vida no saludables, que son modificables por la conducta, contribuyen a la aparición de sobrepeso y obesidad (Quirantes Moreno, Lopez Ramirez, Hernández Meléndez, & Pérez Sanchez, 2009), lo que se refleja en la cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2018, en donde, según mediciones objetivas, el 66,1% de la población presenta exceso de peso, de los cuales el 33,7% corresponde a sobrepeso, ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) y el 32,4% a obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (INDEC, Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

A nivel global en las últimas décadas la transición alimentaria trajo consigo una modificación en la dieta tradicional basada en alimentos frescos o mínimamente procesados, preparados en el hogar, por una dieta basada cada vez más en alimentos ultraprocesados (Zapata, Rovirosa, & Carmuega, 2016).

Frente a este escenario un tema que cobra vigencia en la actualidad es la promoción de estilos de vida saludables, estrategia que fomenta la adquisición y el desarrollo de aptitudes y habilidades personales que conllevan a una vida sana, apuntando al empoderamiento de las personas, siendo éste uno de los campos de acción donde el rol del personal de salud adquiere importancia. (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, s. f.).

Los profesionales médicos poseen un papel sustancial en la salud pública como actores-promotores-facilitadores de estilos de vida saludables, que buscan aumentar en sus pacientes la concientización y la motivación para el cambio, mejorando así la salud y previniendo enfermedades (Hurtado Hernández & Morales Meléndez, 2012). Se suele suponer que los médicos al tener el conocimiento de los factores que condicionan la salud, llevan a cabo con mayor frecuencia comportamientos que contribuyen a un estilo de vida saludable. Sin embargo, es una realidad encontrar numerosos profesionales de la salud con presencia de hábito tabáquico, consumo de alcohol, conductas sedentarias, etc. (Sanabria, González & Urrego, 2007). Esta situación despierta el interrogante de

este equipo de investigación por conocer, en relación a la salud alimentaria nutricional, la atención que los profesionales médicos de un hospital escuela dan a la misma, tanto en su dimensión personal como en la atención que ellos hacen de sus pacientes.

Los hábitos alimentarios, como el estado nutricional, expresado éste a partir de indicadores antropométricos entre otros, permiten caracterizar la salud alimentaria-nutricional de las personas. En relación a los hábitos alimentarios, las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), se constituyen en una herramienta educativa y científica fundamental para favorecer la aprehensión de conocimientos que contribuyan a generar comportamientos alimentarios - nutricionales más equitativos y saludables por parte de la población de usuarios directos e indirectos. Las GAPA se expresan a través de diez mensajes genéricos con distintas especificaciones en cada uno de ellos (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Determinar el nivel de adhesión a las GAPA que practican los profesionales médicos, permite conocer el cuidado a la salud alimentaria nutricional que ellos mismos le dan a este componente en su dimensión personal.

Además de conocer el cuidado a la propia alimentación y situación nutricional que muestran los profesionales médicos, es relevante indagar acerca de la importancia que éstos, en su práctica profesional, le otorgan a la alimentación, como a determinados indicadores antropométricos, y cuáles son las acciones para el cuidado de la salud alimentaria-nutricional que realizan en la atención a sus pacientes. Esos son los motivadores que orientan la realización del presente trabajo, el cual pretende abordar la relación entre el cuidado de la salud alimentaria nutricional del profesional médico en ambas dimensiones: personal y profesional. El mismo se enmarca en el Proyecto de investigación *“Percepciones y cuidado de la salud alimentaria nutricional en profesionales de la salud. Córdoba.”* (Res. SECYT. UNC N° 411/18).

Resulta relevante en el proceso de investigar, el hecho de poder profundizar el conocimiento de una realidad, permitiendo aumentar las posibilidades de diseñar estrategias superadoras de la misma. Y esto adquiere una mayor significancia dada la responsabilidad de los médicos en el cuidado de la salud de terceros como por su participación directa e indirecta en instancias de formación de nuevos profesionales de la salud, debido su desempeño en un hospital escuela.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA



*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

¿Qué relación existe entre el cuidado que los profesionales médicos de un Hospital Escuela le dan a su salud alimentaria nutricional personal con la que éstos dan a la misma en su ejercicio profesional?

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

OBJETIVOS



Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el cuidado a la salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional en profesionales médicos de un Hospital Escuela en el año 2019.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de adhesión a las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) en la población estudiada.
- Identificar la importancia asignada por parte de los médicos a la alimentación, peso corporal y circunferencia de cintura, como indicadores de salud alimentaria nutricional.
- Reconocer en la práctica profesional del médico acciones que contribuyen al cuidado de la salud alimentaria nutricional de las personas asistidas.
- Determinar la relación existente entre la importancia asignada a los indicadores de salud alimentaria nutricional y las acciones en la práctica profesional del médico.
- Determinar la relación existente entre la importancia asignada a la alimentación como indicador de salud alimentaria nutricional y el nivel de adhesión personal de los profesionales médicos a las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA).

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

MARCO TEÓRICO



*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

La profesión médica se puede definir como la ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades; se caracteriza por un espíritu de servicio y de persecución del beneficio del paciente antes que el propio. Por otra parte, el profesional médico es aquel que posee una titulación y que está comprometido con los principios éticos y deontológicos y con los valores de la profesión médica y cuya conducta se ciñe a dichos principios y valores (Rodríguez Sendín, 2010), por lo que la presente investigación tuvo como objetivos caracterizar el cuidado de la salud alimentaria nutricional en las dimensiones personal y profesional de médicos que asisten al comedor de residentes de un hospital escuela. La elección de este grupo poblacional reside en el papel de referente y en el compromiso del profesional médico con la salud de la población.

Según la Red Federal de Registros de Profesionales de Salud a nivel país (REFEPS), en junio del 2016 el número de médicos en Argentina era de 172.502, con una relación de 3,96 profesionales cada mil habitantes (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2018). De acuerdo a la información obtenida a partir de la REFEPS del año 2012, los médicos que se encuentran en edad activa en el ámbito nacional alcanzaron el número de 160.041, siendo la relación de los médicos cada mil habitantes de 3,88, (población estimada de acuerdo al censo poblacional del año 2010). Datos anteriores provienen del censo del año 2001, en esa oportunidad, la cantidad de médicos que se contabilizaron alcanzó los 121.076 en total, y los activos 108.258, dando cuenta de 3,2 médicos (en actividad e inactivos) cada mil habitantes. Estos datos reflejan que la cobertura de salud en el país fue mejorando durante este periodo (Williams, G. Duré, I. Dursi, 2012).

El subsector público de la salud en Argentina, a través de una red de hospitales y centros ambulatorios, durante el año 2015 tuvo una cobertura estimada en torno al 36,1% de la población.

A su vez datos del 2015 muestran una distribución desequilibrada de los médicos en las diferentes regiones del país, específicamente con respecto a la tasa global de médicos. El 75% de las provincias tienen menos de 44,4 médicos por 10.000 habitantes, por encima de estos valores se encuentran CABA, Santa Fe, Tierra del Fuego, Neuquén y Córdoba. Durante dicho año se calcula que esta última provincia

obtuvo un valor de 53 médicos cada 10.000 habitantes y fue poseedora de 18.980 médicos asignados (Navarro Perez et al., 2015).

Práctica médica

Durante la práctica médica el profesional pone a disposición de la población sus conocimientos, habilidades y criterio propio para promover y restablecer la salud, prevenir y proteger de la enfermedad y mantener y mejorar el bienestar de los ciudadanos.

Según Rodríguez Sendín (2010), presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en España, la práctica diaria del profesional médico implica el compromiso con:

- La integridad en la utilización del conocimiento y en la optimización de los recursos.
- La compasión como guía de acción frente al sufrimiento.
- La mejora permanente en el desempeño profesional para garantizar la mejor asistencia posible al ciudadano.
- La colaboración con todos los profesionales e instituciones sanitarias en aras de la mejora de salud y el bienestar de la población.

Las prácticas de los médicos durante su desempeño profesional están en relación directa con estructuras y esquemas mentales contruidos por un conjunto de técnicas, referencias y creencias, que conforman un habitus profesional. Estos esquemas metales se van interiorizando a partir, no solo de los conocimientos técnicos que poseen los médicos, sino también de la formación profesional (Bourdieu, 2003). Es por ello que hablar de práctica médica va más allá del quehacer propio del médico en su ámbito laboral y de los conocimientos técnicos que el mismo posee, sino que también está vinculado con la formación profesional y humana de cada uno de ellos a lo largo de su vida. Por su parte el conocimiento técnico adquirido durante la formación académica le confiere a la profesión médica la autonomía para establecer el diagnóstico y el tratamiento médico (Arenas Monreal, Hernández Tezoquipa, Valdez Santiago, & Bonilla Fernández, 2004).

Acciones en la práctica profesional

Durante su desempeño el médico realiza diferentes acciones propias de su quehacer profesional y, a su vez, propias del modelo médico al que adhiere. En este sentido podemos afirmar que una gran parte del sistema de salud argentino se rige de características propias del modelo médico hegemónico, como el biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, entre otros. Estos rasgos posibilitan la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades, reduciendo su aparición y desarrollo a la naturaleza biológica y ecológica de la enfermedad (Menéndez, 2005).

En este contexto, se pone en evidencia la necesidad de reorientar el modelo de atención al modelo médico centrado en la persona, que se caracteriza por una comprensión integral de la persona como un todo, compromiso ético, marco holístico, énfasis relacional, sensibilidad cultural, individualización de la atención, entendimiento diagnóstico y decisiones clínicas compartidas entre clínicos, paciente y familia (Wagner et al., 2015).

La complejidad de las realidades del mundo actual, exigen superar la fragmentación del proceso salud enfermedad, ya que todos los sistemas o estructuras que constituyen a la persona se caracterizan por sus interconexiones, por lo que resulta necesario abordar la etiología multicausal del proceso salud – enfermedad. Esto equivale a decir que debemos pasar de los saberes monodisciplinarios a los multidisciplinares (Piñeros, 2012). Y en este marco, resulta fundamental la conformación de equipos interdisciplinarios, es decir, un grupo de especialistas constituido por profesionales de diferentes especialidades, pero que comparten e integran sus conocimientos y experiencias para la atención de un objetivo común compartido, cuyos resultados potenciales no podrían haber sido producidos aisladamente (Brito Timauri, 2010). Esto permitiría un abordaje integral del paciente y la generación de interacciones productivas entre un equipo de salud proactivo y pacientes activos, informados e involucrados con los cuidados que requiere la atención de su enfermedad (Piñeros, 2012).

El análisis de la red causal de problemas que afectan a un paciente requiere la construcción de un marco teórico conceptual con un enfoque integral, que comprenda la importancia relativa de cada causa y la existencia de una multiplicidad de factores involucrados (Brito Timauri, 2010). El abordaje del paciente desde su integralidad requiere del análisis de la situación alimentaria nutricional del mismo, que se podría realizar teniendo en cuenta indicadores de la salud alimentaria nutricional como la alimentación, el Peso (P) y circunferencia de cintura (CC). Siguiendo este objetivo, la práctica médica podría incluir como acciones posibles la interconsulta con un Licenciado en Nutrición, la determinación de mediciones antropométricas, la indagación sobre la alimentación del paciente, entre otras. A la fecha no se dispone evidencia científica que permita reconocer cuáles son las acciones concretas que realiza el profesional médico en Argentina para la atención y seguimiento de la salud alimentaria nutricional de sus pacientes, por lo que es preciso introducirnos en su reconocimiento, intentando poner luz y análisis sobre tal realidad.

Los cuidados de la salud alimentaria en la Práctica Profesional

El estado de salud, para cualquier ser humano, es un complejo y multifacético estado de bienestar y de equilibrio físico, emocional y mental, por lo que cualquier alteración en este campo puede ocasionar errores y omisiones en relación al trabajo que la persona realiza, por lo que si estamos hablando de profesionales de la salud se podría ver afectada la atención de seres humanos, alcanzando repercusiones significativas en los estándares de calidad en los diferentes niveles de atención médica de la población (Gutierrez Garcia & Gutierrez Hernandez, 2014).

Durante la formación académica a los médicos se les instruye para atender y curar a otros, es por ello que son percibidos por la sociedad como referentes de salud; por lo que se esperaría que sean un ejemplo de estado de salud óptimo, bienestar y equilibrio. Contrario a esto numerosos estudios demuestran que las enfermedades que afectan a estos profesionales no son muy distintas a las que sufre la población general (Álvarez Cordero, 2014).

Los profesionales médicos en su práctica diaria están sometidos a un estrés crónico y sostenido (Rincón, Fraga, & Alcántara, 2015) a causa de numerosos factores

que envuelven su actividad, desde exceso de trabajo, fatiga, altos grados de responsabilidad, frustración, y por último, la exigencia de no reconocer que el médico puede enfermar como cualquier persona, ya que esto es visto por muchos sectores como un signo de debilidad o de incompetencia profesional (Gutierrez Garcia & Gutierrez Hernandez, 2014). Estudios realizados en distintas partes del mundo reportan, en médicos, altas tasas de problemas salud mental, como depresión, desgaste profesional, percepción de mala calidad de vida y síndrome de Burnout (Schonahut, Rojas, & Millán, 2009).

La responsabilidad en la atención de un enfermo implica ofrecer un servicio que como principio básico inicial es el no causar daño y, por otro lado, la elección de un determinado tratamiento eficaz; esto ocasiona en el profesional de salud, estados de tensión frecuentes y prolongados en el tiempo. Por otro lado, el exceso de información técnica y terapéutica que el médico requiere para ejercer su labor puede restar tiempo de esparcimiento, recreación y descanso que pueden afectar su calidad de vida y de trabajo (Gutierrez Garcia & Gutierrez Hernandez, 2014).

La actividad laboral, conjuntamente con la familiar, la escolar, la del grupo social, entre otras, forman parte de la actividad humana en la cual tiene lugar el proceso salud-enfermedad (Espinosa González, 2004). De modo que el quehacer diario en la práctica profesional del médico influye en su estado nutricional. Estudios demuestran que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables, tienen mayor probabilidad de recomendar y de inducir en sus pacientes hábitos igualmente saludables y de tener mayor éxito en el seguimiento de sus recomendaciones. Esto hace que el impacto que el profesional de la salud tiene sobre la salud pública sea doble: además de impactar sobre su propia salud, los estilos de vida de dicho grupo recaen en las acciones de salud de sus pacientes (Sanabria et al., 2007).

De aquí es de donde parte la necesidad de reflexionar acerca de cuáles son los cuidados de los médicos en relación a su propia salud alimentaria nutricional, y, entre ellos, cuáles son sus hábitos alimentarios; sin dejar de lado cuál es la importancia que los mismos le dan a la salud alimentaria nutricional de sus pacientes y que hacen con respecto a esto en su práctica profesional.

Hábitos alimentarios en profesionales de la salud

Los hábitos alimentarios son manifestaciones recurrentes de comportamiento respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué y con quién se consumen los alimentos (Macias, Gordillo, & Camacho, 2012). Los mismos están relacionados con la identidad y la formación cultural y social. El aprendizaje de los hábitos alimentarios está condicionado por numerosos factores, en un principio procedentes, sobre todo, de la familia, agregándose con el tiempo otros como los medios de comunicación y la escuela (Nunes dos Santos, 2007).

Como consecuencia de los cambios económicos, sociales, demográficos, epidemiológicos y tecnológicos a lo largo del tiempo, fundamentalmente durante la última mitad del siglo XX, se han producido cambios significativos en los hábitos de consumo de alimentos en todo el mundo (Bermudez & Tucker, 2003); modificaciones vinculadas con cambios en la forma de comprar, preparar y consumir los alimentos, predominando la mayor practicidad y el menor tiempo dedicado a la preparación de alimentos (Zapata et al., 2016). Estas transformaciones, sumados a los cambios en la realización de actividad física, tienen un efecto indirecto y directo en la salud de la población y se han asociado al aumento de la obesidad y otras enfermedades crónicas, impactando en la morbilidad, la calidad de vida y el gasto sanitario (OMS, 2014).

Argentina no es ajeno a esos cambios de hábitos globales, datos recientes reflejan que, en las dos últimas décadas, se produjo una disminución en el consumo de alimentos tales como frutas y vegetales, harina de trigo, legumbres, carne vacuna y leche; y una mayor ingesta de nutrientes críticos como grasas saturadas, grasas trans, sodio y azúcares, asociados al aumento en el consumo de alimentos como masas de tartas y empanadas, carne porcina, productos cárnicos semielaborados, yogur, gaseosas, jugos y comidas listas para consumir (Zapata et al., 2016).

Actualmente el patrón alimentario está basado en alimentos listos para el consumo y ultra procesados, habiendo desplazado a la dieta basada en platos preparados a partir de alimentos mínimamente procesados o sin procesar tales como vegetales, frutas y legumbres (Zapata et al., 2016).

En referencia a los hábitos alimentarios de los médicos, algunos estudios como el de Sanabria et al. (2007), referente al manejo de estilos de vida saludables, entre ellos hábitos alimenticios de los médicos y enfermeras, reflejó que una sexta parte presentaba

hábitos pocos saludables y que una tercera parte presentaba sobrepeso u obesidad. Otro estudio manifestó que el 40% de la muestra de médicos presenta conductas de riesgo relacionadas con esta dimensión (Hewitt Ramirez, 2007). Esto nos hace pensar que, a pesar de no haber un gran número de investigaciones sobre alimentación en profesionales médicos, éstos no escapan de la realidad actual: una alta proporción de la población mundial poseedora de hábitos globales que generan efectos no benéficos en la salud.

Guías Alimentarias para la población argentina

Una herramienta fundamental para favorecer la aprehensión de conocimientos que contribuyan a generar hábitos alimentarios saludables por parte de la población son las “Guías Alimentarias para la población argentina” (GAPA). Las mismas traducen las recomendaciones nutricionales para la población en mensajes prácticos, redactados en un lenguaje sencillo, coloquial y comprensible y otorgan herramientas y elementos pedagógicos a la población para facilitar y promover la adopción de hábitos saludables. Están dirigidas a la población sana mayor de dos años, respetando la diversidad regional del país.

Las “Guías Alimentarias para la población argentina” (GAPA) fueron actualizadas y publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2016 con el propósito promover la salud y prevenir enfermedades crónicas no transmisibles en aumento, tales como: diabetes, enfermedades cardiovasculares, distintos tipos de cánceres, enfermedad renal y respiratoria. Y con el objetivo de trabajar diversas formas de malnutrición: aquellas asociadas a carencias nutricionales y las relacionadas con excesos, como el sobrepeso y la obesidad.

Las GAPA se sostienen en el marco del derecho humano a la alimentación, de disponer y acceder en todo momento y en todo lugar a alimentos nutritivos, en lo posible producidos de forma sostenible y sustentable para una cultura determinada. Por otra parte, se sostiene desde una mirada integral del sistema alimentario, contemplando la perspectiva de la alimentación atravesada por múltiples determinantes: demográficos, ecológicos, políticos, económicos, psicológicos y de género.

Las GAPA promueven la incorporación de alimentos variados, preferentemente frescos, teniendo en cuenta la diversidad cultural y las tradiciones locales. Ofrece recomendaciones contempladas en 10 mensajes (con sus respectivos sub mensajes o mensajes secundarios) para lograr una alimentación saludable:

1. Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.
2. Tomar a diario 8 vasos de agua segura.
3. Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.
4. Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.
5. Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.
6. Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.
7. Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.
8. Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.
9. Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.
10. El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir. (Ministerio de Salud de la Nación, 2018).

Indicadores de salud alimentaria nutricional

- Alimentación

La alimentación es una de las necesidades fisiológicas primordiales del humano, un pilar fundamental del crecimiento y la salud de los individuos y una condición esencial para el bienestar, la equidad y el desarrollo social (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2018).

La alimentación es un determinante en la salud alimentaria nutricional de las personas, esto se debe al papel que desempeñan los nutrientes en la prevención de enfermedades y problemas de salud crónicos como obesidad, enfermedades

cardiovasculares, diabetes, entre otros (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2018). La realización de una alimentación suficiente, equilibrada y adaptada a las necesidades en las diferentes etapas de la vida favorece un estado óptimo de salud (Socarrás & Aguilar Martínez, 2015), y esto ocurre cuando la misma cubre las necesidades nutritivas y calóricas requeridas por el organismo en las distintas etapas de la vida. Dichos nutrientes deben provenir, sobre todo, de alimentos frescos, poco procesados o sin procesar y principalmente vegetales, evitando los alimentos de baja calidad nutricional y las bebidas alcohólicas. Una alimentación saludable debe poderse adaptar a las características individuales y también sociales, culturales y del entorno; y, además, debe ser satisfactoria, agradable y aportar placer sensorial (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2018).

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo utiliza el consumo de frutas y verduras como indicador para el análisis de la alimentación de los argentinos; la 4^o edición muestra que los patrones alimentarios continúan siendo inadecuados en los adultos ya que el consumo de frutas y verduras permanece estable con respecto a ediciones anteriores y extremadamente por debajo de las recomendaciones de consumo de al menos 5 porciones promedio diaria, solo el 6% de la población cumplió con la recomendación de consumo diario (INDEC - Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

- Peso corporal

El peso corporal (P.C) mide la masa corporal global de un individuo, su medición es fácil de obtener y reproducible. Debido a los cambios en los hábitos de vida de nuestra sociedad actual la cantidad de personas que poseen exceso de peso están en aumento tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, afectando cada vez más a niños y adolescentes (INDEC - Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

El exceso de peso puede ser estimado por diferentes métodos, como pliegues cutáneos, relación cintura cadera y métodos por imágenes; sin embargo, dada su simplicidad, bajo costo y asociación con riesgo de eventos, el índice de masa corporal (IMC) ha sido ampliamente aceptado para su utilización en estudios epidemiológicos. Este índice se obtiene como resultado del cociente entre el peso del individuo y su talla elevada al cuadrado ($IMC=P/talla^2$) (González Guzmán, 2010), y proporciona la medida más útil para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la población, pues es la

misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. La OMS define sobrepeso: IMC igual o superior a 25 kg/m² y obesidad: IMC igual o superior a 30 kg/m² (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Es importante considerar al IMC como un valor aproximado, esto se debe a que, al no distinguir la masa magra de la masa grasa, poco contribuye a la determinación del tejido adiposo, y por lo tanto no representa la distribución de la grasa corporal. Este es un aspecto de relevancia, ya que se ha establecido que el lugar de depósito y la distribución de la grasa en el cuerpo representa un riesgo diferente, más específicamente al tejido adiposo perivisceral asociado con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, y cáncer, entre otras (Moreno González, 2010).

- **Circunferencia de cintura**

La circunferencia de cintura (C.C) se define por medio de la medida de menor circunferencia entre la cresta iliaca y el reborde costal, y es, seguido del índice de masa corporal, el mejor indicador predictivo de uno o más factores de riesgo metabólico (Moreno González, 2010).

La grasa localizada en la región abdominal se asocia con mayores riesgos para la salud que en las regiones periféricas, por lo que una circunferencia de cintura alta se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, obesidad, diabetes tipo 2, dislipidemia e hipertensión (Anderson, Marquez, Barboza, & Gonzales, 2017).

La OMS en 1998 estableció los puntos de corte para la determinación del riesgo cardiometabólico según el perímetro de cintura por sexos, quedando de la siguiente manera (NHLBI, 1998):

Riesgo Cardiometabólico	Mujeres	Hombres
Bajo	<80 cm	<94 cm
Aumentado	80 – 88 cm	94 – 102 cm
Muy Aumentado	>88 cm	>102 cm

El hábito de la medición de la circunferencia de cintura en el ámbito hospitalario ha demostrado ser una herramienta útil para detectar poblaciones vulnerables (Moreno González, 2010).

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

HIPÓTESIS



*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

- La importancia asignada por los profesionales médicos a la alimentación como indicador de salud alimentaria nutricional se asocia con el nivel de adhesión personal a las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA).
- La importancia asignada por los profesionales médicos a los indicadores de salud alimentaria nutricional se asocia a sus acciones en relación a los mismos en su práctica profesional.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

VARIABLES



*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

Variables:

1. Cuidado de la salud alimentaria nutricional en la dimensión personal
 - a) Adhesión a las GAPA
2. Cuidado de la salud alimentaria nutricional en la dimensión profesional
 - a) Importancia asignada a los indicadores de salud alimentario nutricional
 - b) Acciones en la práctica profesional

Variables intervinientes:

1. Características sociodemográficas de la población
 - a) Sexo
 - b) Edad
 - c) Especialidad médica
 - d) Años de ejercicio profesional

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

DISEÑO METODOLÓGICO



***“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”***

El presente trabajo se enmarcó en el Proyecto de investigación “*Percepciones y cuidado de la salud alimentaria nutricional en profesionales de la salud. Córdoba.*” (Res. SECYT. UNC N° 411/18).

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo observacional, de corte transversal, con abordaje descriptivo correlacional.

Universo

Profesionales médicos que se desempeñaron en el Hospital Nacional de Clínicas de la Ciudad de Córdoba y asistieron al comedor de personal del mismo, durante el año 2019. (Población informada por el Área Alimentación y Nutrición del HNC, N= 103).

Criterio de inclusión

- Profesionales Médicos que no superaban los 65 años y se desempeñan en el HNC al momento del relevamiento de datos, siendo concurrente autorizado al Comedor de Personal del mismo.
- Firmar consentimiento informado.

Criterio de exclusión

- Médicos que superan los 65 años de edad.
- Médicos que desempeñándose en el HNC no integran el equipo de profesionales autorizados para participar en el Comedor de Personal.
- Médicos que desempeñándose en el HNC y manifestando su voluntad de participar, lleven cuidados alimentarios especiales en forma permanente, por creencias religiosas o se encontraban cursando embarazo.

Operacionalización de las variables

1. Características Sociodemográficas de la población

a) Sexo

Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (RAE, s. f.)

Categorías:

- Femenino
- Masculino

b) Edad

Tiempo que ha vivido una persona (RAE, s. f.) expresado en años al momento de realizar el relevamiento de datos.

Categorías:

- 25 a 35 años
- 36 a 45 años
- 46 a 55 años
- 56 a 65 años

c) Especialidad médica

Subdivisión de la Medicina la que reúne una serie de conocimientos especializados y relativos de un área específica, la cual puede estar determinada por la edad del paciente, patologías de órganos o sistemas, causas de la patología o por etapas de la vida (Manuel & Cruz, 2017).

d) Años de ejercicio profesional

Cantidad de años que un profesional ejerce su profesión.

Categorías:

- Menos de 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 15 años
- 16 a 20 años
- Más de 20 años

2. Cuidado de la salud alimentaria nutricional en la dimensión personal

a) Adhesión a las GAPA

Nivel en el que la conducta de una persona, en relación a sus hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones especificadas en las Guías Alimentarias para la Población Argentina.

La categorización respondió a criterios propios del equipo de investigación del Proyecto en el cual se enmarca el presente Trabajo de Investigación para la Licenciatura en Nutrición, en ausencia de relevamientos previos que permitan el empleo de otras categorías posibles y la posterior comparación con las mismas.

INDICADOR	CATEGORÍA	
Nivel de adhesión a los SUB MENSAJES O MENSAJES SECUNDARIOS	Alta (A)	$\geq 80\%$ de respuestas positivas al sub mensaje
	Moderada (M)	$\geq 50\%$ de respuestas positivas al sub mensaje
	Baja (B)	$\leq 49,9\%$ de respuestas positivas al sub mensaje
Nivel de adhesión a los MENSAJES	Alta	Evidencia predominio de adhesión ALTA en sus sub mensajes
	Moderada	Evidencia predominio de adhesión MODERADA en sus sub mensajes
	Baja	Evidencia predominio de adhesión BAJA en sus sub mensajes
Nivel de adhesión a las GAPA	Alta	Evidencia predominio de adhesión ALTA en sus mensajes
	Moderada	Evidencia predominio de adhesión MODERADA en sus mensajes
	Baja	Evidencia predominio de adhesión BAJA en sus mensajes

3. Cuidado de la salud alimentaria nutricional en la dimensión profesional

a) Importancia asignada a los indicadores de salud alimentario nutricional

Implica atribuir o determinar un valor de importancia a indicadores de salud, teniendo en cuenta diversos elementos o juicios personales.

Indicadores:

- Alimentación
- Peso corporal
- Circunferencia de cintura

Los valores asignados se interpretaron mediante la siguiente escala:

- Importancia alta: 4 y 5
- Importancia media: 3
- Importancia baja: 2 y 1

b) Acciones en la práctica profesional

Incluye a las acciones realizadas por los profesionales médicos en el ámbito hospitalario que tienden al cuidado de la persona/paciente en relación a su estado nutricional, alimentación y composición corporal.

Se midió mediante el porcentaje de la población médica que realiza en su práctica profesional cada una de las siguientes acciones:

- Derivación o pedido de interconsulta con profesional del área de Nutrición/Alimentación.
- Entrega de indicaciones alimentarias o plan/dieta impresa.
- Brinda recomendaciones de alimentación generales que son de su conocimiento.
- Determinación del Peso Corporal.
- Medición de talla.
- Determinación del Índice de masa corporal.
- Medición y valoración de circunferencia de cintura.
- Otras.

Técnica e instrumento de recolección de datos

Fuente de datos: Primaria, formulario de encuesta prediseñada.

Recolección de datos: Entrevista semiestructurada con preguntas cerradas de elección múltiple, escala tipo Likert y preguntas abiertas.

Instrumentos:

Encuesta prediseñada. (Anexo N°1)

Consentimiento informado de los participantes. (Anexo N° 2)

Los profesionales Médicos asistentes al comedor de personal del Hospital Nacional de Clínicas, fueron contactados para el relevamiento de datos en dicho espacio en el que se contó con un aula específica para la realización de las entrevistas como de la valoración antropométrica. Previamente a iniciar el relevamiento, se realizó una etapa de motivación a los respectivos Servicios Hospitalarios en la que se informó de la investigación como sus detalles, e invitando a la participación voluntaria de los profesionales. Tras su participación, estos completaron el respectivo consentimiento informado. El relevamiento de datos para cada profesional requirió en la mayor parte de los casos de más de una fecha, dado el tiempo que demandaban la entrevista como la valoración antropométrica del participante en relación al tiempo disponible de los mismos.

Plan de tratamiento estadístico de datos

Para la estadística descriptiva se realizaron medidas de frecuencia, de tendencia central y dispersión mediante programa Excel para variables cuantitativas, y para la estadística inferencial se aplicó Prueba Chi-cuadrado.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

RESULTADOS



*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

El presente trabajo de investigación, enmarcado en el Proyecto de investigación “Percepciones y cuidado de la salud alimentaria nutricional en profesionales de la salud. Córdoba.” (Res. SECYT. UNC N° 411/18), tuvo como objetivo general determinar la relación que existe entre el cuidado a la salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional en profesionales médicos de un Hospital Escuela en el año 2019.

En dicho estudio participaron voluntariamente 78 profesionales Médicos del HNC que cumplieron con los criterios de inclusión, los que representaron un 75,73% del universo planteado. Un 41,03 % (n =32) estuvo representado por el sexo masculino y un 58,97 % (n =46) por el sexo femenino.

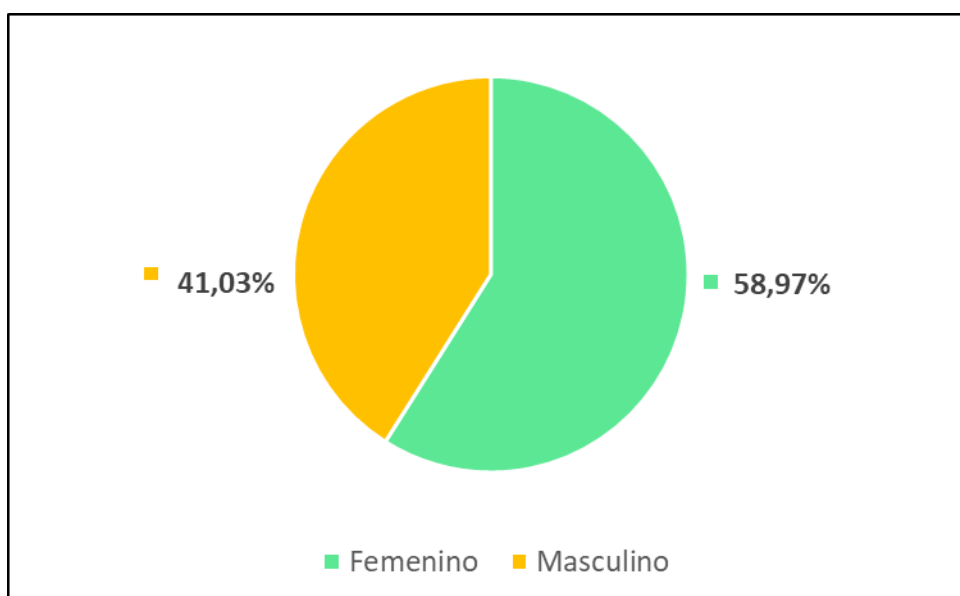


Figura 1. Distribución porcentual de la población estudiada según sexo

***“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”***

La población estudiada abarco profesionales entre los 24 a los 60 años de edad, con un promedio de 31,4 años y una DE \pm 7,15 años

Tabla 1. Edad en años de la población estudiada (n=78)

	Media	D.E	Max.	Min.
Edad	31,4	\pm 7,15	60	24

DE: desvío estándar

En relación a los años de ejercicio profesional la población mostró una gran amplitud en su distribución, siendo la mínima de 0,1 años (1 mes) y la máxima de 34 años; con un promedio de 4,94 años con un DE \pm 5,92 años.

Tabla 2. Años de ejercicio profesional de la población estudiada (n=78)

	Media	D.E	Max.	Min.
Años de ejercicio profesional	4,94	\pm 5,92	34	0,1

DE: desvío estándar

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

En cuanto al análisis por especialidades médicas, estas mostraron una alta dispersión, el 23,1 % de las personas pertenecían al Servicio de Clínica Médica, siendo los Servicios menos representados los de Otorrinolaringología, Endocrinología, Urología y Psiquiatría. Más de 20% de los encuestados no respondió acerca de su especialidad médica quedando como interrogante a profundizar para un posible próximo análisis.

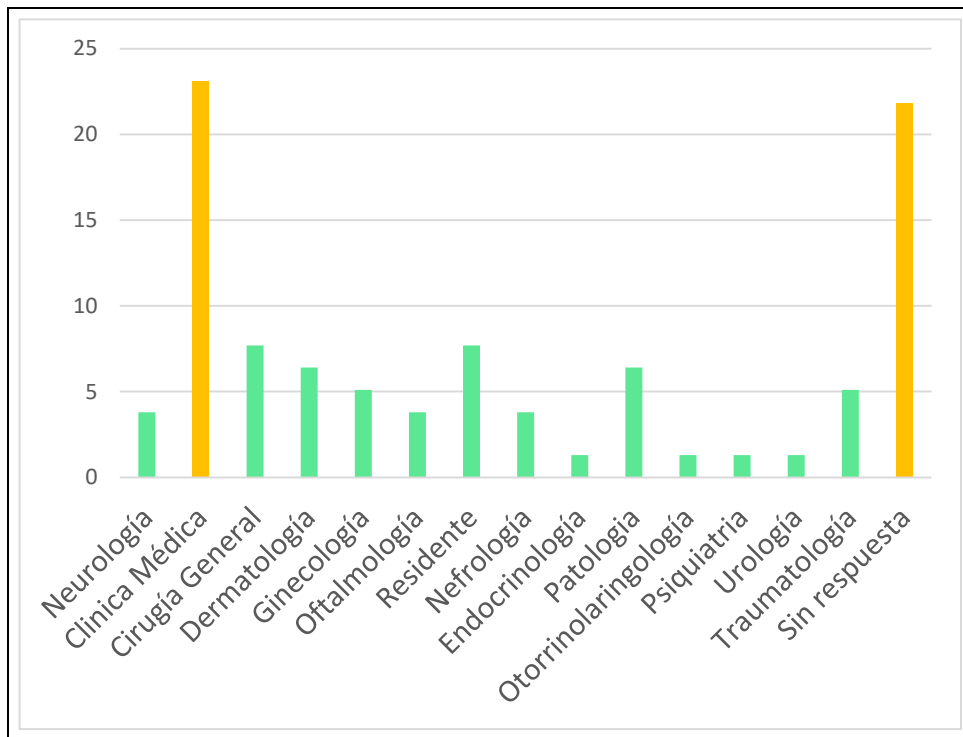


Figura 2. Distribución porcentual de la población estudiada según especialidad médica

**Descripción de la población según la variable
“CUIDADO DE LA SALUD ALIMENTARIA NUTRICIONAL EN LA
DIMENSIÓN PERSONAL:
ADHESIÓN A LAS GAPA”**

MENSAJE 1: “Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.”

Tabla N°3: Adhesión a los sub mensajes del Mensaje N°1 de las GAPA en la población estudiada

Submensajes	SÍ		NO		Nivel de Adhesión
	n	%	n	%	
Realiza 4 comidas al día	50	64,1	28	35,9	M
Incluye en sus comidas diarias verduras	67	85,9	11	14,1	A
Incluye en sus comidas diarias frutas	42	53,8	30	46,2	M
Incluye en sus comidas diarias alguna legumbre	31	39,7	47	60,3	B
Incluye en sus comidas diarias algún cereal	66	84,6	12	15,4	A
Incluye en sus comidas diarias leche, yogur o queso	66	84,6	12	15,4	A
Incluye en sus comidas diarias huevos	55	70,5	23	29,5	M
Incluye en sus comidas diarias algún tipo de carne	65	83,3	13	16,7	A
Incluye en sus comidas diarias algún aceite	68	87,2	10	12,8	A
Realiza actividad física moderada continua o fraccionada todos los días	30	38,5	48	61,5	B
Come tranquilo	35	44,9	43	55,1	B
Come acompañado	53	67,9	25	32,1	M
Modera el tamaño de las porciones	42	53,8	36	46,2	M
Selecciona alimentos preparados en casa	55	70,5	23	29,5	M

***“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”***

Al indagar en la adhesión de los submensajes del mensaje 1 de las GAPA, se observa un predominio de nivel moderado-alto de los mismos. Se destaca el alto consumo diario de verduras (85,9%) por sobre el de frutas (53,8%). El consumo de cereales en frecuencia diaria se da en la mayoría de la población (84,6%), al igual que el de lácteos carnes y aceites. La inclusión del huevo como alimento proteico se ubica en condición Moderada en 7 de cada 10 profesionales. Se destacan con Baja adhesión el consumo diario de legumbres, la realización de actividad física y el comer tranquilo (39,7 %, 38,5% y 44,9% respectivamente).

MENSAJE 2: “Tomar a diario 8 vasos de agua segura”.

Tabla 4: Adhesión de los sub mensajes del Mensaje N°2 de las GAPA en la población estudiada (n=78)

Submensajes	SÍ		NO		Nivel de Adhesión
	n	%	n	%	
¿Durante el día bebe al menos 2 litros de líquidos, sin azúcar? (8 vasos)	35	44,9	43	55,1	B
Dentro del líquido diario que consume, ¿este es preferentemente agua?	64	82,0	14	18,0	A
¿Se hidrata aún sin sentir sed?	40	51,3	38	48,7	M
¿Emplea para lavar los alimentos y cocinar agua segura?	71	91,0	7	9,0	A

En relación al segundo mensaje de las GAPA se observó que únicamente 4 de cada 10 médicos consumen los 2 L diarios de líquidos sin azúcar recomendados, si bien se destaca la preferencia del agua sobre otro tipo de bebida en la mayor parte de la población. La mitad del universo encuestado afirma hidratarse sin sentir sed y casi la totalidad de los mismos emplea agua segura en su cocina (91,0%).

MENSAJE 3: Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores”.

Tabla 5. Adhesión de los sub mensajes del Mensaje N°3 de las GAPA en la población estudiada (n=78)

Submensajes	SÍ		NO		Nivel de Adhesión
	n	%	n	%	
¿Consume al menos medio plato de verduras en el almuerzo y cena?	42	53,9	36	46,1	M
¿Consume al menos 2 o 3 frutas por día?	23	29,5	55	70,5	B
¿Lava las frutas y verduras con agua segura?	73	93,6	5	6,4	A

En relación al consumo de verduras si bien el 85,9% de los médicos refiere consumirlas de manera diaria (Tabla 3) al indagar sobre la porción consumida, solo la mitad de la población lo realiza en la cantidad adecuada. En el caso de las frutas el 53,8% las consume diariamente (Tabla 3), pero solo 3 de cada 10 médicos (29,5%) lo hacen en la cantidad recomendada. El manejo higiénico en el consumo de frutas y verduras es reconocido como práctica habitual en la casi totalidad de los encuestados (93,6%).

MENSAJE 4: “Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio”.

Tabla 6. Adhesión de los sub mensajes del Mensaje N°4 de las GAPA en la población estudiada (n=78)

Submensajes	SÍ		NO		Nivel de Adhesión
	n	%	n	%	
¿Cocina sin sal, limitando el agregado de ésta en las comidas?	26	33,3	52	66,7	B
¿Evita el salero en la mesa?	44	56,4	34	43,6	M
¿Emplea como reemplazo de la sal, condimentos de todo tipo?	40	51,3	38	48,7	M
¿Lee las etiquetas para ver contenido de sodio?	14	18,0	64	82,0	B

El porcentaje sobresaliente en este submensaje se corresponde con la baja lectura de las etiquetas para conocer el contenido de sodio de los alimentos ya que solo un 18% del universo encuestado lo hace. Solo un tercio de la población adhiere a limitar el consumo de sal a partir de no emplearla al momento de cocinar y un reducido empleo sobre la comida preparada. Otras estrategias tales como evitar el salero en la mesa o utilizar otros condimentos en su reemplazo resultan con mayor adhesión (56,4% y 51,3% respectivamente).

MENSAJE 5: Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal”.

Tabla 7. Adhesión de los sub mensajes del Mensaje N°5 de las GAPA en la población estudiada (n=78)

Submensajes	SÍ		NO		Nivel de Adhesión
	n	%	n	%	
¿Limita el consumo de golosinas?	59	75,6	19	24,4	M
¿Limita el consumo de amasados de pastelería? (facturas, masas, tortas)	48	61,5	30	38,5	M
¿Limita el consumo de productos de copetín (palitos salados, papas fritas de paquete, etc.)?	56	71,8	22	28,2	M
¿Limita el consumo de bebidas azucaradas?	60	76,9	18	23,1	M
¿Limita el consumo de azúcar agregada a infusiones?	52	66,7	26	33,3	M
¿Limita el consumo de manteca?	68	87,2	10	12,8	A
¿Limita el consumo de margarina?	72	92,3	6	7,7	A
¿Limita el consumo de grasa animal?	64	82,0	14	18,0	A
¿Limita el consumo de crema de leche?	60	77,0	18	23,0	M

**“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”**

Este mensaje, que trabaja comportamientos saludables en relación con alimentos ricos en azúcares, sal y alto tenor en grasas, mostró en general un nivel Moderado de adhesión, con más del 60% de la población que adhirió a los 9 submensajes de este. En relación a los distintos ítems valorados: la limitación en el consumo de grasa animal, manteca y margarina, mostraron mayor adhesión con valores del 82 al 92,3% de la población. A su vez, la limitación del consumo de amasados de pastelería (facturas, tortas, pan con grasa, galletas) resultó contrariamente el comportamiento con menor adhesión, ya que el 38,5 % no limita su consumo.

MENSAJE 6: “Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados”.

Tabla 8. Adhesión de los sub mensajes del Mensaje N°6 de las GAPA en la población estudiada (n=78)

Submensajes	SÍ		NO		Nivel de Adhesión
	n	%	n	%	
¿Incluye 3 porciones al día de leche, yogur o de queso preferentemente descremado?	30	38,5	48	61,5	B
Al comprar lácteos ¿mira la fecha de vencimiento?	67	85,9	11	14,1	A
Al comprar lácteos: ¿los elige al final de la compra para mantener la cadena de frío?	35	44,9	43	55,1	B
¿Elije quesos blandos antes que duros?	52	66,7	26	33,3	M
¿Prefiere elegir quesos con menor contenido graso y de sal?	35	44,9	43	55,1	B

Si bien el consumo en frecuencia diaria de los lácteos es elevado (84,6% de la población) (Tabla 3), el análisis de este mensaje reveló que el consumo de las 3 porciones recomendadas por día es llevado a cabo solo por el 38,5% de los encuestados, no así la lectura de la fecha de vencimiento de los mismos que obtuvo un 85,9% de respuestas positivas. Otro comportamiento que mostró baja adhesión fue la selección de quesos con menor contenido graso y de sal (44,9%).

MENSAJE 7: “Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo”

Tabla 9. Adhesión de los sub mensajes del Mensaje N°7 de las GAPA en la población estudiada (n=78)

Submensajes	SÍ		NO		Nivel de Adhesión
	n	%	n	%	
¿La porción diaria de carne que consume representa el tamaño de la palma de la mano?	37	47,4	41	52,6	B
¿Consume pescado 2 ó más veces por semana?	9	11,5	69	88,5	B
¿Consume otras carnes blancas 2 veces por semana?	58	74,4	20	25,6	M
¿Consume carnes rojas hasta 3 veces por semana?	49	62,8	29	37,2	M
¿Incluye en su alimentación hasta un huevo por día?	28	35,9	50	64,1	B
¿Cocina o consume las carnes hasta que no queden partes rojas o rosadas en su interior?	52	66,7	56	33,3	M
¿Quita la grasa visible a la carne, al momento de consumirla?	55	70,5	23	29,5	M

Analizando el consumo de carnes y huevo a través del mensaje número 7 de las GAPA se observa una prevalencia de datos negativos para el consumo de pescado ya que el 88,5% del universo encuestado no consume este tipo de carne 2 veces por semana, mientras que en el caso de otras carnes blancas solo una cuarta parte de la población no lo hace. A su vez, seis de cada diez profesionales consumen en frecuencia adecuada las carnes rojas. Solo 3 de cada 10 médicos consumen hasta 1 huevo por día, si bien 8 de ellos reconocieron consumirlo diariamente (Tabla 3) planteándose este consumo como un interrogante a profundizar para un posible próximo análisis.

MENSAJE 8: “Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca”.

Tabla 10. Adhesión de los sub mensajes del Mensaje N°8 de las GAPA en la población estudiada (n=78)

Submensajes	SÍ		NO		Nivel de Adhesión
	n	%	n	%	
¿Consume arvejas, lentejas, soja, porotos y garbanzos?	53	67,9	25	32,1	M
Ud. en su alimentación ¿combina legumbres y cereales como alternativa para reemplazar la carne en algunas comidas?	36	46,1	42	53,9	B
Ud. ¿consume avena o trigo burgol o polenta o cebada o centeno?	41	52,6	37	47,4	M
Ud ¿consume preferentemente los cereales INTEGRALES? (arroz, fideos, otros)	57	73,1	21	26,9	M
Ud si consume Pan, ¿selecciona pan INTEGRAL?	37	47,4	41	52,6	B
Cuando consume papa o batata ¿las lava adecuadamente antes de la cocción?	71	91,0	7	9,0	A
¿Cocina las papas y/o batatas con cáscara?	34	43,6	44	56,4	B

Este mensaje aborda las conductas saludables en torno a las legumbres, cereales integrales y tubérculos, en el caso de las legumbres se observa un bajo consumo en frecuencia diaria según la Tabla 3 (39,7%), mientras el 67,9% indica consumirlas, sin especificaciones de frecuencia; las mismas son utilizadas en combinación con cereales para el reemplazo de la carne solo en el 46,1% de la población. Se destacan con más altos niveles de adhesión las conductas saludables en el manejo de tubérculos (papa y batata) (91%) y la preferencia en el consumo de cereales integrales por sobre los refinados (73,1%) si bien esto no se ve reflejado en la selección del pan integral respecto al pan blanco, ya que solo el 47,4% lo hace.

MENSAJE 9: “Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas”.

Tabla 11. Adhesión de los sub mensajes del Mensaje N°9 de las GAPA en la población estudiada (n=78)

Submensajes	SÍ		NO		Nivel de Adhesión
	n	%	n	%	
¿Utiliza dos cucharadas soperas al día de aceite crudo?	38	48,7	40	51,3	B
¿Opta por otras formas de cocción antes que la fritura?	64	82,1	14	17,9	A
¿Alterna el uso de aceites? (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola).	42	53,8	36	46,2	M
¿Utiliza al menos 1 vez por semana un puñado de frutas secas o de semillas sin salar ?	39	50,0	39	50,0	M

Este mensaje, que aborda el consumo de aceites, muestra una Moderada adhesión general, destacándose como rasgo de alta prevalencia la preferencia por otras formas de preparación distintas a la fritura, que solo el 17,9% de la población realiza. La utilización alternada de aceites de distintas semillas está presente en cinco de cada diez profesionales. Solo la mitad de los encuestados refiere consumir 2 cucharadas soperas de aceite crudo al día y consumir al menos 1 vez por semana un puñado de frutas secas o de semillas sin salar.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

MENSAJE 10: “Consumo de bebidas alcohólicas responsable”.

Tabla 12. Adhesión de los sub mensajes del Mensaje N°10 de las GAPA en la población estudiada (n=78)

Submensajes	SÍ		NO		Nivel de Adhesión
	n	%	n	%	
¿Ud. evita las bebidas alcohólicas siempre al conducir?	66	84,6	12	15,4	A
¿Ud. tiene consumo responsable de bebidas alcohólicas?	62	79,5	16	20,5	M

Este mensaje es uno de los dos Mensajes que mostraron Alta Adhesión en general a partir de sus submensajes, donde ocho de cada diez profesionales evita las bebidas alcohólicas al conducir, e igual proporción evalúa su consumo de bebidas alcohólicas en la condición responsable.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

Tabla 13. Nivel de adhesión prevalente de los mensajes de las GAPA en la población estudiada (n=78)

	Nivel de adhesión a los submensajes						Nivel de adhesión a los mensajes
	ALTO		MODERADO		BAJO		
	%	n	%	n	%	n	
Mensaje 1	35,7	5	42,8	6	21,4	3	Moderada
Mensaje 2	50,0	2	25,0	1	25,0	1	Alta
Mensaje 3	33,3	1	33,3	1	33,3	1	Moderada
Mensaje 4	0	0	50,0	2	50,0	2	Moderada
Mensaje 5	33,3	3	66,7	6	0	0	Moderada
Mensaje 6	20,0	1	20,0	1	60,0	3	Baja
Mensaje 7	0	0	57,1	4	42,9	3	Moderada
Mensaje 8	14,2	1	42,8	3	42,8	3	Moderada
Mensaje 9	25,0	1	50,0	2	25,0	1	Moderada
Mensaje 10	0	0	50,0	1	50,0	1	Alta

A los fines de definir la categoría de adhesión general a cada uno de los mensajes de las GAPA, en los cuatro casos en los que hubo paridad entre las categorías posibles del indicador “Nivel de adhesión a los mensajes”, se realizó un análisis hacia el interior de los mensajes y una interpretación asociativa de las respuestas dadas en otros mensajes en relación al mismo componente. De esta forma se definió, según criterio profesional, la categoría.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

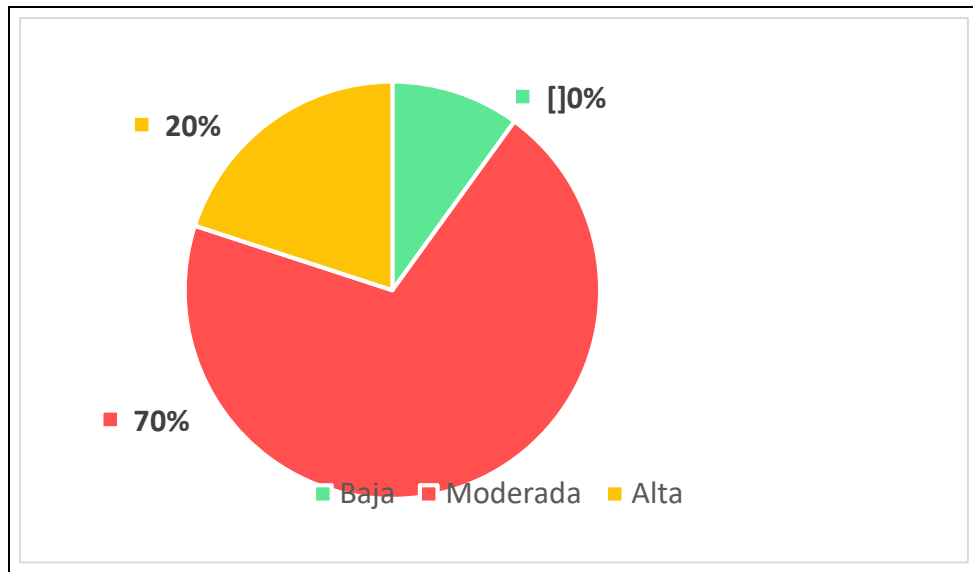


Figura 3. Nivel de adhesión a las GAPA según prevalencia de adhesión a los mensajes

Se observó una preponderancia de adhesión moderada (7) a los 10 mensajes de las GAPA, seguido de adhesión alta (2) y, por último, baja (1). Concluyendo así que, por la evidencia de predominio en la adhesión moderada de los mensajes, el nivel de adhesión final de las Guías Alimentarias para la Población Argentina es MODERADO.

**Descripción de la población según la variable
“CUIDADO DE LA SALUD ALIMENTARIA NUTRICIONAL EN LA
DIMENSIÓN PROFESIONAL:
IMPORTANCIA ASIGNADA A LOS INDICADORES DE SALUD
ALIMENTARIO NUTRICIONAL”**

Cuando se buscó analizar la práctica profesional de los médicos valorados, en relación a la importancia que el universo encuestado le otorga a indicadores de salud alimentaria nutricional en el cuidado de la salud de las personas (Peso, CC y Alimentación) se obtuvieron los resultados detallados en la tabla n° 14.

Tabla 14. Importancia asignada a los indicadores de salud alimentario nutricional en la población estudiada (n=78)

Valor de importancia Indicadores de salud alimentaria nutricional	Baja		Media		Alta		No se	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimentación	0	0	3	3,8	75	96,2	0	0
Peso	1	1,3	11	14,1	65	83,3	1	1,3
C.C	2	2,6	18	23,1	55	70,5	3	3,8

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

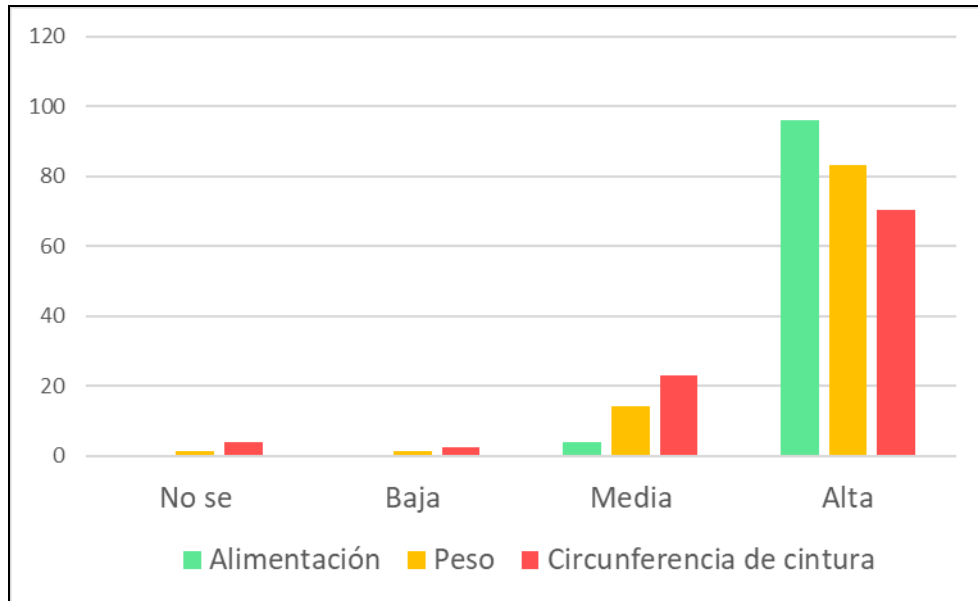


Figura 4. Importancia asignada a los indicadores de salud alimentario nutricional en la población estudiada (n=78)

Al analizar los datos obtenidos de la tabla 14 y figura 4, podemos observar que, en relación con la alimentación, el 96,2% de los encuestados la consideró como un indicador de importancia Alta, mientras que el indicador Peso concentró a un 83,3% de profesionales con ese nivel de importancia. La CC a su vez recibió la consideración de indicador de Alta importancia para siete de cada diez entrevistados.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

Tabla 15. Frecuencias absolutas para las variables nivel de importancia asignada a alimentación y adhesión individual a las GAPA en la población estudiada (n=78)

Nivel adhesión GAPA/ Importancia alimentación	Alta	Moderada	Baja	Total
Importancia baja	0	0	0	0
Importancia media	0	2	1	3
Importancia alta	11	51	13	75
No se	0	0	0	0
Total	11	53	14	78

Al relacionar, mediante la prueba de Chi-cuadrado, el nivel de importancia que los médicos le dan a la alimentación como indicador de salud alimentaria nutricional y su propia adhesión a las GAPA, se concluye con un nivel de confianza del 95 % que ambas variables no están asociadas ($p= 0,6531$).

**Descripción de la población según la variable
“CUIDADO DE LA SALUD ALIMENTARIA NUTRICIONAL EN LA
DIMENSIÓN PROFESIONAL:
ACCIONES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL”**

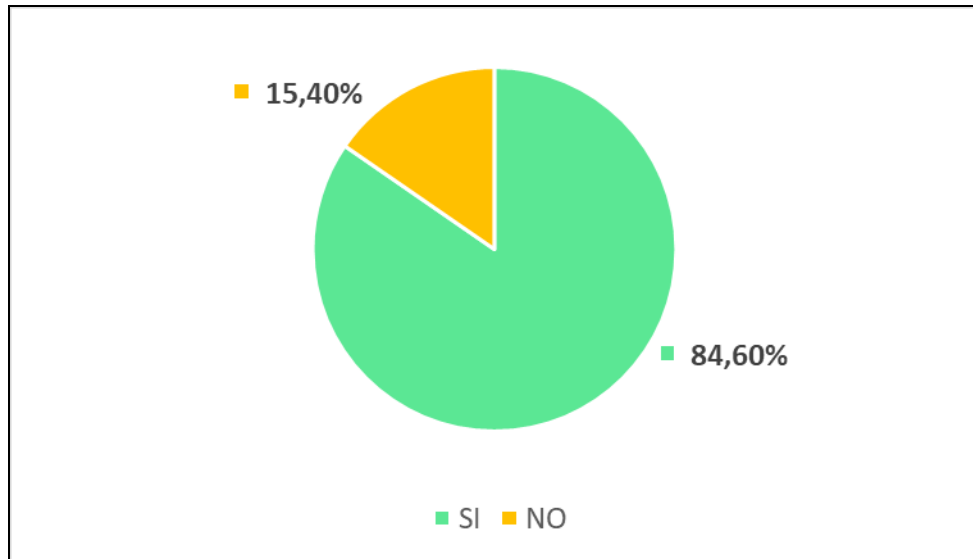


Figura 5. Distribución porcentual de la población estudiada según realización de acciones de cuidado de salud alimentaria nutricional (n=78)

Ocho de cada diez profesionales médicos encuestados refieren realizar en su práctica profesional acciones de cuidado alimentario nutricional para con sus pacientes.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

Tabla 16. Distribución de la población estudiada según tipo de acciones de cuidado de la salud alimentaria nutricional en la práctica médica

ACCIONES	SI		NO	
	n	%	n	%
Deriva a profesional del área Nutrición Alimentación o solicita interconsulta	60	76,9	18	23,1
Entrega indicaciones alimentarias o plan/dieta	27	34,6	51	65,4
Brinda recomendaciones de su conocimiento	52	66,6	26	33,3
Mide y valora la CC	12	15,4	66	84,6
Toma el PC	37	47,4	41	52,6
Mide T	33	42,3	45	57,7
Determina el IMC	41	52,6	37	47,4
Otros	2	2,6	76	97,4

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

Al analizar las acciones que realizan los médicos en la práctica profesional podemos observar que la derivación a profesionales del área de Nutrición o la solicitud de interconsulta es la práctica sobresaliente con un 76,9% de reconocimiento. Le siguió la realización de recomendaciones de su conocimiento en un 66,6% de los profesionales. Lo contrario ocurre con la medición y valoración de la circunferencia de cintura, acción que obtuvo el porcentaje más bajo de práctica (15,4%), lo que se hace observable por el valor en el cuidado de la salud cardiovascular. Otros indicadores como las determinaciones de P, T e IMC son de menor realización, pudiendo inferirse como motivación el tiempo o equipamientos disponibles, entre otros aspectos.

Tabla 17. Frecuencias absolutas para las variables nivel de importancia asignada al peso y medición del mismo en la población estudiada (n=78)

Medición peso/ Importancia peso	NO	SI	Total
Importancia baja	1	0	1
Importancia media	5	6	11
Importancia alta	34	31	65
No se	1	0	1
Total	41	37	78

A partir de la prueba de Chi-cuadrado y con un nivel de confianza del 95 % se observa que no existe asociación entre la importancia asignada al peso y la medición del mismo ($p = 0,5663$).

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

Tabla 18. Frecuencias absolutas para las variables nivel de importancia asignada a la circunferencia de cintura y medición de la misma en la población estudiada (n=78)

Medición cc/ Importancia cc	NO	SI	Total
Importancia baja	2	0	2
Importancia media	17	1	18
Importancia alta	44	11	55
No se	3	0	3
Total	66	12	78

Al relacionar, mediante la prueba de Chi-cuadrado, el nivel de importancia asignada a la circunferencia de cintura y la medición de la misma se concluye, con un nivel de confianza del 95 %, que ambas variables no están asociadas ($p = 0,3698$).

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

Tabla 19. Frecuencias absolutas para las variables nivel de importancia asignada a alimentación y derivación a profesional del área de Nutrición o solicitud de interconsulta en la población estudiada (n=78)

Derivación o solíc. interc./ Importancia alimentación	NO	SI	Total
Importancia baja	0	0	0
Importancia media	0	3	3
Importancia alta	18	57	75
No se	0	0	0
Total	18	60	78

Se afirma con un nivel de confianza del 95 % que las variables nivel de importancia asignada a alimentación y derivación a profesional del área de Nutrición o solicitud de interconsulta no están asociadas ($p=0,3333$).

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

DISCUSIÓN



*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

El presente trabajo, enmarcado en el Proyecto de investigación “Percepciones y cuidado de la salud alimentaria nutricional en profesionales de la salud. Córdoba.” (Res. SECYT. UNC N° 411/18), permitió aportar conocimientos sobre el cuidado de la salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional en profesionales médicos de un hospital escuela y la relación entre estas variables.

En relación al cuidado alimentario nutricional en la dimensión personal de los profesionales médicos, el presente trabajo de investigación analizó la adhesión de los mismos a las Guías Alimentarias para la Población Argentina. Los resultados de diversos estudios, constituyeron la base científica a partir de la cual los datos obtenidos fueron confrontados, destacando que, como en todo análisis, hay que considerar la existencia de diferencias en los diseños metodológicos, así como también, la falta de evidencia similar en razón a los grupos poblacionales abordados. Los estudios con los que se discutieron en mayor grado los resultados de ésta variable fueron los siguientes:

- “La mesa argentina en las últimas dos décadas - Cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes (1996 - 2013)”. El Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil – CESNI en el año 2016 realizó una investigación utilizando la información recabada en la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) de los años 1996-97, 2004-05 y 2012-13 con el objetivo de, entre otros, describir los cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes en los últimos 20 años de la población argentina (Zapata et al., 2016).
- “Estilos de vida y percepción de salud de los profesionales de salud del HNC. FCM-UNC, 2014-2015”. El mismo abordó la población de profesionales médicos y enfermeros que se desempeñaban en el HNC durante el año 2014: 119 profesionales, 78 médicos y 41 enfermeros. Entre otras variables, se estudió su estilo de vida (hábitos alimentarios –hábitos tóxicos: consumo de tabaco, consumo de drogas, consumo de alcohol -actividad física) (Passera et al., 2016).
- “Comportamiento alimentario de los docentes investigadores de la Universidad Nacional de Salta, y su adecuación a las Guías Alimentarias para la Población Argentina”. Estudio realizado en el año 2006 que analizó el cumplimiento de los mensajes principales y secundarios de las GAPA del año 2000 en 96 docentes investigadores de la Universidad Nacional de Salta (UNSa) (Couceiro et al., 2007).

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

El primer mensaje de las GAPA “Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física” presentó una adhesión general Alta-Moderada en el 79% de la población, si bien al disgregarlo hallamos diferencias en el cumplimiento de los mensajes secundarios del mismo. Analizando particularmente los contenidos de aquellos cuyo tratamiento no se repite en otro mensaje, se observa que: en relación a las pautas relativas a la realización de las comidas, el hábito de realizar las 4 comidas diarias ha mejorado en la población de médicos, ya que actualmente lo realiza un 64,1% en comparación al 45% obtenido en el estudio anterior realizado en el HNC. A su vez, mientras en el presente estudio el 32,1% del universo afirma comer solo, en el grupo de docentes investigadores de Salta este dato alcanza al 10%. Si bien el porcentaje de médicos que come solo no es mayoritario, solo el 44,9% dice hacerlo de manera tranquila, lo que puede estar relacionado de una manera causal con la dinámica laboral propia de la profesión médica o una dificultad personal de manejar esta condición al momento de comer.

En relación a la actividad física el 61,5% de los médicos de esta investigación afirmó no realizarla diariamente, siendo este valor mayor al obtenido en similar población del Proyecto realizado anteriormente en el HNC, donde se observó que el 53% no cumplía con la recomendación de actividad física semanal. En un estudio denominado “Estilo de vida saludable en profesionales de la salud colombianos” realizado por Sanabria et al. (2007), se encontró que el 85,69% de los médicos encuestados presentaron hábitos poco y nada saludables en relación al nivel de actividad física. A nivel nacional, la 4° edición de la ENFR mostró que 4 de cada 10 personas no realiza la actividad física recomendada (INDEC - Secretaría de Gobierno de Salud, 2019). Considerando a la inactividad física como contribuyente a la epidemia creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles, estos datos son preocupantes y expresan la necesidad de profundizar en políticas públicas y otros recursos para promover la actividad física en toda la población, incluyendo aquí a los profesionales de la salud.

En relación al segundo mensaje de las GAPA referido al consumo de agua, tanto el presente trabajo como el previo estudio realizado en el HNC y la investigación en docentes salteños, arrojan resultados relevantes y preocupantes en relación al consumo mínimo de 2 L de agua recomendados por día. En el presente trabajo de investigación se observó que únicamente 4 de cada 10 médicos consumen 2 L diarios de líquidos sin azúcar, mientras que el estudio de Passera et al. (2016) mostró que, si bien el 87,39% de

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

los profesionales consumía agua todos los días, sólo una mínima porción de la población estudiada (4,2%) cumplía con la ingesta recomendada. El tercer estudio a su vez encontró que solamente el 12,5% de los docentes investigadores de la Universidad Nacional de Salta cumplía con el consumo de dos litros de agua o más al día y que el 42% consume menos de un litro diario. Estos datos muestran que, en líneas generales, menos de la mitad de la población analizada alcanza las cantidades de agua sin azúcar recomendadas por día, abriéndose un panorama que requiere de futuro análisis y búsqueda de soluciones. Se puede destacar como rasgo positivo que el 82,0% de los médicos entrevistados en el presente estudio dice preferir agua que otro tipo de bebida.

Con respecto al consumo de frutas y verduras, un dato interesante que ofrece el presente trabajo y que se confirma en el trabajo precedente en la población de Médicos del HNC, está dado por el predominio en el consumo diario de verduras (85,9% y 62,18% respectivamente) por sobre el de frutas (53,8% y 53,78% respectivamente). Al profundizar en la cantidad recomendada diariamente de verduras, observamos que solo la mitad de los médicos del presente trabajo alcanza la misma, mientras que para las frutas solo 29,5% lo hacen, siendo este un valor altamente preocupante. En el estudio denominado “Síndrome de Burnout y consumo de frutas y verduras en Profesionales de Salud del primer y segundo nivel de atención de la ciudad de Arequipa 2017 – 2018” se evaluó la frecuencia de consumo de frutas y verduras en el universo de profesionales de la salud evidenciando ingestas bajas según lo recomendado por la OMS (Condori Diaz, 2019). La dificultad de alcanzar el consumo adecuado desde la perspectiva cuantitativa es un rasgo que se refuerza también según el estudio del CESNI (2016) en el cual la población argentina consumía 86,9g por día, es decir 1 fruta cruda aproximadamente y 135 g de verduras no feculentas. A estos datos podemos sumarle el que nos ofrece la última ENFR, mostrándonos un promedio nacional de 2 porciones de frutas o verduras consumidas por persona por día (INDEC - Secretaría de Gobierno de Salud, 2019). Esto demuestra que los valores porcentuales acerca de la frecuencia de consumo diario de frutas y verduras son más saludables que aquellos que reflejan la cantidad consumida. Es de resaltar el hecho de que 7 de cada 10 médicos no consuman de 2 a 3 frutas por día, esto refleja particularmente una conducta que se destaca como desfavorable, independientemente de la condición de profesional de salud.

En Argentina se estima que el consumo de sal es de 11 gramos diarios por persona, mientras que la recomendación de la OMS es de hasta 5 gramos diarios, dato

que no incluye el uso de sal en la cocción (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018). La última ENFR nos esclarece este último aspecto permitiéndonos observar que el 68,9% de la población utiliza sal durante la cocción. Con respecto a la recomendación de las GAPA acerca de limitar el agregado de sal en las comidas, el último estudio nombrado informa que el 83,6% de la población argentina nunca o casi nunca agrega sal en sus comidas (INDEC - Secretaría de Gobierno de Salud, 2019); en la investigación previa realizada en el HNC se observó que el 74, 8% de los médicos afirma nunca o rara vez hacerlo, en concordancia con la población de los docentes investigadores de Salta en los que la adhesión a la recomendación también es mayor al 50%. En este trabajo, en contrario, observamos que el valor de adhesión a la recomendación se aleja del comportamiento saludable ya que solo 3 de cada 10 médicos lo logra, lo que supone un continuo análisis sobre las motivaciones del mismo como de estrategias para su superación.

En relación con otro grupo de alimentos, según la investigación del CESNI el consumo promedio de azúcar, dulces y golosinas por parte de la población argentina disminuyó con el paso de los años. Los resultados de esta investigación podrían consensuar con ello, ya que se observó que el porcentaje de la población que limita el consumo de golosinas es alto (75,6%), al igual que con el azúcar agregado a infusiones (66,7%). Lo contrario ocurre según el CESNI con el consumo gaseosas, jugos en polvo, de amasados de pastelería y galletitas, que aumentó a lo largo del tiempo. En la población de médicos, justamente los amasados de pastelería son, en este grupo de alimentos, aquellos en los que limitan en menor grado su consumo (facturas, tortas, pan con grasa), (el 38,5% dice no limitar su consumo), lo que coincidiría con la investigación de Couceiro et al, en la que el 68% manifestó consumir bollos, tortillas y bizcochos salados.

Los datos sobre el consumo de estos últimos alimentos ricos en azúcares y grasas y los obtenidos sobre el consumo de sal, desarrollado en párrafos anteriores, no son cifras menores teniendo en cuenta el universo de esta investigación, profesionales de la salud. Suponiendo que los mismos poseen una base teórica, aportada por su formación profesional, sobre la connotación negativa para la salud que implica la incorporación constante de estos alimentos, este escenario ofrece una gran oportunidad para la continua investigación de factores influyentes en su consumo y para la búsqueda

de concientización y acciones que resulten favorables para la mejora paulatina de éstos hábitos.

Con respecto a los alimentos lácteos, las GAPA recomiendan consumir 3 porciones de éstos al día, sin embargo, podemos observar que en la realidad este consumo es considerablemente menor. El estudio del CESNI manifestó que la población argentina consume diariamente 202,8g al día, lo que equivale aproximadamente a 1 porción de lácteos. En la presente investigación únicamente el 38,5% de los encuestados alcanza dicha recomendación. Valores similares se observan en el estudio con la población de docentes universitarios de la Provincia de Salta donde solo el 30% de ellos alcanzaban las 3 porciones diarias de lácteos. En la investigación previa sobre médicos del HNC el valor de adhesión a la recomendación fue un poco mayor (57,14%). En todos los casos este grupo de alimentos se presenta como limitante de una alimentación saludable.

Las carnes en general se presentan como el grupo de alimentos que la mayor parte de la población encuestada consume en la frecuencia adecuada: más del 60% de los médicos de la presente investigación y alrededor del 90% en el estudio precedente en similar población hospitalaria. Sin embargo, al considerar el consumo de pescado, estas cifras descienden y se destacan negativamente, solo el 11,5 % del universo encuestado en la presente investigación alcanza el consumo de este tipo de carne 2 veces por semana, mientras que en la investigación de Passera et al. (2016) solo un 44,6% lo eligen 1 vez o más por semana y en el de Couceiro et al. (2007) el 40% de los docentes investigadores salteños reconoce no alcanzar el consumo recomendado. A su vez CESNI arroja un valor promedio de consumo diario de pescados y mariscos de 8,2g, el que comparado con el consumo de carnes y huevos es muy bajo, ya que el valor promedio de estos fue de 200g/d. Todos estos datos muestran el consumo de pescado como otra limitante a resolver tanto en los patrones alimentarios de esta población en particular como en la general.

El presente trabajo al igual que otros da fe de una realidad que no es propia de los profesionales médicos si no que se extrapola a toda la población, donde el consumo de cereales supera fuertemente, en frecuencia y cantidad, al consumo de legumbres. Aquí se observó que 8 de cada 10 médicos encuestados consumen cereales diariamente, en cambio el número se reduce a la mitad cuando hablamos de legumbres, un 39,7%

dice hacerlo. En el periodo 2012-2013, el estudio del CESNI arrojó que el consumo diario en gramos de cereales fue de 100,6 g/d y el de legumbres de 4 g/d. Por otro lado, el estudio CODIES realizado en Córdoba durante el año 2012, ofrece datos que aseveran esto, ya que se observó que los sujetos estudiados consumían más de 250 g/d de cereales y tubérculos, en cambio entre 6 y 9 g/d de legumbres (Aballay, 2014). A su vez, estos datos demuestran que el consumo puntualmente de legumbres es menor a lo recomendado por las GAPA, lo que se confirma también en la investigación en docentes salteños, los que no llegan a consumir una cucharada diaria de este alimento. Aquí se observa una conducta que dista de ser saludable y que, a causa de los beneficios que el consumo de legumbres ofrece a nuestra salud, requiere mejoría por parte de toda la población. Comenzar por la concientización y búsqueda de soluciones con aquellas personas que predicán la salud, como los médicos, podría ser una estrategia positiva para poner en marcha el aumento de su consumo.

En relación el contenido eje del mensaje “Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas”, un aspecto positivo a rescatar es que, al indagar sobre las formas habituales de preparación de alimentos, se encontró que el 82,1% de los médicos profesionales prefieren otros métodos de cocción antes que la fritura, dato similar al obtenido en el trabajo realizado en la población médica del HNC en el período 2014-2015 (86,57%). Esta situación ubicaría a este grupo como atento a resguardar su alimentación en relación al consumo de grasas. En otro sentido los resultados de la presente investigación indican que el 48,7% de los encuestados refieren consumir las dos cucharadas de aceite crudo recomendadas al día, no habiendo especificación sobre si el consumo de la otra mitad de los encuestados es mayor o menor a esta porción. Podríamos asociar esto con el alto porcentaje de la población que evita la fritura como medio de cocción, pudiendo así estimar que el consumo de aceites se inclina hacia un consumo menor y no mayor a lo saludable. Así ocurre en el estudio realizado en Salta, donde el 83% de los docentes consumían menos de la cantidad de aceites recomendada en las GAPA del año 2000. Según el estudio del CESNI el promedio de consumo diario de aceite por parte de los argentinos fue de 2 cucharadas. (29,6g/d). El consumo de este rubro alimentario a partir de la evidencia disponible amerita profundizar su estudio.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

Con respecto al consumo de alcohol, las últimas ENFR revelaron una tendencia que va en aumento en la población argentina. El estudio de Aballay (2012) ofrece datos que muestran que el universo participante consumía por día un promedio aproximado de 100 cc de bebidas alcohólicas, un valor no menor al considerar los efectos negativos del alcohol en la salud. Adentrándonos en la población de profesionales médicos, el estudio “Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados” realizado en el año 2004, dio cuenta de que el 65% de los médicos encuestados eran consumidores de alcohol en alguna medida, y que el 41,2% de ellos fue categorizado como bebedores frecuentes (Martínez Lanz, Medina Mora, & Rivera, 2004). Otro estudio denominado “Estilos de vida en profesionales de la salud del municipio de Zipaquirá” indicó que el 80% de los médicos encuestados presenta conductas protectoras con respecto al consumo de alcohol, no obstante, el 20% presenta conductas de riesgo (Hewitt Ramirez, 2007). En la presente investigación los datos son coincidentes, hay un porcentaje de médicos que afirma no tener un consumo responsable de bebidas alcohólicas que, aunque el mismo sea bajo (20,5%), refleja de una conducta del profesional médico que debería ser considerada, siendo los mismos, referentes de salud de la población.

A partir del criterio adoptado en el presente trabajo la adhesión a las GAPA fue MODERADA por parte del universo de médicos del HNC. Los datos de los otros estudios en discusión muestran una realidad alimentaria similar a la que nos ofrece esta investigación, exponiendo coincidencias en casi todos los componentes abordados en sus mensajes. Considerando a las GAPA como directrices de una alimentación saludable, podemos decir que la adhesión moderada a éstas es una muestra de que la alimentación de los médicos guarda aspectos saludables y otros que requieren de revisión para la adopción de hábitos más benéficos para la salud. Entre estos, según la evidencia que ofrece el presente trabajo de investigación, estarían los relacionados al consumo de frutas y verduras (distinguiéndose el de frutas sobre el de verduras), agua, legumbres, lácteos, pescados y amasados de pastelería.

El presente estudio a su vez evaluó el cuidado a la salud alimentaria nutricional en la práctica médica entendiendo que la importancia que los profesionales del hospital escuela le dan a ésta a través de indicadores y acciones específicas, permite consideraciones varias tanto en el campo de la nutrición y la salud pública como en el de la formación profesional.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

Los resultados mostraron que al indicador *alimentación de la persona asistida* la mayor parte del universo le reconoce un valor ALTO (96,2%), seguido del indicador *P* (83,3%) y por último a la *CC* (70,5%). Con respecto a este último dato numerosos estudios, entre ellos “La Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad”, afirman la importancia de la *CC* y de la medición de la misma en la práctica clínica, pero ninguno de ellos ofrece valores comparables en relación a importancia asignada por parte de los médicos y frecuencia de medición de la misma (Ministerio de Salud de la Nación, 2014). En el presente trabajo, que la *CC* sea el indicador al cual le otorgan el menor valor de importancia estaría planteando necesidad de reconsideración, si entendemos el valor predictor de la *CC* en la salud cardiovascular de la persona.

Sobre la relación entre el cuidado alimentario nutricional personal del profesional médico (nivel de adhesión a las GAPA) y la importancia que le dan a la alimentación como indicador de salud en su práctica profesional, en el presente trabajo de investigación ambas variables no mostraron asociación. En ese sentido Erika Frank, médica, investigadora y defensora de la salud pública estadounidense, en su artículo “Physician health and patient care” reúne estudios que muestran evidencia de que las diferencias individuales en las prácticas de salud personal entre los médicos pueden tener consecuencias para los pacientes (Frank, 2004). Ante esto nos planteamos la necesidad de seguir ampliando el análisis en poblaciones más numerosas sobre el valor de alcanzar la práctica de una alimentación saludable en los médicos para lograr resultados positivos en la salud alimentaria nutricional de las personas a las que éstos asisten.

En el presente estudio, donde ocho de cada diez profesionales reconoció realizar en su práctica diaria acciones tendientes al cuidado de la salud alimentaria nutricional de sus pacientes, se observó que la acción más realizada por la población médica encuestada es la *Derivación a profesionales del área de Nutrición o la Solicitud de interconsulta al área* (76,9%), seguido por el de *Brindar recomendaciones de su propio conocimiento* (66,6%). Estos resultados se contrastan con datos del estudio “Perspectivas médicas sobre la asesoría a pacientes y la educación continua en la nutrición para médicos en Texas”, con una muestra de 54 profesionales médicos en el cual solo el 17% reconoció referir regularmente a sus pacientes a un Nutricionista. (Hicks & Murano, 2015)

En el otro extremo, en el presente trabajo la *valoración de la CC* como práctica profesional, es llevada a cabo solo por el 15,4%. Esto ratifica la menor consideración que hacen los profesionales de este indicador de la salud de la persona asistida, respecto de otros como la *alimentación* y la valoración del *Peso y Talla* que son realizadas por casi la mitad de los profesionales.

Al comenzar este trabajo de investigación nos cuestionamos si había asociación entre la importancia que el médico le daba a indicadores de salud alimentaria nutricional y las acciones relacionadas a ellos en su práctica. Los resultados nos mostraron que no se hubo asociación entre las mismas. Puntualmente, en relación con la CC, resulta llamativa la diferencia entre el reconocimiento como indicador de Alta importancia y su muy reducida inclusión como práctica en el ejercicio profesional, el que adquiere relevancia a la hora de determinar riesgo cardiovascular en los pacientes, implementar medidas terapéuticas o preventivas destinadas a disminuir este riesgo y detectar poblaciones vulnerables (Moreno González, 2010). No hemos encontrado estudios relacionados a esta práctica por parte de profesionales médicos en hospitales, lo que despierta un interrogante a profundizar para un posible próximo análisis. Estos datos nos dan sustrato para considerar que se hace necesario trabajar el valor de este indicador y el análisis de su inclusión dentro de la práctica profesional hospitalaria.

Frente a la complejidad del ser humano es necesario abordar la salud alimentaria nutricional desde una medicina centrada en el paciente con perspectiva multicausal en la etiología de los procesos que la abordan, donde deben tener importancia conocimientos provenientes de distintas ciencias incluida la Nutrición. De aquí la importancia de reconocer el papel del nutricionista y enfatizar su involucramiento como parte de un equipo con enfoque integral para la atención a la salud. Las relaciones entre médicos y nutricionistas son un factor importante que impacta en la dinámica de un equipo abocado al cuidado integral de la salud (Mitchell, Macdonald, & Capra, 2012).

La relevancia de este trabajo de investigación radica en analizar el comportamiento que los médicos van asumiendo en relación al cuidado de la salud alimentaria nutricional, tanto propia como de sus pacientes, guiado por el propósito de caminar hacia la integración y conciliación de las diferentes disciplinas que permitan analizar las realidades complejas y dar respuestas más completas e integradas a la salud alimentaria nutricional y los procesos de salud – enfermedad.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

CONCLUSIÓN



*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

El presente estudio indagó sobre el cuidado de la salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional en profesionales médicos de un hospital escuela, y la relación entre estas variables. Dado el relevamiento de datos realizados, el análisis e interpretación de los mismos y acorde a los objetivos planteados se puede concluir que:

El *cuidado de la salud alimentaria nutricional en la dimensión personal* de los profesionales médicos a partir de su adhesión a las GAPA se ubicó en condición MODERADA, comportándose como aspectos limitantes a superar: el bajo el consumo de frutas y verduras, pescado, legumbres, lácteos, agua y el elevado consumo de amasados de pastelería.

En relación al *cuidado de la salud alimentaria nutricional en la dimensión profesional*: Los médicos otorgan un valor de importancia *Alta* para el cuidado de la salud de sus pacientes, en orden decreciente, a los indicadores *alimentación, peso corporal* y por último a la *circunferencia de cintura*, siendo este última la menos valorada en la práctica profesional diaria. La acción más frecuente fue la *derivación a profesionales del área de nutrición o solicitud de interconsulta con el área*, seguido del *brindar recomendaciones de su propio conocimiento*.

Al analizar las asociaciones de variables, con el objetivo de determinar si hay diferencia entre lo que el profesional médico reconoce y sus acciones, la independencia de las variables nos permite rechazar las hipótesis, lo que genera pretensiones de realizar futuras investigaciones que permitan profundizar el análisis a partir de una ampliación de la población estudiada.

La promoción continua de la salud y la educación sobre el cuidado alimentario nutricional de los médicos es esencial, ya que el estilo de vida de dicho grupo recae no solo en la propia salud, sino también sobre la salud de sus pacientes y en un superador funcionamiento del sistema de salud. Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de: considerar a los profesionales de la salud como población objeto de los programas de promoción de la salud, como la de realizar futuras intervenciones que trabajen la revalorización de la salud alimentaria nutricional dentro de los equipos del hospital escuela para la atención clínica integral.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

Considerando el valor evidenciado en la práctica médica profesional hospitalaria de la derivación de los pacientes al área nutrición, resulta sustancial el fortalecimiento del vínculo de los equipos profesionales de ésta con los equipos médicos para la generación de una dinámica de derivación sustentada en una permanente articulación, consenso y coordinación entre profesionales, siendo el binomio Medico- Licenciado en Nutrición esencial para el abordaje de la salud alimentaria.

Se sugiere que los resultados de este estudio puedan orientar intervenciones que permitan apoyar a los profesionales médicos en el cuidado de la propia salud a través del resguardo de sus hábitos alimentarios. A la vez se hace deseable que los mismos puedan abonar la reflexión sobre las prácticas profesionales a modo de que esta se enriquezca en favor de la salud alimentaria nutricional de la persona asistida en el ámbito hospitalario, entendiendo este último aspecto como una responsabilidad conjunta de los profesionales del equipo de salud.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Aballay, L. (2014). *La obesidad en Cordoba estudio de su prevalencia e identificacion de factores de riesgo* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba. Recuperado de <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/714/ABALLAY.pdf?sequence=1>
- Agencia de Salud Pública de Cataluña. (2018). *Pequeños cambios para comer mejor*. Recuperado de http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/alimentacio_saludable/02Publicacions/pub_alim_salu_tothom/Petits-canvis/La-guia-peq-cambios-castella.pdf
- Álvarez Cordero, R. (2014). El médico como ejemplo de salud. *Rev Fac Med (Méx)*, 57(4). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400003
- Anderson, H., Marquez, M., Barboza, H., & Gonzales, L. (2017). Indicadores antropométricos y riesgo cardiovascular en adultos con sobrepeso y obesidad. *ReviCyHLUZ*, 7(2), 24–37. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/329265046>
- Arenas Monreal, L., Hernández Tezoquipa, I., Valdez Santiago, R., & Bonilla Fernández, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, 46(4), 326–332. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342004000400007>
- Bermudez, O., & Tucker, K. (2003). Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, S87–S99. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2003000700010>
- Bourdieu, P. (2003). *Cuestiones de sociología*. Recuperado de https://books.google.com.ar/books?id=SFtUMSXhRWgC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

- Brito Timauri, C. E. (2010). Interdisciplinariedad: Su valor en un programa de nutrición Comunitaria. *Rev Española de Nutrición Comunitaria*, 16(1), 21–23.
[https://doi.org/10.1016/S1135-3074\(10\)70007-7](https://doi.org/10.1016/S1135-3074(10)70007-7)
- Condori Diaz, K. (2019). *Síndrome de Burnout y consumo de frutas y verduras en Profesionales de la Salud del primer y segundo nivel de atención de la ciudad de Arequipa 2017-2018*. Universidad Nacional del Antiplano, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Nutrición Humana , Puno-Perú.
- Couceiro, M., Passamai, I., Cabianca, G., Contreras, N., Rada, J., Valdiviezo, M., ... Zimmer, M. (2007). Comportamiento alimentario de los docentes investigadores de la Universidad Nacional de Salta, y su adecuación a las guías alimentarias para la población Argentina. Año 2006. *Rev Antropo*, (15), 13–22. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28207924_Comportamiento_alimentario_de_los_docentes_investigadores_de_la_Universidad_Nacional_de_Salta_y_su_adecuacion_a_las_guias_alimentarias_para_la_poblacion_Argentina_Ano_2006
- Espinosa González, L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana de Estomatología*, 41(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009
- Frank, E. (2004). Physician Health and Patient Care. *Journal of the American Medical Association*, 291(5), 637. <https://doi.org/10.1001/jama.291.5.637>
- González Guzmán, R. (2010). Estado nutricional y antropometría. *Rev Educación Permanente en Salud*, 1. Recuperado de <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/Estado-Nutricional-y-Antropometria.pdf>
- Gutierrez Garcia, J. L., & Gutierrez Hernandez, R. (2014). Estado de salud de los médicos: repercusiones en su actividad profesional. *Rev Medicina Familiar*, 16(1), 11–17. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf141c.pdf>

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

- Hewitt Ramirez, N. (2007). Estilos de vida en profesionales de la salud del municipio de Zipaquirá. *Rev Psicología: Avances en la disciplina*, 1(1), 61–97. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/hevila/PsicologiaAvancesdeladisciplina/2007/vol1/no1/2.pdf>
- Hicks, K., & Murano, P. (2015). Perspectivas médicas sobre la asesoría a pacientes y la educación continua en la nutrición para médicos en Texas. *Rev Medicina Social*, 10(3), 105–111. Recuperado de <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/907>
- Hurtado Hernández, L. A., & Morales Meléndez, C. A. (2012). *Correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos del hospital general del sonsonate. Junio a Noviembre 2011*. Universidad El Salvador, San Salvador.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) - Secretaría de Gobierno de Salud. (2019). *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados Preliminares* (1a ed.). Recuperado de www.indec.gob.ar/calendario.asp
- Macias, A. I., Gordillo, L. G., & Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chilena de Nutrición*, 39(3), 40–43. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006>
- Manuel, R., & Cruz, E. (2017). ¿Por qué Especialidad y no Maestría? *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 55(2), 140–145. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172a.pdf>
- Martínez Lanz, P., Medina Mora, M. E., & Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Rev Salud Mental*, 27(6). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16337>
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Rev Salud Colectiva*, 1(1). <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

- Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Guías Alimentarias para la Población Argentina*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/menos-sal--vida/482-mensajes-y-grafica-de-las-guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>
- Ministerio de Salud de la Nación. (s. f.). Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. Recuperado de <https://dipol.minsal.cl/departamentos-2/promocion-de-la-salud-y-participacion-ciudadana/>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2014). *Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *Manual para la aplicación de las Guías Alimentarias Para la Población Argentina*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001011cnt-2018-12_manual-aplicacion_guias-alimentarias-poblacion-argentina.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. (2018). *Salud evaluó el cumplimiento de la reducción de sodio en los alimentos procesados*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/home/6-destacados-slide/index.php?option=com_content&view=article&id=523:salud-evaluo-el-cumplimiento-de-la-reduccion-de-sodio-en-los-alimentos-procesados&catid=6:destacados-slide523
- Mitchell, L. J., Macdonald, L., & Capra, S. (2012). Increasing dietetic referrals: Perceptions of general practitioners, practice nurses and dietitians. *Journal Nutrition & Dietetics*, 69(1), 32–38. <https://doi.org/10.1111/j.1747-0080.2011.01570.x>
- Moreno González, M. I. (2010). Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. *Rev Chilena de Cardiología*, 29(1), 85–87. <https://doi.org/10.4067/S0718-85602010000100008>

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

- Navarro Perez, P., Sanchez Contreras, A., Junco Gomez, M. del C., Villegas, P., Garrido, C., & Martin, N. (2015). *Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/navarrop-y-otros-demografia-medica-argentina-2015.pdf>
- NHLBI. (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2003/>
- Nunes dos Santos, C. (2007). Somos lo que comemos, Identidad cultural, hábitos alimenticios y turismo. *Rev Estudios y Perspectivas en Turismo*, 16(234), 242. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1807/180713889006.pdf>
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. (2018). *Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina - Datos 2016*. Recuperado de <http://aaip.gob.ar/sites/default/files/20180918-fuerza-trabajo-sector-salud-2016.pdf>
- OMS. (2014). *Global Status Report on noncommunicable diseases*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=2EA9669ED6441E6314F0A16DD8FFD755?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
- Passera, P., Eppens, M. ., Sartor, S., Caglieri, S., Stariolo, P., & Feriozzi, F. (2016). *Estilos de vida y percepción de salud de los profesionales de salud del HNC. FCM-UNC, 2014-2015”*.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

- Piñeros, L. L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Rev Cubana de Salud Pública*, 38(4), 622–628. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662012000400013>
- Quirantes Moreno, A. J., Lopez Ramirez, M., Hernández Meléndez, E., & Pérez Sanchez, A. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Rev Cubana de Salud Pública*, 35(3), 0–0. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300014
- RAE. (s. f.). Diccionario de la lengua española - Edición del tricentenario. Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
- Rincón, L. E., Fraga, F., & Alcántara, L. (2015). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. *Rev Aten. Fam.*, 22(4). Recuperado de <https://pdf.sciencedirectassets.com/314570/1-s2.0-S1405887115X72889/1-s2.0-S1405887116300645/main.pdf?X-Amz-Security-Token=AgoJb3JpZ2luX2VjEHQaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIDnlDPnOF11pQPHWLQVBd29IJGPzigeZ85YNrGCnBNYAIEA2z9F%2F3z%2F9rSTMvCfLxDYK8FqsufqokZI5a%2FJnX>
- Rodríguez Sendín, J. (2010). Definición de ‘Profesión médica’, ‘Profesional médico/a’ y ‘Profesionalismo médico’. *Rev Educ Med*, 13, 1–3. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v13n2/editorial1.pdf>
- Sanabria, P. A., Gonzales, L., & Urrego, D. (2007). Estilos de Vida Saludable en profesionales de la salud colombianos. *Rev Med*, 15(2), 207–217. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>
- Schonahut, L., Rojas, P., & Millán, T. (2009). Calidad de vida de los médicos residentes del Programa de Formación de Especialistas en Pediatría. *Rev Chilena de Pediatría*, 80(1), 30–38. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062009000100004>

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

- Serra Valdes, M. A. (2016). Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. *Rev Finlay*, 6(2), 167–169. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200009
- Socarrás, V. S., & Aguilar Martínez, A. (2015). Hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. *Rev Nutr Hosp*, 31(1), 449–457. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.1.7412>
- Wagner, P., Perales, A., Armas, R., Mendoza, J., Arce, M., Calderon, J. L., ... Mezzich, J. (2015). Bases y perspectivas latinoamericanas sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona. *Rev An Fac med*, 76(1), 63–70. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43923743/11077-39040-1-PB.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DBases_y_Perspectivas_Latinoamericanas_so.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F2019101
- Williams, G. Duré, I. Dursi, C. (2012). *Médicos en Argentina Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_medicos_2012_argentina_04.08.2014.pdf
- Zapata, M. E., Roviroso, A., & Carmuega, E. (2016). *La mesa Argentina en las últimas dos décadas: cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes 1996-2013*. Recuperado de www.cesni.org.ar

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

ANEXOS



*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

Anexo N° 1

Formato de entrevista adaptada de Proyecto “PERCEPCIONES Y CUIDADO DE LA SALUD ALIMENTARIA-NUTRICIONAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD. CÓRDOBA. 2018-2019”

Encuesta N°.....Fecha:.....Entrevistador:.....

1. *¿Presenta alguna condición de salud o embarazo o creencias religiosas particulares que PERMANENTEMENTE condicione tus hábitos alimentarios? SI - NO*
Si la respuesta es SI, no continuar la encuesta (CRITERIO DE EXCLUSIÓN)

Datos socio demográficos-personales

2. Sexo	3. Edad	4. Profesión	4.1 Especialidad (si corresponde)	5. N° de años que ejerce la profesión
Masculino (1)				
Femenino (2)				

6. *Hábitos Alimentarios. Adhesión a los mensajes de las GUÍA ALIMENTARIAS PARA LA POBLACIÓN ARGENTINA 2016 (GAPA):*

6.1.: **“Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.”**

	SI (6 a 7 veces por semana)	NO
¿Realiza 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena)?		
¿Incluye en sus comidas diarias verduras?		
¿Incluye en sus comidas diarias frutas?		
¿Incluye en sus comidas diarias ALGUNA legumbre?(porotos, lentejas, garbanzos, soja, otros)		
¿Incluye en sus comidas diarias ALGUN cereal? (arroz, trigo, avena, fideos, cebada, otros)		
¿Incluye en sus comidas diarias leche, yogur o queso?		
¿Incluye en sus comidas diarias huevos?		
¿Incluye en sus comidas diarias ALGUN TIPO DE carnes? (de vaca, pollo, pescado, cerdo, otras)		
¿Incluye en sus comidas diarias ALGUN aceite?		
¿Realiza actividad física moderada continua o fraccionada todos los días para mantener una vida activa?		
¿Come tranquilo?		
¿En lo posible, come acompañado?		
¿Modera el tamaño de las porciones?		
¿Selecciona alimentos preparados en casa, en lugar de los que se ofrecen listos para consumir?		

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

6.2. “Tomar a diario 8 vasos de agua segura”.

	SI	NO
¿Durante el día bebe al menos 2 litros de líquidos, sin azúcar? (8 vasos)		
¿Dentro del líquido diario que consume, ¿este es preferentemente agua?		
¿Se hidrata aún sin sentir sed?		
¿Emplea para lavar los alimentos y cocinar agua segura ?		

6.3. “Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores”.

	SI	NO
¿Consumes al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena?		
¿Consumes al menos 2 o 3 frutas por día?		
¿Lava las frutas y verduras con agua segura ?		

6.4. “Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio”.

	SI	NO
¿Cocina sin sal, limitando el agregado de ésta en las comidas?		
¿Evita el salero en la mesa?		
¿Emplea como reemplazo de la sal, condimentos de todo tipo (pimienta, perejil, ají, pimentón, orégano, etc.)?		
Al elegir la compra de fiambres, embutidos y otros alimentos procesados (como caldos, sopas y conservas) ¿lee las etiquetas para ver contenido de sodio?		

6.5. “Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal”.

	SI	NO
¿Limita el consumo de golosinas?		
¿Limita el consumo de amasados de pastelería? (facturas, masas, tortas)		
¿Limita el consumo de productos de copetín (palitos salados, papas fritas de paquete, etc.)?		
¿Limita el consumo de bebidas azucaradas?		
¿Limita el consumo de azúcar agregada a infusiones?		
¿Limita el consumo de manteca?		
¿Limita el consumo de margarina?		
¿Limita el consumo de grasa animal?		
¿Limita el consumo de crema de leche?		

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

6.6. “Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados”.

	SI	NO
¿Incluye 3 porciones al día de leche, yogur o de queso preferentemente descremado?		
Al comprar lácteos ¿mira la fecha de vencimiento?		
Al comprar lácteos: ¿los elige al final de la compra para mantener la cadena de frío?		
¿Elige quesos blandos antes que duros?		
¿Prefiere elegir quesos con menor contenido graso y de sal?		

6.7. “Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo”.

	SI	NO
¿La porción diaria de carne que consume representa el tamaño de la palma de la mano?		
¿Consume pescado 2 ó más veces por semana?		
¿Consume otras carnes blancas 2 veces por semana?		
¿Consume carnes rojas hasta 3 veces por semana?		
¿Incluye en su alimentación hasta un huevo por día?		
¿Cocina o consume las carnes hasta que no queden partes rojas o rosadas en su interior?		
¿Quita la grasa visible a la carne, al momento de consumirla?		

6.8. “Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca”.

	SI	NO
¿Consume arvejas, lentejas, soja, porotos y garbanzos?		
Ud. en su alimentación ¿combina legumbres y cereales como alternativa para reemplazar la carne en algunas comidas?		
Ud. consume avena o trigo burgol o polenta o cebada o centeno?		
Ud consume preferentemente los cereales INTEGRALES? (arroz, fideos, otros)		
Ud si consume Pan, selecciona pan INTEGRAL?		
Cuando consume papa o batata ¿las lava adecuadamente antes de la cocción?		
¿Cocina las papas y/o batatas con cáscara?		

6.9. “Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas”.

	SI	NO
¿Utiliza dos cucharadas soperas al día de aceite crudo?		
¿Opta por otras formas de cocción antes que la fritura?		
¿Alterna el uso de aceites? (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola).		
¿Utiliza al menos 1 vez por semana un puñado de frutas secas (maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) o de semillas sin salar (chía, girasol, sésamo, lino, etc.)?		
¿Ud. reconoce que el aceite crudo, las frutas secas y semillas aportan nutrientes esenciales?		

**“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”**

6.10. “Consumo de bebidas alcohólicas responsable”.

	SI	NO
¿Ud. evita las bebidas alcohólicas siempre al conducir?		
¿Ud. tiene consumo responsable de bebidas alcohólicas? (en adultos el máximo al día: 2 vasos en el hombre y 1 en la mujer.) 1 medida: cerveza 250 cc, vino y champagne 100 cc y whisky 30 cc.		

Mensajes de las GAPA

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

7. ¿Cuál es el valor que le asigna en el cuidado de la salud de los pacientes/ personas?

	5	4	3	2	1	NO SE
Alimentación						
Peso Corporal						
Circunferencia de Cintura						

(Escala del 1 al 5. Donde 5: “Muy importante”, 4: “Importante”, 3: “Moderadamente importante”, 2: “Poco importante” y 1: “Sin importancia”.)

8. En su práctica profesional diaria ¿REALIZA acciones que contribuyan al cuidado de la salud alimentario-nutricional de las personas que asiste? **SI - NO**

8.1-Cuáles son las acciones que realiza **habitualmente** al momento de asistir a sus pacientes? (marque las que realiza **habitualmente**)

	SI
Deriva a profesional del área Nutrición Alimentación o pide interconsulta	
Entrega indicaciones alimentarias o plan/dieta impresa	
Brinda recomendaciones generales que son de su conocimiento	
Mide y valora la Circunferencia de Cintura	
Toma el Peso Corporal	
Mide Talla	
Determina el Índice de Masa Corporal	
Otros	

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Respecto a mi participación en el trabajo de investigación titulado “Percepciones y cuidado de la salud alimentaria-nutricional en profesionales de la Salud. Córdoba. 2018-2019”, a cargo de un equipo de profesionales en Ciencias de la Salud de la UNC dirigido por la Esp. Lic. Patricia Passera, declaro haber sido informado acerca de sus implicancias:

- Los voluntarios de esta investigación son profesionales de la salud que no superen los 65 años de edad y que se desempeñan en el Hospital Nacional de Clínicas (HNC).
- La participación es voluntaria, por lo que puedo decidir participar o no y permanecer o no en dicho estudio.
- El propósito de este estudio, que se ajusta a las normas éticas internacionales, es estudiar las conductas de autocuidado y percepciones sobre salud alimentaria-nutricional en profesionales de salud.
- Como participante del estudio responderé un cuestionario que no contendrá datos que me identifiquen (tales como nombre, dni, domicilio) y me realizaré mediciones antropométricas (peso, talla y circunferencia de cintura). La única molestia que podría ocasionarme sería el tiempo necesario destinado para ello, ya que no se realizarán técnicas invasivas que impliquen riesgo alguno.
- La investigación no posee fines de lucro y no recibiré pago alguno por participar.
- El entrevistador (profesional de la salud) me aclarará todas las dudas referentes al estudio.
- Las conclusiones de este estudio podrían ser utilizadas con fines académicos y difundidas en congresos y revistas científicas, manteniendo siempre el anonimato y pudiendo tener acceso a las mismas.

*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

GLOSARIO



*“La salud alimentaria nutricional en la dimensión personal y profesional
en médicos de un hospital escuela, Córdoba 2019”*

A: Alta

B: Baja

CESNI: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil

CC: Circunferencia de cintura

ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

GAPAS: Guías Alimentarias para la Población Argentina

HNC: Hospital Nacional de Clínicas

IMC: Índice de Masa Corporal

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

M: Moderada

NHLBI: Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PC: Peso Corporal

REFEPS: Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud

T: Talla