

ESTILOS DE VIDA DE PROFESORES DEL INSTITUTO DE ENSEÑANZA MEDIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA. REPUBLICA ARGENTINA.

Mónica Couceiro; María Passamai, Nelly Contreras, Eugenia Villagrán, María Zimmer, María Silvia Valdiviezo, Ana Soruco y Alberto Alemán
CIUNSa (Consejo de Investigaciones), IENPo (Instituto de Investigaciones en Evaluación Nutricional de Poblaciones). UNSA (Universidad Nacional de Salta).
Salta. República Argentina.
couceirm@unsa.edu.ar



Introducción

La alimentación como insumo fundamental de la Nutrición, es de capital importancia para promover y mantener un buen estado de salud. Su relación como factor determinante de patología crónica no transmisible, la convierte en un pilar fundamental para la prevención.

La carga de enfermedades crónicas, está aumentando rápidamente, calculando que en 2001, las enfermedades crónicas causaron un 60 % de las defunciones notificadas en el mundo, y un 46% de la carga mundial de morbilidad (1). El 80% de todas las defunciones por enfermedades crónicas están ocurriendo en los países en desarrollo (2). Esto deja claro que la antigua concepción de estas patologías como “enfermedades de los ricos”, está perdiendo validez, ya que se están extendiendo por países más pobres, como también entre los grupos de población más desfavorecidos de los países más ricos. Esta transición en el perfil de morbilidad se está produciendo a un ritmo más acelerado que el que tuvo lugar en las zonas industrializadas hace 50 años (3).

Se ha previsto que para el año 2020 las enfermedades crónicas representarán casi las tres cuartas partes del total de defunciones, y el 71% de las defunciones por cardiopatía isquémica, el 75% de las defunciones por accidente cerebro vascular (ACV), y el 70% de las defunciones por diabetes ocurrirán en los países en desarrollo (4). Las enfermedades crónicas son en gran medida enfermedades prevenibles, y los datos disponibles que relacionan la dieta y la salud, justifican la adopción de medidas que apunten a su promoción. La utilización de un enfoque basado en los riesgos comunes para prevenir las enfermedades crónicas implica la necesidad de un abordaje integral (5).

La transición nutricional presenta cambios tanto cuantitativos como cualitativos de la dieta. Esta se caracteriza por una mayor densidad energética lo que incluye más grasa y más azúcar. Con respecto a las grasas, aumenta el porcentaje de saturadas (principalmente de origen animal), acompañadas por una disminución en la ingesta de hidratos de carbono complejos y de fibra alimentaria. Estos cambios sumados a modificaciones en el estilo de vida que reflejan una reducción de la actividad física y la adquisición de hábitos no saludables, atentan contra la salud individual y colectiva (6).

La existencia de efectos generalizados de la dieta temprana en la composición corporal supone un importante respaldo a definir las necesidades nutricionales con el objeto de prevenir morbilidad y mortalidad a largo plazo (7). Un peso excesivo al nacer aumenta el riesgo de padecer obesidad en años posteriores, pero por el contrario los niños con bajo peso de nacimiento tienden a seguir siendo pequeños en la edad adulta (8). La idea de que los estilos de vida poco saludables no sólo aparecen en la edad adulta, sino que se adquieren desde la niñez se está imponiendo cada vez con mayor seguridad, así como que estos condicionan la aparición precoz de obesidad, dislipidemia, hipertensión, etc (9). Esto no disminuye la importancia de generar estilos de vida saludables en la edad adulta, ya que costumbres de los adultos como: tabaquismo, sedentarismo, ingesta de alcohol y colesterol agravan la situación agregando más factores de riesgo a los anteriormente citados (10). Es de destacar también la existencia de factores intergeneracionales en la aparición de patología crónica, ya que estilos de vida poco saludables en una generación pueden tener efectos directos sobre la siguiente; ejemplo claro de ello es el consumo de tabaco durante el embarazo (11).

Por todo esto es necesario un enfoque que abarque toda la vida a la prevención y el control de enfermedades crónicas, ya que los hábitos alimentarios nocivos, la alimentación inadecuada y disarmónica, la inactividad física y el tabaquismo son comportamientos de riesgo confirmados y pueden presentarse desde etapas tempranas de la vida. Del mismo modo se sabe que la hipertensión, la obesidad y las dislipidemias son factores de riesgo de cardiopatía coronaria, accidentes cerebro vasculares y obesidad. Los nutrientes provenientes de la alimentación y la actividad física influyen en la vulnerabilidad. Los principales factores de riesgo biológicos y comportamentales surgen y actúan en etapas tempranas de la vida y continúan teniendo efectos perjudiciales a lo largo de la misma, y aún pueden seguir afectando a generaciones futuras.

Por lo tanto algunas intervenciones en etapas tempranas pueden reportar efectos beneficiosos de por vida (12). Sin embargo, para que las intervenciones adoptadas tengan efectos duraderos en la prevalencia de factores de riesgo y la salud de las poblaciones, es fundamental modificar el entorno en el que se desarrollan las patologías crónicas. De esta manera los cambios en los hábitos alimentarios, y la reducción de la actividad física han agravado en general los factores de riesgo y las propias enfermedades (13)

La formulación de dietas orientadas a individuos y grupos de población para prevenir enfermedades crónicas, es un componente fundamental en el marco de un enfoque integral basado en la prevención con objetivo en la comunidad, por lo que no es muy antiguo su uso y aplicación en los programas de salud pública orientados a la prevención de patología crónica (14).

Casi todos los países padecen actualmente una epidemia de obesidad, aunque con diferencias entre los países y aún con grandes variaciones dentro de los países. En aquellos con bajos ingresos, la obesidad es más frecuente entre mujeres, mientras que en los países con mayores ingresos está comenzando a hacerse evidente en los niños y personas jóvenes. Los costos directos derivados de estas enfermedades se llevan una proporción sustantiva de los presupuestos de salud pública; aunque no deben olvidarse los costos indirectos elevados que incluyen, ausentismo laboral, mayor consulta al médico y las pensiones por discapacidad y por muerte prematura (15).

Esto puede observarse también en países en desarrollo en etapa de transición económica, ya que coexisten en la población e inclusive a veces dentro de una misma familia niveles crecientes de obesidad con desnutrición crónica (16). El programa Argentino de Prevención del Tabaco informó para el año 2005 que fuma el 33,5% de la población Argentina. En nuestro país comienzan a fumar 500 jóvenes por día, y cada año la edad de inicio del hábito de fumar se adelanta. Un 30 % de la población ha probado al menos un cigarrillo antes de los 11 años de edad.

En Argentina el 60 % de los no fumadores se encuentran expuestos al humo aún en sus propios hogares. Mueren diariamente más de 100 personas por patología vinculadas al consumo de cigarrillo, y se gasta \$12.000.000 diarios en el tratamiento de enfermedades vinculadas al consumo de tabaco. (17).

Diversos estudios de la prevalencia de la Diabetes Mellitus en nuestro país mostraron valores que oscilan alrededor del 6% de la población general para fines del siglo XX. De las personas identificadas, solo aproximadamente la mitad conocen y tratan su enfermedad. Por otra parte alrededor del 30% de las personas que conocen su enfermedad no hacen ningún tipo de tratamiento y el 66% de las que lo hacen tienen un grado de control metabólico pobre. En consecuencia, 2/3 de las personas con diabetes en Argentina padecen complicaciones crónicas de la enfermedad (18,19,20, 21).

Cada año, 48.500 mujeres mueren en la Argentina por causas cardiovasculares. Esto representa el 40% del total de las muertes en el país. Sin embargo, existe una peligrosa tendencia a pensar que el sexo femenino no tiene que cuidarse de los factores de riesgo hasta pasada la menopausia. En realidad, en los últimos 20 años se redujo la mortalidad cardiovascular en el varón, gracias a las campañas de prevención, antitabaco, la fortaleza de las unidades coronarias, y otras estrategias. En la mujer, esto no pasó: la mortalidad se mantuvo y creció levemente. (22)

En la provincia de Salta no existe un acceso libre a sus estadísticas de Salud, por lo que resulta muy importante realizar estudios que permitan obtener información sobre estilos de vida en su población, y que sean útiles a los fines de la planificación pertinente. En base a todo lo expuesto, los profesores del Instituto de Enseñanza media (IEM) de la Universidad Nacional de Salta (UNSa), ubicada en el norte geográfico de la República Argentina, junto con el resto de los docentes investigadores de toda la Universidad, representan un grupo de adultos sometidos al stress que implica el trabajo intelectual, por la constante necesidad de superación en la carrera académica para cumplir los requisitos exigidos por la Universidad, así como las instituciones del

Ministerio de Educación de la Nación. La gran cantidad de horas de trabajo asociadas muchas veces al uso de equipos tecnificados, que requieren de muy baja o nula actividad física, se encuentra acompañado de sedentarismo, hábito de fumar, lo cual sumado al stress, implican factores de riesgo muy importantes en la población adulta. Por consiguiente es de gran utilidad desde lo personal, como desde lo institucional conocer esas características para poder abordarlas desde políticas de la obra social de la Universidad, así como aquellas que puedan planificarse y operacionalizarse desde la Secretaría de Bienestar Universitario.

Metodología

Con el objetivo de analizar la presencia de factores de riesgo en los profesores del IEM, en el marco de una investigación de estilos de vida saludables, se desarrolló un estudio de tipo transversal, descriptivo y analítico teniendo como población de estudio los 65 profesores del mencionado Instituto, a quienes se envió una encuesta semiestructurada, acompañada de un instructivo para su llenado. Para ello se averiguó en el Instituto el número total de profesores y su identificación. Se enviaron en sobres cerrados a cada uno de ellos la mencionada encuesta acompañada de su correspondiente instructivo. El estudio fue realizado en el mes de Mayo de 2005, y una vez por semana se retiraban las encuestas llenadas de la Secretaría Académica del Instituto donde los docentes depositaban las encuestas en sobre cerrado. Se esperó un mes, al final del cual el 74% de los profesores (fueron 48) habían devuelto la encuesta debidamente cumplimentada, constituyendo así la muestra de estudio. Dicha encuesta constaba de datos de orden identificatorio, peso al nacer, tipo de lactancia recibida durante el primer año de vida, antecedentes familiares de enfermedades crónicas, percepción de sobrepeso, peso autoreferido, actitudes relacionadas con el cuidado de la salud y hábito de fumar, horas dedicadas al sueño, horas de trabajo, tiempo de pie o sentado, actividad física o deportiva (tipo, intensidad, horas y frecuencia); los niveles de actividad fueron luego reagrupados por los investigadores en actividades ligeras, moderadas o intensas según las respuestas de los profesores. Se investigaron además preguntas destinadas a describir el consumo de aceites y grasas, de infusiones estimulantes, de suplementos dietéticos y distribución diaria de comidas, profundizando en este último ítem el tipo de desayuno.

Resultados

Sujetos en estudio

La muestra estuvo conformada por un 35 % de varones y 65 % de mujeres, siendo la edad promedio de 40 y 41 años para hombres y mujeres, con una mediana de 40 y 42 años y un desvío de ± 5 y 7 años respectivamente. Los hombres presentaron una edad mínima de 31 años y una máxima de 52, mientras que las mujeres presentaron una edad mínima de 24 y una máxima de 54 años. Concentrándose el 42 % de la población en el grupo de 40 a 44 años de edad. Un 10,5 % de la población se encuentra en el rango de edad de 50 a 54 años, mientras que solamente un 8 % entre los 24 a 34 años de edad. (Ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Distribución de la población docente por Edad y Género. IEM. UNSA. Salta. 2004

| <i>Categoría Etárea</i> | <i>Género</i> | | | | <i>Total</i> | |
|-------------------------|------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|
| | <i>Masculino</i> | | <i>Femenino</i> | | <i>n</i> | <i>%</i> |
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | | |
| <i>24 a 29 años</i> | - | - | 3 | 10 | 3 | 6 |
| <i>30 a 34 años</i> | 1 | 6 | - | - | 1 | 2 |
| <i>35 a 39 años</i> | 6 | 35 | 7 | 22 | 13 | 27 |
| <i>40 a 44 años</i> | 8 | 47 | 12 | 39 | 20 | 42 |
| <i>45 a 49 años</i> | 1 | 6 | 5 | 16 | 6 | 12,5 |
| <i>50 a 54 años</i> | 1 | 6 | 4 | 13 | 5 | 10,5 |
| <i>Total</i> | 17 | 100 | 31 | 100 | 48 | 100 |

Tabla 2. Medidas de tendencia central de la variables edad. IEM. UNSA. Salta. 2004

| <i>Género</i> | <i>Edad</i> | | | |
|------------------|-------------|--------|----------------|---------|
| | Mínimo | Máximo | Media +/- D.S. | Mediana |
| <i>Masculino</i> | 31 | 52 | 40 +/- 5 | 40 |
| <i>Femenino</i> | 24 | 54 | 41 +/- 7 | 42 |

Datos autoreferidos sobre nacimiento y alimentación de la infancia

De los 48 profesores, 28 (58,3%) conocían su peso al nacer (41 % de los hombres, y 68% de las mujeres); entre ellos un hombre y dos mujeres refirieron haber nacido con un peso inferior a los 2500 gramos, y dos personas (un hombre y una mujer) nacieron con un peso superior a los 4000 gramos. (Ver Tabla 3). Al aplicar la prueba de X^2 no se encontraron diferencias significativas entre el género y el conocimiento del peso al nacer ($P \geq 0,05$). El 100% conocía la forma en que fue amamantado durante el primer año de vida: 43% recibió lactancia materna exclusiva, 35,4% recibió lactancia mixta y 20,8% lactancia artificial (ver Tabla 4)

Tabla 3. Distribución de los profesores, según su peso al nacer.IEM. UNSA. Salta. 2004

| <i>Peso al nacer</i> | <i>Género</i> | | | |
|----------------------|------------------|------|-----------------|------|
| | <i>Masculino</i> | | <i>Femenino</i> | |
| | Nº | % | Nº | % |
| < 2500 g | 1 | 14,3 | 2 | 9,5 |
| 2500 a 4000 g | 5 | 71,4 | 18 | 85,7 |
| > 4000 g | 1 | 14,3 | 1 | 4,8 |
| <i>TOTALES</i> | 7 | 100 | 21 | 100 |

Tabla 4. Tipo de lactancia recibida por los profesores del IEM. UNSA. Salta. 2004

| <i>Tipo de lactancia</i> | <i>Población</i> | |
|--------------------------|------------------|------|
| | Nº | % |
| <i>Materna exclusiva</i> | 21 | 43,8 |
| <i>Mixta</i> | 17 | 35,4 |
| <i>Artificial</i> | 10 | 20,8 |
| <i>TOTAL</i> | 48 | 100 |

De los docentes encuestados el 21% (18) desconocía el tiempo que duró su amamantamiento. Al relacionar el tiempo de amamantamiento con el tipo de lactancia recibida en los 30 docentes que conocían el tiempo que habían sido amamantados, se observa que aquellos que fueron amamantados por un tiempo más prolongado fueron los que recibieron lactancia materna exclusiva ($X^2= 3,72$ $P \leq 0,01$). (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Duración de la lactancia en los profesores del IEM. UNSA. Salta. 2004

| <i>Tipo de lactancia recibida</i> | <i>Tiempo de amamantamiento</i> | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|-------------|---|--------------|---|
| | < de 3 meses | | 3 a 6 meses | | > de 6 meses | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |

| | | | | | | |
|--------------------------|---|------|----|------|----|------|
| <i>Materna exclusiva</i> | - | - | 6 | 33,3 | 12 | 66,7 |
| <i>Mixta</i> | 2 | 16,6 | 8 | 66,8 | 2 | 16,6 |
| <i>TOTAL</i> | 2 | 6,6 | 14 | 46,7 | 14 | 46,7 |

Los pesos autoreferidos a los periodos estudiados (1994 – 1998 – 2002), así como sus estadísticos se muestran en la (Ver Tabla 6), en ella se puede observar que para ambos géneros, los docentes manifiestan presentar un aumento de peso a medida que aumenta la edad. En la actualidad del total que consideran estar en sobrepeso corresponden 44% de varones y 56% de mujeres, entre ellos, el 63,6% de los hombres y el 42,8% de las mujeres considera que ese sobrepeso existe desde los último cinco años, mientras que consideran que viene desde la niñez y la juventud el 27% y el 36% respectivamente. (Ver Tabla 7). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el peso de nacimiento referido y la percepción de sobrepeso ($P \geq 0,05$).

Tabla 6. Descriptores estadísticos de los pesos autoreferidos de los docentes. IEM: UNSA. Salta. 2004

| Año | Género | | | | | | | |
|------|-----------|--------|-------|---------|----------|--------|-------|---------|
| | MASCULINO | | | | FEMENINO | | | |
| | Máximo | Mínimo | Media | Mediana | Máximo | Mínimo | Media | Mediana |
| 1994 | 89 | 60 | 75,38 | 79,00 | 76 | 44 | 60,13 | 59 |
| 1998 | 100 | 65 | 81,44 | 82 | 82 | 45 | 62,53 | 62 |
| 2002 | 96 | 70 | 82,33 | 80 | 95 | 45,50 | 62,81 | 63,5 |

Tabla 7. Tiempo del sobrepeso autoreferido por los profesores. IEM: UNSA. Salta. 2004

| Tiempo de sobrepeso | Género | | | |
|-----------------------|-----------|------|----------|------|
| | Masculino | | Femenino | |
| | Nº | % | Nº | % |
| <i>Último año</i> | 1 | 9,1 | 3 | 21,4 |
| <i>Ultimos 5 años</i> | 7 | 63,6 | 6 | 42,8 |
| <i>Desde juventud</i> | 2 | 18,2 | 3 | 21,4 |
| <i>Desde niñez</i> | 1 | 9,1 | 2 | 14,4 |
| <i>TOTAL</i> | 11 | 100 | 14 | 100 |

Las medias de peso autoreferido del año 2002 son estadísticamente diferentes entre los docentes que consideran que tienen sobrepeso y los que no se consideran en sobrepeso con valores de ($t = 3,72 P \leq 0,01$) (Ver Tabla 8). 17 mujeres declararon haber tenido hijos, 2 de ellas manifestaron haber tenido hijos con bajo peso al nacer, es decir con menos de 2500 gramos.

Tabla 8. Descriptivos estadísticos del peso autoreferido, según percepción de sobrepeso.

IEM. UNSA. Salta. 2004

| Género | Ganancia de peso 1994 - 1998 | | | | | | | |
|--------|------------------------------|--------|-------|---------|--------------------------------|--------|-------|---------|
| | Se consideran con sobrepeso | | | | No se consideran con sobrepeso | | | |
| | Máximo | Mínimo | Media | Mediana | Máximo | Mínimo | Media | Mediana |

| | | | | | | | | |
|------------------|-----------|-----------|--------------|------------|----------|------------|-----------|-----------|
| <i>Masculino</i> | 20 | 1 | 6,125 | 5 | - | - | - | - |
| <i>Femenino</i> | 11 | -4 | 3,5 | 3,5 | 3 | -10 | -2 | -1 |

| <i>Género</i> | <i>Ganancia de peso 1998 - 2002</i> | | | | | | | |
|------------------|-------------------------------------|---------------|--------------|----------------|---------------------------------------|---------------|--------------|----------------|
| | <i>Se consideran con sobrepeso</i> | | | | <i>No se consideran con sobrepeso</i> | | | |
| | <i>Máximo</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Media</i> | <i>Mediana</i> | <i>Máximo</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Media</i> | <i>Mediana</i> |
| <i>Masculino</i> | 5 | - 10 | 1,75 | 4,5 | -6 | -6 | -6 | - |
| <i>Femenino</i> | 13 | -8 | 2,54 | 4 | 1 | -3 | -1 | -1 |

| <i>Género</i> | <i>Se considera con sobrepeso</i> | | | <i>Se considera sin sobrepeso</i> | | |
|--------------------|-----------------------------------|---------------|--------------|-----------------------------------|---------------|--------------|
| | <i>Máximo</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Media</i> | <i>Máximo</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Media</i> |
| <i>Masculino</i> | 96 | 70 | 83,25 | 75 | 75 | 75 |
| <i>Femenino</i> | 95 | 46 | 69 | 63 | 45 | 53 |
| <i>AMBOS SEXOS</i> | 96 | 46 | 75 | 75 | 45 | 55 |

Datos heredofamiliares

El 53% de los hombres y el 52% de las mujeres refirió tener el padre fallecido, mientras que informaron el fallecimiento materno el 23 % de los hombres y el 18 % de las mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas con un X^2 de 50,2 $P \leq 0,01$. Las causas cardiovasculares fueron más prevalentes en los hombres con un 33% de las muertes, seguida muy de cerca por el cáncer con un 29%. En el caso de las madres fallecidas la causa más prevalente referida fue el cáncer en un 33 % de los casos.

En cuanto a antecedentes familiares de patología crónica, el 28 % de la muestra refirió antecedentes de ACV y cáncer, 18 % infarto y un 56% hipertensión familiar. No encontrándose diferencias estadísticamente significativas por sexo ni edad ($P \geq 0,05$). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los pesos autoreferidos entre los que tenían antecedentes familiares de obesidad y los que no los tenían ($P \geq 0,05$).

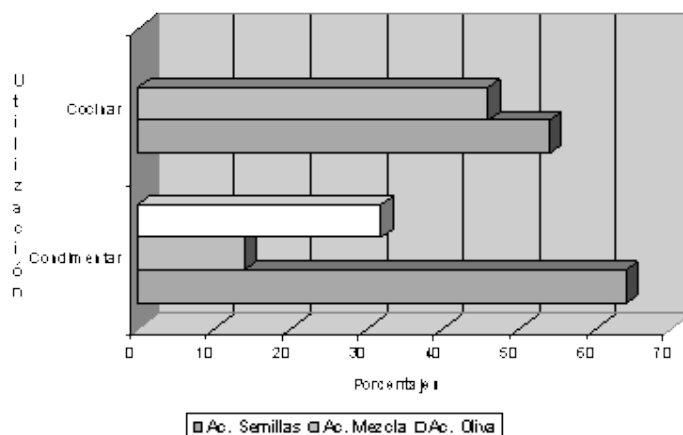
Aspectos alimentarios

Aceites y Grasas

Analizada la frecuencia de consumo de este grupo de alimentos, es de destacar que un 71 % de los sujetos omitió responder. El 39% que contestó, evidenció una escasa variedad en el consumo de este grupo, limitándose a la manteca con una alta frecuencia (38 % de los casos); y a la crema de leche con una baja frecuencia de consumo en el 32% de los casos.

Entre los aceites, los de consumo más generalizado y en alta frecuencia, fueron el de maíz, oliva y girasol, siendo menor el consumo de aceites mezcla, tanto como los de soja y uva. La mitad de los docentes consume mayonesa con baja frecuencia (sólo 4 % la de tipo light); y otros aderezos menos consumidos son la mostaza, ketchup y salsa golf. El 64% de los docentes consume aceite de semillas (girasol, maíz o soja) para condimentar ensaladas crudas y/o cocidas, siguiéndole en orden el aceite de oliva en el 32% de los casos y el aceite mezcla en el resto. El 54% de los sujetos también utiliza aceite de semillas, y un 46% aceite mezcla, para cocinar. (Ver Figura 1).

Figura 1 Utilización de aceites en preparaciones de los docentes del IEM. Unsa. 2004



La grasa utilizada con mayor frecuencia, para untar el pan, fue la manteca, mencionada por el 46% de los docentes, mientras que un 16% prefiere margarina. Otro 16% no utiliza ningún tipo de grasa para acompañar el pan. 54% de los encuestados retira toda la grasa visible de la carne vacuna, mientras el 40% retira solamente una parte. Con respecto al consumo de piel de pollo, un 44% de los docentes la retira y no la consume, y el 46% lo hace a veces. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de grasa de las carnes entre géneros y grupos de edad ($P \geq 0,05$)

Infusiones estimulantes

Al interrogar sobre el consumo de infusiones estimulantes durante el trabajo, se destaca que un 46% de las personas encuestadas consumen mate cebado, y un 32% café. Sin embargo es importante destacar que un 26% no consume infusiones estimulantes. No encontrándose diferencias estadísticamente significativas por edad ni género ($P \geq 0,05$), esto corrobora el hecho de que el hábito de consumo de mate cebado en nuestra región, como en el resto del país es compartido por la mayoría de la población.

Suplementos dietéticos

El 86% de los docentes manifestó no haber consumido suplementos dietéticos en los últimos 12 meses. En el 14% que sí lo hicieron, predominó el consumo de levadura de cerveza, fibra y germen de trigo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por edad ni género ($P \geq 0,05$).

Distribución diaria de comidas

El 91% de los sujetos desayuna diariamente. Entre los alimentos consumidos pueden mencionarse las infusiones con pan o galletas (28%); infusiones solas (14%); infusiones con lácteos solos y lácteos acompañados con pan o galletas (10% respectivamente) y un 4% infusiones con frutas. El mayor porcentaje de los docentes realizan el desayuno a las 07.00 am. y solo un 31 % de ellos ingiere colaciones a media mañana. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por edad ni sexo en el tipo de desayuno consumido.

Se destaca que el 98 % almuerza, generalmente entre las 13.00 y 14.00 PM. Si se tiene en cuenta que un 75% de los docentes merienda y que el 85% cena, la mayoría de los sujetos estudiados realiza habitualmente las cuatro comidas principales. Al interrogar sobre los horarios de la cena lo habitual es consumirla entre las 21 y 22 hs. (60%) y un 12,5% la realiza a las 24 hs. Cabe mencionar que no es costumbre realizar colaciones a media tarde, solo un 15% las consume. (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Comidas diarias de los docentes del IEM.UNSA.Salta, mayo-junio 2004

| COMIDAS REALIZADAS | SI | NO |
|--------------------|-----|----|
| DESAYUNO | 91% | 9% |

| | | |
|-----------------------|-----|-----|
| COLACION MEDIA MAÑANA | 31% | 69% |
| ALMUERZO | 98% | 2% |
| COLACION MEDIA TARDE | 15% | 85% |
| MERIENDA | 75% | 25% |
| CENA | 85% | 15% |

Actividad Física

Los sujetos estudiados realizan en promedio 22 horas semanales de actividades ligeras como escribir, leer, mirar televisión, trabajar frente a la computadora o permanecer sentados. A las actividades moderadas como cocinar, lavar, planchar, limpiar, o realizar arreglos menores en el hogar, dedican en promedio 12,2 horas; y las actividades intensas como taller, jardinería, mecánica, carpintería, pintura, albañilería les insumen un tiempo inferior a 3 horas. Al analizar esta situación por género, y al aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras, quedó demostrado que no existen diferencias estadísticamente significativas en las distribuciones de horas de actividades ligeras e intensas por género, pero si las hay en las actividades moderadas con $Z = 2,23$ $P < 0,01$, esto significa que las mujeres se caracterizan por realizar actividades diarias en el hogar que aumentan sus horas dedicadas a actividades moderadas. No se encontró correlación estadísticamente significativa entre el tipo de actividad desarrollada y las horas destinadas para ello a diferentes edades de los sujetos en estudio.

Cuidados de la salud

Al analizar la concurrencia a controles de salud, puede observarse que solo el 64% de los sujetos estudiados concurren al médico, y el 83% al odontólogo de forma periódica respectivamente. Al analizar esta situación por género, puede observarse que solamente el 53% de los hombres realizan controles médicos de manera regular. Si bien el 67% de las mujeres los realizan, solamente el 22% de ellas realizan un control ginecológico de manera regular (Ver Tabla 10). Veintiséis de los 48 profesores no toman ningún medicamento en forma regular, sin embargo de los 22 que si lo hacen, 28% toma complementos vitamínicos y minerales autoprescritos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el cumplimiento de controles médicos con el género y la edad, sin embargo si se encontraron diferencias entre la asistencia al odontólogo y la edad $\chi^2: 19,35$ ($P \leq 0,05$), es decir que los sujetos estudiados concurren al odontólogo regularmente a medida que aumenta su edad. Esto haría pensar que lo hacen no como una cuestión preventiva, sino eminentemente recuperativa, lo que hablaría de una deficiencia en los niveles de alarma del cuidado bucal a lo largo de la vida.

Tabla 10. Concurrencia a controles médicos y odontológicos de los profesores del IEM: UNSA. Salta. 2004

| Género | Control médico | | | | Control odontológico | | | |
|-----------|----------------|------|-----------|------|----------------------|------|-----------|------|
| | Periódico | | Irregular | | Periódico | | Irregular | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Masculino | 9 | 53 | 8 | 47 | 14 | 82,3 | 3 | 17,7 |
| Femenino | 21 | 67,7 | 10 | 32,3 | 24 | 77,4 | 7 | 22,6 |

En cuanto a las patologías que informaron padecer los docentes ocupa el primer lugar las infecciosas con un 20 %, seguidas muy de cerca por aquellas de orden digestivo (18%) no encontrándose diferencias estadísticamente significativas por edad ni género ($P \geq 0,05$). Las patologías de orden osteoarticular solo fueron informadas por mujeres.

Hábitos no saludables

Hábito de fumar

El 35% de los sujetos estudiados fuman, 35% de hombres y 39% de mujeres (Ver Tabla 11) no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el hábito de fumar, la edad y el género ($P \geq 0,05$). De los que

fuman, 31% consume entre 10 y 20 cigarrillos diarios, y 25% más de 1 paquete diario; esta situación se agrava si se tiene en cuenta que la encuesta reveló que el 62% lleva fumando más de 15 años. Entre los que actualmente no fuman (30 profesores), 23% fueron fumadores y dejaron de serlo, entre ellos, el 43% abandonó el hábito en los últimos cinco años habiendo en todos los casos fumado más de 10 años de su vida.

Tabla 11. Hábito de fumar en los profesores del IEM. UNSA. Salta. 2004

| <i>Hábito de fumar</i> | <i>Varones</i> | | <i>Mujeres</i> | |
|------------------------|----------------|-------------|----------------|-----------|
| | N° | % | N° | % |
| <i>Presente</i> | 6 | 35,3 | 12 | 37 |
| <i>Ausente</i> | 11 | 64,7 | 19 | 63 |

Tanto los hombres como las mujeres no fumadores, refirieron pesos con una mediana 4 kilos superior a los de los fumadores, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de ganancia de peso entre los años 1994 a 2002 con un valor de $F= 5,77$ $P \leq 0,01$ entre fumadores y no fumadores.

Horas de sueño

Los sujetos duermen en promedio 6.3 +/- 1 hora por día, con un mínimo de 4 y un máximo de 9 horas; siendo el descanso significativamente más prolongado en las mujeres (7 horas) que en los hombres (6.2 horas) La prueba de Z de Kolmogorov- Smirnov para dos muestras demostró que son diferentes las distribuciones de las horas de sueño entre hombres y mujeres con un valor de Z de 1,69 $P \leq 0,01$. (Ver Tabla 12)

Tabla 12. Distribución de los profesores, según las horas de sueño. IEM. UNSA. 2004

| <i>Horas de sueño</i> | <i>Profesores</i> | |
|-----------------------|-------------------|-----------|
| | N° | % |
| 4 | 1 | 2 |
| 5 | 13 | 26 |
| 6 | 15 | 30 |
| 7 | 17 | 34 |
| 8 | 3 | 6 |
| 9 | 1 | 2 |

Se investigó la relación existente entre la duración del descanso nocturno según realización de actividades deportivas, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($P \geq 0,05$), ya que los que realizan deportes duermen en promedio 6,3 +/- 1 hora diarias, y los que no los realizan duermen 6 +/- 1 hora diaria. (Ver Tabla 13)

Tabla 13. Distribución de los profesores según realización de actividades deportivas y horas de sueño de los profesores del IEM. UNSA. 2004.

| <i>Horas de sueño</i> | <i>Actividad física</i> | | | |
|-----------------------|-------------------------|---|----------------|------------|
| | <i>Presente</i> | | <i>Ausente</i> | |
| | N° | % | N° | % |
| 4 | - | - | 1 | 100 |

| | | | | |
|---|---|------|---|------|
| 5 | 6 | 46 | 7 | 54 |
| 6 | 9 | 60 | 6 | 40 |
| 7 | 8 | 50 | 8 | 50 |
| 8 | 2 | 66,6 | 1 | 33,3 |
| 9 | 1 | 100 | - | - |

En promedio los profesores trabajan en el instituto 4 días a la semana (con un mínimo de 2 días y un máximo de 6), destinando 6.3 +/- 3.3 horas diarias a actividades que realizan sentados o de pie. Al realizar comparaciones por género, las mujeres pasan menor tiempo diario que los hombres en esas actitudes sedentarias (5.3 +/- 3 horas, versus 8 +/- 4 horas), siendo las diferencias estadísticamente significativas ($t = 2.26$ $P \leq 0,05$). Por otro lado, entre los que declaran fumar y realizar actividades deportivas, la mayoría de ellos fuma menos de 10 cigarrillos diarios, mientras que la mayor proporción de los que no desarrollan actividad deportiva, fuman más de 20 cigarrillos diarios. Se encontró asociación estadística entre la realización de actividad deportiva y la intensidad del tabaquismo (Test exacto de Fisher 5,33 $P \leq 0,05$. (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Actividad física y cigarrillos consumidos por los profesores. IEM. UNSA. Salta. 2004

| <i>Práctica deportiva</i> | <i>Consumo diario de cigarrillos</i> | | | | <i>Total</i> |
|---------------------------|--------------------------------------|------------|----------------------------|-----------|--------------|
| | <i>< 20 cigarrillos</i> | | <i>> 20 cigarrillos</i> | | |
| | <i>N°</i> | <i>%</i> | <i>N°</i> | <i>%</i> | |
| <i>Presente</i> | 8 | 100 | - | - | 8 |
| <i>Ausente</i> | 4 | 50 | 4 | 50 | 8 |
| <i>Total</i> | 12 | 75 | 4 | 25 | 16 |

Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar la existencia o no de práctica deportiva y el sobrepeso percibido, pudo observarse que la mayor proporción de hombres que realizan actividad deportiva se reconocen en sobrepeso, hecho que se reproduce a la inversa en las mujeres. Esto estaría indicando la importancia que las mujeres le asignan a la actividad física, por su impacto beneficioso en la imagen corporal.

En contrapartida, entre los profesores que no realizan práctica deportiva, la mayoría se considera en sobrepeso independientemente del género. Al aplicar regresión logística considerando la percepción de sobrepeso como variable dependiente y al hábito de fumar, realización de actividad deportiva; concurrencia a controles médicos periódicos, obesidad familiar y la variación de peso en los últimos cinco años como factores, puede observarse que están altamente relacionadas con un valor de χ^2 32,15 ($P \leq 0,05$).

Discusión y Conclusiones

La edad promedio de los sujetos bajo estudio fue de 40 y 41 años para hombres y mujeres, concentrándose el 42 % de la población en el grupo de 40 a 44 años de edad. Siendo pequeña la proporción de sujetos jóvenes entre 24 a 34 años de edad. Casi el 60 % de los sujetos conocían su peso al nacer, no encontrándose diferencias significativas entre géneros. Solamente tres sujetos manifestaron haber tenido bajo peso al nacer, y un solo caso con peso excesivo.

El 43% recibió lactancia materna exclusiva, 35,4% recibió lactancia mixta y 20,8% lactancia artificial, observándose que aquellos que fueron amamantados por un tiempo más prolongado fueron los que recibieron lactancia materna exclusiva, con valores estadísticamente significativos. Esta situación corrobora el hecho de que la lactancia materna era la forma de alimentación predominante en el primer año de vida décadas atrás. Ambos géneros, manifiestan presentar un aumento de peso a medida que aumenta la edad, 44% de varones y 56% de mujeres, considerando la mayoría que ese sobrepeso apareció entre los últimos cinco

años. Esto muestra un perfil comparable con la bibliografía consultada en la que se destaca que como ejemplo de transición nutricional, el sobrepeso comenzó a ganar terreno en la población mundial en los últimos años.

En promedio el 50 % informó tener padres fallecidos, contra solo el 20 % de los casos que manifestó tener la madre fallecida, siendo estas diferencias estadísticamente significativas, esto también acompaña la tendencia de mayor longevidad en las mujeres. Entre el 30 % y el 55 % manifestaron antecedentes de patologías crónicas no transmisibles en las familias, demostrando así también una transición epidemiológica en el perfil de morbilidad que se compadece con hallazgos en la mayor parte del mundo.

Se desataca desde los aspectos alimentarios un bajo consumo de aceites y grasas, así como de suplementos dietéticos como la levadura de cerveza, fibras y germen de trigo. Si bien un alto porcentaje de los sujetos realiza las cuatro comidas diarias en horarios regulares, el desayuno no es considerado una comida principal por los alimentos que lo componen. Si se tiene en cuenta: el horario temprano de esos desayunos, su baja densidad calórica por los alimentos que lo componen, y las seis horas en promedio que separan el desayuno del almuerzo, se encuentra lógica justificación a las colaciones de media mañana, las cuales son más frecuentes que las de la tarde. A pesar de ello el consumo predominante de mate cebado como infusión indicaría muchas horas sin un aporte energético adecuado.

Se encontró un marcado sedentarismo entre los profesores, siendo el mismo más evidente en los hombres. Si bien los varones que realizan actividad física manifiestan estar en sobrepeso, esta preocupación por su imagen corporal no se ve acompañada por la realización de otro tipo de actividades que los haga mantener en un nivel de actividad más intensa de manera sistemática. Solo realizan actividad física deportiva dos o eventualmente tres veces por semana, realizando actividades ligeras la mayor parte del tiempo diario. Si bien las mujeres le asignan un valor más relevante a la actividad física, por su impacto favorable en la imagen corporal, la presencia de mayor cantidad de horas dedicadas a las actividades moderadas, obedecen a sus actividades en el hogar, y no a una preocupación por mantener un mayor nivel de actividad de manera sistemática a lo largo de la semana. Esto también estaría indicando que el género femenino no tiene conciencia de la importancia de tener estilos de vida más saludables, sino que su preocupación obedece más a una cuestión de imagen y no de salud.

Lo aquí planteado estaría evidenciando que estos sujetos estudiados mantienen un bajo perfil de actividad, tal cual ocurre en la mayoría del mundo desarrollado o en vías de desarrollo, lo cual estaría explicando la aparición de una "epidemia del sedentarismo", comparable con varias regiones mundiales.

Todo lo descrito indica la presencia de estilos de vida no saludables en esta población adulta, lo cual sumado a la edad promedio y a la falta de un control periódico de su salud, (hechos que hablan de la escasa o nula preocupación por los aspectos preventivos), se convierten en factores de riesgo que merecen ser abordados desde la prevención y la promoción en el marco de acciones de Salud Pública, desde el propio lugar de trabajo, de baja complejidad pero de alto impacto, con el objeto de que redunden en la mejora de las condiciones de vida de los docentes.

Resumen

Con el objeto de analizar la presencia de factores de riesgo en los profesores del Instituto de Educación Media (IEM) dependiente de la universidad Nacional de Salta (Unsa) al norte de la República Argentina, se desarrolló una encuesta semiestructurada con datos de orden identificadorio, peso al nacer, tipo de lactancia recibida durante el primer año de vida, antecedentes familiares de enfermedades crónicas, percepción de sobrepeso, peso autoreferido, actitudes relacionadas con el cuidado de la salud, hábito de fumar, horas dedicadas al sueño, horas de trabajo, tiempo de pie o sentado, actividad física o deportiva, tipo, intensidad, horas y frecuencia, y otras actividades; consumo de aceites y grasas, de infusiones estimulantes, de suplementos dietéticos y distribución diaria de comidas, en el marco de una investigación de estilos de vida saludables. La misma fue autoadministrada, para lo cual fue distribuida a todos los profesores junto con un instructivo para su llenado, devolviendo la encuesta debidamente cumplimentada 48 de los 65 profesores del Instituto. (58,3%) conocían su peso al nacer. El 100% conocía la forma en que fue amamantado durante el primer año de vida: 43% recibió lactancia materna exclusiva, 35,4% recibió lactancia mixta y 20,8% lactancia artificial. Solo el 64% y el 83% de los docentes concurren al médico y al odontólogo de forma periódica respectivamente. El 35% de los profesores fuman. De los que fuman, el 31% consume entre 10 y 20 cigarrillos diarios, y el 25% más de 1 paquete diario; esta situación se agrava si pensamos que el 62% lleva fumando más de 15 años. La prueba de Z de Kolmogorov- Smirnov para dos muestras demostró que son diferentes las distribuciones de las horas de sueño entre hombres y mujeres. Se encontraron hábitos de vida no saludables dentro de un porcentaje importante de los profesores del IEM. Se encontró un marcado sedentarismo entre los profesores, siendo el mismo más

evidente en los hombres. Todo lo descripto indica la presencia de estilos de vida no saludables en esta población adulta, lo cual sumado a la edad promedio y a la falta de un control periódico de su salud, (hechos que hablan de la escasa o nula preocupación por los aspectos preventivos), se convierten en factores de riesgo que merecen ser abordados desde la prevención y la promoción en el marco de acciones de Salud Pública, desde el propio lugar de trabajo, de baja complejidad pero de alto impacto, con el objeto de que redunden en la mejora de las condiciones de vida de los docentes.

Palabras clave: Estilos de vida. factores de riesgo en población adulta

Abstract

In order to analyze the presence of risk factors between the professors of the High School Institute of the National University of Salta (UNSa) at the north of Argentine Republic, it was developed a research with biographic data , born weight, milk intake received during the first year of life, family antecedents of chronic diseases, perception of overweight, attitudes related with the care of the health and habit of smoking, hours dedicated to the dream, working hours, time of foot or sit down, physical or sport activity (type, intensity, hours and frequency), and other activities; oils and fats consumption, stimulating infusions, dietary supplements and daily distribution of foods, in order to analyze healthy lifestyles. It was distributed among the professors an instructive for their filled, returning the properly executed survey 48 of the 65 professors of the Institute. (58,3%) knew their weight when being born. 100% knew the form of feeding during the first year of life: 43% received only breast feeding, 35,4% received mixed nursing and 20,8% artificial nursing. Only 64% and 83% converge to the doctor and dentist in a periodic way respectively. 35% of the professors smokes. Of those that smoke, 31% consumes among 10 and 20 daily cigarettes, and 25% more than 1 daily package; this situation is increased if we think that 62% takes smoking more than 15 years. The test of Z of Kolmogorov - Smirnov for two samples demonstrated that are different the distributions of the hours of dream between men and women. There were non healthy habits of life inside an important percentage of professors of the IEM. They have very poor activity level, being more evident between men. Results indicates the presence of non healthy lifestyles in this sample, and the presence of risk factors, which might be approached from the prevention and the promotion of Public Health actions, of low complexity but of high impact in order to redound in the improvement of the conditions of life of the professors.

Key words: Healthy lifestyles, presence of risk factors,

Agradecimientos

Se agradece a las autoridades del IEM (Instituto de Enseñanza Media) de la Universidad Nacional de Salta por haber permitido la realización de la presente investigación, así como a los profesores que accedieron voluntariamente a formar parte de la misma. Así también se agradece al Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Salta (CIUNSa), por haber permitido el financiamiento necesario para la presente investigación.

Referencias

1. OMS 2002a. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra.
2. OMS 2002b. Régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra. (documentos ASS/16 y corr 1).
3. Popkin BM 2002. The shift in stages of the nutricional transition in the developing world differs from past experiences. Public Health Nutrition. 5: 205 – 214.
4. OMS 1998. Informe sobre la salud en el mundo 1998. La vida en el siglo XXI. Una perspectiva para todos. Ginebra.
5. Choi BCK, R Bonita and DV Mc Queen 2001. The need for global risk factor surveillance. Journal of Epidemiology and Community Health. 55: 370.
6. Ferro Luzzi, A y L Martino.1996. Obesity and physical activity. Ciba Foundation Symposium. 201: 207 – 221.

7. Roberts, S. 2001. Prevention of hipertensión in adulthood by breastfeeding?. Lancet 357: 406 – 407.
8. Dietz, W. 2001. The obesity epidemia in young children. British Medical Journal. 322: 313 – 314.
9. *Ibidem*
10. Elisaf, M 2001. The treatment of coronary Herat disease. Part I. Current Medical Research and Opinión. 17: 18 – 26.
- 11 Montgomery, S y A. Edbom, 2002. Smoking during pregnancy and diabetes mellitas in a British longitudinal birth cohort. British Medical Journal. 324: 26 – 27.
- 12 Diabetes Prevention Program Research Group. 2002. Reduction in the incidente of type II diabetes with lifestyle intervention. New England Journal of Medicine. 346: 343 – 403.
- 13 OMS 2002. Globalization, diets and noncommunicable diseases. Ginebra.
14. Wald DS, M Law, JK Morris. 2001. Homocysteine and cardiovascular disease: evidence on causalita from a meta-analys. British Medical Journal. 325: 1202 – 1208.
15. Caldito, G. 1999. Economic costs of obesity and inactivity. Medicine and Science in Sport and Exercise. 31: 663 – 667.
- 16 OMS 2002a. *Op. Cit.*
17. Ministerio de Salud de la Nación, 2005. Programa Nacional de Lucha contra el tabaco. Informe Técnico.
18. Gagliardino JJ, y EM Olivera 1993 Aspecto socioeconómico de la Diabetes Mellitus en la Argentina: diagnóstico epidemilógico. Epidemiología y atención de la salud en la Argentina. Buenos Aires .OPS, AMA, 1993 (Publicación 35).
19. Gagliardino JJ, EM Olivera, H Barragán y RE Hernández 1995 Diabetes mellitus e hipertensión arterial: aspectos clínicos y epidemiológicos en la población de La Plata. Medicina 55:421-430.
20. Gagliardino JJ and EM Olivera 1997 Cost of DM in Latin America. In: Gruber W, Lander T, Leese B, Songer T, Williams R. The economics of diabetes and diabetes care. A report of the Diabetes Health Economic Study Group. IDF/ WHO. pag. 51.
21. Primera Jornada Informativa del PRODIABA. 1997 Rev. Soc. Argent de Diabetes 31:44-80
- 22 .Pfizer 2005. En la argentina, casi 40% de las mujeres mueren por patología cardiovascular. Serie de cuadernos de prensa. <http://www.pfizer.com.ar/comunicados/comunicado17.asp>.