



Investigación inédita

Hábitos saludables en la población adulta: conocer para educar

Burrelo Antonella¹, Boris Cecilia¹, Fernández Matías¹, Gisbert Patricia^{1,2}, Peña y Lillo Eleonora^{1,2},
Salomón Susana^{1,2}

¹Servicio de Clínica Médica, Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza.

²Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

Correo de contacto: antoburrelofcm@hotmail.com

Recibido: 3 de julio de 2020 – Aceptado: 26 de julio de 2020

RESUMEN

OBJETIVOS: Identificar hábitos de vida saludable en la población adulta de Mendoza y comparar los mismos en personas con y sin cobertura social.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio protocolizado, transversal en adultos ≥ 18 años, mediante una encuesta estructurada, anónima, autoadministrada, que consta de 8 dimensiones que incluyeron conductas alimentarias, acondicionamiento físico, hábitos tóxicos, autocuidado, sueño, higiene y salud, hábitos sexuales y patologías crónicas. Se comparó: GrupoA: encuestas en población que no contaban con cobertura social vs GrupoB personas con cobertura social. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión, *test* de t, *test* exacto de Fisher. Criterio de significación $p < 0.05$.

RESULTADOS: Encuesta 678 adultos. GrupoA 108 vs GrupoB 570, mujer 57 vs 75%, edad $41.5DS \pm 16.3$ vs 42.7 años $DS \pm 13.1$. En GrupoA fue más frecuente que no hubiesen completado sus estudios secundarios y universitarios ($p < 0.01$). Profesionales 17 vs 62% $p < 0.01$. Hábitos alimentarios: comidas diarias: 3-4/día 46 vs 56.5% $p = 0.07$, comen verduras 3-4 veces/semana (v/s) 31 vs 23% $p = 0.06$ y verduras todos los días (t/d) 25% vs 38% $p = 0.01$. No hubo diferencias en comer carne o pollo 3-4v/s (pNS); aunque casi la mitad en GrupoA NUNCA come pescado (49 vs

38% $p = 0.01$) y comen más fideos o arroz 3-4v/s (50.5 vs 24% $p < 0.01$). El consumo de lácteos fue significativamente más frecuente en Grupo B ($p < 0.01$). Menos de la mitad desayunan correctamente 34 vs 44% $p = 0.08$. Colocan sal a las comidas antes de probarla SIEMPRE 26 vs 42% $p < 0.01$. La actividad física fue más frecuente en GrupoB 44 vs 71% $p < 0.01$ y el TBQ menos frecuente 21 vs 12% $p = 0.01$. La mitad de los adultos consumen alcohol 56 vs 56 pNS, además en el límite de la significación refieren emborracharse A MENUDO 22 vs 15% $p = 0.07$ y consumir marihuana 14 vs 8% $p = 0.06$. Autocuidado: miran el "celular al manejar A VECES" 23 vs 52% $p < 0.01$. Refirieron vacunación completa 72 vs 81% $p < 0.01$. El GrupoA "NO usan siempre el cinturón de seguridad al conducir" 25 vs 3% $p < 0.01$. Más de un cuarto de los adultos conducen cuando toman alcohol (pNS). Las horas de sueño son significativamente menor en GrupoA: < 7 hs/día (69 vs 58% $p = 0.01$), siendo no reparador con sensación de cansancio al día siguiente (43 vs 22.5% $p < 0.01$). El GrupoA NO consulta al médico al menos 1 v/año 42 vs 31% $p = 0.04$ ni algún servicio de salud mental 66 vs 38% $p < 0.01$. Sexualmente activos 72 vs 83% $p = 0.01$, la mitad de los adultos de ambos grupos NO utilizan métodos anticonceptivos (pNS).

En GrupoA fue significativamente mayor DM 21 vs 3.5% $p < 0.01$ y la HTA 29 vs 13% $p < 0.01$, sin diferencias en dislipidemia y EPOC (pNS).

CONCLUSIÓN: Se ha demostrado que los adultos sin cobertura tuvieron menos nivel de instrucción, peores hábitos alimentarios y de autocuidado, menor acondicionamiento físico, más hábitos tóxicos, sueño escaso y no reparador y patologías crónicas como DM e HTA.

ABSTRACT

OBJETIVES: Identify healthy lifestyle habits in the adult population of Mendoza and compare them in people with and without social coverage.

MATERIAL AND METHODS: Protocolized, cross-sectional study in adults ≥ 18 years, using a structured, anonymous, self-administered survey, consisting of 8 dimensions that included eating behaviors, physical conditioning, toxic habits, self-care, sleep, hygiene and health, sexual habits and chronic pathologies. It was compared: GroupA: surveys of the population that did not have social coverage vs. GroupB of people with social coverage. Statistical analysis: measures of central tendency, dispersion, t test, Fisher's exact test. Significance criteria $p < 0.05$.

RESULTS: Survey 678 adults. Group A 108 vs Group B 570, female 57 vs 75%, age 41.5 SD \pm 16.3 vs 42.7 years SD \pm 13.1. In GroupA, it was more frequent that they had not completed their secondary and university studies ($p < 0.01$). Professionals 17 vs 62% $p < 0.01$. Eating habits: daily meals: 3-4 / day 46 vs 56.5% $p = 0.07$, eat vegetables 3-4 times / week (v / s) 31 vs 23% $p = 0.06$ and vegetables every day (t / d) 25% vs 38% $p = 0.01$. There were no differences in eating meat or chicken 3-4v / s (pNS); although almost half in GrupoA NEVER comes fish (49 vs. 38% $p = 0.01$) and they eat more noodles or rice 3-4v / s (50.5 vs. 24% $p < 0.01$). Dairy consumption was significantly more frequent in Group B ($p < 0.01$). Less than half eat breakfast correctly 34 vs. 44% $p = 0.08$. They put salt on meals before ALWAYS trying it 26 vs. 42% $p < 0.01$.

Se deben realizar acciones de prevención de patologías y promoción de hábitos saludables que permitan desde la educación para la salud conductas que modifiquen esta preocupante y difícil realidad.

PALABRAS CLAVES: Hábitos saludables, hábitos tóxicos, autocuidado, acondicionamiento físico, conductas alimentarias.

Physical activity was more frequent in GroupB 44 vs 71% $p < 0.01$ and the less frequent TBQ 21 vs 12% $p = 0.01$. Half of the adults consume alcohol 56 vs. 56 pNS, in addition to the limit of the additional significance, getting drunk OFTEN 22 vs. 15% $p = 0.07$ and consuming marijuana 14 vs. 8% $p = 0.06$. Self-care: they look at the "cell phone when SOMETIMES driving" 23 vs 52% $p < 0.01$. They reported complete vaccination 72 vs 81% $p < 0.01$. GroupA "DO NOT always wear a seat belt when driving" 25 vs. 3% $p < 0.01$. More than a quarter of adults drive when they drink alcohol (pNS). The hours of sleep are significantly less in Group A: < 7 hours / day (69 vs 58% $p = 0.01$), being non-restorative with a feeling of tiredness the next day (43 vs 22.5% $p < 0.01$). GroupA does NOT consult the doctor at least 1 v / year 42 vs 31% $p = 0.04$ or any mental health service 66 vs 38% $p < 0.01$. Sexually active 72 vs. 83% $p = 0.01$, half of the adults in both groups do NOT use contraceptive methods (pNS). In Group A, diabetes mellitus was significantly higher 21 vs 3.5% $p < 0.01$ and arterial hypertension 29 vs 13% $p < 0.01$, with no differences in dyslipidemia and COPD (pNS).

CONCLUSION: Adults without coverage have been shown to have a lower level of education, worse eating and self-care habits, less physical conditioning, more toxic habits, poor and non-restorative sleep, and chronic pathologies such as diabetes and high blood pressure. Actions must be taken to prevent pathologies and promote healthy habits that allow behaviors that modify this worrying and difficult reality.

KEY WORDS: Healthy habits, toxic habits, self-care, physical conditioning, eating behaviors

Introducción

El estilo de vida se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida de la persona y los patrones individuales de conducta. Estos patrones son determinados por factores socio-culturales y características propias de cada persona.¹⁻⁵ Por lo tanto, el estilo de vida incorpora modelos sociales, definidos por los valores, personalidades, normas, actitudes, hábitos y conductas de cada individuo. A su vez, estos varían según el género, la edad y los roles que ocupen en la sociedad.³ También se ha observado que las conductas, tanto protectoras como riesgosas para la salud, se adoptan principalmente en la adolescencia y juventud de cada individuo, para permanecer luego durante toda la etapa adulta^{3,6}, influenciando así, en el riesgo de padecer enfermedades. Por lo tanto, conocer los hábitos saludables y perjudiciales de la población adolescente y adulta joven es muy importante, ya que en la actualidad se busca no tan sólo vivir más tiempo, sino que se persigue mantener, en la edad adulta, un buen estado de salud y calidad de vida.¹ Cabe considerar que la genética del individuo también participa en la conformación de la calidad de vida.^{1,7}

Hábito saludable se define como el conjunto de acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad.¹⁴ Los hábitos de vida saludables incluyen creencias, conocimientos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud.⁶

Se conoce que aquellos hábitos de vida no saludables, como el sedentarismo, se relacionan con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales podemos mencionar la diabetes mellitus, enfermedad

cardiovascular, enfermedades respiratorias, osteoporosis y algunos tipos de cánceres^{2,3,8-10}, las mismas son la principal causa de muerte en nuestro país.⁹ Aquí participan también factores económicos, ya que se ha visto que los niveles socioeconómicos bajos tienen un estilo de vida sedentario y un menor consumo de frutas y vegetales.³

Dentro de las conductas modificables de cada sujeto podemos citar: hábitos alimentarios, actividad física, consumo de sustancias tóxicas como tabaco, alcohol y drogas⁷, así como también las conductas sexuales y de seguridad vial^{2,3,6,9}, el estrés, el sueño, el tiempo libre y, desde el punto de vista psicosocial: las relaciones interpersonales^{1, 3, 5, 8-13,14}, siendo las de mayor influencia las tres primeras.³

El envejecimiento satisfactorio y saludable de la población, se relaciona con las mejores condiciones físicas, sociales y psicológicas con que las personas puedan acceder a la vida adulta.

Los avances en las ciencias de la salud han permitido prolongar la esperanza de vida en los últimos años, aunque en la actualidad el objetivo no es sólo vivir más tiempo, sino hacerlo con un buen estado de salud y una aceptada calidad de vida.

Hoy se debe trabajar para promover la salud y no en la enfermedad, “nunca” es demasiado tarde para conocer a la población y en nuestro medio no contamos con información actualizada disponible que nos permita conocer las características de nuestra comunidad respecto a hábitos (saludables, tóxicos, sexuales), acondicionamiento físico, particularidades del autocuidado, sueño, higiene y salud, y patologías crónicas prevalentes, por lo que con el objetivo de identificar hábitos de vida saludable en la población adulta de Mendoza y comparar los mismos en personas con y sin cobertura social, se realizó la presente investigación.

Material y métodos

Se realizó un estudio protocolizado, transversal en adultos ≥ 18 años, mediante una encuesta estructurada, anónima, autoadministrada, que constaba de 8 dimensiones que incluyeron conductas alimentarias, acondicionamiento físico, hábitos tóxicos, autocuidado, sueño, higiene y salud, hábitos sexuales y patologías crónicas.

Se comparó: GrupoA: encuestas en población que no contaban con cobertura social vs GrupoB personas con cobertura social. La población sin cobertura social se encuestó en el Hospital Luis C. Lagomaggiore de Mendoza, tanto en el área de internación de clínica médica como en consultorios externos, mientras que la población

con cobertura social fue encuestada mediante un formulario enviado por internet, en un periodo de tiempo que fue desde abril a noviembre del 2019. El GrupoB fue definido por personas de edad igual o mayor a 18 años y que tuvieran cobertura social.

Resultados

Se encuestaron 678 adultos. GrupoA 108 y GrupoB 570, mujer 57 vs 75%, edad 41.5DS±16.3 vs 42.7 añosDS±13.1. En GrupoA fue más frecuente que no hubiesen completado sus estudios secundarios y universitarios ($p<0.01$). Profesionales 17 vs 62% $p<0.01$. Hábitos alimentarios: comidas diarias: 3-4/día 46 vs 56.5% $p=0.07$, comen verduras 3-4veces/semana (v/s) 31 vs 23% $p=0.06$ y verduras todos los días (t/d) 25 vs 38% $p=0.01$. No hubo diferencias en comer carne o pollo 3-4v/s (pNS); aunque casi la mitad en GrupoA NUNCA come pescado (49 vs 38% $p=0.01$) y comen más fideos o arroz 3-4v/s (50.5 vs 24% $p<0.01$). El consumo de lácteos fue significativamente más frecuente en Grupo B ($p<0.01$). Menos de la mitad desayunan correctamente 34 vs 44% $p=0.08$. Colocan sal a las comidas antes de probarla SIEMPRE 26 vs 42% $p<0.01$. En la Tabla 1 se expresa otros resultados en relación con consumos. La actividad física fue más frecuente en GrupoB 44 vs 71% $p<0.01$ y el TBQ menos frecuente 21 vs 12% $p=0.01$. La mitad

Discusión

Se conoce que cuanto más tiempo se mantenga un estilo de vida saludable, mayor será su efecto positivo sobre la salud. Los efectos del estilo de vida son acumulativos, y muchos se manifiestan a largo plazo. Lo recomendable es llevar a cabo hábitos saludables a lo largo de toda la vida del individuo. Sin embargo, ejecutar un comportamiento saludable no garantiza la adopción de un estilo de vida saludable, pues en el repertorio de conductas de un individuo pueden coexistir hábitos saludables y nocivos.¹⁴ En nuestro estudio, la edad media de la población fue similar en ambos grupos, alrededor de los 42 años, a diferencia de otros trabajos que se basan en el estudio de la población adolescente y adulta joven, en un intento de hacer promoción de salud tempranamente y así tener mayor impacto en mejorar la calidad de vida en la edad adulta.^{2, 3, 6, 8,12}

Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión, *test* de t, *test* exacto de Fisher. Criterio de significación $p<0.05$.

de los adultos consumen alcohol 56 vs 56 pNS, además en el límite de la significación refieren emborracharse A MENUDO 22 vs 15% $p=0.07$ y consumir marihuana 14 vs 8% $p=0.06$. Autocuidado: miran el celular al manejar "A VECES" 23 vs 52% $p<0.01$. Refirieron vacunación completa 72 vs 81% $p<0.01$. El GrupoA "NO usan siempre el cinturón de seguridad al conducir" 25 vs 3% $p<0.01$. Más de un cuarto de los adultos conducen cuando toman alcohol (pNS). Las horas de sueño son significativamente menor en GrupoA: <7hs/día (69 vs 58% $p=0.01$), siendo no reparador con sensación de cansancio al día siguiente (43 vs 22.5% $p<0.01$). El GrupoA NO consulta al médico al menos 1 v/año 42 vs 31% $p=0.04$ ni algún servicio de salud mental 66 vs 38% $p<0.01$. Sexualmente activos 72 vs 83% $p=0.01$, la mitad de los adultos de ambos grupos NO utilizan métodos anticonceptivos (pNS).

En GrupoA fue significativamente mayor DM 21 vs 3.5% $p<0.01$ y la HTA 29 vs 13% $p<0.01$, sin diferencias en dislipidemia y EPOC (pNS).

Cabe destacar que existen investigaciones que incluyen adultos mayores y mujeres postmenopáusicas, que consideran la importancia de comprender esta etapa de la vida como vital y compleja y en donde la modificación del estilo de vida hacia conductas saludables favorecería notablemente el envejecimiento de cada individuo.^{1,11}

Es importante destacar que el nivel educativo no fue tenido en cuenta en la mayoría de los estudios^{2, 8, 11, 13}, pudiendo observarse que en nuestra muestra los adultos SIN cobertura social tuvieron un nivel de instrucción menor, ya que NO habían completado sus estudios secundarios y universitarios, presentando los mismos peores hábitos de salud, al igual que lo observado por Martínez E y col que vieron que el nivel educativo está estadística y epidemiológicamente asociado a hábitos perjudiciales como el consumo de tabaco.¹²

Fueron profesionales más frecuentemente los del grupo B, hecho no descripto por otros autores.¹⁻¹⁶ El sobrepeso y la obesidad constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, esto es debido al aumento del consumo de alimentos con grasas saturadas, bebidas azucaradas y la disminución en el consumo de frutas y vegetales, todo ello sumado al sedentarismo. Un factor que se ha incrementado en los últimos años es el consumo de las llamadas "fast food", principalmente por los jóvenes.^{3,6} Por el contrario, hay que tener en cuenta otro tipo de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia y que, en la decisión de los alimentos a elegir, participa la influencia de los medios de comunicación, la cual puede ser positiva o negativa, conduciendo a las personas a adquirir distintas conductas alimentarias.^{1,3} Es por eso que se considera que los buenos hábitos alimentarios son fundamentales dentro de las conductas saludables. En nuestro trabajo, en ambos grupos, aproximadamente la mitad de los adultos realizaba 3-4 comidas diarias ($p=0.07$) cuando lo recomendado es realizar 6 comidas diarias, incluyendo: desayuno, colación, almuerzo, merienda, colación y cena, incorporando alimentos de todos los grupos.¹⁰ Las frutas y los vegetales son alimentos que tienen grandes beneficios ya que son una fuente importante de carbohidratos, vitaminas, minerales y fibra dietética necesaria para el correcto funcionamiento gastrointestinal. Su consumo frecuente protege la salud y retarda el envejecimiento, se recomienda consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.^{10,15} En este estudio se pudo observar que un bajo porcentaje las comían todos los días 25% vs 38%, siendo significativo en el grupo B ($p=0.01$), incluso este dato es menor que en otras investigaciones que han observado un consumo de frutas y vegetales superior al consumo de nuestra población con una mayor adecuación a los patrones de dieta saludable.¹¹ Además, sólo el 10.1% del Grupo A y el 5.3% del Grupo B consumían 5 o más porciones diarias. No hubo diferencias en comer carne vacuna o pollo 3-4v/s (pNS). Ambos grupos no comen pescado, siendo aun significativamente menos frecuente en el Grupo A. Otros estudios como el de Úbeda N y col reflejan similares resultados, demostrando que el consumo de pescado es considerablemente menor al de carnes rojas e

hidratos de carbono.¹¹ No se ha estudiado cual sería la causa del bajo consumo de este alimento, pudiendo existir motivos económicos, de accesibilidad por la zona donde residimos, costumbre o relacionados al sabor y gusto.

Tanto las carnes rojas como blancas son la fuente principal de proteínas en una alimentación balanceada. Las proteínas intervienen en la formación de tejidos nuevos, favoreciendo el crecimiento, por lo que es un aporte fundamental en las primeras etapas de la vida. Por su contenido graso, se recomienda un consumo moderado en la etapa adulta (NO todos los días). La grasa del pescado protege contra las enfermedades cardiovasculares, por lo que la recomendación es que al consumir carnes se debe quitar la grasa visible, se debe aumentar el consumo de pescado e incluir el huevo en la dieta.¹⁰

El mayor consumo de hidratos de carbono es a base de fideos o arroz, lo que puede deberse principalmente a que los costos de estos alimentos son menores, pudimos observar que en el Grupo A la mitad los consumía 3- v/sem ($p<0.01$), cabe destacar que entre los hábitos saludables es recomendable, según la OMS, que los hidratos de carbono representen del 55 al 70% de la energía, incluyendo fibra dietaria.¹⁶ Si bien los hidratos de carbono son la principal fuente energética del cuerpo humano (ya que algunos órganos dependen exclusivamente de ellos como el cerebro, las glándulas suprarrenales y los eritrocitos), el consumo de los mismos, más allá de las recomendaciones, puede llevar a resistencia insulínica con el posterior desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso, obesidad y aumento del riesgo cardiovascular, entre otros.¹⁶ El consumo de lácteos fue significativamente más frecuente en Grupo B ($p<0.01$), pero no con la frecuencia que se observó en otras investigaciones en las que por ejemplo se informa 4 raciones de lácteos diarias.¹¹ Se recomienda consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.¹⁰ Menos de la mitad de los participantes desayunan correctamente (34 vs 44% $p=0.08$), este es un porcentaje escaso teniendo en cuenta los beneficios que aporta desayunar correctamente todos los días, dentro de los cuales podemos mencionar el mayor rendimiento intelectual y cognitivo, la dieta de mayor calidad y mejores indicadores de riesgo cardiometabólico.

Encontramos en un porcentaje nada despreciable que colocan sal a las comidas antes de probarla SIEMPRE, significativamente más frecuente en B (26 vs 42% $p < 0.01$), cifras superiores a las citadas por otros autores¹³, cuando la recomendación es la reducción del uso de sal y la reducción en el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.¹⁰

La actividad física es un determinante fundamental en el estilo de vida, ya que aporta múltiples beneficios para la salud. Dentro de ellos podemos mencionar: el control de la tensión arterial, la disminución del riesgo de sufrir cardiopatías y muerte prematura, mejora el control lipídico, disminución del riesgo de desarrollar diabetes y disminución de la grasa corporal, sin olvidar que también tiene beneficios a nivel psicológico como mejorías en el autoestima, autoconocimiento, auto concepto positivo de la persona, aumento de la sensación de bienestar, aumento del rendimiento en el trabajo, estudio y demás actividades, aceptación social y mejoría en las relaciones interpersonales.^{1-3,5,9} Disminuye, además, el estrés, la ansiedad, la depresión y el sentimiento de soledad.² Actualmente se sabe que es una conducta saludable realizar como mínimo 30 minutos de actividad física aeróbica moderada, al menos 5 días a la semana.^{3,5,7,10,11} Por lo que el ejercicio físico regular y realizado de forma adecuada nos ayuda a mantener un peso estable y mejora aspectos tanto físicos como psíquicos, ayudándonos a mantener la función cardiovascular, musculoesquelética y metabólica.⁶ La actividad física fue más frecuente en GrupoB, ya que más de dos tercios de los adultos la realizaban ($p < 0.01$), los porcentajes obtenidos en nuestra encuesta fueron considerablemente mayor en ambos grupos con respecto a la 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Argentina realizada en el año 2018 donde se muestra que sólo el 35.1% realiza actividad física adecuada.¹³ Sólo se encontró un reporte bibliográfico a mencionar, donde el porcentaje de individuos que realiza actividad física es superior al nuestro, 80% en el trabajo realizado por Úbeda, N y col contra el 44% del GrupoA y el 71% del GrupoB.¹¹ En la actualidad se ha observado una tendencia aumentada a favor del sedentarismo, atribuido a las facilidades existentes debido al desarrollo de la tecnología (ascensores, vehículos motorizados),

llevando al individuo a ser más pasivo y consumista.³

El alcoholismo quedó definido por la OMS como un Síndrome de dependencia del alcohol, un estado físico y psíquico a consecuencia de la ingestión de alcohol.⁷ La OMS asegura que el consumo de alcohol se ubica en el tercer lugar en el mundo entre los principales factores para el deterioro de la calidad de vida, causando más de 60 condiciones de enfermedad, que van desde las complicaciones por consumo excesivo de alcohol durante el embarazo, a lesiones intencionales, cánceres, bronquitis crónica, enfisema, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas, esterilidad y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. Su consumo también está relacionado con accidentes de tránsito y violencia familiar e interpersonal.³ La mitad de los adultos en ambos grupos consumen alcohol, a diferencia de otras investigaciones, donde el porcentaje de individuos que consumen alcohol es bajo², además, en nuestro estudio pudimos observar, en el límite de la significación, refieren emborracharse A MENUDO 22 vs 15% ($p = 0.07$) y consumir marihuana 14 vs 8% $p = 0.06$.

El tabaco se ha definido como la principal causa evitable de mortalidad.⁷ Es nocivo para la salud y sus consecuencias implican alta morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiorrespiratorias y cáncer, entre otras.⁷ Cabe recordar que además de las implicancias para la salud de los individuos, este complejo problema de Salud Pública tiene consecuencias para la sociedad por el alto costo económico que conlleva.^{7,9,12} Se ha observado que el hábito de fumar se asocia a otros componentes desfavorables del estilo de vida como lo son el consumo de alcohol, el sedentarismo y los hábitos alimentarios poco saludables.¹² El tabaquismo se observó con mayor frecuencia en la población de nuestro hospital, donde el nivel socioeconómico es menor, a diferencia de otros trabajos en donde no se observó una diferencia significativa.¹² Cabe aclarar que en varios de los estudios revisados el porcentaje de fumadores es considerablemente más alto que el de nuestra población, que es menor al 20%.¹¹⁻¹³

Con respecto al autocuidado, en Argentina se ha observado un aumento considerable de las personas que manejan con alcoholemia positiva en los últimos años, con un aumento de la mortalidad por accidentes viales, principalmente

en la población adulta joven, lo que ha generado una necesidad urgente de aplicar medidas preventivas en tentativa de solucionar este grave problema en nuestra sociedad. Por el contrario, y de manera positiva, se ha visto el aumento del porcentaje de individuos que se colocan el cinturón de seguridad mientras conducen, probablemente relacionado a las campañas de concientización que han surgido en los últimos años, acompañado de importantes sanciones aplicadas a los conductores que no lo utilizaban.¹³ En nuestro trabajo se pudo observar que: el GrupoA “NO usan siempre el cinturón de seguridad al conducir”, coincidiendo con el porcentaje reportado.¹³

Más de un cuarto de los adultos conducen cuando toman alcohol (pNS), a diferencia de los hallazgos encontrados en la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, donde se observa una considerable cifra menor.¹³ Además, miran el “celular al manejar”, lo cual demuestra que, a pesar de las multas implementadas, la seguridad vial aun es un problema social preocupante, que pone en riesgo la vida del conductor y de terceros, por lo que se debe continuar con las medidas de prevención y aplicar castigos para conductores alcoholizados o que utilicen el celular mientras conducen, ya sea multas elevadas, retiro del vehículo y licencia de conducir y/o días de encarcelamiento, según la gravedad de la causa. En un alto porcentaje en ambos grupos admitieron estar vacunados, si bien esto no pudo objetivarse ya que no contamos con los carnets de vacunación. Hay que tener en cuenta que, a la hora de encuestar sobre este ítem, la mayoría de los individuos reconocen como vacunación del adulto la vacuna antigripal y antineumococo, olvidando que también se incluyen las vacunas contra la hepatitis B, la doble bacteriana acelular y, en la actualidad y ante los brotes reportados de sarampión, también se debe incluir la vacuna antisarampionosa.

Se considera que el tiempo ideal de descanso, para mantener el bienestar físico y mental de los individuos es alrededor de 7-8 horas diarias.^{2,7} Se ha reportado la asociación entre horas de sueño y depresión, ansiedad, abuso de sustancias y cáncer. A su vez, la somnolencia, el insomnio y el SAHOS están asociados también al estrés, la ansiedad y la depresión, afectando negativamente la salud, por lo cual resulta de suma importancia tomar en cuenta este aspecto a

la hora de valorar estilo de vida y hábitos saludables². Las horas de sueño son significativamente menor en el GrupoA, siendo que casi dos tercios de ellos duermen <7hs/día (p=0.01) refiriendo incluso que el mismo es no reparador, con sensación de cansancio al día siguiente (p<0.01).

Como hemos mencionado previamente, es bien conocida la asociación entre los hábitos no saludables o perjudiciales para la salud y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. Se ha observado que tiene importantes implicaciones sobre la salud de la población, contribuyendo particularmente a la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial, la dislipidemia, el envejecimiento precoz, la enfermedad cardiovascular, la osteoporosis y el cáncer de colon, entre otros.¹⁶ En nuestro estudio se observó que en el GrupoA fue significativamente mayor para DM, siendo porcentajes más altos que los que se citan habitualmente y la HTA pero con un porcentaje menor a los reportes bibliográficos, sin diferencias en dislipidemia y EPOC (pNS), quizás coincidiendo con el grupo en el cual predominaron hábitos no saludables.¹³

Esta investigación permitió identificar la situación actual de nuestra población, “conocer” y “reconocer” lo que nos planteamos como objetivo. Queda por delante planificar la educación para la salud que se requiere, con la finalidad de desarrollar hábitos de vida saludables en cada individuo, abandonar hábitos nocivos, reconocer y participar activa y responsablemente en los problemas de salud ya desarrollados para lograr disminuir la morbimortalidad, desarrollar actitudes positivas para mejorar la salud, así como adquirir el conocimiento de los derechos sanitarios, por parte de los ciudadanos con los que nos ponemos en contacto día a día como parte del equipo de salud.

Esto requiere estrategias innovadoras de promoción de la salud. El desarrollo de la misma es un eslabón de vital importancia para la construcción de un mundo saludable. Si se recuerda, en la Conferencia Internacional de Ottawa en 1986, se definió que la promoción de la salud es “el proceso de capacitar a las personas y a las comunidades con el fin de que aumenten el control sobre los determinantes de la salud, y, por lo tanto, mejoren su salud”. En la actualidad se ha consensado que promoción de la salud

implica, “por un lado la potenciación de estilos de vida saludables y por el otro, la reducción de aquellos precursores de la enfermedad”. Por esto, tenemos por delante un camino que requiere de

Conclusión

En nuestro estudio se ha demostrado que los adultos sin cobertura social que asistieron a un Hospital público de Mendoza tuvieron menos nivel de instrucción, peores hábitos alimentarios y de autocuidado, menor acondicionamiento físico, más hábitos tóxicos, sueño escaso y no reparador y patologías crónicas como DM e HTA, en mayor porcentaje que el comparado con el grupo que sí contaba con cobertura social.

la adopción de tácticas que integren las perspectivas de los usuarios para lograr que incluyan en sus vidas hábitos saludables.

Ya que los hábitos de vida no saludables no sólo generan morbimortalidad en la población, sino un gasto sanitario importante, se deben realizar programas y acciones de prevención de patologías y promoción de hábitos saludables que permitan, desde la educación para la salud, impactar en la población para que apliquen conductas que modifiquen esta realidad.

Referencias bibliográficas

- Muñoz A, Ibáñez E. Calidad de vida y formación en hábitos saludables en la alimentación de personas mayores. *Revista de Humanidades*. 2015; 25:145- 168.
- Pardo Torres M, Núñez Gómez N. Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven. *AQUICHAN* 2008; 8 (2): 266-284.
- García Laguna D, García Salamanca G, Tapiero Paipa Y, *et al.* Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud* 2012;17(2):169-185.
- Vallejo Alvirer N, Martínez Moctezuma E. Impacto de la promoción de estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida. *Drugs Addict. Behav.* 2017; 2(2):225-235.
- Ramírez-Hoffmann, H. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. Corporación Editora Médica del Valle. *Colomb Med.* 2002; 33:3-53.
- Sánchez Ojeda M, Luna Bertos E. Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutr Hosp.* 2015;31(5):1910-1919.
- Sarabia M, Alberti L, Espeso Nápoles N. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. *Rev Hum Med.* 2005;5(2): 1727-1743. [Internet] Consultado el 11/10/19. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v5n2/hmc060205.pdf>
- Paredes F, Ruiz Díaz L, González N. Hábitos saludables y estado nutricional en el entorno laboral. *Rev. Chil. Nutr.* 2018;45(2): 119-127.
- Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. Componente: Promoción de la salud. Plan Nacional Argentina Saludable Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Noviembre 2013. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Guías Alimentarias para la Población Argentina. Mensajes y gráfica de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. Recomendaciones para adoptar hábitos saludables. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Úbeda N, Basagoiti M, Alonso E, *et al.* Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas. *Nutrición Hospitalaria.* 2007;22(3):313- 21.
- Martínez E, Saldarriaga, L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2011;29(2):163-169.
- 4ta encuesta nacional de factores de riesgo (ENFR). Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Argentina.
- Angelucci L. Hacia un vivir saludable. *DEBATES IESA,* 2013; XVIII (2): 16-20.
- Hernández I, Armenteros A, Borrell M, Lancés Cotilla, L, *et al.* Alimentación saludable. *Rev Cubana Enfermer* 2004; 20 (1) [Internet] Consultado el 11/10/19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100012

16. De la Plaza, M, Llanos, P, Pelayo, M, *et al.* Revisión actualizada de los Hidratos de Carbono. Su implicancia en el tratamiento nutricional de la Diabetes. Grupo de Trabajo “Terapéutica Nutricional en Diabetes Mellitus” de la Sociedad Argentina de Nutrición. Actualización en nutrición, 2013; 14 (2): 88-107.

Tabla 1. Hábitos alimentarios.

	Grupo A 108		Grupo B 570		p
Comen 2-3 porciones de verduras y/o frutas/ día	54	50%	276	48.4%	NS
Comen 5 porciones de verduras y/o frutas/ día	11	10.1%	30	5.3%	0.07
Comen legumbres 1-2 veces/ sem	71	65.7%	337	59.1%	NS
Nunca comen frutos secos	61	56.7%	140	24.5%	0.0001
Beben 3-4 vasos de agua/ día	33	30.5%	186	32.6%	NS
Beben 8 vasos de agua/ día	25	23.1%	100	17.6%	NS

Gráfico 1. Actividad física en el Grupo A

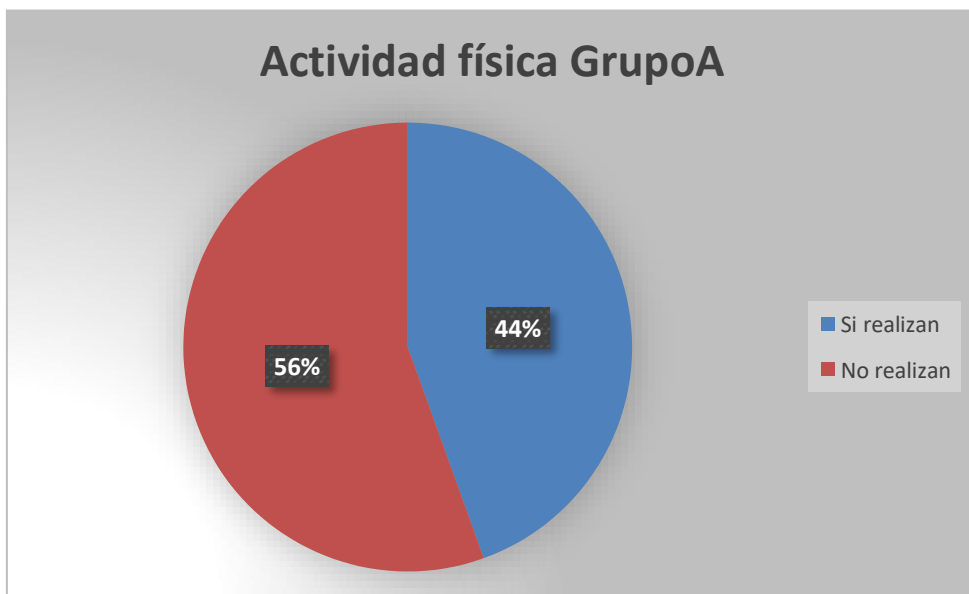


Gráfico 2. Actividad física en el Grupo B

