

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO
FACULTAD EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL MOVIMIENTO HUMANO Y CALIDAD DE VIDA

**CONOCIMIENTO Y AUTOAPLICACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO
Y LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LOS MÉDICOS
GENERALES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA
REGIÓN CENTRAL NORTE DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL
SEGURO SOCIAL**

Tesis sometida a la consideración del Tribunal de Tesis de Posgrado en Salud Integral y
Movimiento Humano con mención en Salud, para optar por el título de Magister
Scientiae

Priscila Balmaceda Chaves

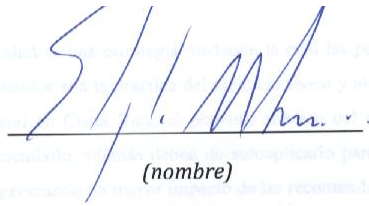
Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2013

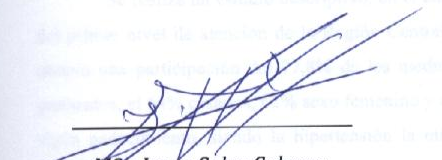
**CONOCIMIENTO Y AUTOAPLICACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO Y LA
ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LOS MÉDICOS GENERALES DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN CENTRAL NORTE DE LA
CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**

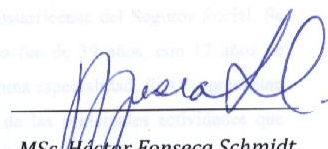
Priscila Balmaceda Chaves

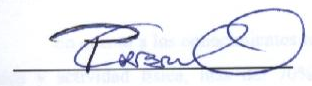
Tesis sometida a la consideración del Tribunal de Tesis de Posgrado en Salud Integral y
Movimiento Humano con mención en Salud, para optar por el título de Magister Scientiae.
Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Posgrado de la Universidad
Nacional, Heredia, Costa Rica

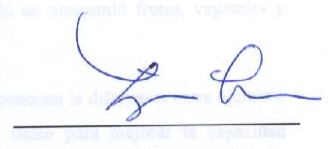

(nombre)

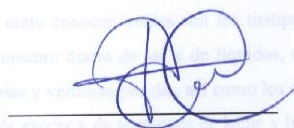
Presidente Consejo Central de Posgrado o representante


MSc. Jorge Salas Cabrera
Director de la Maestría en Salud Integral
y Movimiento Humano


MSc. Héctor Fonseca Schmidt
Tutor


MSc. Pedro Cambronero Orozco
Asesor


MSc. Ligia Chaves Rodríguez
Asesora


Priscila Balmaceda Chaves
Sustentante

Tesis sometida a la consideración del Tribunal de Tesis de Posgrado en Salud Integral y
Movimiento Humano con mención en Salud, para optar por el título de Magister Scientiae.
Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Posgrado de la Universidad
Nacional, Heredia, Costa Rica

Resumen

La promoción de la salud es una estrategia mediante la cual las personas adoptan estilos de vida saludable, sus principales contenidos son la práctica del ejercicio físico y alimentación saludable. Según el modelo de atención institucional en Costa Rica, el personal médico del primer nivel de atención es el principal responsable de recomendarlo, además deben de autoaplicarlo para tener una vida sana y dar un buen ejemplo a sus pacientes, generando un mayor impacto de las recomendaciones dadas.

Se realiza un estudio descriptivo, en el cual se aplicaron dos cuestionarios a los médicos generales del primer nivel de atención de la Región Central Norte de la Caja Costarricense del Seguros Social. Se obtuvo una participación del 77,8% de los médicos, la edad promedio fue de 39 años, con 12 años de graduados, el 64% casados, 62% sexo femenino y el 88% no tenían ninguna especialidad. El 41% presentan algún padecimiento, siendo la hipertensión la más frecuente. Dentro de las principales actividades que realizan para disminuir el estrés se encuentra ver televisión, hacer ejercicio, leer y pasear. El 76% refieren tener una percepción de la salud de muy bueno a excelente y sólo 2 médicos indicaron tener una mala seguridad para dar las recomendaciones. El 80% tienen una actividad física de moderada a alta. En cuanto a la alimentación, el 68% consumen adecuadamente agua, 2/3 partes no consumen gaseosas, el 50% consumen café, el 75% no consumen adecuadamente los lácteos por día, el 40% no consumió leguminosas, el 61% no consumió huevos, el 83% consumieron carne y sólo el 6% no consumió frutas, vegetales y ensaladas durante ese día.

En cuanto a los conocimientos teóricos estudiados, el 23% desconocen la diferencia entre ejercicio físico y actividad física, más del 70% conoce el tipo de ejercicio físico para mejorar la capacidad cardiovascular, el tiempo mínimo por día de actividad física, la intensidad adecuada de ejercicio físico y las manifestaciones físicas que indican que esta intensidad es óptima. Sólo el 5% sabe cuál es la frecuencia mínima por semana que se debe realizar. Sobre la alimentación saludable se encontró que la mayoría contestaron correctamente y por lo tanto conocen cuales son los tiempos de comida por día, así como la ingesta de carnes por semana, el consumo diario de sal y de líquidos, más del 70% desconoce cuál es la recomendación mínima diaria de frutas y verduras por día, así como los alimentos base de una alimentación saludable, la recomendación diaria de azúcar y de porciones de leche y la recomendación semanal de huevo en personas sanas.

Se concluye que los médicos deben tener una adecuada formación, que les brinde al menos los conceptos necesarios para educar a la población, además deben actualizarse en estos temas, para lo cual debe ser responsabilidad del mismo profesional y de la Institución para la que laboran con el fin de garantizar una atención de calidad en relación a la promoción de la salud. Además, la mayoría mantienen una vida saludable y físicamente activa, sin embargo deben mejorar el consumo de varios alimentos, de manera que tengan un mayor impacto en su salud y en las recomendaciones que brindan a sus pacientes.

Agradecimiento

En la realización de este proceso debo agradecer a toda mi familia por el apoyo incondicional: a mi esposo por estar a mi lado siempre, mis hijas que son mi mayor motivación, mi hermana quién me ha brindado su apoyo, y un agradecimiento muy especialmente a mi mamá, por ser mi bastón durante todo este camino y mi principal apoyo para culminarlo, sin ella no hubiera podido lograrlo.

Descriptores

Ejercicio físico, actividad física, alimentación saludable, médicos generales,
primer nivel de atención

ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	IV
Agradecimiento.....	V
Descriptores.....	VI
Índice General.....	VII
Índice cuadro y tablas.....	IX
Índice gráficos.....	X
Capítulo I.....	1
Introducción.....	1
Planteamiento y delimitación del problema.....	1
Objetivo General.....	6
Objetivos específicos.....	6
Capítulo II.....	7
Marco Conceptual.....	7
1. Promoción de la salud.....	7
2. Atención primaria.....	9
3. Estilos de vida saludable.....	10
3.1 Ejercicio físico.....	12
3.2 Alimentación saludable.....	15

4. El papel del profesional de salud en la prescripción del ejercicio físico y la alimentación saludable.....	19
Capítulo III.....	23
Metodología.....	23
Población de estudio.....	23
Criterios de exclusión.....	23
Procedimiento.....	23
Descripción de los instrumentos.....	24
Capítulo IV.....	26
Resultados.....	26
Capítulo V.....	53
Discusión.....	53
Capítulo VI.....	60
Conclusiones.....	60
Capítulo VII.....	62
Recomendaciones.....	62
Bibliografía.....	63

ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS

Cuadro N°1. Beneficios del ejercicio físico.....	13
Cuadro N°2. Intensidad del ejercicio según puntuaciones de esfuerzo percibido y medidas objetivas de esfuerzo.....	15
Cuadro N°3. Cuadro comparativo de investigaciones realizadas en médicos sobre la práctica de ejercicio físico.....	54
Tabla N°1. Media aritmética de la Edad, Años de graduado, Años de trabajar en el EBAIS y en la CCSS de los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte de la CCSS.....	26
Tabla N°2. Promedio de médicos generales con alguna especialidad según sexo que laboran el I Nivel de Atención en la Región Central Norte de la CCSS.....	28
Tabla N°3. Promedio de especialidad de los médicos que laboran como médicos generales según sexo, del I Nivel de Atención en la Región Central Norte de la CCSS.....	28
Tabla N°4. Promedio de patologías que padecen los médicos generales según sexo que laboran el I Nivel de Atención en la Región Central Norte de la CCSS.....	29
Tabla N°5. Resumen de promedios de los beneficios que produce el ejercicio físico mencionados por los médicos según su sexo que laboran el I Nivel de Atención en la Región Central Norte de la CCSS.....	35
Tabla N°6. Resumen de promedios de la preferencia alimentaria de los médicos que laboran en el I Nivel de Atención en la Región Central Norte de la CCSS.....	47
Tabla N°7. Resumen de frecuencias absolutas y porcentajes de la prueba chi cuadrado sobre las patologías presentes y el sexo en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	49
Tabla N°8. Resultados de la prueba correlación de Pearson sobre el consumo de gaseosas y los años de trabajar en la CCSS en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	50
Tabla N°9. Resultados de la prueba correlación de Pearson sobre el consumo de tazas de café y los años de trabajar en la CCSS en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	51
Tabla N°10. Resultados de la prueba correlación de Pearson sobre el consumo de tazas de café y los años de graduados en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1. Promedios del estado civil de los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	27
Gráfico N°2. Porcentaje de hombres y mujeres médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte de la CCSS.....	27
Gráfico N°3. Porcentaje de actividades que realizan para disminuir el estrés los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	30
Gráfico N°4. Percepción de la salud de los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	31
Gráfico N°5. Seguridad para recomendar ejercicio físico y alimentación saludable los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS....	32
Gráfico N°6. Respuesta correcta e incorrecta sobre la definición de actividad física, ejercicio físico y deporte en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	33
Gráfico N°7. Respuesta correcta e incorrecta sobre la intensidad del ejercicio físico, las manifestaciones físicas de intensidad óptima, tiempo mínimo por día de actividad física, frecuencia mínima por semana de actividad física y tipo de ejercicio para mejorar la capacidad cardiovascular en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	34
Gráfico N°8. Respuesta correcta e incorrecta sobre los tiempos de comida, la base de una alimentación saludable y la recomendación mínima de frutas y verduras por día en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	36
Gráfico N°9. Respuesta correcta e incorrecta sobre la recomendación diaria de azúcar, de ingesta de huevo por semana, consumo máximo de carnes por semana y porciones de leche por día en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	37
Gráfico N°10. Respuesta correcta e incorrecta sobre la recomendación diaria de sal y el consumo de vasos de líquido por día en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	38
Gráfico N°11. Porcentaje de vasos de agua consumidos en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	39

Gráfico N°12. Porcentaje de vasos de gaseosas consumidos en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	40
Gráfico N°13. Porcentaje de tazas de café consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	41
Gráfico N°14. Porcentaje de porciones de leche, yogurt o queso consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	42
Gráfico N°15. Porcentaje de cucharadas de frijoles, garbanzos o lentejas consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	43
Gráfico N°16. Porcentaje de huevos consumidos en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	44
Gráfico N°17. Porcentaje de veces de carne consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	45
Gráfico N°18. Porcentaje de frutas, vegetales y ensaladas consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS....	46
Gráfico N°19. Porcentaje de porciones de frutas, vegetales y ensaladas consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	47
Gráfico N°20. Promedio de la clasificación de la actividad física realizada a los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	48
Gráfico N°21. Relación entre los años de laborar para la CCSS y el consumo de gaseosas en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	50
Gráfico N°22. Relación entre los años de laborar para la CCSS y el consumo de café en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	52
Gráfico N°23. Relación entre los años de graduados y el consumo de café en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS.....	52

Capítulo I

Introducción

Planteamiento y delimitación del problema

Desde hace muchos años, las autoridades mundiales en salud han instado a todos los gobiernos, a los agentes de salud, y a la comunidad mundial, que adopten medidas para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo.

En Costa Rica, los profesionales en salud, dentro de sus funciones en el primer nivel de atención, difunden y promueven estilos y conductas beneficiosas para la salud, trabajando las condicionantes de la salud, las estrategias y políticas de promoción de la salud.

No obstante, muchos de estos profesionales, promocionan sin poner en práctica estos condicionantes, tales como realizar ejercicio físico o una alimentación saludable. Ello provoca en su propia vida un deterioro en su salud, y reflejando una mala conducta hacia la comunidad, con poca credibilidad, lo que afecta la enseñanza que se brinda (Muñoz y Calderón, 2003).

Los antecedentes personales no patológicos de los médicos como el sedentarismo o el consumo de una alimentación no saludable pueden ser parámetros indirectos de la forma cómo se comportan algunos médicos con los pacientes a la hora de educar sobre ciertos factores de riesgo y estilos de vida saludables, independientemente de los conocimientos médicos adquiridos (Jiménez, González y Sell, 2000).

Aunado a lo anterior, la no práctica de los estilos de vida saludables o la no indicación de los mismos a los pacientes puede deberse a la falta de información y actualización en el tema por parte de los profesionales en salud.

Otra posible génesis de ésta falta es la ausencia de conocimientos sobre la educación e indicación de estilos de vida saludable. Se desconoce, sin embargo si los

profesionales médicos tienen los conocimientos necesarios para recomendar ejercicio físico y una alimentación saludable, tanto para ellos mismos o bien para sus pacientes.

Por estas razones, resulta relevante plantearse como problema de estudio conocer ¿Cuáles son los conocimientos sobre ejercicio físico y alimentación saludable, la autoaplicación de los mismos, en los médicos generales del primer nivel de atención de la Región Central Norte de la Caja Costarricense del Seguro Social?

Justificación

La promoción de la salud corresponde a una estrategia mediante la cual las personas adoptan estilos de vida saludable en un proceso participativo y articulado entre diferentes actores sociales. Dentro del cual destaca el accionar que el médico tiene en el primer nivel de salud, considerando que la promoción de la salud es considerada el eje principal de la atención integral en salud (CCSS, 2008).

Mediante la declaración en Alma-Ata en la Conferencia Mundial de Atención Primaria en 1978, todos los representantes del mundo, logran realizar una declaratoria de importancia sobre el concepto, visión y estrategias de la Atención Primaria, en la cual refieren que es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria (OMS, 1978).

En Costa Rica, con la Reforma del Sector Salud y la Modernización del sistema de salud, se logra convertir al primer nivel de atención en la puerta de entrada al sistema de salud nacional e implementar la Atención Integral como estrategia principal en la atención de salud de la población (Salas y Castillo, 2003).

A raíz de eso se establecen los EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud), los cuales están conformados por un médico general, una auxiliar de enfermería y técnicos de atención primaria. Estos EBAIS tienen la responsabilidad de brindar servicios básicos de salud que comprenden acciones de promoción de la salud y

prevención de la enfermedad principalmente, así como curación y rehabilitación de baja complicidad (Salas y Castillo, 2003).

Estas acciones de promoción de la salud, tienen como objetivo brindar a la población o comunidad determinada, recomendaciones sobre la práctica de estilos de vida saludable que conlleve a una mejor calidad de vida de los mismos.

Dentro de los contenidos principales de la promoción de la salud se encuentra la práctica de ejercicio físico, actividad física, deporte o cualquier actividad que implique movimiento humano, además de una alimentación saludable, recomendada para cualquier persona en condición normal o con una patología de fondo. Además corresponden a un tema de interés y de prioridad mundial, la atención y vigilancia directa por parte de las autoridades nacionales de salud, la cual debe ser realizada en un primer nivel de atención (OMS, 2010).

Se ha evidenciado que la práctica regular de actividad física o ejercicio físico, ha sido identificada como un factor protector para múltiples enfermedades, además de generar beneficios en la capacidad cognitiva, la modulación del afecto, la reducción en la aparición de enfermedad cerebrovascular y la calidad de vida relacionada con salud (Maecha y Rodríguez, 2008).

La prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas está creciendo en muchos países, según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Al aumentar la prosperidad y la urbanización, las dietas tienden a ser más ricas en energía y en grasas (especialmente saturadas) y a tener un contenido menor de fibra y de carbohidratos complejos y uno mayor de alcohol, de carbohidratos refinados y de sal (Sanabria, González y Urrego, 2007).

En Costa Rica, dentro del diagnóstico de la Situación de Promoción de la Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social realizada en el año 2007, se documenta que los costarricenses, a pesar de conceptualizar la salud desde una perspectiva integral continúan con un estilo de vida poco saludable. Es por ello que es evidente la importancia de promover la salud mediante la práctica de estilos de vida saludable (CCSS, 2007).

Según el modelo de atención institucional en Costa Rica, el personal médico, coordinador de los EBAIS, es el principal responsable de recomendar el ejercicio físico y una dieta o alimentación saludable a sus pacientes (Salas y Castillo, 2003).

Sin embargo estos temas son manejados principalmente por especialistas en la materia, y por el contrario, al ser parte de los estilos de vida saludable de todas las personas, representa una recomendación básica que deben conocer e indicar todos los profesionales en salud, la cual debió ser aprendida durante la formación académica de los mismos.

Además de la responsabilidad de tener los conocimientos teóricos básicos sobre la práctica del ejercicio físico y la alimentación saludable, los médicos deben autoaplicar estos principios para tener una vida sana y en aras de dar un ejemplo claro a sus pacientes, ya que el médico representa un líder en la sociedad.

Como resultado de los múltiples estudios empíricos realizados, se ha demostrado que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables, tienen mayor probabilidad de recomendar y de inducir en sus pacientes a estilos de vida saludables y tienen mayor éxito en el seguimiento de las recomendaciones dadas por el médico, a diferencia de los médicos que no practican estilos de vida saludable, que tienden a practicar una medicina curativa en lugar de preventiva y son poco escuchados por sus pacientes (Sanabria, Gonzáles y Urrego, 2007).

No obstante, al igual que ocurre con muchos tratamientos farmacológicos, la implementación de las recomendaciones internacionales en la práctica del ejercicio físico u otros estilos de vida saludable es muy pobre. Existen aún muchos profesionales de la salud poco convencidos de la importancia real del ejercicio en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas, probablemente por falta de información, por las deficiencias en la educación médica actual, resistencia al permanente cambio en el conocimiento, presiones comerciales y situaciones anecdóticas contradictorias en la práctica clínica cotidiana (Duperly y Lobelo, 2004).

Por ello, una parte importante del poder de autoridad moral que deben tener los médicos que atienden pacientes es que éstos crean en sus palabras y procedimientos, por

lo que para ser ejemplo de la sociedad tiene que ver directamente la presencia y control de los antecedentes personales no patológicos por parte del personal médico (Jiménez et al., 2000).

En un estudio en el que se analizan las diferentes perspectivas sobre los factores que proporciona bienestar y calidad de vida a médicos británicos y australianos, se señalan con especial relevancia la alimentación, el sueño y el ejercicio físico (Mingonte et al. 2004).

También se han realizado varias investigaciones en médicos canadienses, estadounidenses y de Taiwán, del primer nivel de atención, sobre el conocimiento y la aplicación de hábitos de ejercicio físico y nutrición. Todos demostraron que existe una falta importante de conocimiento en el tema por parte de estos profesionales, lo cual refleja la necesidad de brindar capacitaciones y mejorar el aprendizaje de los mismos, con el fin de brindar a sus pacientes recomendaciones adecuadas sobre la práctica de estilos de vida saludable (Hu, Wu y Liu,1997; Norman,1999 y Abramson, Stein, Schaufele, Frates, y Rogan, 2000).

A raíz de lo mencionado anteriormente, la práctica de estilos de vida saludables por los profesionales en salud ha cobrado mayor importancia, principalmente por el impacto que tiene sobre los pacientes, al ser los médicos modelos de vida para ellos, y por lo tanto impactando sobre la salud pública. De ahí la importancia que tiene poder determinar el grado de conocimiento que tienen los médicos en general sobre estos temas y su autoaplicación.

Objetivo General:

Indagar sobre el conocimiento de la práctica del ejercicio físico y la alimentación saludable y su autoaplicación en los médicos generales del primer nivel de la Región Central Norte de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Objetivos específicos:

1. Determinar los conocimientos teóricos sobre la práctica del ejercicio físico que tienen los médicos generales del primer nivel de la Región Central Norte de la Caja Costarricense del Seguro Social.
2. Identificar el tipo de actividad física o ejercicio físico que realizan los médicos generales del primer nivel de la Región Central Norte de la Caja Costarricense del Seguro Social.
3. Determinar los conocimientos teóricos sobre la alimentación saludable que tienen los médicos generales de la Región Central Norte de la Caja Costarricense del Seguro Social.
4. Identificar el tipo de alimentación que tienen los médicos generales de la Región Central Norte de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Capítulo II

Marco Conceptual

1. Promoción de la salud

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1948 como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. También es considerada dentro del contexto de la promoción de la salud, como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva (OMS, 1998).

Desde el punto de vista del derecho humano, el concepto de salud contempla prerequisites como la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. Estos prerequisites demuestran la relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud, los cuales permite una comprensión holística de la salud, lo cual es primordial en la definición de la promoción de la salud (WHO, 2009 y OMS, 1998).

Mediante la Carta de Ottawa en 1986, se definió la promoción de la salud como proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Además corresponde a una estrategia mediante la cual se busca el empoderamiento individual y colectivo de las personas, en la medida en que estas asumen la responsabilidad sobre su salud (OMS, 1998 y CCSS, 2008).

Dicho documento se basa en tres estrategias básicas para la promoción de la salud, la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad. Además pretende lograr cambios en los determinantes de la salud modificables, además de la alfabetización, la política pública saludable y la acción comunitaria para la salud (OMS, 1998).

Para lograr estos resultados las estrategias y programas a realizar deben adaptarse a las necesidades y posibilidades locales de los distintos países y regiones a tener en cuenta en los diferentes sistemas sociales, culturales y económicos. Además debe de implementarse como componente básico de la atención integral en salud, para lo cual ya existen políticas internacionales y nacionales que lo sustenten (WHO, 2009 y CCSS, 2007).

En Costa Rica, en el año 2007 se realizó un Diagnóstico Situacional de la Promoción de la Salud en la CCSS, dicho documento enfatiza que la institución mantiene con una visión biologista de la salud, con priorización de la atención a la enfermedad lo que no ha permitido el enfoque integral que incorpora la promoción de la salud (CCSS, 2007).

Esta intervención médica de carácter biologista en relación con el problema de la salud resulta inadecuada desde el punto de vista teórico práctico como herramienta, para mejorar la salud de las poblaciones (Vargas, Villegas, Sánchez y Holthuis, 2003).

A raíz de lo mencionado se realiza el Plan Institucional de Promoción de la Salud 2008-2012 de la CCSS, con el propósito de fortalecer, desarrollar y posicionar el componente de promoción de la salud en el modelo de atención integral a las personas con el fin de contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida de los costarricenses, mediante el desarrollo de estrategias de participación, educación y comunicación social (CCSS; 2008).

Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en aprobar y facilitar la promoción de la salud.

2. Atención primaria

En 1978, en la Conferencia Internacional de Atención Primaria, realizada por la OMS y conocida como la declaración Alma-Ata, define la Atención Primaria de Salud como la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (OMS, 1998; OMS, 1978 y Vargas et al, 2003).

También se menciona que corresponde al primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria (OMS, 1978).

Todo ello conlleva a que la atención primaria implique como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad relacionado con los problemas de salud; además de implementar los métodos de prevención y el control de esos problemas. Todas estas actividades corresponden a funciones propias del primer nivel de atención.

El primer nivel de atención en salud corresponde a los servicios básicos de salud que comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad, que se practiquen respecto de la familia en los ámbitos intradomiciliario, de consulta externa o ambulatoria general (Salas y Castillo, 2003).

Los centros de salud que brinda atención del primer nivel en Costa Rica son los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAIS), los cuales tienen a cargo el cuidado integral y la promoción de la salud a nivel familiar y comunitario, con responsabilidades geográfico-poblacionales bien definidas (Salas y Castillo, 2003).

Los EBAIS, según el modelo de atención en Costa Rica, atienden aproximadamente, a un número de familias que residen en un sector geográfico dentro de una determinada área de salud, denominada sector (3000 a 4,000 habitantes). Tiene bajo

su responsabilidad el cuidado de la salud de las personas y familias ubicadas en los diferentes sectores de salud. Están conformados por un médico general, una auxiliar de enfermería y técnicos de atención primaria. En algunos casos cuenta con un técnico de farmacia y de registros médicos (Salas y Castillo, 2003).

Todos estos funcionarios, pertenecientes al primer nivel de atención, tienen la responsabilidad de realizar actividades con la población, dirigidas a realizar cambios de acción y aptitud hacia los determinantes de la salud, los cuales comprende estilos de vida saludable como la práctica del ejercicio físico y el consumo de una alimentación saludable.

3. Estilos de vida saludables

La OMS en 1978 se refirió al estilo de vida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

No obstante, refieren que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida (Vargas et al., 2003).

Aunado a esto, los estilos de vida se refiere a conductas, hábitos, costumbres y formas de consumo, definidos culturalmente, y donde algunos de ellos pone en riesgo a la salud. Modificarlos significa trastornar comportamientos con frecuencia rutinarios y fuertemente arraigados en el sistema de creencias y tradiciones culturales (Vargas et al., 2003).

Desde el punto de vista psicosocial se define el estilo de vida saludable como un "conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud". Los patrones conductuales son formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones. Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de

modificar (Gómez, Jurado, Viana, Da Silva y Hernández, 2005).

Dentro de los principales hábitos saludables se encuentran la práctica del ejercicio físico y la alimentación saludable, los cuales representan condicionantes de interés mundial y tema básico en la consulta integral que ofrecen los profesionales en salud en el primer nivel de atención.

Como lo reflejan los estudios, la inactividad física y los hábitos negativos de vida representan una amenaza para la salud, ya que el movimiento y la actividad física son funciones básicas para las cuales el organismo fue creado, además se ha demostrado que los individuos que realizan ejercicio regularmente tienden a percibir mayor grado de salud, menor nivel de estrés y mejor estado de ánimo (Hoeger y Hoeger, 2006; Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008).

En el mundo, la inactividad física representa el cuarto factor de riesgo de mortalidad con un 6% de las defunciones a nivel mundial. Superada por la hipertensión arterial (13%), el consumo de tabaco (9%) y el exceso de glucosa en la sangre (6%). Posteriormente se encuentra el sobrepeso y la obesidad con un 5% de la mortalidad mundial (OMS, 2010).

También se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente 21–25% de los cánceres de mama y de colon, 27% de la diabetes, y aproximadamente un 30% de las cardiopatías isquémicas (OMS, 2010).

En países como Estados Unidos la inactividad física es la segunda mayor amenaza de salud pública y ha sido denominada Síndrome de Muerte por Sedentarismo o SMS. Las principales causas de muerte están relacionadas con el estilo de vida, se dice que el 62% de las muertes registradas en ese país se deben a enfermedades cardiovasculares y al cáncer y de ellas el 80% pudieron haberse prevenido mediante un estilo de vida saludable (Hoeger y Hoeger, 2006).

Además es conocido que el sedentarismo repercute considerablemente en la salud general de la población mundial, en la prevalencia de enfermedades no transmisibles (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer) y en sus factores de riesgo, como la hipertensión, el exceso de glucosa en la sangre o el sobrepeso (OMS, 2010).

3.1. Ejercicio físico

La actividad física se define como el movimiento del cuerpo que se produce por la contracción de los músculos esqueléticos voluntariamente con un aumento del gasto energético. El ejercicio físico corresponde al movimiento o actividad física repetitiva, planeada y estructurada que mejora o mantiene uno o más componentes de la aptitud física. En cuanto al deporte, este representa una actividad física que lleva implícito la competición (ACSM, 2009; Mahecha y Rodríguez, 2008).

Según el American College of Sport Medicine (2009), el ejercicio físico es considerado en varias dimensiones:

- Ejercicio físico aeróbico el cual se refiere a los ejercicios en los que los músculos grandes del cuerpo se mueven de forma rítmica durante períodos prolongados
- Ejercicios de resistencia que corresponden a ejercicios que hace que los músculos trabajen en contra de una fuerza aplicada o el peso
- Ejercicios de flexibilidad que se refieren a las actividades destinadas a conservar o ampliar el rango de movimiento alrededor de una articulación
- Ejercicio de equilibrio el cual es una combinación de actividades diseñadas para aumentar la menor fuerza del cuerpo y reducir la probabilidad de caídas

Los beneficios encontrados en la realización de ejercicio físico son amplios y engloban tanto la dimensión física como la psicosocial. Algunos de sus beneficios se enumeran a continuación:

Cuadro N°1 Beneficios del ejercicio físico	
Beneficios físicos	Beneficios psicosociales
Mejora la resistencia física y cardiovascular	Aumenta la Autoestima
Mejora la fuerza muscular	Disminuye la depresión
Mejora el perfil de lípidos	Mantiene la autonomía
Control del peso corporal	Alivia el estrés
Controla la presión arterial	Mejora la autoimagen
Mejora la resistencia a la insulina	Aumenta el bienestar
Mejora la morbilidad articular	Reduce el aislamiento social
Aumenta la densidad ósea	Regula los periodos de sueño y vigilia

Fuentes: Mahecha y Rodríguez, 2008 y Monografías Sanitaria, 2003.

Según el ACSM (2009), para lograr beneficios en la salud, se recomienda realizar ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada entre 30 a 60 minutos por día para un total de 150 a 300 minutos por semana, o actividades de vigorosa intensidad por 20 a 30 minutos por día para un total de 75 a 150 minutos por semana. También se recomienda realizar ejercicio de resistencia de moderada a vigorosa intensidad al menos 2 días a la semana. En cuanto a los ejercicios de flexibilidad se recomienda realizarlos 2 veces por semana a una intensidad moderada, con tipos de ejercicios dirigidos a los diferentes grupos musculares. Sin embargo para todos los diferentes ejercicios debe considerarse las condiciones crónicas de cada persona y brindar recomendaciones según las habilidades y condiciones de cada uno.

Para poder comprender con mayor exactitud la intensidad del ejercicio físico o la actividad física a desarrollar, la OMS determina que la intensidad refleja la velocidad a la que se realiza la actividad, o la magnitud del esfuerzo requerido para realizar un ejercicio o actividad y que ésta se puede estimar preguntándose cuánto tiene que esforzarse una persona para realizar esa actividad. La intensidad de diferentes formas de actividad física varía de una persona a otra. (OMS, 2013).

La intensidad de la actividad física depende de lo ejercitado en que se encuentre la persona y de su forma física. La actividad física moderada (aproximadamente 3-6 MET) requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco, ejemplo de ello es caminar a paso rápido, bailar, jardinería, tareas domésticas, caza y recolección tradicionales, participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos, trabajos de construcción generales, desplazamiento de cargas moderadas (< 20 kg) (OMS, 2013).

La actividad física intensa (aproximadamente > 6 MET) requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca, ejemplo de ello son los ejercicios vigorosos como footing, ascender a paso rápido o trepar por una ladera, desplazamientos rápidos en bicicleta, aeróbic, natación rápida, deportes y juegos competitivos, trabajo intenso con pala o excavación de zanjas o desplazamiento de cargas pesadas (> 20 kg) (OMS, 2013).

En ocasiones se utilizan los equivalentes metabólicos (MET) para expresar la intensidad de las actividades físicas. Los MET son la razón entre el metabolismo de una persona durante la realización de un trabajo y su metabolismo basal. Un MET se define como el costo energético de estar sentado tranquilamente y es equivalente a un consumo de 1 kcal/kg/h. Se calcula que, en comparación con lo mencionado, el consumo calórico es unas 3 a 6 veces mayor (3-6 MET) cuando se realiza una actividad de intensidad moderada, y más de 6 veces mayor (> 6 MET) cuando se realiza una actividad vigorosa (OMS, 2013).

También, la intensidad de los ejercicios puede ser medida de diferentes formas, la moderada según la tabla de Percepción del Ejercicio (Escala de Borg) del 1 al 10, correspondería entre 5 o 6. También se puede utilizar la frecuencia cardíaca, la cual debe estar entre el 55% a 69% de la Frecuencia Cardíaca Máxima tal como se muestra en el cuadro N°2 (ACSM, 2009).

Cuadro N°2 Intensidad del ejercicio según puntuaciones de esfuerzo percibido y medidas objetivas de esfuerzo

Escala de Esfuerzo percibido de Borg		Equivalencia aproximada en pulsaciones por minuto	Grado de intensidad del esfuerzo (% de la capacidad máxima posible)	Equivalencia de una escala de esfuerzo percibido de 0-10 puntos
6		60-80	10	0
7	Muy, muy suave	70-90		1
8		80-100	20	2
9	Muy suave	90-110		
10		100-120	30	3
11	Bastante suave	110-130		
12		120-140	40	4
13	Algo duro	130-150	50	5
14		140-160	60	6
15	Duro	150-170	70	7
16		160-180		
17	Muy duro	170-190	80	8
18		180-200	90	9
19	Muy, muy duro	190-210	100	10
20		200-220		

Fuente: Moya, 2004.

Estas recomendaciones son fundamentales, no sólo para las personas sanas, sino también para aquellas que sufren patologías crónicas, cuyo proceso evolutivo mejora con la práctica de una actividad física moderada, adecuada a las condiciones y características de cada paciente.

Sin embargo, los criterios del consejo para realizar ejercicio físico presentan más dificultades que otro tipo de recomendación. Con frecuencia se aconseja realizar ejercicio sin establecer la intensidad, duración o tipo de actividad que resultaría adecuado en cada caso.

Es importante destacar que, durante las últimas tres décadas el abundante análisis epidemiológico de la actividad física ha alcanzado conclusiones muy uniformes acerca de los beneficios de su práctica regular. A pesar de ello, la prevalencia de estilos de vida sedentarios sigue aumentando. Estudios realizados determinan que son necesarias intervenciones de promoción de la actividad física que permitan alcanzar el objetivo de acumular al menos 30 min de actividad física de intensidad moderada en casi todos, o mejor todos, los días de la semana para disminuir el sedentarismo y la prevención de múltiples enfermedades (Varo, Martínez y Martínez, 2003).

3.2. Alimentación saludable

Los hábitos alimenticios representan un factor determinante del estado de la salud de la población. En países desarrollados se ha evidenciado que la mejora del estado nutricional contribuye al descenso de enfermedades infecciosas y problemas básicos como la desnutrición. Los hábitos alimenticios inadecuados se relacionan con un gran número de enfermedades de alta prevalencia y/o mortalidad como la enfermedad coronaria, hipertensión arterial, cáncer, diabetes mellitus, obesidad, osteoporosis, caries dental, anemia, bocio endémico, hepatopatía, entre otros (Gómez y De Cos, 2001).

En Costa Rica, según la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, los porcentajes de sobre peso y obesidad, en la población adulta, en ambos sexos, son alarmantes y muestran un aumento con respecto a las Encuestas realizadas en 1982 y 1996. Utilizando el índice de masa corporal como indicador (IMC), los hombres entre 20 y 64 años, presentan un 62,4% de sobrepeso y obesidad y las mujeres entre 20 y 44 años, presentan un 59,7% de sobrepeso y obesidad. Para el grupo de mujeres entre 45 y 64 años de edad, este dato corresponde a un 77,3%. El grupo de adulto mayor (65 años y más) muestra datos de sobre peso y obesidad preocupantes: 61,3% para mujeres y 59% para hombres (Ministerio de Salud, 2010). Estos indicadores afirman la importancia de la recomendación nutricional y promoción de la alimentación saludable en la población en general.

El Ministerio de Salud, como ente rector de la salud en el país, divulga y pone en su página Web, las Guías Alimentarias, las cuales corresponden a un documento dirigido

a la población adulta sana, escrito de forma práctica y sencilla para que el consumidor tenga una guía para seleccionar y adoptar un patrón alimentario que contribuya a desarrollar un estilo de vida saludable.

Las últimas guías alimentarias fueron publicadas por el Ministerio de Salud en el año 2010, producto de un trabajo conjunto entre profesionales del sector salud y de educación. Y como documento oficial, es el referente para la elaboración de menús institucionales para población sana y para desarrollar programas de educación nutricional.

De tal suerte, los médicos, están en el deber de conocer e informarse de los comunicados oficiales y de los documentos científicos que guíen o alerten a los ciudadanos, que genera ésta institución gubernamental.

El equipo de salud del primer nivel de atención es el primer contacto que tienen los pacientes al sistema de salud, y se espera que estos profesionales en la salud que dan la consulta, asuman la responsabilidad de brindar consejos sobre hábitos alimentarios saludables y así, poder disminuir los factores de riesgo relacionados con la inadecuada alimentación.

Si bien es cierto que existe un profesional en nutrición, debidamente facultado para prescribir dietas, estos están destacados principalmente en el ámbito hospitalario y en otros niveles de atención; en los EBAIS, no existe este profesional, por lo tanto es el médico el llamado a evacuar dudas y dar los primeros consejos sobre modificaciones alimentarias, es aquí donde las Guías Alimentarias pasan a ser un recurso valioso, por ser un documento oficial que permite orientar al médico.

Lo ideal, es contar con un profesional en nutrición en los niveles básicos, pero por el momento, el médico debe hacer un esfuerzo por acercarse a las recomendaciones alimentarias plasmadas en las Guías y en otros documentos que emane el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social. Ante patologías que requieran modificaciones alimentarias específicas, el médico debe referir al paciente donde el nutricionista.

Dentro de los aspectos básicos que debe conocer el profesional médico se encuentra el concepto de una alimentación saludable, la cual se logra combinando varios alimentos en forma equilibrada, y tiene como objetivo satisfacer las necesidades

nutricionales para un correcto crecimiento y desarrollo de las capacidades físicas e intelectuales de las personas.

El mensaje educativo que se desprende de las Guías Alimentarias para Costa Rica 2010, toma como fundamento una dieta sana, para personas saludables, sin ninguna patología de fondo, pero, en cierta forma, preventiva, de las principales patologías que aquejan a nuestra población. Extrayendo algunas recomendaciones importantes de estas guías, y a propósito de la presente investigación, se muestran las siguientes (Ministerio de Salud, CIGA, 2010):

- a) Se recomienda realizar 5 tiempos de comida: desayuno, merienda, almuerzo, merienda y cena.
- b) La base de la alimentación diaria debe estar constituida por cereales, leguminosas y verduras harinosas, se recomienda consumir cada día, al menos media taza de frijoles o garbanzos cocinados.
- c) Las frutas y vegetales tienen nutrientes esenciales como vitaminas y minerales, fibra y antioxidantes, y otras sustancias protectoras. Consuma al menos 5 porciones entre frutas y vegetales frescos de diferentes colores cada día.
- d) Consuma tres porciones al día de leche, yogurt o queso.
- e) Consuma carnes blancas tres veces o más por semana: pescado, pollo o pavo. Las carnes de res o cerdo no deben consumirse más de tres veces a la semana y su porción debe ser equivalente al tamaño de la palma de la mano.
- f) Puede consumir un huevo diario si es una persona saludable sin antecedentes familiares de hipercolesterolemia.
- g) Todas las grasas deben consumirse en pequeñas cantidades, para la preparación de los alimentos se debe preferir el uso de grasas insaturadas.
- h) El azúcar proporciona energía, pero su exceso se almacena en forma de grasa, por lo tanto no debe consumirse más de 6 cucharaditas por día en bebidas y preparaciones.
- i) Consumir entre seis y ocho vasos de líquido al día, donde al menos 4 vasos sean de agua pura.
- j) La cantidad de sal recomendada por persona por día es de una cucharadita (5g) distribuida en todos los alimentos consumidos durante el día.

Todas esas recomendaciones deben incluirse como parte de la consulta diaria o bien en actividades grupales dirigidas a la comunidad, sin embargo muchos estudios a nivel mundial concluyen que es de suma importancia el consejo nutricional por parte de los médicos de atención primaria, pero es escaso los conocimientos en nutrición por parte de los profesionales, por lo que es un motivo para que no se den estas recomendaciones (Gómez y De Cos, 2001).

4. El papel del profesional de salud en la prescripción del ejercicio físico y la alimentación saludable

Las conductas saludables de los médicos puede afectar las actitudes y motivación que tienen los pacientes a cambiar y realizar estilos de vida saludables. Frank (2004) en su artículo Physician health and patient care, menciona que la relación de lo personal y la práctica clínica puede motivar a los médicos a incluir la prevención y promoción en la consulta y hacerlo efectivo.

En un estudio realizado por Frank, Breyan y Elon (2000) sobre la divulgación de la salud personal del médico, le pasaron un video a un grupo de pacientes, en el cual el médico dedicó medio minuto de la consulta brindando recomendaciones sobre la dieta y ejercicio físico que él mismo practicaba, con un casco de bicicleta y una manzana sobre su escritorio, y un grupo control en el cual no había ningún objeto en el escritorio y el médico no habló sobre sus estilos de vida. Se evidenció que el médico que habló sobre su práctica de ejercicio físico y alimentación saludable tuvo mayor credibilidad y motivación hacia el paciente sobre la práctica de estilos de vida saludables que aquellos otros médicos que no lo hacen. Esto concluyó en que la práctica de una conducta saludable por parte del médico de atención primaria es el predictor más consistente y poderoso para aconsejar a los pacientes acerca de los problemas relacionados con la prevención.

En el año 2009, Frank y Segura realizaron un estudio sobre el estado de salud de los médicos canadienses, del cual se obtuvo que el 90% de los médicos reportaron tener un excelente estado de salud con una práctica de ejercicio de 4, 7 horas por semana incluyendo ejercicio de intensidad moderada. El 8% eran obesos, el 50% realizaban 5 tiempos de comida, más que la población en general. Las mujeres consumían frutas y

vegetales 5,3 veces/día y 4,5 veces/día los hombres. Los médicos creen que se consideran más profesionales si viven una vida balanceada, pero solo el 50% tienen un buen balance entre trabajo y vida. Además el 30% no estuvieron de acuerdo que su entorno de trabajo los anima a ser saludable.

Un estudio similar realizado en médicos colombianos, determinó que el 77% de los médicos tenían una percepción del estado de salud buena. El 23,3% tenía sobrepeso u obesidad y el 85,69% tenían hábitos poco o nada saludables y 1/6 hábitos alimenticios poco saludables. Estos estilos de vida poco saludables representa un problema adicional no sólo para la salud personal del médico sino para sus pacientes (Sanabria et al. 2007).

En Costa Rica, Jiménez, González y Sell en el año 2000, realizaron un estudio sobre la caracterización de algunos hábitos y enfermedades de los médicos costarricenses, del cual el 40,6% eran médicos generales. Las dos terceras partes practicaban algún tipo de ejercicio, sin embargo la gran mayoría lo realizaban de poca intensidad y sólo fines de semana.

También se ha demostrado que muchos médicos del primer nivel no están preguntando, aconsejando o prescribiendo ejercicio a sus pacientes. Esto se puede deber a múltiples factores personales o propios de la profesión (Walsh, Swangard, Davis y McPhee, 1999).

Abramson, Stein, Schauer, Frates y Rogan (2000), realizaron un estudio a 304 médicos de Estados Unidos del primer nivel de atención sobre los hábitos personales, sobre el ejercicio físico y de las recomendaciones que dan a sus pacientes. La edad promedio de los médicos era 50 años, un 43% tenían más de 15 años de ejercer, el 73% practicaban ejercicio aeróbico y un 41% entrenamiento de pesas. Se encontró que los médicos que aconsejaban a sus pacientes eran más jóvenes que los que no lo hacían, y los que practicaban el ejercicio regularmente eran los que más aconsejaban a sus pacientes. Los internistas que trabajan en el primer nivel fueron los únicos médicos que no recomendaron la práctica del entrenamiento con pesas. Las principales barreras para la recomendación de ejercicio fueron: falta de tiempo durante la consulta, falta de conocimiento y experiencia, falta de interés de los pacientes. La mayoría de estos profesionales dedicaron de 3 a 5 minutos del tiempo de consulta para recomendar de forma verbal la práctica de ejercicio físico, se encontró que los que más duraban tenían

un alto porcentaje de que sus pacientes siguieran las recomendaciones dadas. Se concluyó que los médicos que practican ejercicio aeróbico y de pesas son los que aconsejan a sus pacientes sobre los beneficios del ejercicio físico.

Además, ahondando en las respuesta que dieron los médicos, se pudo encontrar un gran desconocimiento sobre prescripción del ejercicio y que muchos no tenía experiencia sobre cómo ejecutarlo, además sus respuestas no coincidían con las recomendaciones de duración e intensidad establecidas, por lo que pone entre dicho si la adecuada practica de ejercicio que dicen tener corresponde por definición a las recomendadas a nivel mundial. Los resultados definitivamente enfatizan la importancia de mejorar la educación del médico sobre el ejercicio y la promoción del mismo en los profesionales de salud.

Otro estudio realizado en estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina de una Universidad Peruana, determinó que sólo 44,8% de los estudiantes practicaban actividad física aeróbica y el 31,4%, actividad física de fuerza, el 100% desconocía el concepto de actividad física; por lo tanto la falta de tiempo, conocimientos y motivación fueron las dificultades para la práctica de cualquier tipo de actividad física (Bolaños y Zegarra, 2010).

Con respecto a la alimentación saludable, Kushner (1995) realiza una investigación en personal médico para conocer las barreras que tienen para brindar consejos nutricionales a sus pacientes. Encontró que dos terceras partes de los médicos dedican cinco o menos minutos de su consulta para hablarle de cambios en la alimentación a sus pacientes, a pesar de que tres cuartos de ellos consideran que aconsejar sobre la alimentación saludable es importante y responsabilidad de ellos. No obstante, las principales barreras encontradas para dar las recomendaciones fueron: falta de tiempo, incumplimiento del paciente, inadecuado material educativo, falta de entrenamiento para aconsejar, falta de conocimientos y poca confiabilidad de parte del médico.

Se realizaron dos estudios similares a médicos, sobre los conocimientos en nutrición, donde se les pasó una encuesta sobre aspectos básicos de alimentación y de nutrición clínica. Una de las investigaciones fue en médicos canadienses, de los cuales el 63% de ellos contestaron correctamente las encuestas; el otro fue en médicos de Taiwan,

en el cual el 59% respondieron asertivamente. Ambos concluyeron en que existen graves lagunas en el conocimiento de la nutrición del médico en promedio. Muchos médicos no tienen la experiencia necesaria para aconsejar adecuadamente a sus pacientes sobre aspectos básicos de alimentación o nutrición clínica, demostrando la necesidad de educación nutricional en médicos y reflejando la baja prioridad que se le da a este tema en las escuelas de medicina y en la educación médica continua (Norma, 1999; Hu, Wu y Liu, 1997).

En Costa Rica, las Guías alimentarias 2010, tienen un apartado sobre actividad física y recomiendan realizarla todos los días. Enfatizan en que una alimentación saludable y la actividad física es la mejor combinación para lograr un peso adecuado y mejorar la calidad de vida. Estas guías emplean un lenguaje sencillo, que puede orientar al profesional en salud a la hora de dar las recomendaciones a sus pacientes, por ejemplo, dicen que lo ideal es realizar 30 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada (que lo hace respirar un poco más fuerte de lo usual pero, aún le permite hablar mientras hace ejercicio), como caminar, bailar, nadar, andar en bicicleta, subir escaleras, hacer el jardín, pasear el perro y lavar el carro. También sugiere que los 30 minutos diarios de actividad física se pueden fraccionar en tres tiempos de 15 minutos o tres momentos de 10 minutos continuos.

Capítulo III

Metodología

El estudio realizado es de tipo descriptivo y transversal ya que las variables se midieron una única vez con su correspondiente análisis. El estudio se dio bajo condiciones naturales, no experimentales, y se describieron las variables que permitieron indagar sobre alimentación y ejercicio físico, siendo éste el primer estudio sobre el tema, en esta población costarricense.

Población de estudio:

El estudio es de tipo poblacional y se obtuvo una participación del 77,8%, de un total de 226 médicos generales del primer nivel que durante el tiempo en que se realizó la investigación fungían como médicos generales de los EBAIS de la Región Central Norte de la CCSS. La investigación incluyó sujetos de ambos sexos, con todos los rangos de edad y años de laborar en la institución.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los profesionales médicos que se encontraban realizando el servicio social, debido a que el tiempo laboral es menor a 6 meses. Así como los médicos incapacitados o con permisos durante el periodo de recolección de datos.

Procedimiento:

Para la programación y planificación del estudio se buscó el apoyo de la Dirección Regional Central Norte de la CCSS, con el fin de obtener el aval para realizar el trabajo con funcionarios de la región, además para que la misma Dirección solicitara a los Directores de Áreas de Salud el apoyo para llevar a cabo de la mejor manera la investigación (Anexo).

Posteriormente se solicitó el aval correspondiente al Comité de Bioética Local del Hospital San Vicente de Paul de Heredia, quienes avalan las investigaciones que se realizan en los centros de Salud de la Región Central Norte. La investigación fue aprobada por el Comité el 12 de julio del 2011.

La validación del instrumento a utilizar se avaló mediante una plenaria con expertos y se aplicaron los ajustes pertinentes según lo indicado por los mismos.

Con los instrumentos listos, se procedió a la recolección de los datos, durante el mes de setiembre y octubre del 2011, previo contacto con los Directores Médicos de las Áreas de Salud, a quienes se les enviaron los cuestionarios.

Estos cuestionarios, debidamente llenos, fueron recibidos por el investigador durante los meses de noviembre del 2011 a febrero del 2012 y seguidamente se realizó el análisis estadístico de la siguiente manera:

1. Codificación de las preguntas abiertas.
2. Creación de base de datos en Excel, el procesamiento y depuración de los datos
3. Creación de la base de datos en SPSS versión en español 15.0.
4. Se realizaron pruebas correlacionales de chi cuadrado y de comparación de T-Student.
5. Obtención de salida de datos, cuadros, gráficos, y medidas estadísticas descriptivas
6. Análisis de los datos y elaboración del informe final. Se presentaron los datos en forma textual y gráficos, con distribución de números absolutos y relativos y en el caso de las variables cuantitativas según corresponda se obtuvieron medias, y desviaciones estándar.

Descripción de los instrumentos:

Cuestionario elaborado para esta investigación que recoge datos demográficos de interés, así como un cuestionario sobre conocimientos básicos en ejercicio físico y alimentación saludable con base en las recomendaciones mundiales de la actividad física por ACSM y las guías alimentarias en Costa Rica realizadas por el Ministerio de Salud de Costa Rica.

Incluye preguntas sobre los alimentos consumido el día anterior, de manera que se pueda realizar un estudio de frecuencia y determinar si mantienen una alimentación saludable.

Para la valoración de la autoaplicación del ejercicio físico se utilizó el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ, por sus siglas en inglés) (Anexo 1), el cual corresponde a un cuestionario internacional para ser utilizado con adultos jóvenes y de mediana edad (15-69 años). El propósito de los cuestionarios es proveer instrumentos comunes que pueden ser usados para obtener datos internacionalmente comparables relacionados con actividad física relacionada con salud. Los Antecedentes del IPAQ para el desarrollo de una medida internacional para actividad física comenzaron en Ginebra en 1998 y fue seguida de un extensivo examen de confiabilidad y validez hecho en 12 países (14 sitios) en el año 2000. Los resultados finales sugieren que estas medidas tienen aceptables propiedades de medición para usarse en diferentes lugares y en diferentes idiomas, y que son apropiadas para estudios nacionales poblacionales de prevalencia de participación en actividad física.

Capítulo IV

Resultados

Para el desarrollo de este capítulo se describen a continuación los resultados de mayor importancia para en el estudio, se exponen tablas y gráficos ordenadas siguiendo el orden de presentación en el instrumento utilizado.

A continuación se presentan los resultados de los datos generales de los profesionales en salud encuestados, tomando en cuenta que según Frank (2004) la relación de lo personal (experiencia de actividad física personal) y la práctica clínica puede motivar a los médicos a incluir la prevención y promoción en la consulta y hacerlo efectivo.

Tabla N°1. Media aritmética de la Edad, Años de graduado, Años de trabajar en el EBAIS y en la CCSS de los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte de la CCSS

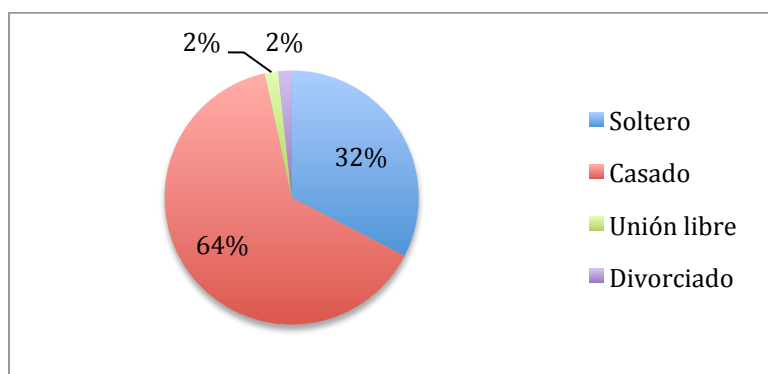
Variable	n	Media	Desviación típ.
Edad	171	39.47	9.84
Años de graduado	175	12.75	8.95
Años de trabajar en EBAIS	171	4.49	4.29
Años de trabajar en CCSS	175	10.80	8.43

Fuente: Resultados estadísticos

Los médicos que laboran en el primer nivel de Atención presentan una edad media de 39 años, con la edad mínima de 24 años y la máxima 62. Con una media de 12 años de graduados, algunos con meses de haber sido incorporado al Colegio de Médicos y el mayor con 35 años de egresado (Tabla N°1), lo que evidencia una población de profesionales en salud muy variada, de todas las edades.

Según el estado de civil de los encuestados, el 64% son casados y un 32% soltero, tal como se muestra en el Gráfico N°1.

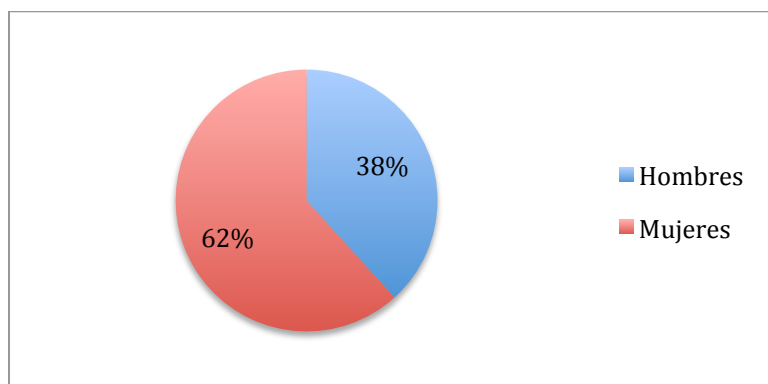
Gráfico N°1. Promedios del estado civil de los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

En relación a los años de laborar para la CCSS la media fue de 10 años y de ellos 4 años en el EBAIS que se encontraba trabajando en el momento de la investigación. Es frecuente que dentro de las mismas Áreas de Salud que los médicos sean rotados en diferentes EBAIS, por lo que el dato no detalla el tiempo laborado en un primer nivel de atención, solamente en el EBAIS actual.

Gráfico N°2. Porcentaje de hombres y mujeres médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte de la CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

En el gráfico N°2 se observa que del total de los participantes 67 eran hombres (38%) y 108 mujeres (62%), con diferencia muy significativa, por lo tanto en las variables desglosadas por sexo se espera encontrar un mayor porcentaje de presentación en las mujeres.

Tabla N°2. Promedio de médicos generales con alguna especialidad según sexo que laboran el I Nivel de Atención en la Región Central Norte de la CCSS

Especialidad	Sexo		Total	Porcentaje
	Hombre	Mujer		
Si	9	11	20	11.4%
No	58	97	155	88.6%

Fuente: Resultados estadísticos

En un primer nivel de Atención principalmente en los EBAIS se requiere de Médicos Generales (Salas y Castillo, 2003), no obstante se encontró que un 11.4% de ellos tienen alguna especialidad, tal como se demuestra en la Tabla N°2.

Tabla N°3. Promedio de especialidad de los médicos que laboran como médicos generales según sexo, del I Nivel de Atención en la Región Central Norte de la CCSS

Especialidad	Sexo		Total	Porcentaje
	Hombre	Mujer		
Pediatría	2	0	2	1.1%
Medicina deportiva	1	0	1	0.6%
Administración en servicios de salud	3	1	4	2.3%
Homeopatía	0	1	1	0.6%
Medicina paliativa	0	2	2	1.1%
Salud pública	1	1	2	1.1%
Medicina Laboral	2	1	3	1.7%
Medicina familiar	0	2	2	1.1%
Neurología	0	1	1	0.6%

Fuente: Resultados estadísticos

Las especialidad de mayor presentación fue la Administración de Servicios de Salud con 2.3%, seguidamente Medicina Laboral (Tabla N°3). Estas especialidades pueden cursarse en Universidad Privadas por lo que son más accesibles, sin embargo ninguna de ellas incluye en su curriculum académico contenidos sobre estilos de vida saludable, que permita mayor conocimientos en este tema, con respecto a los médicos generales.

Dentro de las variables de estudio, se indagó sobre las principales patologías que padecen esos profesionales y se encontró que el 12% de los sujetos indicaron que presentan 2 o más patologías, un 59% indicó que no tiene ninguna enfermedad y un 29% de los sujetos indicó que solo tiene una patología, lo cual demuestra que más del 50% de estos profesionales se encuentran sanos, sin una enfermedad detectada.

Tabla N°4. Promedio de patologías que padecen los médicos generales según sexo que laboran el I Nivel de Atención en la Región Central Norte de la CCSS

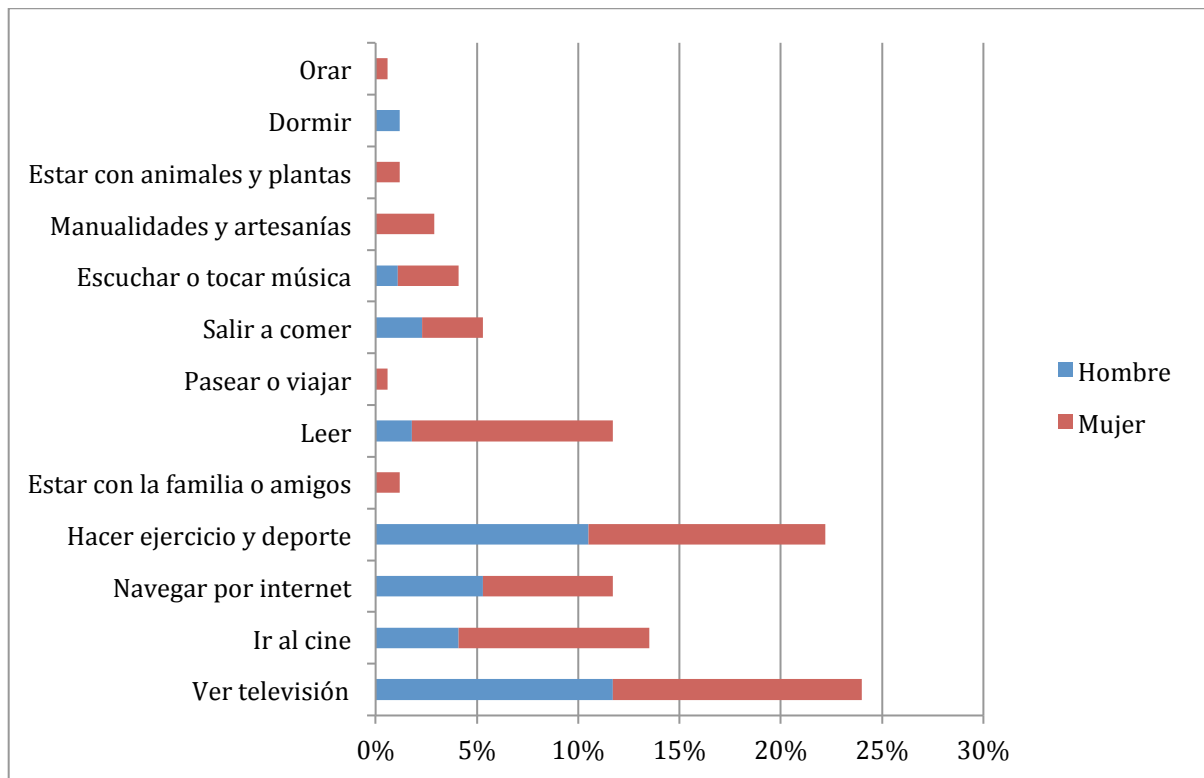
Patología	Sexo		Total	Porcentaje
	Hombre	Mujer		
Hipertensión	9	14	17	13.1%
Diabetes	1	1	2	1.1%
Asma	4	12	16	9.1%
Dislipidemias	2	0	2	1.1%
Hipotiroidismo e hipertiroidismo	0	5	5	2.9%
Óptico	1	0	1	0.6%
Osteoporosis	0	2	2	1.1%
Síndrome metabólico	0	1	1	0.6%
Rinitis alérgica	2	3	5	2.9%
Atopia	0	2	2	0.6%
Sd meniare	0	1	1	0.6%
Migraña	0	1	1	0.6%
síndrome de Giberth	0	1	1	0.6%
Artritis reumatoide	0	2	2	1.1%
hernia	1	0	1	0.6%
Trastornos mentales	0	1	1	0.6%
Distimia	0	1	1	0.6%
Discopatía L4 y L5	0	1	1	0.6%
Crohn	1	0	1	0.6%
Gastritis o colitis	0	1	1	0.6%
cáncer	1	0	1	0.6%
EPOC	1	0	1	0.6%
Fibrosis	0	1	1	0.6%
Problemas articulares	1	0	1	0.6%
Vértigo	1	0	1	0.6%
Neuropatía	1	1	2	1.1%

Fuente: Resultados estadísticos

Del 41% de médicos con algún padecimiento, en la Tabla N°4 se puede observar que el 13% es hipertenso y el 9% padece de asma prevaleciendo estas enfermedades en las mujeres.

Para conocer el estilo de vidas de los profesionales médicos encuestados, se analizaron las actividades que realizaron para disminuir el estrés, lo cual se muestra en el Gráfico N°3.

Gráfico N°3. Porcentaje de actividades que realizan para disminuir el estrés los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS

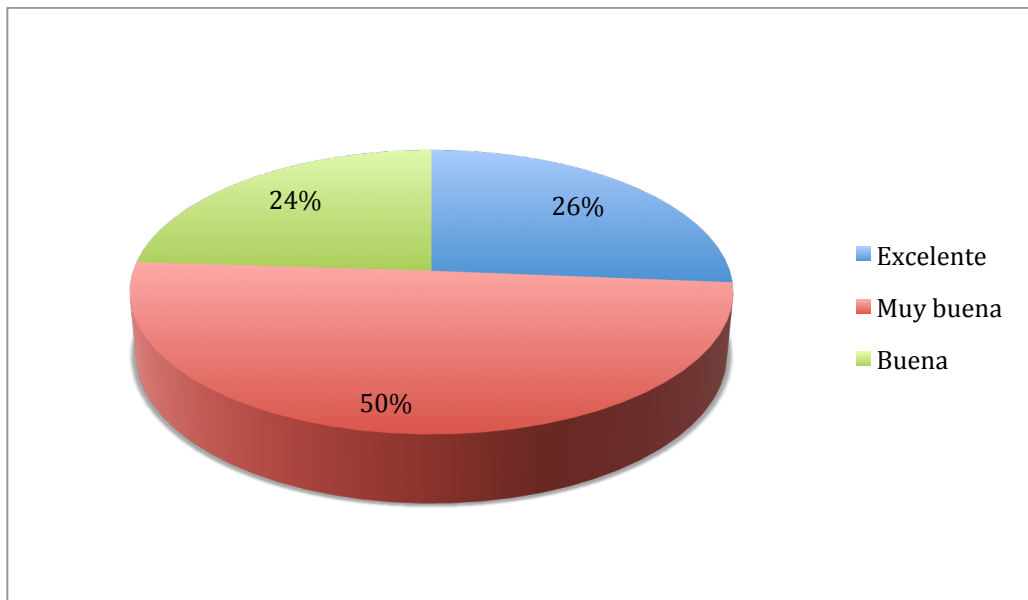


Fuente: Resultados estadísticos

Se realiza un resumen de las principales actividades y el 24% indican ver televisión como actividad para disminuir el estrés, en segundo lugar hacen ejercicio o practican algún deporte (22%), ambos lo realizan hombres y mujeres por igual, no obstante hay varias actividades que en su mayoría realizan las mujeres, como leer, pasear, manualidades, entre otros.

A la hora de preguntarles sobre la percepción de su salud, el 50% indican que tienen una muy buena salud, ninguno indicó que era mala, tal como se demuestra en el Gráfico N°4.

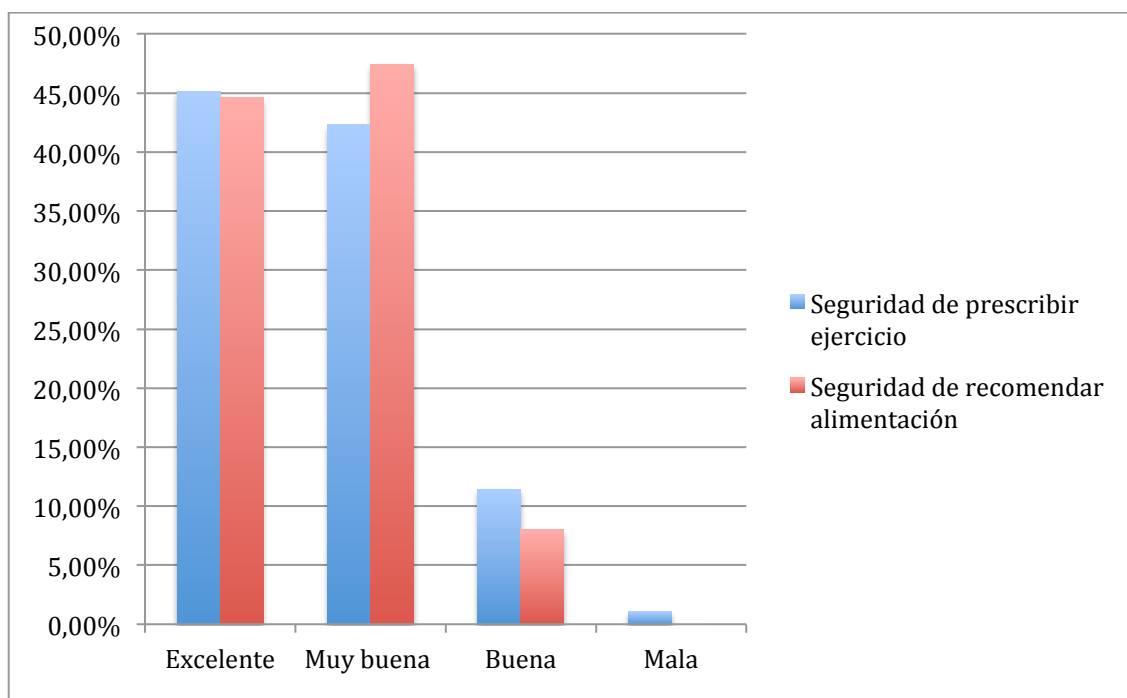
Gráfico N°4. Percepción de la salud de los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

Resultados similares se obtuvieron al preguntarles sobre la seguridad que tienen para recomendar el ejercicio físico y una alimentación saludable a sus pacientes, resultados que se analizarán con la evaluación de estos conocimientos, como se muestra en el gráfico siguiente.

Gráfico N°5. Seguridad para recomendar ejercicio físico y alimentación saludable los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS

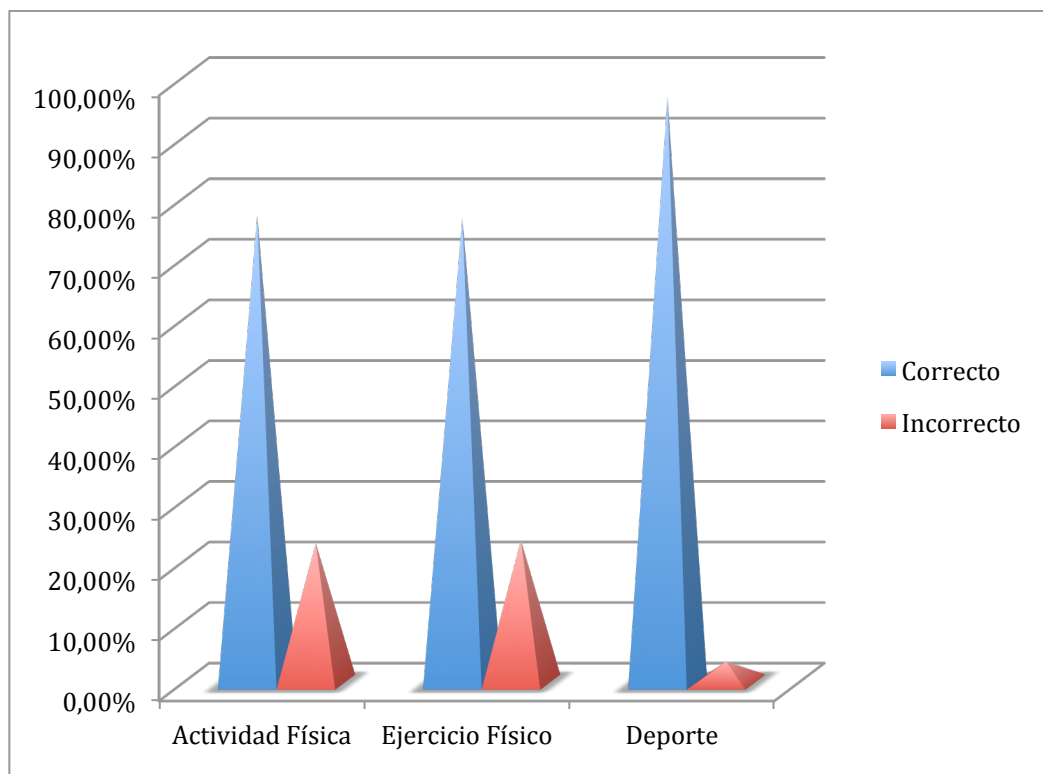


Fuente: Resultados estadísticos

En el Gráfico N°5 se observa como en su mayoría los médicos tienen una excelente y muy buena seguridad para la prescripción de estilos de vida saludable. Sólo 2 médicos indicaron que tiene una mala prescripción del ejercicio y ninguno contestó no saber recomendar sobre alimentación saludable, lo cual se puede determinar al analizar las respuestas obtenidas sobre los conocimientos que tienen los médicos generales sobre la prescripción de estos estilos saludables.

Primeramente se les preguntó sobre la definición de actividad física, ejercicio físico y deporte, según lo establecido por el ACSM (2009).

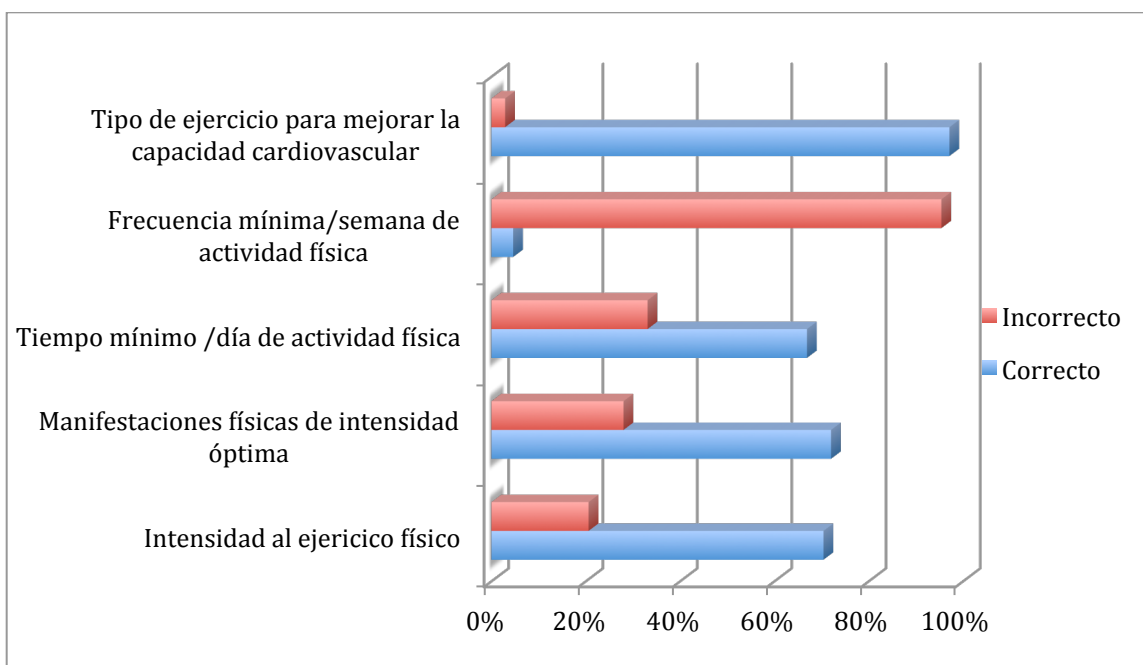
Gráfico N°6. Respuesta correcta e incorrecta sobre la definición de actividad física, ejercicio físico y deporte en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

Tal como lo muestra la gráfica N°6, más del 50% de los médicos respondieron correctamente a las preguntas, al menos un 23% de los médicos desconocen la diferencia entre actividad física y ejercicio físico demostrado al contestar incorrectamente. No obstante, el 96% definió correctamente deporte.

Gráfico N°7. Respuesta correcta e incorrecta sobre la intensidad del ejercicio físico, las manifestaciones físicas de intensidad óptima, tiempo mínimo por día de actividad física, frecuencia mínima por semana de actividad física y tipo de ejercicio para mejorar la capacidad cardiovascular en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

En relación al Gráfico N°7, el 79% de los médicos saben que la intensidad de ejercicio recomendado es la moderada, un 72% reconocen que el conversar mientras se realiza el ejercicio es la manifestación física que indica que la intensidad del ejercicio es la óptima.

En cuanto al tiempo mínimo de actividad física recomendada por día el 66.9% respondieron correctamente, indicando que es de 30 a 60 minutos, no obstante al preguntar sobre la frecuencia mínima de actividad física por semana sólo un 5% respondió correctamente, >5 veces por semana según el ACSM (2009).

El 97% de los médicos identifican el ejercicio aeróbico como el tipo de ejercicio para mejorar la capacidad cardiovascular.

Al indagar sobre los conocimientos en relación a la prescripción del ejercicio físico, en lo referente a sus beneficios mencionados, se contabiliza en mayor cantidad la mejora cardiovascular con un 30%, el control del peso con un 17.6%, la mejora en la condición física, 10%, la mejora en la salud mental 8.8% y disminución del estrés y ansiedad un 6.5%, tal como se muestra en la Tabla N°5.

Tabla N°5. Resumen de promedios de los beneficios que produce el ejercicio físico mencionados por los médicos según su sexo que laboran el I Nivel de Atención en la Región Central Norte de la CCSS

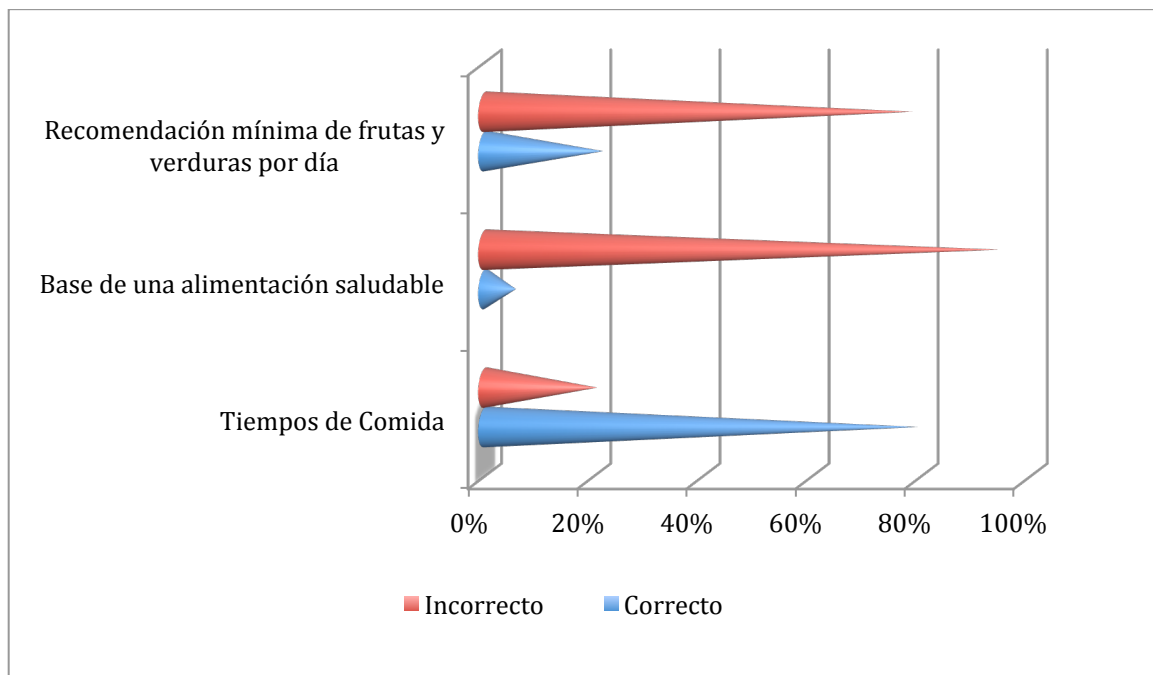
Actividad	Sexo		Total	Porcentaje
	Mujer	Hombre		
Mejora cardiovascular	22	30	52	30.60%
Control del peso	12	18	30	17.60%
Mejora condición y bienestar físico	4	13	17	10%
Mejora salud mental y estimulación cerebral	6	9	15	8.80%
Disminuye el estrés y ansiedad	4	7	11	6.50%
Mejora perfil lipídico	5	3	8	4.70%
Disminuye riesgo de enfermedades crónicas	4	4	8	4.70%
Mejora hormonal	2	3	5	2.90%
Mejora del sistema musculoesquelético	3	1	4	2.40%
Aumento de energía	0	4	4	2.40%
Mejora pulmonar	0	3	3	1.80%
Fortalecimiento de huesos y articulaciones	0	3	3	1.80%
Mejora metabolismo	0	3	3	1.80%
Mejora inmunológica	2	0	2	1.20%
Relajación y recreación	1	1	2	1.20%
Mejora el estado emocional y social	0	1	1	0.60%
Control de la glicemia	0	1	1	0.60%
Disciplina	0	1	1	0.60%

Fuente: Resultados estadísticos

Estos resultados demuestran que los profesionales saben la importancia de la práctica de ejercicio físico y por ende su prescripción para la mejora de la salud de sus pacientes al obtener los beneficios mencionados.

Dentro de los conocimientos básicos de estilos de vida saludable, se les preguntó sobre una adecuada alimentación saludable basadas en la Guía de Alimentación de Costa Rica del Ministerio de Salud y Comisión Interinstitucional (2010).

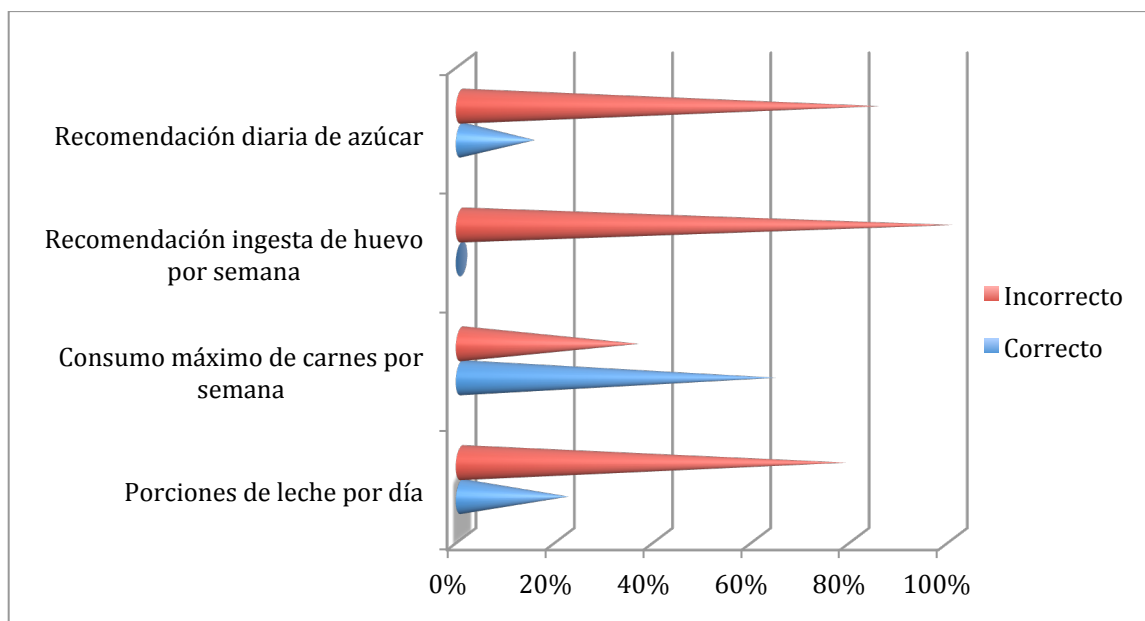
Gráfico N°8. Respuesta correcta e incorrecta sobre los tiempos de comida, la base de una alimentación saludable y la recomendación mínima de frutas y verduras por día en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

Al preguntarles sobre los tiempos de comida, tal como se muestra en la Gráfica N°8, el 79% responde correctamente a 5 comidas por día, no obstante al preguntarles sobre la recomendación mínima de frutas y verduras por día, el 56% responde incorrectamente, siendo la respuesta correcta consumir 5 porciones entre frutas y verduras por día. También, al preguntarles sobre los alimentos base de una alimentación saludable, el 94% respondió incorrectamente, por lo tanto sólo un 6% saben que son los cereales, leguminosas y verduras harinosas.

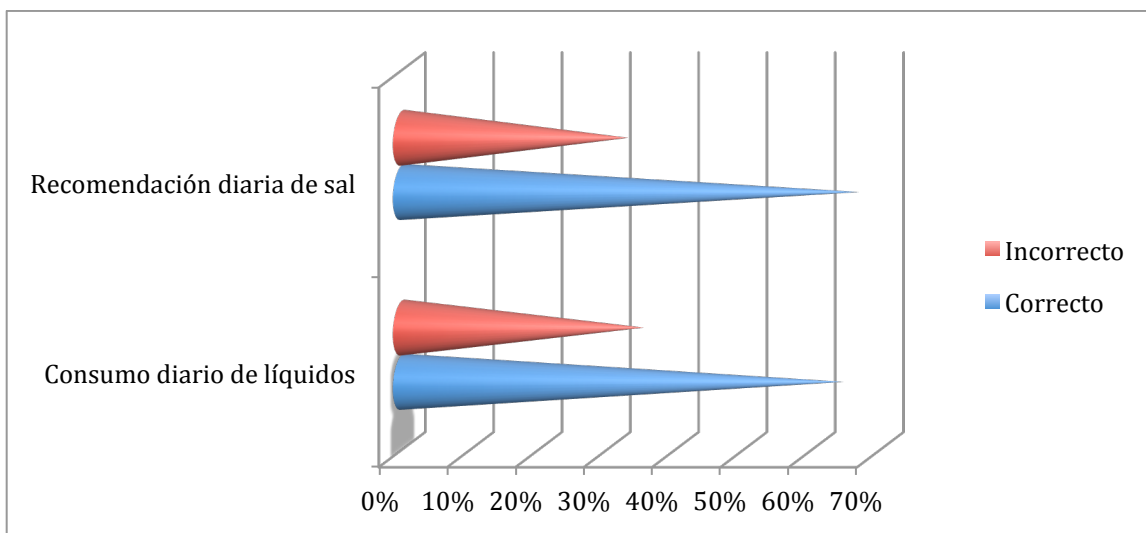
Gráfico N°9. Respuesta correcta e incorrecta sobre la recomendación diaria de azúcar, de ingesta de huevo por semana, consumo máximo de carnes por semana y porciones de leche por día en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

En cuanto a la recomendación diaria de azúcar, el 85% de los profesionales desconocen que se debe consumir no más de 6 cucharaditas por día; el 100% de la muestra responden incorrectamente acerca de la recomendación diaria de huevo, siendo lo correcto 1 huevo diario en personas sin padecimiento, y a su vez el 78% tampoco saben las porciones de leche por día, tal como se demuestra en el Gráfico N°9. No obstante el 64% respondió correctamente indicando que el consumo máximo de carnes por semana es de no más de tres veces por semana.

Gráfico N°10. Respuesta correcta e incorrecta sobre la recomendación diaria de sal y el consumo de vasos de líquido por día en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

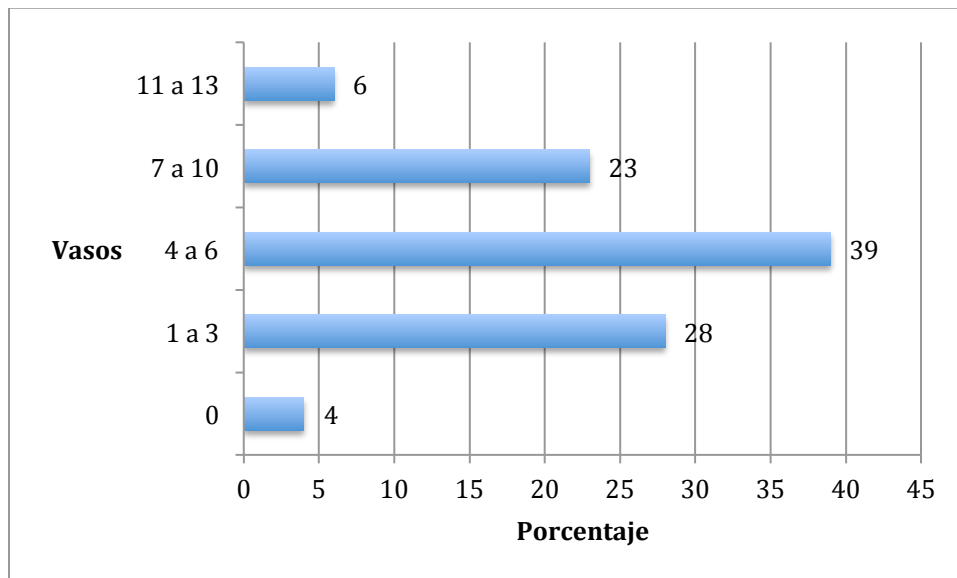
Al preguntarles a los profesionales en medicina sobre la recomendación diaria de sal y el consumo diario de líquidos por día, más del 60% respondieron correctamente, tal como se muestra en la Gráfica N°10. Se recomienda una cucharadita de sal diaria y de 6 a 8 vasos de líquidos por día y de ellos 4 al menos de agua pura (Ministerio de Salud, CIGA, 2010).

Dentro de los objetivos de la investigación se encuentra conocer el consumo de alimentos que tienen los profesionales en medicina, de los cuales se realizaron una serie de preguntas relacionadas con las Guías Alimentarias (Ministerio de Salud, 2010).

Dichas guías nos orientan con relación al consumo de bebidas e indican la importancia de tomar entre seis y ocho vasos de líquido al día, donde al menos, cuatro vasos sean de agua. Estudios más recientes muestran que el consumo de agua debe ajustarse al gasto calórico y a la temperatura ambiental, arrojando valores más altos, por ejemplo, el Instituto de Medicina (2005) reporta que el consumo de agua de un hombre debe ser de 3.7 litros de agua por día, y en una mujer, de 2.7.

Para el análisis de consumo de agua, en esta investigación, se agruparon los vasos de agua consumidos en cuatro categorías, a saber, un grupo que no tomo ningún vaso de agua, luego los que tomaron entre 1 y 3 vasos de agua, lo que representa un consumo deficiente. Luego, entre 4 y 6 vasos de agua, que es un consumo aceptable, luego otro grupo, entre 7 y 10 vasos de agua, que se aproxima a un consumo ideal, y otro grupo, todavía mejor, donde presentan consumos entre 11 y 13 vasos de agua, todos consumidos el día anterior.

Gráfico N°11. Porcentaje de vasos de agua consumidos en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



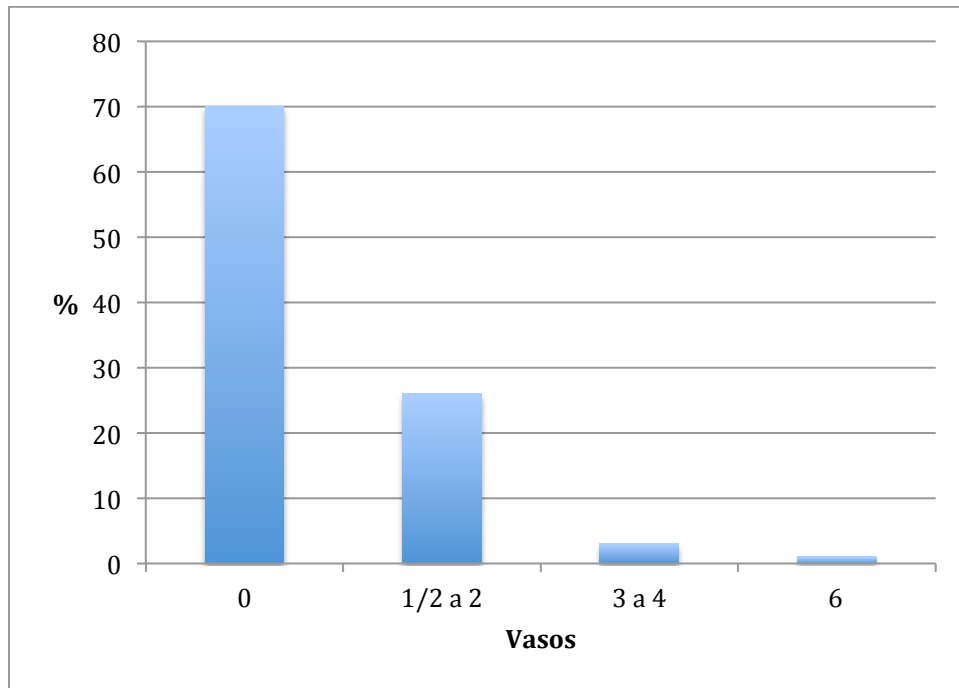
Fuente: Resultados estadísticos

Los resultados del consumo de agua, muestran que una tercera parte de los sujetos, tiene un consumo deficiente agua, lo cual puede traer consecuencia en su salud, tales como estreñimiento, cansancio, dolor muscular asociado a deshidratación, entre otros. El 68% restante demuestra consumos adecuados (Gráfico N°11).

Para el reporte de consumo de gaseosas en la presente investigación, se procedió a agrupar en frecuencia de consumo, según lo reportado por los sujetos, agrupando en cinco categorías. En el primer grupo, están los que dijeron no haberla consumido, luego los que dijeron que el consumo había sido entre 1/2 y 2 vasos de gaseosa, el otro grupo

corresponde a los que dijeron haber tomado, entre 3 y 4 vasos por día y finalmente, los que tomaron 6 vasos de gaseosa, todos, el día anterior.

Gráfico N°12. Porcentaje de vasos de gaseosas consumidos en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS

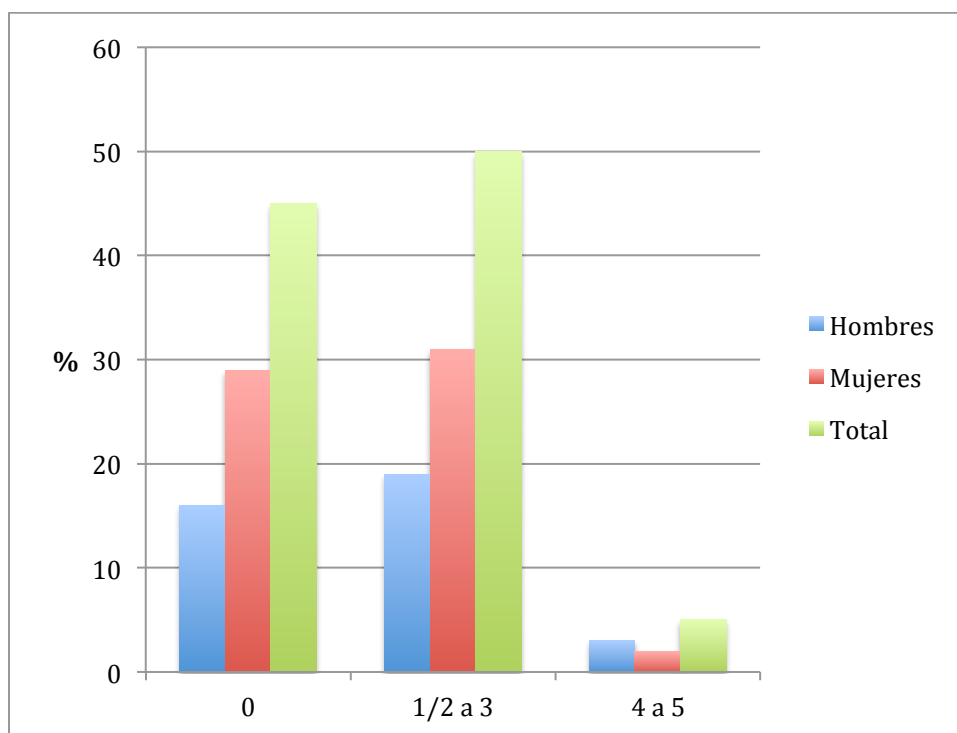


Fuente: Resultados estadísticos

Casi dos terceras partes de los entrevistados dijeron no haber consumido gaseosa el día anterior, contra otra tercera parte que si muestra consumos importantes (Gráfico N°12).

En relación al consumo de café, se agrupó el consumo de tazas de acuerdo a lo que arrojaron los formularios: cero taza, cuando el día anterior no tomaron nada de café, de 1/2 a 3 tazas, que son consumos sin complicaciones para la salud, y de 4 a 5 tazas, que fue el máximo consumo reportado.

Gráfico N°13. Porcentaje de tazas de café consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS

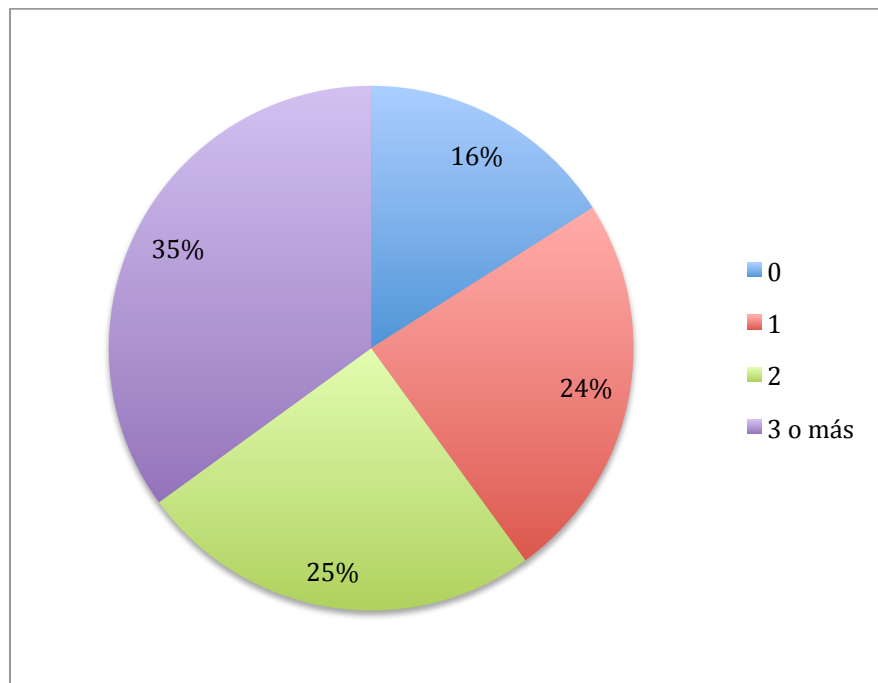


Fuente: Resultados estadísticos

El 50% consumen en promedio de $\frac{1}{2}$ a 3 tazas por día, tal como se muestra en la gráfica N°13. También se muestra un mayor consumo en las mujeres, no obstante hay que tomar en cuenta que de la muestra el 62% eran mujeres.

Con respecto al consumo de leche, yogurt o queso, se analizan los datos de forma agrupada en consumo de 0, 1, 2 y 3 o más porciones al día, por cuanto la recomendación de las Guías Alimentarias indica que deben consumirse al menos 3 porciones de alimentos fuente de calcio (Ministerio de Salud, 2010).

Gráfico N°14. Porcentaje de porciones de leche, yogurt o queso consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS

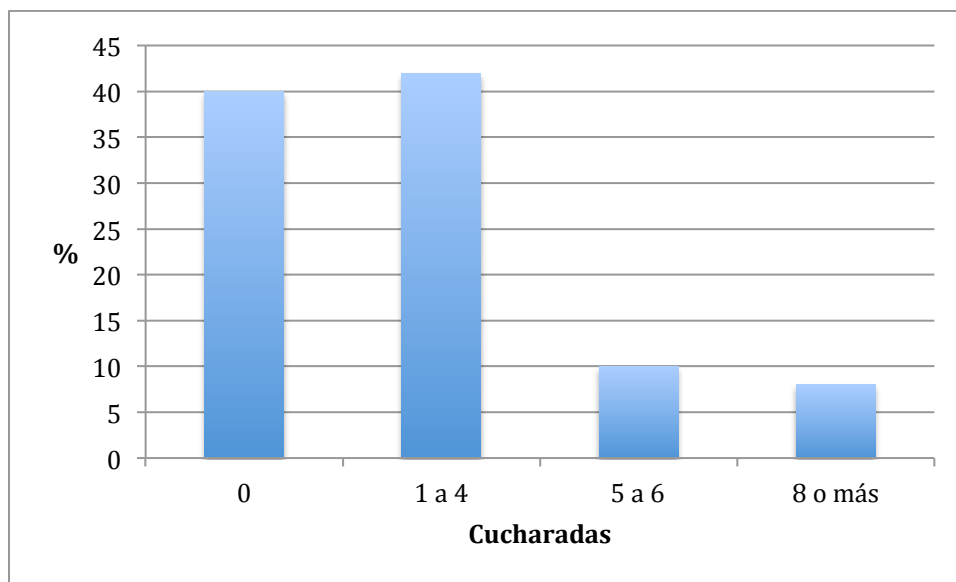


Fuente: Resultados estadísticos

Tal como se muestra en la gráfica N°14, el 65% de la muestra no alcanza la recomendación diaria mínima de consumo de productos lácteos por día, a pesar de que el 81% refiere no ser intolerante a la lactosa.

Los frijoles, garbanzos o lentejas son leguminosas, que junto con los cereales y las verduras harinosas, conforman el grupo que se debe consumir en mayor proporción. Para efectos de esta investigación, se indagó sobre el consumo de leguminosas, y se agruparon los resultados en grupos de 0 cucharadas, 1 a 4 cucharadas, 5 a 6 cucharadas y más de 8 cucharadas consumidos el día anterior, siendo la recomendación ideal, al menos media taza de frijoles o garbanzos por día (Guías Alimentarias, Ministerio de Salud, 2010).

Gráfico N°15. Porcentaje de cucharadas de frijoles, garbanzos o lentejas consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



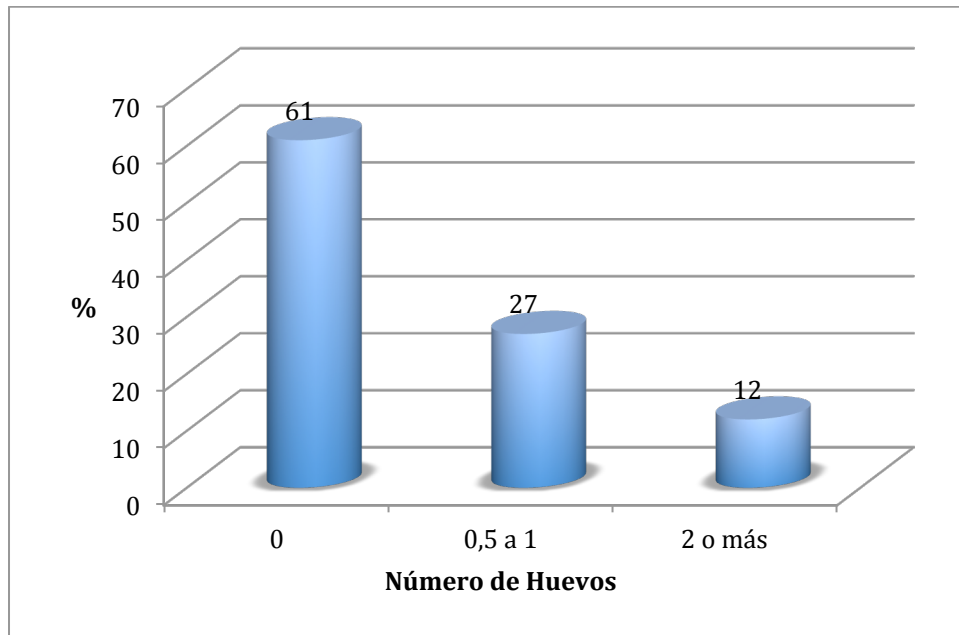
Fuente: Resultados estadísticos

Según lo establecido en las Guías Alimentarias, la recomendación diaria de leguminosas debe ser $\frac{1}{2}$ taza por día, lo cual es equivalente a 8 cucharadas. Tal como se muestra en el gráfico N°15, apenas el 8% de la muestra consumieron 8 o más cucharadas y el 40% no consumió ninguna cucharada.

En relación al consumo de huevo, la recomendación es un huevo diario si es una persona saludable sin antecedentes familiares con colesterol alto, lo cual es poco frecuente hoy en día (Ministerio de Salud, 2010).

Tal como se muestra en el gráfico N°16, el 61% no consumió huevos ese día y el 27% al menos 1, que si los mismos fueran saludables estaría apegados a la recomendación dada por las Guías Alimentarias. Por el contrario, un 12% de la muestra consumió 2 o más huevos, lo cual estaría poniendo en riesgo su salud (Ministerio de Salud, 2010).

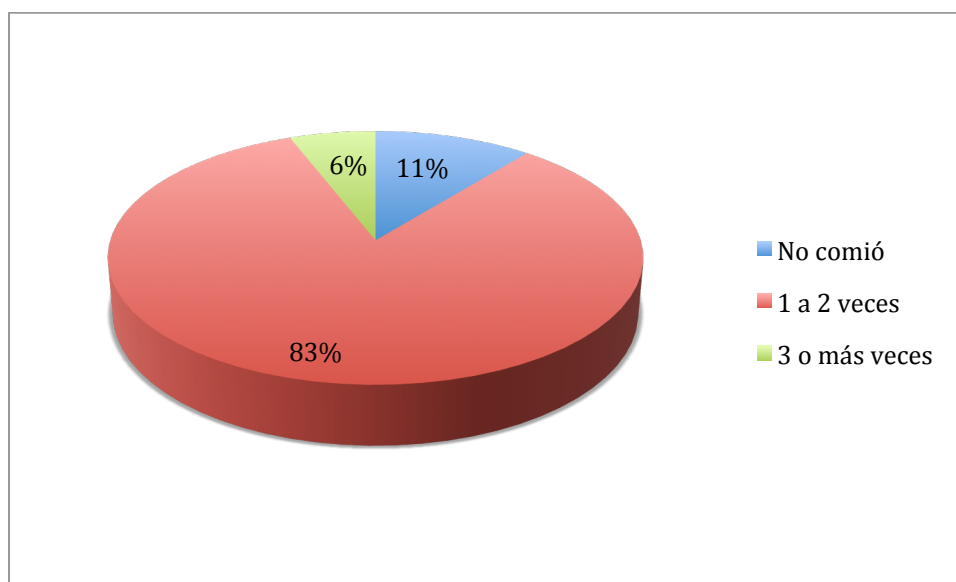
Gráfico N°16. Porcentaje de huevos consumidos en un día por los médicos generales del
I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

La "carne" (proteína animal) corresponde al grupo de alimentos que se debe consumir en menor proporción, al igual que las grasas. Las guías recomiendan que el consumo no sea más de tres veces por semana, y para efectos de esta investigación sólo se preguntó el consumo del día anterior, lo cual puede mostrar el consumo habitual diario de carnes en los médicos, no obstante debido a que la recomendación es semanal no se puede concluir si la población es estudio se apeg a lo recomendado en las Guías Alimentarias (Ministerio de Salud, 2010).

Gráfico N°17. Porcentaje de veces de carne consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS

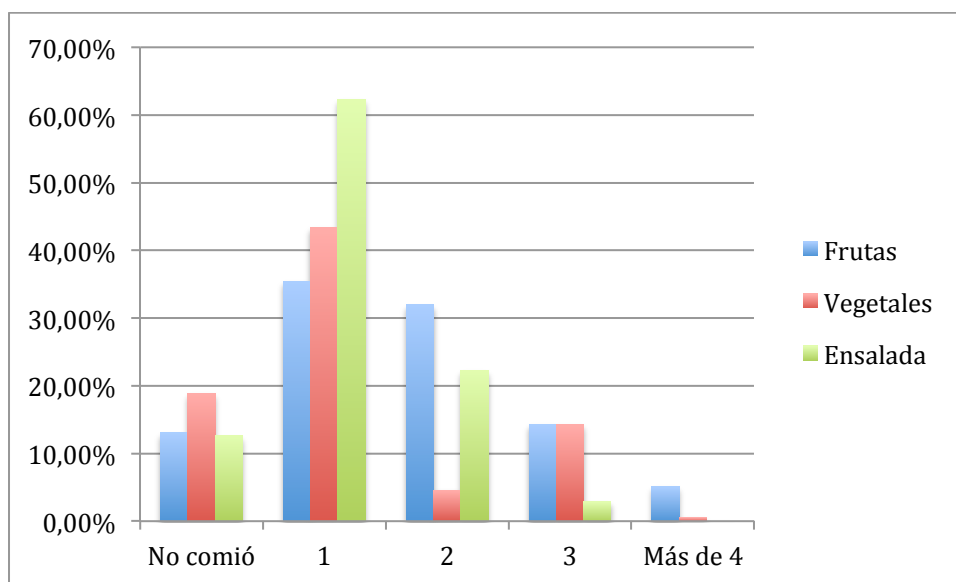


Fuente: Resultados estadísticos

Según los datos obtenidos en el gráfico N°17, el 83% de los profesionales consumieron de 1 a 2 veces carne en el día, y un 6% más de 3 veces, lo cual refleja que en un día o dos se consume la cantidad semanal recomendada, lo cual puede incidir en la aparición de enfermedades crónicas en un futuro.

Las frutas, los vegetales no harinosos y las ensaladas, conforman el segundo grupo en proporción de consumo para tener una adecuada alimentación. Las Guías Alimentarias recomiendan consumir al menos 5 porciones entre frutas y vegetales al día, por lo tanto se analizarán los resultados por separado para conocer los hábitos de consumo de estos alimentos y posteriormente el apego a la recomendación (Ministerio de Salud, 2010).

Gráfico N°18. Porcentaje de frutas, vegetales y ensaladas consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS

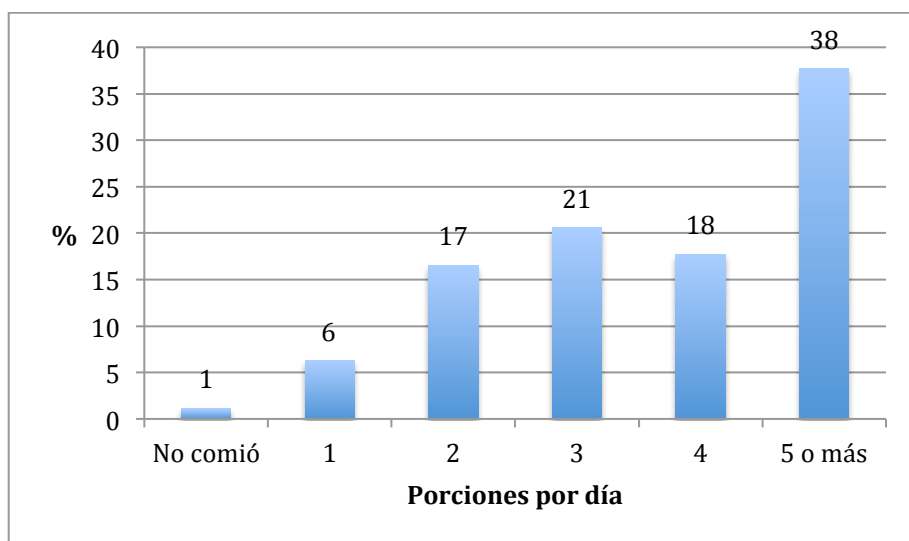


Fuente: Resultados estadísticos

Al analizar separadamente estos alimentos, en el gráfico N°18 se puede observar que de toda la muestra el 12% no consumió ninguna fruta, en su mayoría consumieron entre 1 y 2 frutas. En relación a los vegetales, el 18% no consumió ninguno, sin embargo más del 40% consumieron al menos 1 porción. Las ensaladas fueron consumidas en su mayoría 1 vez (62%) y el 12% no la consumió ese día. También se observa que el alimento que se consumió más de 4 veces fue la fruta, sin embargo apenas el 6%.

Por otro lado, al analizar el consumo de al menos 5 porciones al día entre frutas, vegetales y ensaladas se muestran un mejor consumo apegado a las recomendaciones. En el Gráfico N°19, se puede ver como sólo el 6% de los médicos no consumieron ninguno de esos alimentos, el resto de la muestra refiere consumir al menos una porción por día pero el 38% más de 5, tal como lo recomiendan las Guías Alimentarias.

Gráfico N°19. Porcentaje de porciones de frutas, vegetales y ensaladas consumidas en un día por los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

Al indagar sobre el tipo de alimentación que comen los médicos o sobre algunas restricciones alimentarias, en la Tabla N°6, se muestran los resultados. Se consultó si comen de todo, o son vegetarianos estrictos o que además consumen huevos y/o leche. Los resultados muestran que el 97% de los médicos comen de todo, por lo que esto no implica una limitación para seguir las recomendaciones dadas en las Guías Alimentarias.

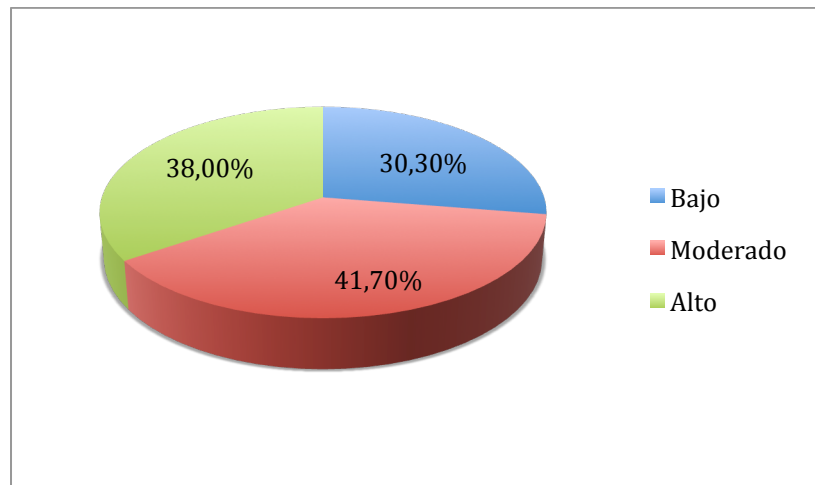
Tabla N°6. Resumen de promedios de la preferencia alimentaria de los médicos que laboran en el I Nivel de Atención en la Región Central Norte de la CCSS

Preferencia alimentaria	Total	Porcentaje
Come de todo	170	97%
Vegetariano, si come huevos	2	1%
Vegetariano, si come leche	0	0%
Vegetariano, si come huevos y leche	1	1%
Vegetariano estricto	2	1%

Fuente: Resultados estadísticos

Por otro lado, dentro de la investigación también se realizó la valoración de la autoaplicación del ejercicio físico mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física, obteniendo los datos que se muestran en el gráfico N°20.

Gráfico N°20. Promedio de la clasificación de la actividad física realizada a los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

Del total de la muestra, el 38% tiene una actividad física alta, lo cual se considera que realizan al menos 12000 pasos al día o el equivalente a una actividad física moderada a vigorosa, que representa al menos una hora por día de ejercicio físico de moderada intensidad o media hora de intensidad alta. Como clasificación moderada se encuentra el 42%, quienes realizan actividades menores a lo indicado para alta y superior al nivel basal, o el equivalente a media hora a una hora de ejercicio físico de moderada intensidad. Y finalmente un 30% tienen una actividad física baja, menor a los 5000 pasos por día (IPAQ, 2005).

Además de los promedios obtenidos, se realiza una correlación de algunas variables de interés.

En la tabla N°7, se puede observar el resumen de frecuencias absolutas y porcentajes de la prueba chi-cuadrado sobre las patologías y el sexo de los médicos en estudio, encontrándose una relación significativa (0.046), siendo la mujer la de mayor incidencia a padecer patologías.

Tabla N°7. Resumen de frecuencias absolutas y porcentajes de la prueba chi cuadrado sobre las patologías presentes y el sexo en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS

			Sexo		
			Hombre	Mujer	Total
Patología	Si	Recuento	22	52	74
		% dentro de Patología	29.7%	70.3%	100.0%
		% dentro de Sexo	32.8%	48.1%	42.3%
		% del total	12.6%	29.7%	42.3%
	No	Recuento	45	56	101
		% dentro de Patología	44.6%	55.4%	100.0%
		% dentro de Sexo	67.2%	51.9%	57.7%
		% del total	25.7%	32.0%	57.7%
Total		Recuento	67	108	175
		% dentro de Patología	38.3%	61.7%	100.0%
		% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	38.3%	61.7%	100.0%

Fuente: Resultados estadísticos

Otro dato de interés es la relación del consumo de gaseosas con los años de laborar en la CCSS, para lo cual se aplicó la prueba de correlación de Pearson encontrando relación significativa, tal como se muestra en la Tabla N°8.

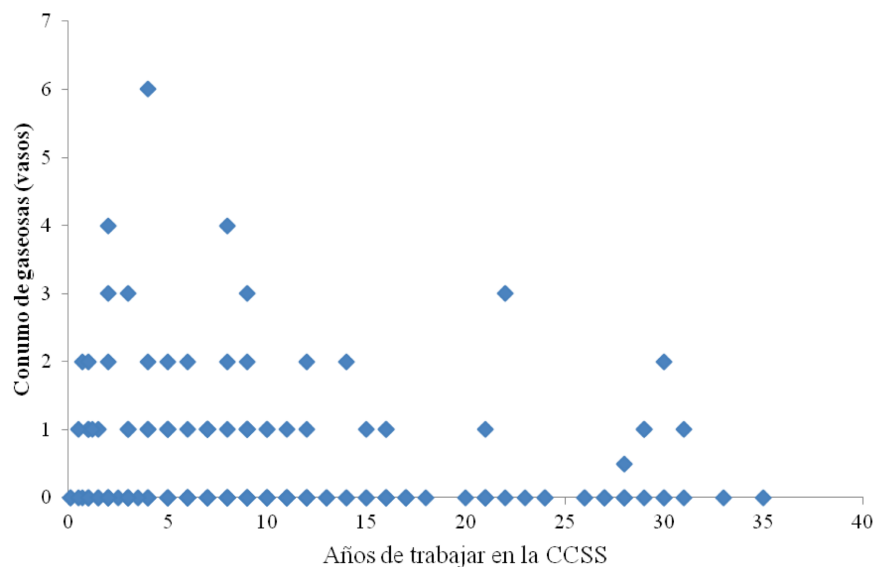
Tabla N°8. Resultados de la prueba correlación de Pearson sobre el consumo de gaseosas y los años de trabajar en la CCSS en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS

Consumo de gaseosas		
Años de laborar para la CCSS	Correlación de Pearson	-0.15
	Sig. (bilateral)	0.05
	n	175

Fuente: Resultados estadísticos

Por lo tanto según la muestra de este estudio a menores años de trabajar para la CCSS menor es el consumo de gaseosas (Gráfico N°21).

Gráfico N°21. Relación entre los años de laborar para la CCSS y el consumo de gaseosas en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

También se correlacionó el consumo de café con los años de laborar en la CCSS y los años de graduados como médicos, para la cual en ambos se encontró relación significativa (Tabla N°9 y N°10).

Tabla N°9. Resultados de la prueba correlación de Pearson sobre el consumo de tazas de café y los años de trabajar en la CCSS en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS

Consumo de café		
Años de laborar en CCSS	Correlación de Pearson	0.35
	Sig. (bilateral)	0.01
	n	175

Fuente: Resultados estadísticos

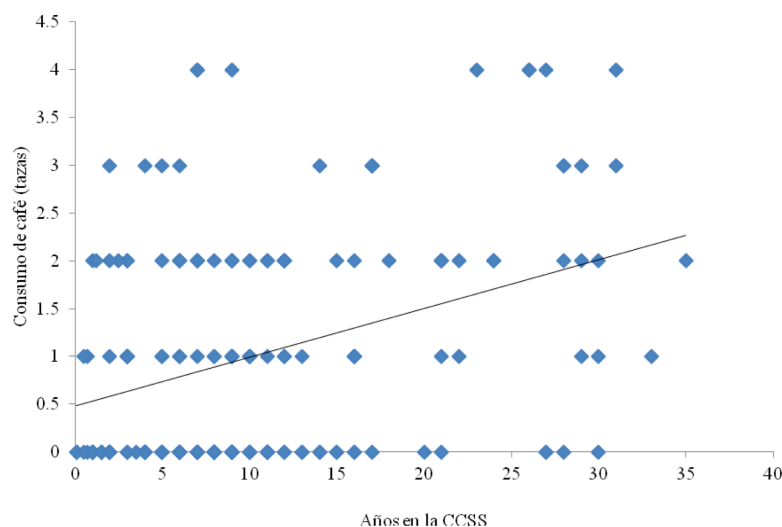
Tabla N°10. Resultados de la prueba correlación de Pearson sobre el consumo de tazas de café y los años de graduados en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS

Consumo de café		
Años de laborar en CCSS	Correlación de Pearson	0.36
	Sig. (bilateral)	0.01
	n	175

Fuente: Resultados estadísticos

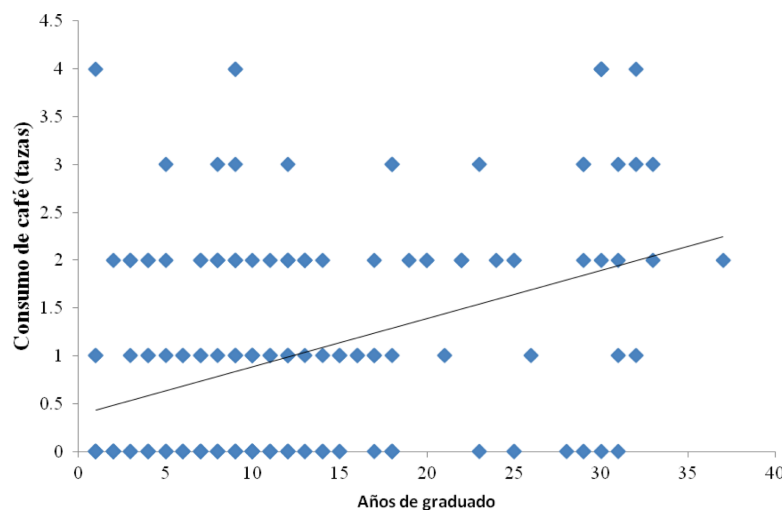
Por lo tanto, a menor tiempo de trabajar para la institución menor es el consumo de café y a menor años de graduados menor consumo de café, lo cual se relaciona con la edad y podría ser una costumbre que se adquiere con el tiempo (Gráfico N°22 y Gráfico N°23).

Gráfico N°22. Relación entre los años de laborar para la CCSS y el consumo de café en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

Gráfico N°23. Relación entre los años de graduados y el consumo de café en los médicos generales del I Nivel de Atención de la Región Central Norte, CCSS



Fuente: Resultados estadísticos

Dentro de los resultados analizados y que no se obtuvo significancia se encuentra la relación del sexo y la percepción de la salud (0.47).

Capítulo V

Discusión

La promoción de la salud corresponde a la principal estrategia mediante la cual se logran realizar cambios en la población para la práctica de estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida de los mismos. Dicha estrategia es realizada en Costa Rica por la CCSS, institución pública en salud, a través del personal de los EBAIS, dentro del cual se destaca la participación activa del médico general (CCSS, 2008).

Ante esta realidad, es de vital importancia que el profesional en medicina general no sólo tenga los conocimientos necesarios para recomendar los estilos de vida saludable, sino que también los practiquen mejorando en su vida personal la salud y dando un buen ejemplo a sus pacientes.

Guiados por el objetivo principal de este estudio, referido a los dos ejes primordiales de la promoción de la salud, como lo son el ejercicio físico y la alimentación, la indagación sobre los conocimientos de los médicos sobre dichos ejes y la puesta en práctica de los mismos, se imponían como prioridad de la investigación.

La población en estudio, corresponde a una muestra del 77,8% de médicos generales costarricenses que trabajan en el I Nivel de Atención en la CCSS y quienes realizan promoción de la salud, se desconoce los motivos por los cuales no hubo una participación del 100%, sin embargo es importante aclarar que el cuestionario fue realizado por las propias Áreas de Salud y hubo un apoyo parcial por parte de los Directores Médicos de las Áreas de Salud.

La población estudiada eran en su mayoría mujeres y un 64% casados, contrario a los resultados del único estudio realizado en Costa Rica sobre hábitos en médicos, donde la muestra eran en su mayoría hombres y el 75% casados. No obstante en ambos estudios la edad promedio era de 40 años y el porcentaje de médicos que padecían alguna

enfermedad es muy similar, siendo la hipertensión la principal patología, la cual puede deberse a factores hereditarios o bien a un estilo de vida sedentario (Jiménez, et al, 2000).

Dentro de las actividades que los profesionales realizan para disminuir el estrés se encuentra en primer lugar ver televisión, actividad de tipo sedentaria, y en segundo lugar la práctica del ejercicio físico, sin embargo para poder determinar con mayor precisión si son físicamente activos o no y si se relaciona con la percepción de salud que ellos indican tener, se determinó el nivel de actividad física mediante el cuestionario internacional IPAQ. Según los resultados encontrados, al menos el 80% de los médicos tienen una actividad física de moderada a alta, basado en las horas que realizan ejercicio físico y la intensidad del mismo, lo cual es muy similar a lo encontrado en las investigaciones realizadas en médicos de Estados Unidos y Canadá, con un 73% y 90% respectivamente (Abramson et al 2000, Frank y Segura, 2009 y Jiménez et al, 2000; IPAQ, 2005).

Al comparar estos resultados con los estudios realizados y tomando en cuenta que una actividad física baja corresponde a la no práctica del ejercicio físico, podemos determinar que en la actualidad es menor el número de profesionales en medicina que realizan ejercicio físico o algún deporte que en otros países, no obstante es mayor a lo encontrado por Jiménez y colaboradores en médicos costarricenses en el año 1999 (Cuadro N°3)

Cuadro N°3. Cuadro comparativo de investigaciones realizadas en médicos sobre la práctica de ejercicio físico.

Médicos que realizan ejercicio físico	Estudio	Autor/Año	Muestra
60%	Hábitos de médicos costarricenses	Jiménez et al, 2000	724
73%	Hábitos personales y recomendación del ejercicio físico en médicos estadounidenses	Abramson, et al, 2000	1200
90%	Hábitos en médicos canadienses	Frank y Segura, 2009	3213
80%	Investigación actual		175

Fuente: Jiménez et al, 2000; Abramson, et al, 2000, Frank y Segura, 2009 y Capítulo IV investigación actual.

Estos resultados se relacionan de manera directa con la percepción de salud que estos profesionales tienen, el 76% refiere tener de muy buena a excelente estado de salud, independientemente si padecen o no de una enfermedad, situación similar encontrada en otros estudios, en donde el 90% de los médicos canadienses indicaron tener un excelente estado de salud, y el 77% de colombianos indicaron buena percepción del estado de salud. Además, el mismo porcentaje de médicos canadienses que indican tener un excelente estado de salud realizan ejercicio físico (Frank y Segura, 2009; Sanabria et al, 2007).

Por lo tanto, se pone de manifiesto en la presente investigación, una actividad física saludable y de gran impacto, si se compara con los resultados obtenidos en otros estudios, en los cuales se demuestra que la conducta saludable es el predictor más consistente y poderoso para aconsejar a sus pacientes y que los profesionales que practican el ejercicio físico son los que más aconsejan; por lo tanto, estas acciones van a repercutir positivamente en la salud propia del profesional y en la de sus pacientes (Abramson et al, 2000 y Frank et al, 2000).

Al analizar el eje de promoción de la salud denominado ejercicio físico, varios estudios coinciden en que existe una falta importante de conocimientos en el tema y la necesidad de mejorar el aprendizaje de ellos mediante capacitaciones. No obstante, a pesar de que sólo el 1% de los médicos indicó tener mala seguridad para recomendar el ejercicio físico, el resto puede que no tengan todos los conocimientos correctos y sus recomendaciones sean erróneas (Frank, et al 2000; Abramson, et al, 2000 y Bolaños y Zegarra, 2010).

Sobre los conocimientos que tienen los médicos sobre estilos de vida saludable (recomendaciones del ACSM y las Guías Alimentarias), en el eje del ejercicio físico, los resultados describen que la mayoría conoce bien el concepto de deporte, sin embargo se debe reforzar la diferencia entre ejercicio físico y actividad física. A su vez, en promedio el 70% conoce cual debe ser el tipo de ejercicio físico para mejorar la capacidad

cardiovascular, así como el tiempo mínimo por día de actividad física que se debe realizar, la intensidad adecuada de ejercicio físico y las manifestaciones físicas que indican que esta intensidad es óptima. No obstante, sólo un pequeño porcentaje (5%) sabe cuál es la frecuencia mínima por semana de actividad física que se debe realizar, esto probablemente debido a que el ACSM cambió la recomendación recientemente en el año 2009, por lo que se requiere la actualización por parte de todos los profesionales médicos.

Estos resultados demuestran que todos los profesionales conocen bien los beneficios que tienen la práctica del ejercicio físico y la actividad física, la mayoría reconoce que producen mejora cardiovascular, controla el peso y, mejora la condición y el bienestar físico. Por lo tanto, se refuerza la necesidad de que estos profesionales tengan los conocimientos básicos para la prescripción a los pacientes y su autoaplicación, basado en lo demostrado por Frank, Breyen y Elon (2000) en donde la práctica de una conducta saludable por parte del médico de atención es el predictor más consciente y poderoso para aconsejar a los pacientes acerca de los problemas relacionados con la prevención.

En relación a la alimentación, el Ministerio de Salud, como ente Rector en Salud de Costa Rica, ha emitido una serie de recomendaciones dirigidas a la población adulta sana mediante las Guías de Alimentación en Costa Rica. La información que contiene dicho documento, brinda conceptos generales y básicos de una forma sencilla y práctica para mantener una alimentación saludable, por lo que deben ser aplicada por los profesionales en medicina a la hora de brindar educación sobre estilos de vida saludable a sus pacientes. Además, deben tener la capacidad de remitir a un profesional en nutrición cuando la alimentación de un paciente debe ser más estricta según las patologías que padecen.

En la indagación sobre los conceptos básicos en alimentación saludable se realizaron 9 preguntas sobre los principales tipos de alimentos y su recomendación diaria o semanal, de las cuales se encontró que la mayoría de los médicos contestaron correctamente y por lo tanto conocen cuáles son los tiempos de comida que se deben realizar por día, así como la ingesta de carnes por semana, el consumo diario de sal y de

líquidos; no obstante la mayoría contestó incorrectamente el resto de las preguntas, de las cuales en promedio el 70% desconoce cuál es la recomendación mínima diaria de frutas y verduras por día, así como los alimentos base de una alimentación saludable, la recomendación diaria de azúcar y de porciones de leche, también desconocen la recomendación semanal de huevo en personas sanas.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de otras investigaciones, en donde los médicos presentaban lagunas graves de conocimientos en nutrición y no tienen la destreza necesaria para aconsejar adecuadamente a sus pacientes, demostrando una gran necesidad de educación nutricional en su formación y capacitación (Norma, 1999; Hu, Wu y Lin, 1997).

Es de esperar que si bien no tienen los conocimientos adecuados tampoco realicen una alimentación correcta en su vida personal, lo cual se refuerza al encontrar que los alimentos mal consumidos en el registro de consumo del día anterior, son los mismos a los que los médicos contestaron incorrectamente cuando se le preguntó sobre su recomendación de consumo diario.

Debido a que no se han realizado investigación de consumo en todos los alimentos indagados en esta investigación, los resultados encontrados en el registro de consumo no pueden ser comparables en su totalidad, por lo tanto son analizados basado en el consumo diario recomendado en las Guías Alimentarias.

Dentro de los alimentos consumidos adecuadamente se encuentran los líquidos, los cuales, según las Guías Alimentarias se recomienda ingerir de 6 a 8 vasos por día de líquido y al menos 4 de ellos sólo de agua; los resultados describen que 2/3 partes de los médicos consumen los vasos de agua recomendados, además un porcentaje alto no consume gaseosas, no obstante, una tercera parte lo hacen en mayor cantidad, lo que hace sugerir que muchos podrían estar acompañando las comidas con gaseosas en lugar de frescos naturales o agua, contrario a lo que promueven las guías alimentarias (Ministerio de Salud, 2010).

En cuanto al consumo de café, actualmente la mitad de los encuestados lo reportan, con un comportamiento creciente, en donde entre más años de graduado, de laborar y de edad, mayor es el consumo del mismo. Sin embargo, los estudios realizados sobre café no demuestra que este sea perjudicial para la salud, al contrario se ha relacionado con factores protectores, probablemente por sus componentes antioxidantes (Gotteland y De Pablo, 2007, Ministerio de Salud, 2010).

El consumo de huevo también es adecuado, el 88% consumió 1 o ningún huevo, sin embargo hay que considerar que la recomendación dada en las Guías es por semana y para personas sanas, por lo tanto, considerando que el 41% de la muestra padece de alguna enfermedad y que lo encuestado es lo consumido en un día se debe hacer un estudio personalizado de consumo semanal.

Por otro lado, dentro del consumo de alimentos en que la mayoría de los médicos no se apegan a las recomendaciones establecidas en las Guías Alimentarias de Costa Rica, se encuentra la ingesta de alimentos fuentes de calcio, la cual debe de ser de 3 porciones por día sin embargo las 2/3 partes de la muestra no alcanzan a consumir la recomendación diaria. Este hábito puede traer implicaciones en la salud, principalmente el desarrollo de osteoporosis por ser estos la principal fuente de calcio (Ministerio de Salud, 2010).

Las leguminosas, forman parte del grupo alimentos que se consuman en mayor proporción, pero el 92% no consumen la cantidad mínima diaria recomendada y, el 83% comen de 1 a 2 veces carne al día lo cual refleja que un gran número de los médicos no realizaron una comida balanceada durante ese día, poniendo en riesgo la aparición o agravamiento de las enfermedades crónicas (Ministerio de Salud, 2010).

Otro grupo de alimentos de gran importancia en el círculo de la alimentación saludable son los vegetales y frutas, de los cuales pocos participantes en el estudio (38%) consumen como mínimo 5 porciones por día entre ambas; al analizar el consumo en forma separada, las frutas son las que mayor consumen sin embargo la mayoría lo hacen por debajo de la recomendación establecida y en menos cantidad que los médicos

canadienses; a su vez las ensaladas se consumen en promedio de 1 a 2 veces por día, probablemente en el almuerzo y cena; y por último los vegetales son los que menor consumo se les da. Es importante considerar, que a pesar de que la población costarricense tienen mayor acceso a estos alimentos por ser de un país productor directo de los mismos, y siendo los profesionales en medicina conocedores de los beneficios que tienen, deberían consumirse en mayor cantidad (Frank y Segura, 2009).

Capítulo VI

Conclusiones

Dentro de las principales conclusiones encontradas en esta investigación se puede plantear que los médicos generales que laboran para la Caja Costarricense del Seguro Social, en el primer nivel de la Región Central Norte, no tienen todos los conocimientos básicos para la recomendación de ejercicio físico o actividad física y, de alimentación saludable, como estrategias para la promoción de la salud.

Es importante aclarar, que si bien existen profesiones en Educación Física y nutrición, los conceptos básicos para la práctica de estilos de vida saludable deben ser conocidos por los profesionales en salud, además dichos conceptos deben ser al menos los que las Instituciones Públicas y el ente Rector en Salud brindan a la población como parte de la educación en salud.

En relación con las características generales de los profesionales en salud, se encuentra que la mayoría son del sexo femenino, con edades que van desde los 24 años hasta los 62 años, con una tendencia menor a casarse en comparación a estudios anteriores.

La hipertensión arterial tiende a ser la enfermedad de mayor incidencia, seguido por el asma, la diabetes, enfermedades de la tiroides, dislipidemia y neuropatías, entre otras. Además, realizan una serie de actividades para disminuir el estrés como ver televisión, hacer ejercicio físico, ir al cine, navegar en internet, y otras; lo cual coinciden con patrones de estilos de vida sedentarios que pueden agravar estas enfermedades.

La mayoría de los profesionales tienen una percepción de la salud de buena a excelente, lo cual hace pensar que mantienen una vida saludable y físicamente activa, a pesar de las enfermedades que algunos ya padecen.

La población estudiada mantiene una actividad física de moderada a alta, según el IPAQ, lo cual refuerza la percepción que ellos mismo tienen sobre su salud y que

efectivamente va a incidir en el impacto de las recomendaciones que brindan a sus pacientes.

Además, se determinó que estos profesionales se encuentran seguros de poder recomendar el ejercicio físico y la alimentación saludable durante su consulta como estrategia de promoción de la salud, lo cual es importante ya que el médico representa una figura clave en el comportamiento de una comunidad, sin embargo, no basta con estar seguros, también se debe de tener los conocimientos teóricos necesarios.

En cuanto a los conocimientos básicos adquiridos por los médicos sobre ejercicio físico, se demostró que la mayoría conocen del tema y puede brindar adecuadas recomendaciones, no obstante se deben realizar capacitaciones para actualizar los conceptos sobre la frecuencia y tiempo mínimo de actividad física.

En el eje de la alimentación, se deben capacitar a los médicos, sobre las recomendaciones mínimas de consumo en frutas y verduras, los alimentos base de una alimentación saludable, la recomendación diaria de azúcar e ingesta de huevo por semana, así como las porciones de lácteos por día.

Sobre el tipo de alimentación que tienen los médicos, se demuestra que estos profesionales deben mejorar el consumo de alimentos como las frutas, vegetales, ensaladas, leguminosas y carnes.

No obstante, el registro de consumo de un día no permite determinar con certeza el tipo de alimentación que tiene, puesto que muchas de las recomendaciones de consumo de algunos alimentos son semanales y para esta investigación se desconoce si el comportamiento alimenticio realizado el día anterior al registro del cuestionario es igual durante toda la semana. Por lo tanto, se puede concluir que la alimentación de los profesionales tiene un comportamiento no saludable durante un día.

Capítulo VII

Recomendaciones

Se recomienda realizar un programa de capacitación, por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social, para todos los médicos generales que laboren en el primer nivel de atención, con temas sobre la prescripción del ejercicio físico y alimentación saludable, impartido principalmente por profesionales en el campo. Además, que durante la capacitación se demuestre la importancia de autoaplicar lo aprendido y así mantener un estilo de vida saludable que repercuta en las recomendaciones dadas a sus pacientes.

También, es importante realizar un análisis de los diseños curriculares de las escuelas de medicina, que permita determinar si se brinda clases sobre movimiento humano y nutrición como parte de la formación del médico, lo cual es necesario para el desarrollo personal y profesional del profesional en medicina, tal como se ha demostrado en esta investigación.

Se sugiere, a futuro, ampliar esta investigación tomando en cuenta otros aspectos de la salud de los médicos que ofrezcan un panorama más amplio de su estado de salud como son las medidas antropométricas, valores bioquímicos recientes y compararlas con las percepción de la salud y los resultados del IPAQ, que permita determinar con mayor precisión el estilo de vida de estos profesionales.

Además, realizar estudios de alimentación que implique conocer el consumo semanal a un grupo de médicos con características similares, que permita brindar un panorama claro sobre la alimentación que tienen los profesionales en medicina, basado en las recomendaciones dadas a través de las Guías Alimentarias de Costa Rica.

Bibliografía

- Abramson, S., Stein, J., Schaufele, M., Frates, M. y Rogan, S. (2000). Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: A nacional Survey. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 10(1), 40-48.
- American College Sport Medicine (2009). Exercise and Physical Activity for older Adults. Position Stand. *Medicine and Science in Sport and Medicine*, 41(7), 1510-1530.
- Bolaños, J.J y Zegarra, J.W. (2010). Los futuros médicos y la actividad física: una contradicción no saludable. *Apunts. Medicina de IIEsport*. 45 (167), 151-159.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2007). *Diagnóstico de la Situación de Promoción de la Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social: Plan Institucional de Promoción de la Salud 2008-2012*. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2008). *Plan Institucional de Promoción de la Salud 2008-2012*. San José, Costa Rica: Area de Salud Colectiva, CCSS.
- Duperly J. y Lobelo F. (2004). Estilos de vida saludable: un reto que vale la pena. *Revista Colombiana de cardiología*, 2004(11), 139-140.
- Frank, E y Segura C. (2009). Health practice of canadian physicians. *Revista Can Fam Physician*, 55(8), 810-811.
- Frank, E. (2004). Physician Health and patient care. *JAMA*, 291(5), 637.
- Frank, E.; Breyan J. y Elon (2000). Physician disclosure of healthy personal. Behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med*, 9(3), 287-290.
- Gómez Candela, C y De Cos Blanco, A. (2001). *Nutrición en Atención Primaria*. Ed. Jarpyo Editores. Madrid, España.
- Hoeger, W y Hoeger, S. (2006). *Ejercicio y Salud*. 6ta Edición. Ed Thomson. D.F., Mexico.
- Hu, S.P.; Wu, M.Y. y Liu, J.F. (1997). Nutrition knowledge, attitude and practice among primare care physician in Taiwan . *Journal of the American College of Nutrition*, 16(5), 439-442.
- Instituto de Medicina (IOM). (2005). *Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate*. (En línea). Disponible en: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10925&page=73
- Internacional Physical Activity Questionnaire (IPAQ). (2005). *Guidelines for Data*

- Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire*. Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf> (Recuperado el 3 de setiembre, 2013).
- Jiménez Navarrete, M.; González Blandón, R. y Sell Salazar, V. (2000). Caracterización de algunos hábitos y enfermedades de los médicos costarricenses. *Revista Acta Médica Costarricense*, 42(3), 121-130.
- Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica del ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8(1), 185-202.
- Kushner, R.F. (1995). Barriers to providing nutrition counseling by physicians: A Survey of primary care practitioners. *Preventive Medicine*. 24(6), 546-552.
- Maecha, S. y Rodríguez, V. (2008). Actividad física y Obesidad. Prevención y Tratamiento. Editorial CELAFISCS. Brazil.
- Ministerio de Salud (2010). *Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud y Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias. (2010) *Guías Alimentarias para Costa Rica*. San José, Costa Rica.
- Monografías Sanitarias (2003). Programa de Educación para la Salud. Beneficios del ejercicio físico sobre la salud. Recuperado el 5 de abril del 2011 de http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL%5CPUBLICACIONES%5CPROMO_SALUD%5CEDUCACION%5CCRONICOS/E41_CA STELLANO.PDF
- Mora Morales J. (2004). La percepción subjetiva del esfuerzo como parte de la evaluación de la intensidad del entrenamiento. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd73/percep.htm>
- Muñoz Quiroga, G. y Calderón Passalacqua, J. (2003). *Prácticas de hábitos de vida saludable al interior del equipo de salud, y su importancia en la promoción de la salud*. Ensayo recuperado el 5 de marzo del 2011 de http://medicina.uach.cl/saludpublica/.../Practica_de_habitos_de_vida_saludable.pdf
- Norman, J. (1999). Survey of nutrition knowledge of canadian physicians. *Journal of the American College of Nutrition*. 18(1), 26-29.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado el 9 de marzo del 2011 de <http://www.inclusion-ia.org/espa%Flol/Norm/AlmaAta-02-1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones mundiales de actividad física para la salud. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado el 30 de octubre del 2013 de http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/es/
- Salas Chaves A. y Castillo Martínez A. (2003). *Módulo 1 Fundamentos conceptuales y operativos del sistema nacional de salud y del modelo de atención de la salud*. San José, Costa Rica. EDNASSS-CCSS.
- Sanabria P.; González Luis y Urrego D. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Medica* 15(2): 207-217.
- Vargas Umaña I, Villegas del Carpio, Sánchez Monge A y Holthuis K. (2003). *Módulo 2. Promoción, Prevención y Educación para la Salud*. San José, Costa Rica. EDNASSS-CCSS.
- Varo, J., Martínez, A. y Martínez, M.A. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica*. 121(17), 665-672
- Walsh, J.; Swangard, D.; Davis, T. y McPhee, S. (1999). Exercise counseling by primare care physician in the era of managed care. *American Journal of Preventive Medicine*, 16(4), 307-313.
- World Health Organization, (2009). *Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences*. Ginebra.