

Hábitos de vida de los estudiantes de enfermería

(Habits of life in nursing students)

Irazusta Astiazaran, Amaia

UPV/EHU. Escuela de Enfermería. Dpto. de Enfermería I. Sarriena, s/n. 48940 Leioa

Ruiz Litago, Fátima; Gil Orozco, Susana; Gil Goikouria, Fco. Javier; Irazusta Astiazaran, Jon

UPV/EHU Fac. de Medicina y Odontología. Dpto. de Fisiología. Sarriena, s/n. 48940 Leioa

BIBLID [1137-439X (2005), 27; 99-107]

Recep.: 04.12.03

Acep.: 11.03.05

“Cuidar” nuestro cuerpo es saludable, pero últimamente se está convirtiendo en peligroso, sobre todo en la adolescencia. El objetivo de este estudio es conocer los hábitos de alimentación y de actividad física en un grupo de alumnos/as de enfermería; ya que en una de las funciones de estos profesionales es enseñar hábitos de vida saludables.

Palabras Clave: Estudiantes. Hábitos de vida. Alimentación. Actividad física.

Gure gorputza “zaintzea” osasungarria da, baina azkenaldian arriskutsua gertatzen ari da, batez ere nerabezaroan. Erizaintzako ikasle talde batek elikadura eta ariketa fisikoaren alorrean dituzten ohiturak ezagutzea da azterlan honen helburua, zeren bizi aztura osasungarriak irakastea baita profesional horien zereginetako bat.

Giltza-Hitzak: Ikasleak. Bizimoldeak. Elikadura. Ariketa fisikoa.

“Prendre soin” de notre corps est sain, mais dernièrement cela devient dangereux, surtout pendant l’adolescence. Le but de cette étude est de connaître les habitudes alimentation et l’activité physique dans un groupe d’élèves infirmiers/ères, étant donné que l’une des fonctions de ces professionnels est d’enseigner des habitudes de vie saines.

Mots Clés: Etudiants. Habitudes de vie. Alimentation. Activité physique.

INTRODUCCIÓN

Las causas de mortalidad son muy diferentes entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados. Mientras que en los países en vías de desarrollo una de los mayores problemas está en la desnutrición y el 43 % de las muertes son causadas por enfermedades infecciosas; en los llamados países desarrollados el 46 % de las muertes son causadas por problemas cardiovasculares. Los problemas de salud más frecuentes de estos países son los problemas derivados de los excesos en la alimentación y la vida sedentaria.

Paradójicamente el alto nivel de vida alcanzado en los países desarrollados, muchas veces, acorta la esperanza de vida y deteriora la calidad de vida. Las enfermedades del corazón, la hipertensión, la diabetes de adultos, la obesidad, enfermedades cardiovasculares, trastornos de la conducta alimenticia y algunos tipos de cáncer, son problemas unidos a la abundancia y el exceso. Al mismo tiempo, la actual estructura social, nos lleva a un aislamiento, ansiedad y depresión. Todos estos problemas de salud son también conocidos como "enfermedades de la civilización".

Estos problemas de salud vienen determinados en gran medida por el nivel de desarrollo socioeconómico, que ha producido una modificación en los hábitos de vida (Kujala, 1998; Wei, 1999). Entre estos hábitos se encuentran los cambios de alimentación, la disminución del trabajo físico realizado por personas, el aumento del sedentarismo, el aumento de consumo de alcohol y tabaco, el estrés y el aislamiento individual dentro de una sociedad masificada.

En los países occidentales desarrollados se plantea que la solución a estos problemas o mejora de la calidad de vida de estas personas está en la prevención de aquellos factores o hábitos de vida que favorecen la aparición de enfermedades que han pasado a ocupar los primeros puestos de causas de mortalidad y morbilidad.

Un hábito de vida de gran importancia en la prevención de las citadas patologías es la alimentación adecuada. Una alimentación correcta, variada y completa, es decir una dieta equilibrada, permite por un lado que nuestro cuerpo funcione con normalidad (que cubra nuestras necesidades biológicas básicas, necesitamos comer para poder vivir) y por otro, previene o al menos reduce el riesgo de padecer ciertas alteraciones o enfermedades a corto y largo plazo.

Las citadas "enfermedades de la civilización" se relacionan muchas veces con una alimentación desequilibrada. No es, normalmente, una relación directa de causa-efecto, pero sí supone uno de los factores que contribuye a aumentar el riesgo de aparición y desarrollo de dichas enfermedades.

Actualmente, la gran preocupación por el aspecto físico y la imagen corporal que existe en la sociedad, está provocando grandes alteraciones o trastornos de la conducta alimenticia. Aunque se puedan observar este tipo de alteraciones en

personas de todas las edades y ambos sexos, mayoritariamente afecta a la chicas en edad adolescente.

Durante los últimos años ha habido un aumento creciente de los descubrimientos en relación a los efectos beneficiosos del ejercicio físico controlado tanto en el tratamiento como en la prevención de diversas patologías. El ejercicio físico aumenta la esperanza de vida y mejora la calidad de vida. Sin embargo, a pesar del citado efecto demostrado, los niveles de sedentarismo siguen siendo grandes en nuestra sociedad.

El ejercicio físico regular nos ayuda a mejorar el estado del cuerpo y la mente. Realizándolo adecuadamente, nos ayuda a mantener la función cardiovascular, musculoesquelética y la metabólica. Mejora el estado del corazón, aumenta el gasto cardíaco y disminuye las pulsaciones de reposo; ayuda en el control de la presión arterial, disminuye el nivel de colesterol total y aumenta el nivel HDL-colesterol en la sangre; mejora el metabolismo de la glucosa y ayuda a disminuir la grasa corporal. También vale para regular el sueño y el humor y hacer frente al estrés, ansiedad y depresión moderadas. A su vez, es elemento para la comunicación, diversión e integración social.

El ejercicio físico se puede considerar como una herramienta indispensable para la prevención, y en muchos casos tratamiento, de los problemas de salud que como antes hemos mencionado causan muchas de las muertes en los países desarrollados.

Las actividades de promoción de la salud intentan transformar la conducta, el ambiente o la herencia en sentido positivo, ayudar al individuo a modificar su estilo de vida para que tienda a un estado óptimo de salud. Hacer promoción de la salud significa ayudar a las personas a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar (Benavent, 2001).

Desde un marco de Promoción de la Salud, en el que se encuadra la Educación para la Salud (EPS) como elemento clave (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986), ésta sería una forma concreta de trabajo orientada hacia la adquisición, por parte de la población, de conocimientos y habilidades para intervenir en las decisiones que tengan efectos sobre la salud. “Las actividades tendientes a reforzar conductas voluntarias que permitan el goce de la salud, con el fin de promover estilos de vida saludables incluyen un aspecto muy importante dentro de la EPS en la Atención Primaria de Salud (APS)” (Fernández, 1997).

En su concepción más tradicional la Educación para la Salud se define como “la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual o colectiva, que tiene como objeto hacer al sujeto activo y responsable en todos los procesos, ya sean de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción, relacionados tanto con su salud como con la de su familia y comunidad” (Fernández, 1997).

La Educación para Salud consiste en actividades cognitivas basadas en la interacción. En este proceso de enseñanza-aprendizaje se transmiten conoci-

mientos, valores y normas. El profesional de la salud no es un mero transmisor, el rol docente es un elemento activo en el proceso.

Pero esta función educativa no puede quedar al azar de la improvisación, a merced de la intuición o confinada a los momentos en que por alguna razón se nos ocurre que podemos enseñar algo. Precisamos actuar de forma intencional, es decir, sabiendo qué pretendemos lograr, qué queremos transmitir, cómo podemos hacerlo de la manera más efectiva y cuál es el grado de la consecución de nuestras intenciones.

La comunicación no verbal supone el 70% de toda la información que podemos transmitir a otra persona y, además, es la parte de la comunicación más fiable para el interlocutor, porque apenas puede manipularse voluntariamente. Los conocimientos actuales sobre el tema permiten tomar conciencia de los mensajes no verbales que emite inconscientemente el profesional y que el paciente va a percibir. Estos conocimientos nos van a permitir adecuar nuestros mensajes a las circunstancias del paciente. (Tazón, 2001)

Concretamente, las incongruencias o descalificaciones en los mensajes de los distintos profesionales pueden llegar a producir en el paciente confusión, rechazo o pérdida de la confianza en el profesional, en los cuidados o en el tratamiento. Por lo tanto en los mensajes no verbales de un profesional de enfermería deberán transmitir la importancia de hábitos de vida saludables. (Tazón, 2001)

Una labor esencial de los profesionales de enfermería, como miembros del equipo de salud, en la prevención y tratamiento de estas enfermedades, será la Educación para la Salud.

Por ello, en el presente trabajo describimos los hábitos de vida del alumnado que comienza el primer curso de la Diplomatura de Enfermería. Sobre todo centrándonos en la actividad física y los hábitos alimentarios. Con el fin de conocer si los hábitos de vida que tienen este grupo de estudiantes se corresponden con aquellos que deberá inculcar a la población en un futuro no muy lejano.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el estudio participó un grupo de 30 alumnos/as de primer curso de la Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. De los que 27 son chicas y 3 chicos. Tienen una media de edad de 18.3 años en un rango de 17 y 20 años.

Para la realización de este estudio se utilizó el siguiente material de investigación: Cicloergómetro (Monark Model 824E), 10 Pulsómetros (Polar Advantage) con interface system, Plicómetro (Holtain LTD), Cinta métrica (Rollfix), Tensiómetro (Riester), Báscula (Añó Sayol SL), Tallímetro (Añó Sayol SL), Ergojump (Bosco System) con interface system, Desfibrilador automático (Heartstart FR Laerdal),

Paquímetro (Holtain LTD), Programa de antropometría (Ciberkin) y PC Pentium III (Dell)

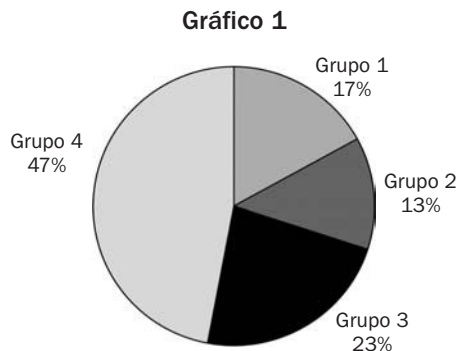
Los datos analizados son los siguientes:

- Valoración del ejercicio y actividad física realizada mediante una encuesta en la que se cuantificaba la frecuencia y la intensidad de la misma.
- Estado físico, mediante medición de la capacidad aeróbica máxima (VO₂max) y de la potencia anaeróbica (test de salto), con el fin de corroborar la fiabilidad de los datos aportados en la encuesta, ya que en muchas ocasiones existe una discrepancia entre los mismos.
- Valoración de la dieta analizando los alimentos ingeridos durante 3 días mediante el software "Alimentación y Salud". Se estimó tanto las Kcal ingeridas, así como la proporción de los diferentes macronutrientes (proteínas, lípidos e hidratos de carbono) y micronutrientes (vitaminas y sales minerales) ingeridos.
- Antropometría siguiendo el protocolo del GREC (Grupo Español de Cineantropometría). Se determinó la composición corporal tras la medida de perímetros (muslo medial, pierna, brazo relajado y brazo contraído y flexionado), diámetros (biépicondiliano del húmero, biestiloideo, biépicondiliano del fémur y maleolar) y pliegues de grasa (subescapular, tricipital, suprailíaco, abdominal, muslo y pierna).

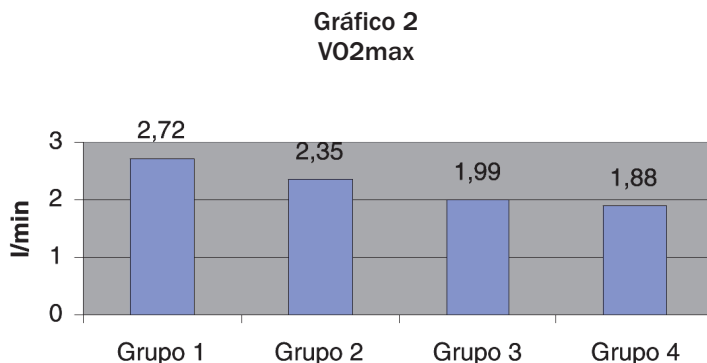
RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

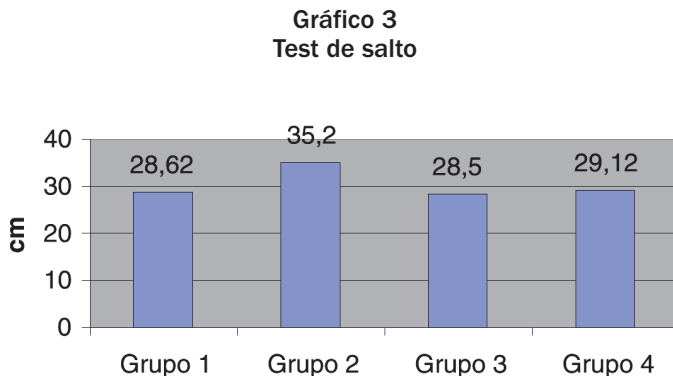
Los datos relacionados con la actividad física se muestran en el gráfico 1. El 17% del alumnado realiza por lo menos 3 veces por semana ejercicio físico intenso (grupo 1), el 13% realiza ejercicio físico 2 ó 3 veces por semana (grupo 2), el 23% realiza esporádicamente algún tipo de actividad física (grupo 3) y el 47% no realiza ningún tipo de actividad física (grupo 4).



La capacidad aeróbica máxima de los estudiantes, es decir, la media del consumo máximo de oxígeno es de 2.11l/min. Clasificándolos por grupos observamos que el grupo 1 tiene de media un VO₂max de 2.72l/min, el grupo 2 tiene 2.35l/min, el grupo 3 1.99 l/min y el grupo 4 1.88l/min. (Gráfico 2)



Los datos obtenidos en el test de salto se muestran en la gráfica 3. La media de la distancia saltada por los alumnos es de 29.7 cm en un rango de 19.9 cm a 46.7 cm. La media del grupo 1 es de 28.62 cm, el grupo 2 35.2 cm, el grupo 3 28.5 cm y el grupo 4 29.12 cm.



En el análisis de la dieta y estimación de Kcal ingeridas, observamos que el 7% ingirió más de las calorías recomendadas, el 20% comió la cantidad de calorías recomendadas el 73% no alcanzó la cantidad de calorías recomendadas. Es también remarcable que el 23% declara tomar menos de 1.600 kcal.

La distribución porcentual de las fuentes de energía por macronutrientes, se muestra en la tabla 1. El 17.74 % de las Kcal ingeridas son obtenidas de las proteínas, el 43.13 % de los glúcidos y el 39.13 % de las grasas.

Tabla 1

	Ingerido	Recomendado
Proteínas	17.74 %	12-15 %
Glúcidos	43.13 %	55-60 %
Grasas	39.13 %	20-30 %

En la Tabla 2, observamos el perfil lipídico de la grasa ingerida. El 51.68 % de la grasa ingerida es en forma de ácidos grasos monoinsaturados, un 19.4 % en forma de ácidos grasos poliinsaturados y un 28.92 % en grasas saturadas. En cuanto a la ingesta de grasas, el 86% ingiere mayor proporción de grasa de la recomendada (Recomendado: 30% de las Kcal de la dieta), el 7% ingiere la proporción de grasa recomendada y el 7% ingiere menor proporción de grasa de la recomendada.

Tabla 2

	Ingerido	Recomendado
G. Monoinsaturadas	51.68 %	50 %
G. Poliinsaturadas	19.40 %	25 %
G. Saturadas	28.92 %	25 %

A continuación en la tabla 3, se presentan los datos antropométricos de los estudiantes. El peso medio de las chicas es de 59.04 kg (en un rango de entre 49.2 y 78.4) y el de los chicos 69.67 kg (entre 61.2 y 79.2), la altura media en las chicas es de 161.31 cm (entre 147.4 y 169) y en los chicos 172.23 cm (entre 167.7 y 181). El Índice de Masa Corporal medio es de 22.7, el 27% tiene un IMC superior al recomendado, el 53% se mantiene dentro de los índices recomendados y el 20% tiene un IMC inferior al recomendado. Si medimos el porcentaje graso del cuerpo (siguiendo el método de Carter), observamos que la media de porcentaje graso de las chicas es de 21.78 % y de los chicos 15.16 %. El 30% del alumnado tiene un porcentaje de grasa superior al recomendado, el 50% tiene un porcentaje de grasa dentro de los límites recomendados y el 20% tiene un porcentaje de grasa inferior al recomendado.

Tabla 3

	Chicas	Chicos
Peso	59.4 kg	69.67 kg
Altura	161.31 cm	172.23 cm
IMC	22.61	23.59
% grasa	21.78 %	15.16 %

DISCUSIÓN

Como hemos comentado en la introducción, una de las funciones del profesional de enfermería es la Educación para la Salud. El profesional de enfermería mediante mensajes (verbales y no verbales) intentará transmitir a la población hábitos de vida saludables. Pero tras analizar los datos obtenidos, observamos que los hábitos de los estudiantes de enfermería (futuros profesionales de la salud) no son del todo saludables.

En cuanto al ejercicio o actividad física realizada, casi la mitad de los alumnos no realiza ningún tipo de actividad; y casi un cuarto de ellos lo hace de manera esporádica. Este alto porcentaje de inactividad, sobre todo en mujeres ha sido descrito anteriormente por otros autores (Kull, 2002). Este dato es de gran importancia teniendo en cuenta el efecto beneficioso de la actividad física sobre las citadas “enfermedades de la civilización”. La cantidad de actividad física recomendada por el American College of Sport Medicine es de por lo menos 3 veces por semana con una intensidad del 40-50 % del VO₂ max.; por lo tanto, podríamos decir que únicamente un 13% de alumnado realiza la cantidad de ejercicio físico recomendado.

Al analizar la capacidad aeróbica, hemos observado que existe una relación entre la actividad física realizada y el aumento del consumo de oxígeno; los alumnos que realizan más actividad física tienen mayor capacidad aeróbica. Diversos estudios han demostrado que un alto consumo máximo de oxígeno puede ser un factor en la prevención de problemas cardiovasculares. (Tobita, 1995)

Sin embargo, los valores de consumo máximo de oxígeno obtenidos en esta población son sensiblemente inferiores a los datos publicados anteriormente en poblaciones de esta edad (Astrand, 1985). Por lo que podemos deducir que su capacidad aeróbica es deficiente. Este dato parece estar asociado a la escasa actividad física que declaran desarrollar y que en su opinión es debida al escaso tiempo que les dejan los estudios.

En los datos relacionados con los hábitos nutricionales de los estudiantes, observamos que éstos no son saludables. La mayoría de las dietas son hipocalóricas, es decir, no responden a las necesidades de los estudiantes. También observamos que son dietas hiperlipídicas y con un alto consumo de ácidos grasos saturados.

Por otro lado, en las antropometrías de los alumnos podemos ver que éstas en su mayoría se mantienen dentro de los límites recomendados. Existe un porcentaje importante de sobrepeso (casi un a tercera parte). Sin embargo, en nuestra opinión es reseñable que un porcentaje importante de las chicas tienen peso y porcentaje graso menor que el recomendado, lo que podría estar relacionado con la actual moda que impone una delgadez extrema y que es una de las causas posibles de la anorexia que tan elevada incidencia tiene en algunos grupos de adolescentes.

La principal conclusión de esta investigación es que los hábitos de vida de los futuros profesionales de enfermería no son saludables. En general, podríamos decir que tienen una gran preocupación por la imagen corporal, pero la forma de “cuidar” su cuerpo es a través de dietas deficitarias y desequilibradas, en vez de hábitos saludables como una dieta equilibrada y la actividad física. Por lo que consideramos recomendable el incluir y/o reforzar en los planes de estudio de enfermería los contenidos sobre hábitos saludables en relación a la alimentación y actividad física. Ya que serán en parte los/as profesionales de la enfermería los encargados de transmitirlos al resto de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- ASTRAND, P.O.; RODAHL, K. *Fisiología del Trabajo Físico*. Editoria Médica Panamericana, S.A. Buenos Aires, 1985.
- BENAVENT, A. *Fundamentos de Enfermería. Enfermería S21*. Difusión Avances de Enfermería, Madrid, 2001.
- FERNÁNDEZ, P. *Fundamentos de Enfermería en Atención Primaria y Especializada*. Editorial Síntesis, Madrid, 1997.
- KUJALA, U.M.; KAPRIO, J.; SARNA, S.; KOSKENVUO, M. “The relationship of leisure-time physical activity and mortality: the Finnish twin cohort”. *JAMA*, Feb. 11; 279, (6); 1998, pp. 440-444.
- KULL, K. “The relationships between physical activity, helath status and psychological well-being of fertility-aged women”. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 12 (4); 2002, pp. 241-247.
- TAZÓN, P. *Relación y Comunicación. Enfermería S21*. Difusión Avances de Enfermería, Madrid, 2001.
- TOBITA, Y.; OTAKI, H.; KUSAKA, Y.; IKI, M.; KAJITA, E.; SATO, K. “A cross-sectional analysis on relationships between maximun oxygen uptake and risk factors for cardiovascular disease” *Sangyo-eiseigaku-Zasshi*, Nov. 37 (6); 1995, pp. 409-415.
- WEI, M.; KAMPERT, J.B.; BARLOW, C.E.; NICHAMAN, M.Z.; GIBBONS, L.W., PAFFENBARGER, R.S.; BLAIR, S.N. “Relationship between low cardiorespiratory fitness and mortality in normal-weight, overweight, and obese men” *JAMA*, Oct. 27, 282 (16); 1999, pp. 1547-1553.