

Ejercicio en médicos argentinos: encuesta sobre hábitos y actitudes frente a la actividad física

Physical Exercise in Argentine Physicians: a Survey on Their Habits and Attitudes Towards Physical Activity

MARTÍN LOBO^{MTSAC, †}, GUSTAVO CALDERÓN^{MTSAC}, WALTER MASSON^{MTSAC}, MELINA HUERIN, DIEGO MANENTE^{MTSAC}, ADRIANA ÁNGEL[†], MARIO PÁNGARO, LAURA VITAGLIANO, MARÍA ROSTAN, ANDRÉS MULASSI^{MTSAC}, MARIANO GIORGI^{MTSAC}

Recibido: 03/06/2013

Aceptado: 02/08/2013

Dirección para separatas:

Dr. Martín Lobo
Prevención Cardiovascular y
Unidad Coronaria
Hospital Militar Campo de Mayo
Avda. Ricchieri s/nº
(1659) Campo de Mayo, Pcia. de
Bs. As.
e-mail:
lorenzomartinlobo@hotmail.com

RESUMEN

Introducción

La inactividad física se asocia con mayor morbimortalidad cardiovascular y está en aumento en la población general. Los médicos serían los mejor preparados para brindar asesoramiento sobre actividad física a los pacientes; no obstante ello, no existen datos locales validados relativos a los hábitos y las actitudes de los médicos frente al ejercicio.

Objetivos

Analizar las características de la actividad física en una población de médicos, determinar la actitud del médico frente al paciente con respecto al ejercicio, estudiar la relación entre la actividad física y la edad, el sexo y la especialidad y evaluar los factores de riesgo de esta población.

Material y métodos

Se realizó una encuesta a médicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Conurbano bonaerense. Se utilizó el *International Physical Activity Questionnaire* (Cuestionario Internacional de Actividad Física). Para evaluar el nivel de actividad física se empleó una escala basada en los MET semanales (< 600 MET = actividad física baja; > 3.000 MET = actividad física vigorosa).

Resultados

Se incluyeron 550 médicos (53% hombres, edad media 38 años). El 37,5%, el 57,5% y el 5% realizan actividad física baja, moderada o vigorosa, respectivamente. Al 80% de la población le gusta hacer ejercicio, el 92% recomienda hacer ejercicio a sus pacientes y el 97% lo considera beneficioso para la salud. El principal motivo para no realizar ejercicio es la falta de tiempo. Los hombres realizan más actividad física vigorosa 3 o más veces por semana (20% vs. 15%; $p < 0,01$) que las mujeres. La especialidad cardiología es en la que se indica más frecuentemente realizar ejercicio (75%).

Conclusiones

En esta población médica, independientemente del sexo, el grupo etario o la especialidad analizada, se observó una prevalencia menor de actividad física baja en comparación con la población general. La recomendación de ejercicio a los pacientes fue globalmente elevada, aunque mayor en las especialidades clínicas.

REV ARGENT CARDIOL 2014;82:26-33. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v82.i1.2703>

Palabras clave > Médicos - Actividad física - Estilo de vida - Sedentarismo - Factores de riesgo

Abreviaturas >			
ENRF	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo	IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
GPAQ	<i>Global Physical Activity Questionnaire</i>	IMC	Índice de masa corporal
MET	Unidades metabólicas equivalentes		

INTRODUCCIÓN

La creciente prevalencia del sedentarismo es el resultado de un proceso de transformación cultural que ha

ocurrido en la mayoría de los países desarrollados y que se está consolidando en los países en vías de desarrollo, (1) con el consecuente impacto individual y poblacional (2) en términos de discapacidad y mortalidad. Diferen-

tes estudios demostraron que los sujetos físicamente activos tienen menos morbimortalidad y presentan una incidencia menor de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y oncológicas, (3, 4) e incluso han revelado una disminución de la mortalidad general ajustada por la edad. (5, 6) A nivel mundial, se estima que la inactividad física es responsable del 6%, 7%, 10% y 10% de la carga de morbilidad por cardiopatía coronaria, diabetes tipo 2, cáncer de mama y cáncer de colon, respectivamente. Además, se estima que es responsable del 9% de la mortalidad prematura. (7)

En nuestro país se producen anualmente unas 39.000 mil muertes por causas asociadas con la inactividad física en personas de entre 40 y 79 años, una cifra muy cercana a los 40.000 decesos anuales que provoca el consumo de tabaco. (7, 8) En la Argentina, la inactividad física es el factor de riesgo que más ha crecido en los últimos años. Así lo demuestran las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR) realizadas en los años 2005 y 2009, las que revelaron, respectivamente, que el 46,2% y el 54,9% de la población mayor de 18 años tenía un nivel insuficiente de actividad física. (9, 10)

Los médicos serían los más preparados para brindar asesoramiento sobre actividad física a los pacientes. El comportamiento médico en cuanto al cuidado de su propia salud se relaciona con la percepción de hábitos de vida saludables o no por parte de la comunidad en un determinado país. (11) La actitud del médico frente a la actividad física en la Argentina se desconoce. Este es el primer estudio que utiliza un instrumento de medición validado, reproducible y comparable con otros trabajos publicados sobre actividad física.

Los objetivos de nuestro trabajo fueron: 1) analizar las características de la actividad física en una población de médicos, 2) determinar la actitud del médico frente al paciente con respecto al ejercicio, 3) evaluar los dos objetivos anteriores según la edad, el sexo, la especialidad o el área de trabajo de los profesionales y 4) evaluar los factores de riesgo de esta población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y recolección de las variables

El presente es un estudio de corte transversal, realizado durante los meses de abril a agosto de 2012. Se evaluaron médicos de ambos sexos y de distintas especialidades, seleccionados en forma no probabilística en distintos sanatorios y hospitales del Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario, autoadministrado y anónimo, basado en la versión corta del *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), instrumento con importantes estudios de validación y reproducibilidad como el realizado por Craig y colaboradores (12) en 12 países, que han permitido la creación de nuevos instrumentos a partir de él (13) y es utilizado en la mayoría de los trabajos científicos para la recolección de datos sobre actividad física; está aceptado por la Organización Mundial de la Salud y es recomendado por la Organización Panamericana de la Salud. La encuesta recolectó información sobre variables demográficas, factores de riesgo y antecedentes de enfermedades cardiovasculares previas, si

se realizó controles en el último año de la presión arterial o de laboratorio, si tomaba medicación para la hipertensión, dislipidemia o diabetes y el índice de masa corporal (IMC), calculado mediante el índice de Quetelet (kg/m^2). Se realizaron varias preguntas cualitativas y cuantitativas sobre la actividad física (Véase Anexo). Se consideró hipertenso, dislipidémico o diabético al que tenía conocimiento de que padecía la enfermedad o que recibía tratamiento específico. Se definió sobrepeso si el IMC era ≥ 25 y < 30 y obesidad cuando era ≥ 30 . Se consignó el antecedente familiar de enfermedad coronaria en los que referían a padres o hermanos con antecedentes de infarto agudo de miocardio.

Actividad física

Para evaluar el nivel de actividad física se utilizó una escala basada en los MET (unidades metabólicas equivalentes) totales por semana, según la siguiente ecuación: $(3,3 \times \text{minutos totales por semana de caminata}) + (4 \times \text{minutos totales por semana de actividad moderada}) + (8 \times \text{minutos totales por semana de actividad intensa})$. De esta forma, menos de 600 MET semanales se consideraron un nivel bajo de actividad física y cuando superaba los 3.000 MET por semana, un nivel intenso. (14)

Se definieron actividades moderadas a las que requerían respirar algo más rápido y realizar algún esfuerzo al llevarlas a cabo, como, por ejemplo, tareas domésticas, andar en bicicleta lentamente, natación recreativa o caminata a paso rápido, en tanto que se consideraron actividades intensas a las que requerían respirar mucho más rápido y realizar un esfuerzo físico mayor, como, por ejemplo, correr, trabajar manualmente, realizar deportes (como fútbol o tenis). En consecuencia, se les adjudicó una actividad física baja a aquellos sin actividad informada o que no estaban incluidos en las definiciones anteriores. (14)

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó sobre la población total y sobre cuatro subgrupos formados según sexo, edad < 40 o ≥ 40 años, tipo de especialidad y trabajo en áreas de urgencias o áreas comunes. Las variables continuas se expresaron como media \pm desviación estándar, mientras que las variables categóricas se expresaron como porcentajes.

Los datos continuos entre dos grupos se analizaron con la prueba de la *t* si la distribución de las variables era normal o con la prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney si no lo era. El análisis de los datos categóricos se realizó con la prueba de chi cuadrado. Se definió como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 550 médicos (47% mujeres) de distintas especialidades (cardiología 29%, especialidades clínicas 41%, especialidades quirúrgicas 16%, no asistencial 1%, otras 13%). Con respecto a los factores de riesgo, el 15%, 11% y 2% de los médicos tenían antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes, respectivamente. Se habían tomado la presión arterial en último año el 82% de los profesionales, mientras que el 57% y el 70% de los médicos se realizaron análisis de sangre en los últimos 12 meses para evaluar su nivel de colesterol o glucemia, respectivamente (Tabla 1).

Globalmente, el 37,5%, 57,5% y 5% de los médicos se hallaron dentro del rango de actividad física baja, moderada e intensa, respectivamente (Figura 1).

El 63% caminaba al menos 10 minutos diarios en tres o más ocasiones a la semana, con un promedio por sesión de 25 ± 10 minutos. El 29% y el 17% de los médicos realizaban actividad física moderada o vigorosa, respectivamente, 3 o más días por semana.

El 80% de los médicos respondió que le gusta hacer ejercicio y el 97% consideró que el ejercicio es beneficioso para la salud. El 45% comentó que la principal dificultad para la práctica de actividad física era la falta

de tiempo y casi la totalidad recomienda habitualmente a sus pacientes la realización de actividad física.

Al analizar los datos según el sexo, las mujeres mostraron significativamente una edad menor (38 ± 10 vs. 40 ± 11 años; $p = 0,02$) y tuvieron un IMC menor ($23,2 \pm 4$ vs. $26,3 \pm 3$; $p < 0,001$), aunque no mostraron diferencias en la prevalencia de dislipidemia, hipertensión arterial, tabaquismo o diabetes con respecto a los hombres. Al analizar la actividad física, se evidenció que a los hombres les gusta hacer ejercicio con mayor frecuencia que a las mujeres (84% vs. 74%; $p < 0,01$). El 62% de las mujeres y el 64% de los hombres caminaban al menos 3 días por semana, mientras que el 29% de las mujeres y el 28% de los hombres hacían actividad física moderada 3 o más días por semana. Los hombres realizaban ejercicio vigoroso 3 o más veces por semana en una proporción significativamente mayor que las mujeres (20% vs. 15%; $p < 0,01$). La preferencia en el tipo de actividad física entre ambos sexos mostró un mayor uso del gimnasio por parte de las mujeres (70% vs. 30%) y de práctica de deportes en los hombres (67% vs. 32%). Finalmente, las mujeres, en comparación con los hombres, revelaron saber con mayor frecuencia dónde asesorarse para la realización de la actividad física (69% vs. 60%; $p = 0,04$) (Tabla 2).

Cuando se analizaron las especialidades, no hubo diferencias significativas en la frecuencia de caminatas, actividad física moderada o vigorosa (Figura 2). Tampoco hubo diferencias en la razón por la cual no hacían ejercicio, en la preferencia de la actividad física o en el conocimiento de cómo y dónde asesorarse. La indicación de ejercicio a los pacientes fue mayor en cardiología (75%), seguida por especialidades clínicas (51%), no asistenciales (50%) o quirúrgicas (43%) ($p < 0,001$).

El hecho de trabajar en un servicio de urgencias se relacionó en forma significativa con una mayor realización de ejercicio vigoroso 3 o más veces por semana (18% vs. 14%; $p = 0,04$).

Cabe destacar que no hubo diferencias en la edad (40 ± 10 vs. 39 ± 11 años; $p = 0,46$) ni en la proporción de hombres (60% vs. 52%; $p = 0,11$) entre

Tabla 1. Características basales de la población

Población analizada (n = 550)	
Variables continuas, media (DE)	
Edad, años	40 (11)
Índice de masa corporal, kg/m ²	24,85 (3,9)
Tiempo de recibido, años	13 (10)
Variables categóricas, %	
Sexo masculino	53
Fumadores	17
Hipertensión arterial	15
Dislipidemia	11
Diabetes	2
Antecedentes cardiovasculares	7
Tratamiento antihipertensivo	14
Tratamiento hipolipemiante	8
Se realizó análisis de colesterol en el último año	57
Se realizó análisis de glucemia en el último año	70
Se tomó la presión arterial en el último año	82
Antecedentes familiares de infarto agudo de miocardio	19
Servicio de urgencias	57
Especialidad	
Cardiología	29
Especialidades clínicas	41
Especialidades quirúrgicas	16
No asistenciales	1
Otras	13

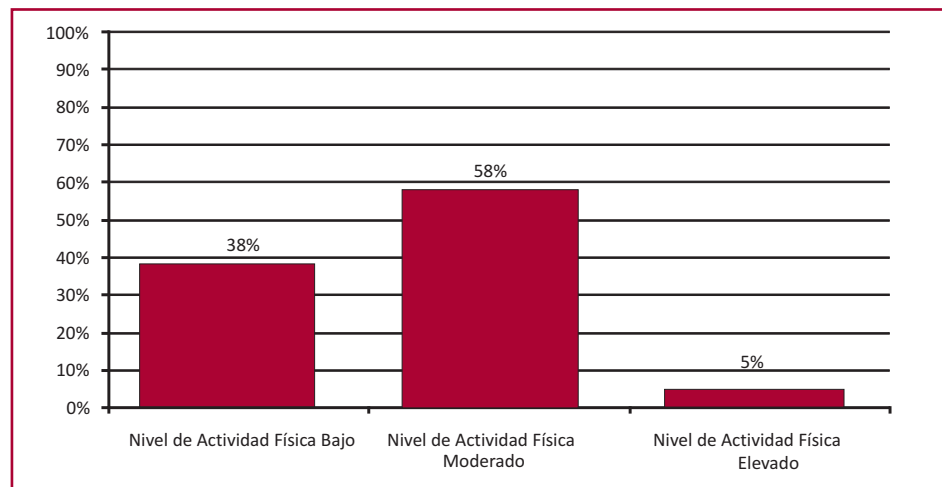
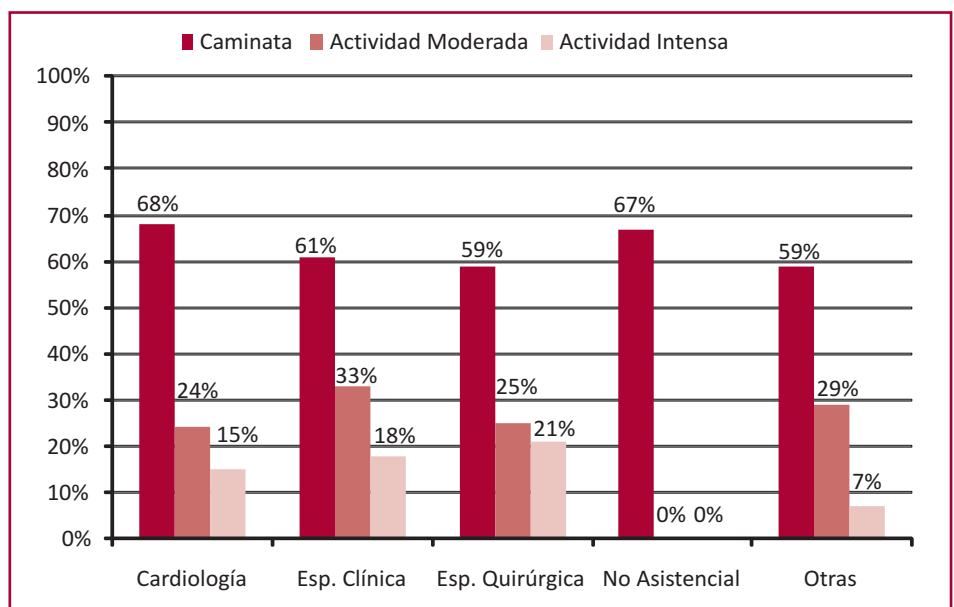


Fig. 1. Intensidad del ejercicio en la población médica.

Tabla 2. Características de la actividad física según el sexo

Actividad física	Hombres n = 292	Mujeres n = 258	p
Le gusta hacer ejercicio	84%	74%	< 0,01
Sabe dónde asesorarse	60%	69%	0,04
Le indica ejercicio a sus pacientes	54%	46%	0,31
Intensidad del ejercicio por semana			
Caminata 3 o más días	64%	62%	0,42
Actividad moderada 3 o más días	28%	29%	0,10
Actividad vigorosa 3 o más días	20%	15%	< 0,01
Es beneficioso hacer ejercicio	98%	97%	0,88
Le aconsejaron hacer ejercicio	64%	70%	0,26
Hay facilidades para hacer ejercicio	41%	36%	0,61
Por qué no hace ejercicio			
Falta de tiempo	52%	48%	0,86
Falta de ganas	50%	50%	
Falta de lugar	48%	51%	
Falta de dinero	40%	60%	
Agotamiento	47%	53%	
Otras	54%	46%	
Tipo de actividad física			
Caminar	52%	48%	< 0,01
Trotar	61%	39%	
Bicicleta	55%	45%	
Gimnasio	29%	71%	
Deportes	67%	33%	
Otra	45%	55%	
Ninguna	50%	50%	
Razones por las que indica ejercicio			
Para mantenerse saludable	20%	23%	0,60
Para control del peso	49%	45%	
Como complemento de dolencia	18%	21%	
Por otra razón	8%	8%	
No sabe por qué razón	4%	3%	

Fig. 2. Actividad física 3 o más días por semana según especialidad.

ambos grupos (urgencias/no urgencias). Además, los profesionales que no trabajan en urgencias piensan con mayor frecuencia que no hay facilidades para la realización de ejercicio comparado con los médicos de emergencias (20% vs. 17%; $p < 0,01$). El resto de las variables analizadas no mostraron diferencias al comparar ambos grupos.

Al evaluar los grupos según la edad (< 40 vs. ≥ 40 años), los médicos más jóvenes mostraron significativamente más interés en hacer ejercicio que los profesionales con mayor edad (84% vs. 74%; $p < 0,01$). Además, los profesionales con una edad más avanzada sabían con mayor frecuencia dónde asesorarse para la realización de actividad física (74% vs. 57%; $p < 0,01$) y consideraban en una proporción mayor de los casos la existencia de facilidades para su práctica (82% vs. 78%; $p = 0,04$) en comparación con los médicos más jóvenes. No hubo diferencias en la intensidad del ejercicio al comparar ambos grupos etarios (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La actividad física regular se acompaña de efectos favorables sobre factores de riesgo cardiovascular, como la mejoría del perfil lipídico, la disminución de la resistencia insulínica, de la tensión arterial, del peso, la optimización en la hemostasia con disminución de la agregación plaquetaria y la mejoría de la función endotelial. (15)

En general, disponemos de poca información sobre la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población médica. Asimismo, en la Argentina, los datos sobre actividad física en profesionales de la salud recolectados por instrumentos validados son escasos. Los datos en la población general obtenidos por las ENFR muestran que la actividad física baja en los individuos supera el 50%, con un aumento de un 9% entre los años 2005 y 2009. (9, 10) En nuestro trabajo, la prevalencia de actividad física baja observada fue inferior a la que resultó de la última encuesta nacional (37,5% vs. 46,2%). Dicha diferencia podría explicarse, coincidiendo con lo observado en ambas ENFR, por mejores ingresos y un nivel educacional más

alto del grupo analizado, aunque sigue siendo elevada la prevalencia de inactividad física a pesar de ser los encuestados personas con actitudes, comprensión y capacitados para la promoción de hábitos saludables.

En nuestro estudio, al igual que en la encuesta de 2005, los hombres hacían más actividad vigorosa que las mujeres, aunque a diferencia de dicha encuesta, que encontró una relación inversa entre el nivel de actividad física y la edad, en nuestro relevamiento no se evidenciaron diferencias en el nivel de ejercicio en los distintos grupos etarios analizados. En la encuesta de 2009, el nivel bajo de actividad física fue más evidente en hombres que en mujeres (50,9% vs. 58,5%), dato no observado en nuestro trabajo ni en la encuesta de 2005.

En Latinoamérica encontramos datos dispares. De manera similar a la población general en la Argentina, un estudio realizado en la ciudad de Bogotá mostró que el 37% de la población entre los 18 y los 65 años era regularmente activa. (16, 17) En México, la situación es semejante a la de nuestra población de médicos, encontrándose un 68,2% de la población entre los 20 y los 55 años físicamente activa. (18) Estos datos contrastan con los de Chile, donde la actividad física baja, aunque en disminución desde el 2006 hasta el presente (87,2% en 2006, 86,4% en 2009 y 82,7% en 2012), es marcadamente más elevada. (19) También en esta encuesta se encuentra la estrecha relación entre el nivel socioeconómico y la actividad física (a mayor nivel socioeconómico, mayor actividad física). Si bien no hemos encontrado datos de los médicos de la población chilena con respecto a la actividad física, un estudio realizado en estudiantes de medicina de Chile no muestra diferencias con la población general señalada (inactividad física del 76% en licenciatura y del 87% en internado). (20) La variación sobre la actividad física en los diferentes países podría relacionarse con la no utilización de cuestionarios validados internacionalmente como el IPAQ o el *Global Physical Activity Questionnaire* (GPAQ).

Otro factor de riesgo evaluado en la población de médicos argentinos fue el tabaquismo en el estudio TAMARA (Tabaquismo en Médicos de la República Argentina), (21) donde se evaluaron 6.497 médicos

	< 40 años	≥ 40 años	p
VARIABLES CONTINUAS, MEDIA (DE)			
Minutos de caminata#	20 (13)	21 (14)	0,42
Minutos de ejercicio moderado#	9 (15)	7 (14)	0,14
Minutos de ejercicio vigoroso#	4 (11)	5 (11)	0,36
VARIABLES CATEGÓRICAS, %			
3 o más días de caminata por semana*	67	58	0,07
3 o más días de ejercicio moderado por semana*	29	27	0,16
3 o más días de ejercicio vigoroso por semana*	33	19	0,46

DE: Desviación estándar.

El día que hace ejercicio, tiempo en minutos.

* Al menos 10 minutos.

Tabla 3. Características de la actividad física según la edad

(63% hombres) y el 40% de la población correspondía a las mismas zonas evaluadas en nuestro estudio (Gran Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires). La cantidad de médicos fumadores fue similar a la encontrada por nuestro relevamiento con nivel bajo de actividad física (30% y 37,5%, respectivamente). En nuestro trabajo no encontramos diferencias entre ambos sexos en la prevalencia de hipertensión arterial, tabaquismo, dislipidemia o diabetes. En el estudio TAMARA tampoco se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de tabaquismo entre hombres y mujeres (29,4% vs. 31%; $p = 0,18$), aunque hubo diferencias significativas en la prevalencia de hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes.

En nuestro trabajo, las distintas especialidades no fueron determinantes en los niveles de actividad física, a diferencia de lo observado en el TAMARA, donde la mayor prevalencia de fumadores se presentó en las especialidades quirúrgicas. Por otro lado, si bien en el TAMARA el hecho de pertenecer a un servicio de urgencias aumentaba la probabilidad de ser fumador, en nuestro trabajo los médicos de servicios de urgencia hacían más actividad física vigorosa. Con respecto a la edad, los mayores sabían más frecuentemente dónde asesorarse para la práctica de ejercicio, mientras que los jóvenes demostraron mayor interés en realizar actividad física, sin diferencias en su intensidad.

Algunos estudios señalan que los médicos con hábitos saludables son más propensos a recomendar comportamientos preventivos a sus pacientes. (22) Del mismo modo, datos previos muestran que los médicos que realizaron algún tratamiento o entrenamiento para el abandono del hábito de fumar aconsejan más y mejor, e indican a sus pacientes más medicación para dejar de fumar. (21) En nuestro trabajo, en cambio, el nivel bajo de actividad física no se relacionó con la indicación o no de ejercicio a los pacientes, ya que casi la totalidad de la población evaluada reconoció que realizaba dicha recomendación.

Limitaciones

La muestra de médicos no fue aleatorizada y solo representa una mínima porción de médicos del Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, zonas totalmente urbanizadas, por lo que nuestros resultados podrían no ser extrapolables a otras provincias o zonas rurales, donde los hábitos, distancias y tecnología pueden diferir bastante.

Implicaciones clínicas

Es evidente que, a pesar de los conocimientos médicos, y las recomendaciones acertadas, por alguna razón los médicos no siempre hacen lo que recomiendan a sus pacientes. Conocer la actitud por parte del médico con respecto a la actividad física podría ayudar a la concientización de la comunidad médica a seguir trabajando en la promoción de los hábitos saludables.

CONCLUSIONES

El nivel bajo de actividad física en la población médica evaluada fue menor que en la población general de nuestro país. A la mayoría de los médicos les gusta hacer actividad física y la indican con frecuencia a sus pacientes, independientemente de su especialidad, edad, sexo o área de trabajo, e incluso de su propia conducta ante la realización de ejercicio. Los gustos y la intensidad del ejercicio son distintos en hombres y mujeres. La mayor dificultad para la práctica de actividad física fue la falta de tiempo.

ABSTRACT

Physical Exercise in Argentine Physicians: a Survey on Their Habits and Attitudes Towards Physical Activity

Background

Sedentarism is associated with higher cardiovascular morbidity and mortality and is increasing in the general population. Physicians should have the best preparation to instruct patients on physical activity. There are, however, no validated local data regarding physician's habits and attitudes towards physical exercise.

Objectives

The aim of the study was to analyze the characteristics of physical activity in a medical population, determine the attitude towards patients regarding exercise, study the relationship between physical activity and age, gender and specialty and evaluate the risk factors of this population.

Methods

We surveyed physicians from the Autonomous City of Buenos Aires and the Greater Buenos Aires using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). To assess the physical activity level a scale based on weekly METS (< 600 METS = low physical activity, > 3000 METS = vigorous physical activity) was applied.

Results

Five hundred and fifty physicians were included (53% male, mean age 38 years). Physical activity levels were low, moderate or vigorous in 37.5%, 57.5%, and 5% of cases, respectively. Eighty percent of the medical population liked to exercise, 92% recommended exercise to their patients and 97% saw it as beneficial for health. The main reason for not performing exercise was lack of time. Men performed more vigorous physical activity than women (20 vs. 15%, $p < 0.01$). Cardiology was the specialty which recommended exercise more frequently to patients (75%).

Conclusions

In this medical population there was a lower prevalence of low physical activity than in the general population, independently of gender, age group or specialty analyzed. Exercise recommendation to patients was generally high, though more elevated in clinical specialties.

Key words > Physicians - Sedentary Lifestyle - Motor Activity - Risk Factors

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

Relevamiento del Consejo de Epidemiología SAC sobre la Actividad Física en los médicos

ACTIVIDAD FÍSICA

Es importante que sus respuestas referentes a su actividad física reflejen su ejercicio durante **las últimas 2 semanas**.

• ¿Le gusta hacer ejercicio físico? SI NO

¿Cuántos días a la semana camina a ritmo normal, al menos durante 10 minutos , para trasladarse de un lugar a otro, para practicar deportes o actividades recreativas, o para placer?	Días por semana Se niega responder <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/>
En los días en que Ud. camina, ¿cuánto tiempo emplea caminando?	Horas Minutos
¿Cuántos días en una semana típica (usual, tipo, normal) realiza Ud. actividades físicas moderadas por al menos 10 minutos , como: andar en bicicleta a un ritmo regular, nadar a un ritmo normal, rastrillar o recojer hojas, o barrer el piso?	Días por semana Se niega responder <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/>
En esos días cuando Ud. realiza este tipo de actividad física, ¿cuánto tiempo emplea en su desempeño?	Horas Minutos
¿Cuántos días en una semana típica (usual, tipo, normal) realiza Ud. actividades físicas vigorosas, por al menos 10 minutos ?	Días por semana Se niega responder <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/>
En esos días cuando Ud. realiza este tipo de actividad física, ¿cuánto tiempo emplea en su desempeño?	Horas Minutos
¿Considera que el ejercicio físico es beneficioso para la salud?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se/ no estoy seguro <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional sanitario le ha aconsejado o indicado que realice ejercicios físicos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerdo/ no estoy seguro <input type="checkbox"/>
¿Cuál ha sido la razón principal por lo cual Ud. o su médico le ha indicado que realice ejercicios físicos?	1. para mantenerse saludable <input type="checkbox"/> 2. para mantener o controlar su peso <input type="checkbox"/> 3. Como complemento para tratar una determinada dolencia que Ud tiene <input type="checkbox"/> 4. Por otro razon <input type="checkbox"/> 5. No se porque razon <input type="checkbox"/>
Si Ud. decidiera comenzar a realizar ejercicios físicos o si ya los practica, ¿conoce algún sitio donde Ud. pueda acudir para recibir asesoría/ayuda sobre la forma en que debe realizarlos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerdo/ no estoy seguro <input type="checkbox"/>
Si Ud. decidiera comenzar a realizar ejercicios físicos o si ya los realiza, ¿considera que existen las facilidades (espacio, áreas dedicadas, seguridad para realizarlos) adecuadas para que Ud. pueda realizarlos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerdo/ no estoy seguro <input type="checkbox"/>
¿Qué Tipo de ejercicio le gusta o gustaría realizar?	<input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Gimnasia <input type="checkbox"/> Trotar <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro Especifique
Si usted no hace ejercicio (o no lo ha hecho durante las últimas 2 semanas), ¿por qué no lo hace?	<input type="checkbox"/> Falta de tiempo <input type="checkbox"/> Falta de ganas <input type="checkbox"/> Falta de lugar donde realizarlo <input type="checkbox"/> Falta de dinero <input type="checkbox"/> Agotamiento <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles?
¿En su práctica clínica habitual, le indica a sus pacientes que realicen actividad física?	<input type="checkbox"/> Les digo que hagan ejercicio <input type="checkbox"/> Les indico que ejercicio, como y cuanto deben realizar <input type="checkbox"/> No les hago ninguna recomendación acerca de realizar ejercicio

Anexo. Encuesta utilizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Turconi G, Cena H. Epidemiology of Obesity. En: Debasis Bagchi, Harry G. Preuss, editors. Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Prevention. Boca Raton, FL: CRC Press; 2007.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud: Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-SP-2009.pdf>. Último acceso: 1 de junio de 2013.
3. Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. Disponible en: http://www.articulos-apuntes.edittec.com/83/es/083_012-024ES.pdf. Último acceso 1 de junio de 2013.

4. Paffenbarger RS Jr, Hyde R. Exercise in the prevention of coronary heart disease. *Prev Med* 1984;13:3-22. <http://doi.org/bf22c>
5. Blair SN, Kohl HW 3rd, Paffenbarger RS Jr, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and women. *JAMA* 1989;262:2395-401. <http://doi.org/fmvmgt>
6. Andersen KL, et al. Habitual physical activity and health. *European Series N° 6*, Copenhagen: World Health Organization, 1978.
7. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012;380:219-29. <http://doi.org/f2fthh>
8. Ministerio de Salud de la Nación, prensa, 2 de agosto de 2012,

- Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/archivo/356-las-muertes-por-inactividad-fisica-ya-se-acercan-a-las-que-provoca-el-tabaco>. Último acceso 5 de febrero de 2013. <http://www.telam.com.ar/nota/32241/>. Último acceso 1 de junio de 2013.
9. Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:20-9.
10. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. *Rev Argent Salud Pública* 2011;2:34-41.
11. Wells KB, Lewis CE, Leake B, Ware JE Jr. Do physicians preach what they practice? A study of physicians' health habits and counseling practices. *JAMA* 1984;252:2846-902. <http://doi.org/djq7m2>
12. Craig C, Marshall A, Sjostrom M, Bauman A, Booth M, Ainsworth B, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1381-95. <http://doi.org/bk5h6s>
13. Arvidsson D, Slinde F, Hulthen L. Physical activity questionnaire for adolescents validated against doubly labelled water. *Eur J Clin Nutr* 2005;59:376-83. <http://doi.org/cts6h7>
14. IPAQ Research Committee. Guidelines for the data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire 2005. Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>. Último acceso 1 de Junio de 2013.
15. Leal E, Aparicio D, Luti Y, Acosta L, Finol F y cols. Actividad física y enfermedad cardiovascular. *Rev Latinoam Hipertens* 2009;4(1):2-16.
16. Gómez L. Estudio para determinar los niveles de actividad física entre las personas de 18 a 65 años en la ciudad de Bogotá. *Gaceta Sanitaria* 2003;12:15-23.
17. Gómez L. Nivel de actividad física global en la población adulta de Bogotá. Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria* 2005;19:32-41.
18. Hall J. Prevalencia del nivel de actividad física en una comunidad urbana marginal de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. *Memorias del Congreso Internacional de Educación Física, Deporte y Ciencias aplicadas. Rev Salud Publ Nutric* 2004;4:31-42.
19. Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativa. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la población chilena de 18 años y más. Septiembre de 2012, Chile.
20. Contreras Fernández JJ, Espinoza Aravena RM, Dighero Eberhard B, Drullinsky Alvo D, Liendo Verdugo R, Soza Rex F. Actitud sedentaria y factores asociados en estudiantes de Medicina. *Rev Andal Med Deporte* 2009;2(4):133-40.
21. Zylbersztejn H, Cardone A, Vainstein N, Mulassi A, Calderón JG, Blanco P y cols. Tabaquismo en Médicos de la República Argentina. Estudio TAMARA. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:109-16.
22. Banegas JR, Lobos JM, Llisterri JL, Gamarra J. Autopercepción de la salud cardiovascular en los médicos de atención primaria. Estudio CHABS. *Med Clin (Barc)* 2011;137:262-8. <http://doi.org/cn8vwh>