

Evaluación y comparación

de la conducta alimentaria de profesionales de la salud en dos centros hospitalarios

Evaluation and comparison of the alimentary behavior of health proffesionals in two hospital centers

Mary Lares^{1,2}, Elevina Perez³, Schroeder Mileibys^{4,5}, Sara Brito¹, Pablo Hernández², Claret Mata².

¹ Departamento de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo".

² Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina – Universidad Central de Venezuela.

³ Instituto de Ciencia y Tecnología de Alimentos de la Facultad de Ciencias – Universidad Central de Venezuela.

⁴ University of Phoenix Human Service and Social Science Department Yuma, Arizona, USA.

⁵ Mountain Health and Wellness (MHW) Yuma, Arizona, USA..

Dirección de correspondencia: Dra. Mary Lares. Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Apartado de Correo 47114, Ciudad Universitaria. Caracas-Venezuela. Teléfono (58 212) 605 06 07 e-mail: marylares@hotmail.com

Recibido: 20/02/2011

Aceptado: 30/03/2011

Resumen

Es de consenso que una alimentación saludable tiene un papel fundamental en la prevención y tratamiento de diversas patologías. Los profesionales de la salud durante su formación académica reciben los conocimientos básicos acerca de una alimentación equilibrada, por lo que se supone serían personas privilegiadas en recursos ideológicos y prácticos para evitar conductas alimentarias que afectaran su salud. Sin embargo, se observa en general, que en los mismos persiste un consumo inadecuado de alimentos y por ende no transmitirían la importancia de una alimentación adecuada a sus pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar y comparar la conducta alimentaria de los profesionales de la salud del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" Caracas-Venezuela y el Mountain Health and Wellness (MHW) Yuma, Arizona, Estados Unidos. Para ello, se aplicó un cuestionario cualitativo de frecuencia del consumo de alimentos a fin de determinar la conducta alimentaria de 35 profesionales de la salud de ambos géneros, 19 en Yuma, Arizona USA y 16 en Caracas, Venezuela. Se observó, del análisis de los resultados, que el impacto de la dieta constituye un riesgo medio para la salud de los individuos de ambos grupos, debido a que los alimentos predominantes, de estas dietas, fueron las grasas saturadas y el sodio, además de un bajo consumo de antioxidantes, fibra y calcio.

Palabras claves: Frecuencia del consumo, hábitos alimentarios, profesionales de salud

Abstract

It is of consensus that a healthy feeding have essential role in the prevention and treatment of diverse pathologies. During academic training, the health professionals must receive basic knowledge about a healthy diet. For hence, it is assumed, that they would be people privileged in ideological and practical resources order to avoid habits eating, that affecting their own health. However, it is usually observed that on this professional persists, the same inappropriate consumption of food and therefore they do not transmit the importance of a healthy diet to their patients. The goal of the study was to evaluate and compare the eating habits from health professional of the Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" Caracas-Venezuela and of the Mountain Health and Wellness (MHW) Yuma, Arizona, United State of America. To perform the assay a qualitative food frequency questionnaire was applied in order to determine the eating behavior of 35 health professionals of both genders; 19 in Yuma, Arizona USA and 16 in Caracas, Venezuela. It was observed from the analysis of the data, that the impact of the diet is a medium risk to the health of individuals in both groups, because the predominant food of these diets, were the saturated fat and sodium, in addition to a low consumption of antioxidants, fiber and calcium.

Key words: Frequency of consumption, eating habits, health professionals.

Introducción

Una alimentación saludable reviste un papel fundamental en la prevención y tratamiento de diversas entidades patológicas, puesto que puede mejorar la calidad de vida, el rendimiento y el bienestar de las personas. Los hábitos alimentarios durante la historia se han constituido como referente social y cultural que refleja a las poblaciones; la evidencia científica del presente que demuestra la relación de causalidad entre el consumo de alimentos y los factores de protección o riesgo para enfermedades crónicas ha sido un determinante para que se considere a los hábitos alimentarios como indicadores sociales y sanitarios¹.

Los profesionales de la salud durante su formación académica reciben conocimientos básicos acerca de una alimentación equilibrada, por lo que se supone serían personas privilegiadas en recursos ideológicos y prácticos para evitar conductas alimentarias que afectaran su salud. Sin embargo, se observa que en los mismos persiste un consumo inadecuado de alimentos; Hewitt² encontró en una muestra de profesionales de la salud de Colombia que un 40% presentaba una dieta poco equilibrada, ya que de éste un 78,08% consumió alimentos especiales o favoritos (grasas, chocolates, etc.), y un 56,16% le agregaba sal a las comidas. En el estudio de Sanabria-Ferrand³ se encontró un porcentaje menor (14,4%) de médicos y enfermeras que presentaban hábitos de alimentación poco saludables.

Existe evidencia⁴⁻⁶ de que los médicos que cuidan su alimentación y practican estilos de vida saludables en general, son los que con mayor frecuencia inducen a los pacientes a adoptar una conducta similar, además de tener un mayor éxito en el seguimiento de sus recomendaciones; en contraste, aquellos profesionales que no mantienen hábitos saludables, tienden a practicar la medicina curativa en lugar de la preventiva y probablemente son menos escuchados por los pacientes cuando les recomiendan hábitos que evidentemente ellos no practican.

De ahí que la adecuada conducta alimentaria cobre mayor importancia cuando se trata de profesionales de la salud³, pues el impacto sobre la salud pública es doble: además de impactar a un grupo en particular, los estilos de vida de dicho grupo recaen en las acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos. Debido a la revisión anterior se realiza este estudio con el objetivo de evaluar y comparar la conducta alimentaria de los profesionales de la salud en dos centros hospitalarios: Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” Caracas-Venezuela y el Centro de Salud Mental “Mountain Health and Wellness (MHW) Yuma, Arizona, Estados Unidos.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio comparativo y transversal, en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, Caracas-Venezuela y el Centro de Salud Mental “Mountain Health and Wellness (MHW) Yuma, Arizona, Estados Unidos. Se seleccionó una muestra de estudio por procedimientos no probabilísticos, conformada por 35 profesionales de las Ciencias de la Salud de ambos géneros, 16 individuos en Caracas y 19 en Yuma. Debido a que es un estudio piloto y que no se trata de una muestra representativa de profesionales de la salud, los resultados no pueden extrapolarse a todos los profesionales del área.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario cualitativo de frecuencia del consumo de alimentos, aplicado por profesionales de la nutrición en el Hospital “Dr. Carlos Arvelo” y auto-administrado en el Centro de Salud Mental “Mountain Health and Wellness (MHW) Yuma, Arizona, Estados Unidos, a aquellos sujetos que decidieron participar en el estudio. El cuestionario constaba de 42 ítems alimentarios con 8 opciones de respuestas cerradas, donde se halló información cualitativa sobre el número de veces que consume un determinado alimento. Dicho cuestionario fue realizado por los autores para tal fin. Se clasificó como consumo muy frecuente (2 y más veces/día, 1 vez/día y 5-6 veces/semana), Consumo frecuente (3-4 veces/semana y 1-2 veces/semana), Consumo poco frecuente (2 veces/mes y 1 vez/mes), Consumo Ocasional (menos de 1 vez/mes) y Nunca (alimentos identificados por el informante como nunca consumidos). Es importante recordar que este estudio de frecuencia de consumo de alimento aporta información cualitativa acerca del número de veces que se consume un determinado alimento y no está diseñado para determinar si la cantidad consumida es suficiente para cubrir los requerimientos establecidos para macro y micronutrientes.

De acuerdo a la metodología plateada, se determinaron parámetros estadísticos descriptivos, con la ayuda del programa Excel® 2007 en el cual se vaciaron y manejaron los datos.

Resultados y discusión

Los hábitos alimentarios conforman uno de los obstáculos que se presentan al establecer un régimen alimenticio adecuado en la mayoría de las personas y constituye un pilar fundamental en el que se debe intervenir. Una buena alimentación debe cumplir con cuatro preceptos primordiales, debe ser: suficiente, completa, armónica y adecuada.

En la comparación de los grupos en estudio se observaron deficiencias en lo que se conoce como una buena alimentación, lo cual podría colocarlos, en algunos casos, en riesgo para la salud. Esto confirma el postulado de que sólo tener el conocimiento sobre la enfermedad y su etiología no es suficiente para producir cambios de conducta que la prevengan⁷⁻⁹. La conducta alimentaria no varía únicamente durante el proceso de formación profesional, sino que está estructurada por múltiples variables, que explican el por qué una

persona adopta o no un hábito alimentario en particular. En el campo de la medicina puede existir un sacrificio de la salud de los profesionales en pro del beneficio de los pacientes; dado el alto grado de ocupación, tiempo de dedicación, turnos rotativos, sobre esfuerzo físico, afectaciones psicológicas (responsabilidad por la vida, sufrimiento y muerte de los pacientes), entre otras, que impiden el desarrollo de adecuados hábitos alimentarios. Umaña-Machado¹⁰ en su investigación con el personal de enfermería reporta que un 39,5% no cuenta con un horario regular de comidas y además un 41,9% se encuentra insatisfecho con el tiempo que el trabajo le otorga para alimentarse.

En el grupo de Cereales y derivados, se observó, que la muestra venezolana consume con mayor frecuencia la pasta, arroz, pan blanco y galletas, sin embargo los cereales de desayuno y el pan integral, en mayoría, nunca son consumidos, por lo cual no se aprovecha la fibra contenida en estos tipos de alimentos. La relación se invierte para el grupo estadounidense, el cual consume en mayor medida los cereales integrales, especialmente el pan integral, limitando además la frecuencia de consumo de los cereales refinados y derivados, en general, tal como se observa en la Tabla 1. Los cereales y sus productos tienen buena disponibilidad en ambos países, se pueden combinar con múltiples alimentos e incluso se obtienen listos para comer, constituyendo la fuente principal de carbohidratos de la dieta.

Tabla 1. Distribución porcentual de los cereales y derivados según categoría de frecuencia de consumo por grupo evaluado

Cereales y derivados	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Ocasional		Nunca	
	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU
	Pan Blanco	31	17	44	22	13	28	6	22	6
Pan Integral	19	24	19	24	19	24	0	12	44	18
Arroz	31	6	63	17	6	72	0	6	0	0
Pasta	6	0	75	24	13	65	6	6	0	6
Cereales (Desayuno)	19	22	31	33	6	17	6	6	38	22
Galletas	25	0	38	24	25	47	6	29	6	0

VEN (n = 16) EEUU (n=19)

En cuanto a la leche y productos lácteos, en la Tabla 2, se observa que el consumo de leche completa se debate, en proporciones similares, entre no consumida y un consumo frecuente y muy frecuente, en el caso de Venezuela. Mientras, que para el grupo de Estados Unidos, la tendencia es a no consumirla. Esta marcada deficiencia en el consumo de leche, limita la ingesta de la principal fuente de calcio en la alimentación. Para la leche descremada, la cual posee menor porcentaje de grasas saturadas y colesterol, la proporción de encuestados que nunca la consumen es mayor, en ambos grupos. En lo que respecta a los quesos, el grupo de Venezuela posee mayor frecuencia de consumo, en contraste con los de Estados Unidos, prefiriendo los quesos blancos. El queso amarillo con mayor cantidad de grasas y considerado típico de los Estados Unidos es más frecuentemente con-

sumido por el grupo de Venezuela, demostrándose de esta manera la transculturización. En general los venezolanos consumen con mayor frecuencia otros derivados lácteos, por ejemplo el yogurt que presenta un consumo de 1 a 2 veces/mes en los estadounidenses, mientras que los venezolanos lo consumen frecuente o muy frecuentemente.

Tabla 2. Distribución porcentual de la leche y derivados lácteos según categoría de frecuencia de consumo por grupo evaluado

Leche y lácteos	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Ocasional		Nunca	
	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU
	Leche Completa	31	37	19	5	6	11	0	5	44
Leche Descremada	13	8	25	0	19	8	6	15	38	69
Quesos Blancos	69	6	31	6	0	19	0	31	0	38
Quesos Amarillos	25	6	31	13	6	31	6	25	31	25
Yogurth	31	6	19	28	13	33	6	17	31	17

VEN (n = 16) EEUU (n=19)

El grupo de Carnes y derivados se consume con mayor frecuencia en el grupo de Venezuela, tal como se observa en la Tabla 3; prefiriendo la carne de res, la carne de pollo sin piel, los huevos y enlatados, los cuales constituyen el principal aporte proteico de las comidas. La carne del pollo con piel (fuente de grasas saturadas y colesterol) y el cerdo son más frecuentemente consumidos en el grupo de Estados Unidos con respecto al grupo de Venezuela. Los embutidos tipo mortadela, salchicha, boloña, etc. poseen un alto contenido de grasas saturadas y sodio, siendo consumidos con mayor frecuencia por los estadounidenses. La ingesta de sodio se ve incrementada en ambos grupos al presentar un consumo frecuente de enlatados.

Tabla 3. Distribución porcentual de la carne y derivados según categoría de frecuencia de consumo por grupo evaluado

CARNES Y DERIVADOS	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Ocasional		Nunca	
	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU
	Carne de pollo c/piel	0	0	6	17	6	33	0	17	88
Carne de pollo s/piel	19	0	75	21	0	53	6	16	0	11
Carne de Res	0	11	94	37	6	47	0	5	0	0
Carne de Cerdo	0	0	6	0	25	47	31	26	38	26
Jamón de Cerdo	13	11	44	0	6	28	6	44	31	17
Embutidos	6	6	25	6	19	44	38	17	13	28
Enlatados	6	11	44	32	31	26	13	26	6	5
Huevos	6	0	63	21	25	63	0	11	6	5
Pescados	0	0	56	6	38	39	6	44	0	11

VEN (n = 16) EEUU (n=19)

En cuanto al Jamón de cerdo y el pescado se observa una diferencia marcada entre los grupos, debido a que los mismos se consumen con menor frecuencia (< 1 vez al mes) en el "Mountain Health and Wellness (MHW) Yuma, Arizona",

mientras que en el Hospital Militar la frecuencia alcanza de 1 a 4 veces a la semana. Llama la atención que el grupo de pescados, fuente de proteínas, minerales y Omega 3 (dependiendo del tipo de pescado) se consume menos de 1 vez al mes en el grupo de Estados Unidos, posiblemente por una menor disponibilidad. En el grupo de Venezuela se consume más frecuentemente el pescado y está relacionado con una ingesta mayor de enlatados, por otro lado es común observar como los beneficios del consumo de pescado se ven opacados por la forma de preparación del mismo, sobre todo cuando se realiza por cocción concentrante (fritura). En cuanto al huevo como fuente de colesterol debería ser consumido con moderación, no obstante, se denota como en el grupo de Venezuela hay un consumo de 1 a 4 veces por semana.

Tabla 4. Distribución porcentual de los vegetales y frutas según categoría de frecuencia de consumo por grupo evaluado

VEGETALES Y FRUTAS	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Ocasional		Nunca	
	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU
	Vegetales (Ensaladas)	44	6	50	39	6	44	0	6	0
Vegetales (Sopa, Cremas)	13	6	25	17	38	44	0	22	25	11
Frutas (Jugos Naturales)	50	11	25	32	13	42	13	11	0	5
Frutas (Enteras o en Trozos)	50	11	13	50	19	22	6	11	13	6

VEN (n = 16)

EEUU (n=19)

En el rubro de vegetales y frutas, se recomienda un consumo de 5 raciones al día, debido a que son conocidas fuentes de vitaminas, minerales y antioxidantes, que previenen múltiples enfermedades como la diabetes, hipertensión, obesidad, entre otras¹¹. En el grupo de Venezuela se observó un consumo medianamente adecuado de frutas, principalmente en jugos naturales, y poco adecuado para los vegetales; mientras que el grupo de Estados Unidos, no consume frecuentemente frutas y vegetales, independientemente de su preparación. Las frutas en jugos naturales representaron un mayor consumo debido a la practicidad que representan aunque se disminuye en mayor medida la cantidad de fibra de estos alimentos. Además, es de consenso que las frutas en jugos tienen mayor aceptación por las personas.

Las leguminosas fuentes de proteínas vegetales y hierro no hem, presentaron un consumo semanal en ambos grupos, mientras que las papas, apio y ocumo se consumen con mayor frecuencia en Venezuela, en este rubro, la forma de preparación marca la diferencia para la disponibilidad de nutrientes, ver Tabla 5.

Tabla 5. Distribución porcentual de los tubérculos y leguminosas según categoría de frecuencia de consumo por grupo evaluado

Tubérculos y leguminosas	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Ocasional		Nunca	
	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU
	Papas, apio, ocumo	6	6	69	39	19	44	0	6	6
Granos	6	13	44	44	38	25	0	6	13	13

VEN (n = 16)

EEUU (n=19)

Las grasas en general son consumidas con mayor frecuencia en el grupo del Hospital Militar, destacándose el consumo de margarina (elaborada con grasa vegetal, fuente de ácidos grasos poliinsaturados y en la cual se ha venido disminuyendo la cantidad de ácidos grasos trans), la mayonesa y los aceites vegetales (fuente igualmente de ácidos grasos poliinsaturados y vitamina E), tal como se observa en la Tabla 6. La mayonesa, fuente de colesterol, se encuentra presente en las comidas rápidas además de los aderezos en las ensaladas que mantienen un “aura saludable” pero que tienen un alto contenido calórico. En la muestra de Estados Unidos, destaca el consumo mensual de mayonesa; mantequilla, fuente de ácidos grasos saturados y colesterol; al igual que la tocineta, alimento considerado muy común en la cultura norteamericana.

Tabla 6. Distribución porcentual de las grasas según categoría de frecuencia de consumo por grupo evaluado

GRASAS	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Ocasional		Nunca	
	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU
	Mantequilla	6	6	13	25	6	44	6	19	69
Margarina	44	6	0	28	0	28	25	22	31	17
Aceite Vegetal	50	5	19	42	6	26	0	11	25	16
Tocineta	0	0	0	0	13	47	25	47	63	6
Mayonesa	19	0	13	17	13	39	25	28	31	17

VEN (n = 16)

EEUU (n=19)

Las comidas rápidas mantienen un consumo mensual o menor, en ambos grupos, siendo los perros calientes, originarios de los Estados Unidos, los más consumidos en el grupo venezolano; mientras que las hamburguesas y pizzas son preferidas en el grupo de Estados Unidos, es justamente en éste donde se observa una minoría que llega a consumir muy frecuentemente este tipo de alimentos, la cual es inexistente en el grupo Venezolano. Las comidas rápidas son más comunes en Norteamérica que en Suramérica y representan para los individuos una opción de alimentación al tener múltiples lugares de venta, ser más económicas, menor tiempo de espera, agradable al paladar y presentar una cantidad que resulta “adecuada” para el consumidor, ver Tabla 7.

Tabla 7. Distribución porcentual de las comidas rápidas según categoría de frecuencia de consumo por grupo evaluado

Alimentos preparados	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Ocasional		Nunca	
	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU
	Hamburguesas	0	5	0	0	44	68	25	26	31
Perros Calientes	0	6	0	0	50	39	19	44	31	11
Pizza	0	0	13	0	31	50	31	50	25	0

VEN (n = 16)

EEUU (n=19)

Los jugos envasados son preferidos en el grupo venezolano, como se observa en la Tabla 8. El café y las bebidas gaseosas presentan un consumo muy frecuente en ambos centros de salud. En cuanto a las bebidas alcohólicas existe un mayor consumo en Venezuela.

Tabla 8. Distribución porcentual de las bebidas según categoría de frecuencia de consumo por grupo evaluado

BEBIDAS	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Ocasional		Nunca	
	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU
	Bebidas Gaseosas	31	26	19	26	25	26	25	16	0
Café	75	50	13	0	0	11	0	6	13	33
Jugos Envasados (cartón o botella)	31	6	25	17	6	28	13	28	25	22
Bebidas Alcohólicas	13	9	31	9	13	18	13	9	31	55

VEN (n = 16)

EEUU (n=19)

El consumo de golosinas y snack se asocia a caries, obesidad, resistencia a la insulina, síndrome metabólico, entre otros problemas de salud como consecuencia de la alta densidad energética que presentan estos alimentos, sin aportar algún otro macro o micronutriente. Los “snacks” más consumidos por el grupo de Estados Unidos son las golosinas. Mientras que el grupo venezolano consume frecuentemente chocolate, chuchería salada y helados de crema, ver Tabla 9. El consumo, por parte de los venezolanos, de helado de crema se debe a que este país cuenta con un clima tropical, por lo que las personas buscan de refrescarse en las temporadas de calor.

Tabla 9. Distribución porcentual de los otros alimentos según categoría de frecuencia de consumo por grupo evaluado

OTROS ALIMENTOS	Muy Frecuente		Frecuente		Poco Frecuente		Ocasional		Nunca	
	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU	VEN	EEUU
	Golosinas	19	26	31	26	6	26	6	16	38
Chocolate	25	50	31	0	19	11	0	6	25	33
Helados de Crema	13	6	13	17	25	28	19	28	31	22
Chucherías Saladas	6	9	31	9	13	18	25	9	25	55

VEN (n = 16)

EEUU (n=19)

Conclusiones

Como conclusión de la evaluación y comparación de la conducta alimentaria de los profesionales de la salud del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” y del Mountain Health and Wellness (MHW) Yuma, Arizona, se evidencia que los hábitos alimentarios de ambos grupos constituyen un riesgo para su salud, además el panorama no es muy diferente al encontrado en las investigaciones de otros países. Debido a que en este tipo de alimentación predominan las grasas saturadas y el sodio, además de un bajo consumo de antioxidantes, fibra y calcio lo cual induciría a la obesidad, hipertensión y a otras diferentes patologías.

También se concluyen que este estudio puede ayudar a que los profesionales de la salud tomen conciencia de la importancia de una alimentación equilibrada que vaya más allá del simple hecho de satisfacer sus gustos, donde la selección de los alimentos se haga con discernimiento entre lo que es be-

neficioso y perjudicial para la salud, para fomentar una conducta alimentaria saludable comenzado por ellos mismos.

Sin embargo, se hace necesario desarrollar otros trabajos de investigación que midan los determinantes socio-cognitivos para la conducta alimentaria por parte de los profesionales de la salud, así como estrategias efectivas para realizar cambios en los hábitos alimentarios que perduren en el tiempo.

Agradecimiento

Se agradece la subvención de esta investigación a los proyectos N° 2007002000 FONACIT- PCP. Francia–Venezuela y N° PG 037/2010 del Consejo de Desarrollo Científico y humanístico CDCH-UCV, y a la M.Sc. Yuly Velazco Gutiérrez, Jefa de la Cátedra de Salud Pública de la Escuela de Nutrición y Dietética.

Referencias

1. Velazco Gutiérrez Y. Evaluación del consumo de alimentos como campo de investigación en Venezuela. Aspectos técnicos y metodológicos. Revista Tribuna del Investigador. 2009;10(1-2):1-26.
2. Hewitt Ramírez N. Estilo de vida en profesionales de la salud del municipio de Zipaquirá. Psychologia. Avances de la Disciplina. 2007;1(1):61-97.
3. Sanabria-Ferrand PA, González LA, Urrego DZ. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. Rev Med. 2007;15(2):207-17.
4. Frank E. Physician health and patient care. JAMA. 2004; 4;291(5):637.
5. Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study. Arch Fam Med. 2000;9:359-67.
6. Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. JAMA. 2000;9:287-90.
7. Sanabria-Ferrand PA. Efectividad de un programa cognitivo social para prevenir el cáncer de piel en mujeres adolescentes. Univ Psychol. 2006;5(3):585-97.
8. Heaney D, Wyke S, Wilson P, Elton R, Rutledge P. Assessment of impact of information booklets on use of healthcare services: randomised controlled trial. BMJ. 2001;322:1218-21.
9. Villacreses T, Norambuena A, Zillmann G, Michea A, López MA. Estado nutricional y riesgo cariogénico según hábitos dietéticos en profesionales de la salud del hospital San Juan de Dios. Chile. En memorias de la Reunión Anual de la Asociación Internacional de Investigación Dental. 2010, Ago 7; Montevideo, Uruguay; 2010. Acceso en: http://iadr.confex.com/iadr/uruguay10/preliminaryprogram/session_24475.htm
10. Umaña-Machado A. Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales en enfermería, Hospital de Guápiles, 2005. Enfermería en Costa Rica. 2007; 28(1):5-11.
11. Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (OMS/FAO). Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Informe de una Consulta Mixta OMS/FAO de Expertos en Régimen Alimentario, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Serie de Informes Técnicos 916. Ginebra-Suiza: OMS; 2003.