



Licenciatura en Nutrición

Trabajo Final Integrador

“Conocimientos y criterios de elección de diferentes tipos de sal de mesa en un establecimiento gastronómico de la localidad de Luján año 2016”

Alumna: Romina Paula Arroyo

Docentes: Lic. Celeste Concilio y Lic. Eleonora Zummer.

Marzo - Diciembre 2016

AGRADECIMIENTOS

Llegó el día tan esperado para mí y quería agradecerle a las personas que estuvieron presente a lo largo de mi carrera, primero a mi tutora Celeste Concilio que bajo su supervisión hizo que fuera posible la realización de mi tesis.

Gracias por su apoyo y ser la columna vertebral de mi tesis.

Después quería agradecerle a mi familia, que me apoyaron en todo momento, desde el día uno de mi inicio de clases.

A todos mis compañeros del trabajo y de la universidad que siempre me dieron buenas energías.

Y por último, a la persona que llegó en el momento justo de mi vida, en el momento que estaba más estancada en mi carrera y gracias a su apoyo e insistencia, me motivo para no bajar los brazos y luchar por la carrera que amo; mi compañero de vida Lucas.

Gracias a todos los que formaron parte de ésta alegría tan grande y éste esfuerzo enorme que me llevo, terminar la carrera.

No fue fácil, pero lo logré...

Romina Arroyo.

CONOCIMIENTOS Y CRITERIOS DE ELECCIÓN DE DIFERENTES TIPOS DE SAL DE MESA, EN UN ESTABLECIMIENTO GASTRONÓMICO DE LA LOCALIDAD DE LUJÁN AÑO 2016.

Autor: Romina Paula Arroyo

romiss_s@yahoo.com.ar

Institución: Universidad Isalud

Introducción: La hipertensión arterial sigue siendo un tema de estudio para los investigadores, ya que se ha demostrado que en grupos de personas mayores a 45 años de edad, el 90% de los casos desarrolla la hipertensión primaria y menos del 10% desarrolla hipertensión arterial secundaria. Por tal razón es importante conocer los factores de riesgos tradicionales modificables y no modificables que influyen en el desarrollo de la enfermedad.

Objetivos: Analizar los conocimientos y criterios de elección de diferentes tipos de sal de mesa en un establecimiento gastronómico de la localidad de Luján año 2016.

Materiales y métodos: Se realizó una encuesta autoadministrada en el restaurant "Lo de Carlitos" en donde participaron 107 personas mayores de edad, que ése día asistieron al local.

Resultados: El consumo de sal común fue mayor en el sexo femenino. Las sales dietéticas y modificadas fueron las menos utilizadas por la población encuestada. Un 18 % padecían hipertensión y más de la mitad de la población, manifestaba conocer la ley 26.905 de reducción de consumo de sodio.

Conclusión: La mayoría de la población, consume sal común como primer instancia, siguiendo de sal marina, modificada y por último, la sal con 0 % de sodio que es la dietética.

Palabras clave: sal de mesa, conocimientos, criterios de elección, ley 26.905

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Marco Teórico	2-15
2.1. Enfermedades crónicas no trasmisibles	2-3
2.2. Tipos de ECNT	3-6
2.3. Hipertensión arterial	6-7
2.4. Leyes	7-9
2.5. Tipos de sal de mesa	9-14
2.6. Recomendación de la OMS	14-15
2.7. Estado del arte	16-18
3. Propósito y Objetivos	19
4. Diseño	19
5. Población y Muestra	20
6. Material y Métodos	20
7. Variables	20-26
8. Resultados	27-40
9. Conclusiones	41-42
10. Bibliografía	43-46
11. Anexos	47

1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) sigue siendo un tema de estudio para los investigadores, ya que se ha demostrado que en grupos de personas mayores a 45 años de edad, el 90% de los casos desarrolla la hipertensión esencial o primaria y menos del 10% desarrolla hipertensión arterial secundaria. Por tal razón es importante conocer los factores de riesgos tradicionales modificables y no modificables que influyen en el desarrollo de la enfermedad. (1)

En Argentina las enfermedades del sistema circulatorio representan la principal causa de muerte. En el año 2013, según la tercera encuesta de enfermedades no transmisibles, se estimó que 9,4 millones de personas fallecen en el mundo debido a la HTA, representando el 12,8% del total de muertes anuales. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo para las principales enfermedades que se incluyen en esta categoría. (2)

La prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA nos obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la HTA, fundamentalmente la ley de reducción de consumo de sodio, como una iniciativa de salud pública, tendiente a bajar el consumo, la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, el tabaquismo y el alcoholismo. (3)

Uno de los factores que influye en el aumento de la presión arterial, es el alto consumo de sodio, por parte de las personas. Muchas de éstas, no miden el consumo diario de sodio que le adicionan a los alimentos, ni tampoco, reconocen que los alimentos ya poseen demasiado contenido de sodio.

A partir de lo que se dijo anteriormente es necesario investigar, el conocimiento y los criterios de elección de los diferentes tipos de sal de mesa que existen en el mercado, en un establecimiento gastronómico.

2. MARCO TEÓRICO

Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

La transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas generó un aumento de las llamadas enfermedades no transmisibles.

El crecimiento de estas enfermedades en todo el mundo amenaza a futuro, la capacidad de respuesta de los sistemas de atención para la salud, lo cual nuestro país no escapa a esta realidad, que sumada a las enfermedades infectocontagiosas (herpes, dengue, hepatitis, virus de la inmunodeficiencia humana, etc.), enfrenta a nuestro sistema sanitario a importantes desafíos producto de esta “doble carga” de enfermedad. (4)

Las ECNT, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración, crónicas y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las cardiovasculares (como la hipertensión arterial, los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

La carga de enfermedad y mortalidad atribuida a estas enfermedades, ha ido en aumento en los últimos años. Por consiguiente la incidencia de éstas ha aumentado en las últimas décadas. Se ha estimado que en el año 2008 el 62% de las muertes y cerca del 50% de la carga de enfermedad a nivel mundial se debieron a ECNT.

Además, estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que para 2020 el 75% de las muertes en el mundo serán atribuibles a este tipo de enfermedades nombradas anteriormente. (5)

Cabe destacar que una vez que los factores de riesgo de dichas enfermedades se manifiestan, se necesitan de sistemas de salud para proporcionar una detección temprana y realizar controles. Sin embargo, este no es sólo un problema de los sistemas de atención de salud sino de los pacientes, ya que existen comprobadas dificultades de estos para seguir las indicaciones y adherirse al tratamiento. (6)

Es aquí donde cobra importancia la legislación de salud; es decir, la ley como reguladora de la conducta humana, como instrumento para alcanzar objetivos sanitarios y motor para incluir el tratamiento de estas enfermedades en la agenda de la salud.

Por eso mismo desde el Ministerio de Salud de Argentina (MSAL) se aprobó y puso en marcha la “Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles” mediante resolución ministerial 1083/09.

Ésta se basa en la estrategia regional formulada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y tiene como objetivo la promoción de la salud a través de acciones de base poblacional, manejo integrado de las ECNT en los servicios de salud y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.

Otro de los objetivos a nivel mundial es fortalecer el cuidado de la salud para personas con ECNT, por medio del desarrollo de normas y guías costo efectivas, priorizando las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cánceres y enfermedades respiratorias. (4)

En 1948, el Framingham Heart Study, bajo la dirección del Instituto Nacional del Corazón (ahora conocido como el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y la Sangre o NHLBI) se embarcó en un ambicioso proyecto de investigación en salud. El objetivo del estudio del corazón de Framingham fue identificar los factores o características comunes que contribuyen a las enfermedades cardiovasculares, siguiendo su desarrollo durante un largo período de tiempo en un gran grupo de participantes que aún no habían desarrollado síntomas evidentes de enfermedad cardiovascular o sufrido un ataque al corazón.

Con los años, un control cuidadoso de la población del estudio de Framingham ha llevado a la identificación de los principales factores de riesgo de ECV.

Las ECNT que fueron identificadas por este estudio fueron, la fibrilación auricular, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad coronaria, diabetes, hipertensión, claudicación intermitente y accidente cerebro vascular.

Fibrilación auricular

Los factores de riesgo identificados fueron:

- Edad
- Índice de masa corporal
- Hipertrofia del ventrículo izquierdo
- Diabetes
- Ruido significativo
- infarto de miocardio prevalente

Enfermedad cardiovascular

Los factores de riesgo identificados fueron:

- Diabetes
- Fumar
- Control y no control de la presión arterial sistólica
- Colesterol total
- Colesterol HDL
- IMC sustitución de lípidos en un modelo más sencillo
- Edad

Insuficiencia cardíaca congestiva

Los factores de riesgo identificados fueron:

- Edad
- Hipertrofia del ventrículo izquierdo
- Ritmo cardiaco
- Presión sanguínea sistólica
- Enfermedad coronaria
- Enfermedad de la válvula
- Diabetes
- IMC
- Cardiomegalia

Enfermedad coronaria

Los factores de riesgo identificados fueron:

- Edad
- Diabetes
- Fumar
- Categorías de presión arterial
- Categorías de colesterol total
- Categorías de colesterol LDL

Tabla 1: Clasificación de la presión arterial para adultos de 18 y más años

Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Óptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión Grado 1 (leve)	140-159	90-99
Subgrupo Limítrofe	140 -149	90-94
Grado 2 (moderada)	160-179	100-109
Grado 3 (grave)	≥180	≥110
Hipertensión sistólica aislada	> 140	< 90
Subgrupo limítrofe	140 – 149	< 90

(7)

Diabetes

Los factores de riesgo identificados fueron:

- Las categorías de edad
- Género
- La glucosa en ayunas superior a 100 mg / dl
- IMC (Índice de Masa Corporal)
- categorías de colesterol HDL
- Triglicéridos por encima de 150 mg / dl
- categorías de presión arterial
- Historia familiar de diabetes

Hipertensión Arterial

Los factores de riesgo identificados fueron:

- Sexo masculino
- Presión arterial (sistólica y diastólica)
- IMC (Índice de Masa Corporal)
- Fumar

Claudicación intermitente

Los factores de riesgo identificados fueron:

- Sexo
- Edad
- El colesterol sérico
- Hipertensión
- Fumar cigarrillos
- Diabetes
- Enfermedad coronaria

Accidente cerebro vascular (acv)

Los factores de riesgo identificados fueron:

- Años
- Presión sanguínea sistólica
- Diabetes
- Fumar cigarrillos
- Enfermedad cardiovascular previa
- Fibrilación auricular
- Hipertrofia del ventrículo izquierdo
- Uso de medicación hipertensiva

Todos los datos fueron investigados por el estudio de Frammingham. (8)

Las ECNT más frecuentes y con una mayor importancia en la Región de América son las cardiovasculares (incluida la hipertensión), por eso es necesario investigarla.

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es el factor de riesgo con mayor mortalidad atribuible y el quinto respecto a la carga de enfermedad a nivel global.

Es responsable del 54% de la pérdida de años de vida saludables por accidentes cerebro vasculares y del 45% de los debidos a causas isquémicas.

En 2005 se realizó en Argentina la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, que permitió contar con una línea de base y priorizar acciones de prevención y control.

Los siguientes datos fueron sobre la hipertensión arterial.

En todo el país, el 68,4% de las personas refirió haberse controlado la presión arterial en el último año por un profesional de la salud, mayor porcentaje en mujeres que en hombres. Se observó un control menor de valores de presión arterial en el último año en las regiones del noreste y el noroeste y a menor ingreso. En personas que poseen cobertura de obras sociales o sistemas prepagos, la frecuencia de control fue del 74,2% versus el 57,4% en las personas con cobertura sólo pública. La prevalencia de presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud en personas que refirieron haberse controlado la presión arterial fue del 34,4%, del 10,7% sólo una vez y del 23,7% en más de una vez. De las personas con presión arterial elevada en más de una oportunidad, sólo el 63,5% recibía tratamiento. Las mujeres mostraron mayor prevalencia de presión arterial elevada. La prevalencia de ésta patología, se incrementó con el aumento de la edad y fue similar entre regiones. (9)

La realización de mediciones de presión arterial en los últimos 2 años se incrementó 3% en comparación con la encuesta de factores de riesgo 2005 y no se observaron cambios en la prevalencia de hipertensión Arterial. (4)

En Argentina las enfermedades del sistema circulatorio representan la principal causa de muerte. En el año 2009 se produjeron 89.916 muertes por estas entidades. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo para las principales enfermedades que se incluyen en esta categoría.

En América del Sur en el 2010 se situó entre los tres factores de riesgo principales de muerte y de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en personas mayores de 50 años.

Por eso mismo desde el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles se llevan a cabo diferentes estrategias para disminuir la hipertensión.(2)

Una de las medidas a tomar fue la iniciativa “Menos sal más vida” (10) y la Ley Nacional N° 26.905 de Regulación del Consumo de Sodio (11) constituyen ejemplos de intervenciones poblacionales que, a través de la reducción de la ingesta de sodio, buscan disminuir la presión arterial de la población general y a su vez la enfermedad cardiovascular. (2)

El 13 de noviembre de 2013 la Cámara Alta sancionó la Ley de Regulación del Consumo de Sodio y el 28 de septiembre se propuso la campaña menos sal, más vida, realizada por el Ministerio de salud de la Nación. (12)

El senado y la cámara de diputados, aplicaron el artículo 4 del proyecto de ley donde se detallan los puntos críticos a modificar:

- a) Determinar los lineamientos de la política sanitaria para la promoción de hábitos saludables y prioritariamente reducir el consumo de sodio en la población;
- b) Establecer, fijar y controlar las pautas de reducción de contenido de sodio en los alimentos conforme lo determina la presente ley;
- c) Fijar en los envases en los que se comercializa el sodio los mensajes sanitarios que adviertan sobre los riesgos que implica su excesivo consumo;
- d) Determinar en la publicidad de los productos con contenido de sodio los mensajes sanitarios sobre los riesgos que implica su consumo excesivo;
- e) Determinar en acuerdo con las autoridades jurisdiccionales el mensaje sanitario que deben acompañar los menús de los establecimientos gastronómicos, respecto de los riesgos del consumo excesivo de sal;
- f) Establecer en acuerdo con las autoridades jurisdiccionales los menús alternativos de comidas sin sal agregada;
- g) Establecer para los casos de comercialización de sodio en sobres que los mismos no deben exceder de cero con cinco gramos (0.5 g.);
- h) Promover la aplicación progresiva de la presente ley en los plazos que se determinan, con la industria de la alimentación y los comerciantes minoristas que empleen sodio en la elaboración de alimentos;
- i) Promover con organismos públicos y organizaciones privadas programas de investigación y estadísticas sobre la incidencia del consumo de sodio en la alimentación de la población;
- j) Desarrollar campañas de difusión y concientización que adviertan sobre los riesgos del consumo excesivo de sal y promuevan el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio.(13)

Menos sal mas vida, es una iniciativa que se realizó para disminuir el consumo de Sal de la población y a su vez reducir la importante carga sanitaria que representan las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Representa una de las principales acciones de promoción de la salud y forma parte de un plan integral de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

Ésta ley sirvió para concientizar a la población sobre la necesidad de disminuir el consumo de sodio en las comidas, la reducción de sal en los panes elaborados en panaderías y en productos procesados como embutidos.

La recomendación para utilizar sal en panaderías es de 750 gramos de sal por cada bolsa de 50 kg de harina en la elaboración de panificados. (10)

Otra de las leyes nombradas anteriormente es la ley de regulación de consumo de sodio, cuyo objetivo es promover la reducción de consumo de sodio en la población, promoviendo en organismos públicos y privados programas de investigación y proporcionando datos estadísticos sobre la incidencia del consumo de sodio en la alimentación de la población.

Las medidas que se tomaron fueron: establecer menús alternativos de comidas sin sal agregada, ofrecer sal en sobres y de sal con bajo contenido de sodio, en establecimientos gastronómicos, en caso de comercializar sodio en sobres, la recomendación máxima de contenido de sodio debe ser de 500 mg y fijar en los envases advertencias sobre alto contenido de sodio y sus efectos sobre la salud. En cuanto a los locales gastronómicos, se prevé un acuerdo con las autoridades jurisdiccionales para promover la publicación de una leyenda con advertencia sanitaria en los menús de los establecimientos; la oferta de alternativas sin sal agregada, limitaciones a la sugerencia espontánea de saleros, así como la disponibilidad de sal en sobre y con bajo contenido de sodio. (14)

A raíz de estas leyes, la industria fue agregando diferentes tipos de sal de mesa en el mercado, para mejorar la salud cardiovascular de las personas.

Las sales agregadas por el mercado fueron, sal modificada, sal marina y sal dietética.

Es necesario primeramente explicar que es la sal de mesa común.

Tipos de sales disponibles en el mercado

Sal de mesa

Una sal es un compuesto químico formado por cationes (iones con carga positiva) enlazados a aniones (iones con carga negativa). Son el producto típico de una reacción química entre una base y un ácido, donde la base proporciona el catión y el ácido el anión. El ejemplo más común es el cloruro de sodio, denominada comúnmente como sal de mesa. Su fórmula molecular es NaCl.

Un gramo de sal contiene 600 mg de cloro y 40 mg de sodio y además esta yodada por ley. El sodio es el principal catión del líquido extracelular, indispensable para la regulación del volumen de ese líquido, la osmolaridad, el equilibrio ácido base y el potencial de membrana de las células.

Sales dietéticas

Son libres de cloruro de sodio (ClNa), a base de Cloruro de potasio o de amonio. Si bien no aportan nada de sodio, no pueden ser utilizadas en todas las patologías. Para seleccionar sales de potasio se

debe asegurar que exista buena diuresis y que no haya compromiso renal. Para usar sales de amonio, no debe existir compromiso hepático.

Nombres comerciales de sal dietética son:

Sal Udable (nutraceuticos)



Fuente: internet

Ingredientes: Cloruro de potasio, Sulfato de Magnesio, ACI (Acido Tartárico), Arroz deshidratado finamente molido, Cloruro de Calcio, AN AH (Almidón de maíz), Cloruro de Sodio y Yodo (33ppm)
Ley Nacional N° 17.259.

Sal diet (dhaham Singh)



Fuente: internet

Genser dietética



Fuente: internet

Ingredientes: cloruro de potasio, bicarbonato de potasio, ácido tartrato de potasio, ácido tartárico, yoduro de potasio y Anti-Humectante dióxido de silicio y carbonato de magnesio.

Sales modificadas

Son sales con menos contenido de ClNa. Las sales modificadas que aportan aproximadamente un 70% menos de Na, presentan la siguiente composición:

- $\frac{1}{3}$ ClNa (33% = 330 mg ClNa)
 - $\frac{2}{3}$ ClK (66% = 660 mg ClNa)
- } **1 g de sal modificada =**
132 mg de sodio

Las sales modificadas que aportan aproximadamente un 50% menos de Na presentan la siguiente composición:

- $\frac{1}{2}$ ClNa (50% = 500 mg ClNa)
 - $\frac{1}{2}$ ClK (50% = 500 mg ClK)
- } **1 gs de sal modificada =**
180/200 mg de sodio

Nombres comerciales de sal modificada son:

Genser clásica (66 % menos de sodio)



Fuente: internet

Genser sabores (70 % menos de sodio)



Fuente: internet

Celusal light (66 % menos de sodio)



Fuente: internet

Sal marina

La sal marina es procedente de la evaporación del agua de mar. Contiene naturalmente sodio, iodo, magnesio y potasio.(15)

Nombres comerciales de sal marina son:

Sal marina liquida (gota de mar)

SoloStocks



Fuente: internet

Sal marina (Gell Singh)



Fuente: internet

Recomendaciones de consumo

La OMS recomienda reducir la ingesta de sodio para reducir la tensión arterial y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebro vascular y cardiopatía coronaria en adultos.

La OMS recomienda reducir el consumo de sodio en los adultos a menos de 2 g/día (5 g/día de sal).
(5)

Los datos de consumo de sodio a nivel poblacional, según el Ministerio de Salud y la fundación interamericana del corazón argentina son:

- 12 gr (**4718 mg de Sodio**) de sal consumen en promedio diariamente los argentinos, cuando lo recomendado son 5 gr.
- 17,3% de la población agrega habitualmente sal a la comida luego de la cocción.
- 65% - 70% aproximadamente del sodio que se consume en Argentina proviene de los alimentos procesados o industrializados.
- 34,1% de la población tiene hipertensión arterial. (16)

La disminución de 3 gr. de la ingesta diaria de sal de la población argentina evitaría en nuestro país cerca de 6.000 muertes por enfermedad cardiovascular y ataques cerebrales, y aproximadamente 60.000 eventos cada año. (17)

Por eso es necesario investigar el conocimiento y los criterios de elección de los diferentes tipos de sal de mesa anteriormente nombrados.



Fuente: internet

ESTADO DEL ARTE

Se ha realizado una investigación sobre los conocimientos de la sal y el sodio, comparando con Argentina, Ecuador y Costa Rica,

Fue un estudio cualitativo-exploratorio basado en entrevistas semiestructuradas, según las categorías del modelo de creencias en salud. Se realizaron 34 entrevistas y 6 grupos focales con líderes comunales (71 informantes en total) en áreas rurales y urbanas de Argentina, Costa Rica y Ecuador.

El objetivo del siguiente estudio fue el siguiente: Identificar los conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de la sal y el sodio alimentarios y su relación con la salud y el etiquetado nutricional de los alimentos, en tres países de la Región.

Los resultados que pudieron obtener fueron que el consumo de sal varía en las áreas rurales y urbanas de los tres países (Argentina, Ecuador y Costa Rica).

En Ecuador y Argentina algunos refirieron conocer las recomendaciones internacionales de consumo diario de sal: "una cucharada pequeña de sal" o "5 gramos al día", respectivamente. En Costa Rica, la mayoría refirió que desconocía esas recomendaciones.

En Costa Rica y Ecuador se encontró que la mayoría considera que no consumen una cantidad excesiva de sal común y, por lo tanto, esta no representa ningún riesgo para su salud. Así mismo, no consideran otras fuentes de sodio, como la sal y el propio sodio presentes en los alimentos procesados y preparados. Los participantes consideraban que algunas prácticas de preparación de alimentos están arraigadas en la población, como agregar sal a las frutas y el uso de condimentos y salsas en una misma preparación.

Para la mayoría de los entrevistados, los alimentos no se podrían consumir sin sal y solo las personas que consumen una cantidad excesiva de sal tendrían riesgos para la salud. Se desconoce que los alimentos procesados contienen sal y sodio. Aunque no medían la cantidad de sal agregada a las comidas, los participantes consideraban que consumían poca sal y no percibían su salud en riesgo. La

mayoría de los informantes no revisaba la información nutricional y los que lo hacían manifestaron no comprenderla. (18)

Otro estudio que se realizó fue en San Francisco (Chile), donde se investigaron los factores de riesgo cardiovasculares y el riesgo de mortalidad en adultos.

La población fue de 11.600 adultos viviendo en el centro urbano de Mostazal, Chile, se realizó un estudio de cohorte prospectivo de una muestra aleatoria ponderada de 795 sujetos seguidos durante 8 años.

Desde 1997 a 1999 se evaluó la estatura (percentiles 50 y 75 por sexo), hipertensión, diabetes, dislipidemia, obesidad, tabaquismo, consumo de alcohol y antecedentes hereditarios de enfermedad cardiovascular. El riesgo relativo de mortalidad por cualquier causa fue estimado a través de modelos de regresión de Cox ajustando por edad, sexo, factores de riesgo, educación e ingreso.

Durante un período de seguimiento de 8 años (promedio $8,1 \pm 0,92$ años), ocurrieron 46 eventos fatales. Las causas de muerte en esta cohorte, siguieron un patrón similar al observado en el país para el período de estudio. Las tres principales fueron enfermedades cardiovasculares (33%), tumores malignos (24%) y enfermedades respiratorias (17%). (19)

Se realizó un estudio en República Dominicana, sobre factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico.

El estudio es de tipo analítico y transversal con el objetivo de obtener información referente a los principales factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico que afectan a la población de la República Dominicana. La población de estudio corresponde a todos los habitantes de 18 a 75 años que residen en las diferentes regiones y sectores del país durante el periodo de recolección de datos, desde Julio 2010 a Octubre 2011. Se realizó una encuesta de hogares en una muestra aleatoria de los municipios del país para estimar la situación real del de los Factores de Riesgo Cardiovascular, incluyendo hipertensión arterial, hábito de fumar, obesidad, vida sedentaria, perfil de lípidos y niveles de glicemia de la población dominicana.

Los resultados fueron los siguientes: la edad promedio fue de 39 años \pm 15.3, el peso 71.5 kgs \pm 17.4 (157 libras), la TA sistólica 123.5 \pm 21.3 mms Hg, la diastólica 80 \pm 12.8 mms Hg, el índice de masa corporal 27.3 kgrs/m², la glucemia ayunas 95. mg/dl \pm 37, el colesterol total 186.4 mg/dl \pm 45.8, el colesterol LDL 115.5 mg/dl \pm 39.8, el colesterol HDL 45.6 mg/ %, siendo mayor en el hombre que en la mujer: 38.7 % versus 32.8 % respectivamente. Con respecto al habito del tabaco se estableció que el 79 % no estaba actualmente involucrado en el habito del tabaco y el 21 % restante estaba distribuido del siguiente modo: fumadores activos 8 %, fumadores pasivos 1.9 % y ex fumadores 19 %.

La conclusión final, dio que el antecedente principal y posiblemente el más fiable en términos de interrogatorio fue la hipertensión arterial para un 72 %, le siguió la diabetes con un 45 %, los antecedentes familiares de obesidad 42 % y luego vienen cifras más bajas para el accidente cerebrovascular (ACV) 26 %, la enfermedad coronaria 22 % y la muerte súbita para un porcentaje que parece alto del 12.4 %. (20)

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los conocimientos y criterios de elección de diferentes tipos de sal de mesa en un establecimiento gastronómico de la localidad de Luján año 2016?

OBJETIVOS

General:

- Analizar los conocimientos y criterios de elección de diferentes tipos de sal de mesa en un establecimiento gastronómico de la localidad de Luján año 2016.

Específicos:

- Analizar el hábito de consumo de sal de mesa.
- Identificar el conocimiento de la existencia de la ley 26.905 en Restaurantes.
- Analizar la utilización y motivos de elección de diferentes tipos de sales de mesa.
- Identificar el conocimiento de los diferentes tipos de sales de mesa.

4. METODOLOGÍA

- **Tipo de diseño de investigación**

El diseño en estudio es descriptivo, observacional y transversal.

5. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Adultos mayores de 18 años

Tipo de Muestreo: No probabilístico accidental

Criterios de inclusión: Adultos mayores de 18 años que concurren al establecimiento gastronómico “Lo de Carlitos” de la localidad de Lujan.

Criterios de Exclusión: Personas analfabetas y personas que no deseen participar de la encuesta.

Criterios de Eliminación: Encuestas que se encuentren incompletas o aquellos que no decidan terminar con la misma. Encuestas ilegibles o que falte algún dato indispensable.

6. VARIABLES

1. SEXO

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: FEMENINO

MASCULINO

2. EDAD

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: edad numérica

3. PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SI (presencia de la enfermedad)

NO (carencia de la enfermedad)

4. CONSUMO DE MEDICACIÓN PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SI (Toma medicación para la hipertensión)

NO (No toma medicación para la hipertensión)

5. CONOCIMIENTO DE LA LEY 26.905

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SI (cuando refiere conocer la ley que se aplica para la reducción de consumo de sodio)

NO (cuando refiere desconocer la existencia de una ley sobre consumo de sodio)

NO SABE / NO CONTESTA

6. CONOCIMIENTO DE LAS SALES DIETÉTICAS

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SI (cuando refiere conocer la existencia de un tipo de sal que se llama dietética)

NO (cuando refiere desconocer la existencia de una sal que se llama dietética)

NO SABE / NO CONTESTA

6.2 DEFINICIÓN DEL USUARIO DE SAL DIETÉTICA

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SAL CON 50 % MENOS DE SODIO

SAL SIN SODIO

SAL CON 25 % MENOS DE SODIO

NO SABE / NO CONTESTA

7. CONOCIMIENTO DE LAS SALES MODIFICADAS

7.1

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SI (cuando dice conocer la existencia de un tipo de sal que se llama modificada)

NO (cuando dice no conocer la existencia de una sal que se llama modificada)

NO SABE / NO CONTESTA

7.2 DEFINICIÓN DEL USUARIO DE SAL MODIFICADA

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SAL CON 50 % O 70 % MENOS DE SODIO

SAL CON 25 % MENOS DE SODIO

SAL SIN SODIO

NO SABE / NO CONTESTA

8. CONOCIMIENTO DE LA SAL MARINA

8.1

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SI (cuando dice conocer la existencia de un tipo de sal que se llama marina)

NO (cuando dice no conocer la existencia de una sal que se llama marina)

NO SABE / NO CONTESTA

8.2 DEFINICIÓN DEL USUARIO DE SAL MARINA

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SAL CON 50 % O 70 % MENOS DE SODIO

SAL CON 25 % MENOS DE SODIO

SAL SIN SODIO

NO SABE / NO CONTESTA

9. ELECCIÓN DE SAL EN EL ESTABLECIMIENTO

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SAL COMÚN

SAL DIETÉTICA

SAL MODIFICADA

SAL MARINA

NINGUNA

10. POTENCIAL ELECCIÓN DE OTRAS SALES EN EL ESTABLECIMIENTO

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SI (cuando dice probar alguna de las otras sales nombradas)

NO (cuando dice no probar alguna de las otras sales nombradas)

NO SABE / NO CONTESTA

11. HÁBITO DE USO DE SALERO EN LA MESA DE UN ESTABLECIMIENTO GASTRONÓMICO

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SI (cuando refiere que pediría el salero si no hubiese estado en la mesa)

NO (cuando refiere que no pediría el salero si no hubiese estado en la mesa)

NO SABE / NO CONTESTA

12. CONOCIMIENTO SOBRE ADICIÓN DE SAL EN EL ESTABLECIMIENTO GASTRONÓMICO

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SI (cuando refiere conoce si le adicionan sal a las comidas en el establecimiento)

NO (cuando no refiere conocer si le adicionan sal a las comidas en el establecimiento)

NO SABE / NO CONTESTA

13. UTILIZACIÓN DE SAL EN EL HOGAR

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SAL COMÚN

SAL DIETÉTICA

SAL MODIFICADA

SAL MARINA

NO USA

USA MÁS DE UNA

14. USO HABITUAL DE SAL EN EL HOGAR

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: CON RESTRICCIÓN (cuando refiere tomar conciencia de la cantidad de sal que le agrega a las comidas y mide las cantidades)

SIN RESTRICCIÓN (cuando refiere no tomar conciencia de la cantidad de sal que le agrega a las comidas y no mide las cantidades)

15. MOTIVO DEL USO DE SAL COMÚN

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: POR GUSTO

SALA MAS LA COMIDA

MÁS FÁCIL DE CONSEGUIR

ES MÁS BARATA

OTRO MOTIVO (tipo)

16. MOTIVO DEL USO DE SAL DIETÉTICA

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: POR GUSTO

POR TENER HIPERTENSIÓN ARTERIAL

POR PREVENCIÓN

POR RECOMENDACIÓN PROFESIONAL

OTRO MOTIVO (tipo)

17. MOTIVO DEL USO DE SAL MODIFICADA

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: POR GUSTO

POR TENER HIPERTENSIÓN ARTERIAL

POR PREVENCIÓN

POR RECOMENDACIÓN PROFESIONAL

OTRO MOTIVO (tipo)

18. MOTIVO DEL USO DE LA SAL MARINA

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: POR GUSTO

POR TENER HIPERTENSIÓN ARTERIAL

POR PREVENCIÓN

POR RECOMENDACIÓN PROFESIONAL

OTRO MOTIVO (tipo)

19. USO HABITUAL DEL SALERO EN LA MESA

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SI (cuando refiere llevar el salero a la mesa en el hogar)

NO (cuando no refiere llevar el salero a la mesa en el hogar)

20. ADICIÓN DE SAL A LAS COMIDAS ANTES DE PROBAR

FUENTE: Individuo en estudio.

CLASIFICACIÓN: SIEMPRE (cuando refiere habitualmente adiciona sal a las comidas antes de probarlas)

A VECES (cuando refiere pocas veces adiciona sal a las comidas antes de probarlas)

NUNCA (cuando no refiere adiciona sal a las comidas antes de probarlas)

FORMA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: Se midió al individuo, por medio de una encuesta auto administrada, dentro del establecimiento “Lo de Carlitos”.

7. RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 107 adultos. Un 62 % de los mismos fueron de sexo femenino y un 38 % sexo masculino.

TABLA N° 1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO (n= 107)

SEXO	n	%
MASCULINO	41	38,32
FEMENINO	66	61,68
TOTAL	107	100

Fuente: Elaboración propia

Se observó que la mayoría de los encuestados fueron de sexo femenino.

El promedio de edad de la muestra en el sexo femenino, fue de 39 años, con un mínimo de 18 y un máximo de 77 años. Entre los hombres, el promedio fue de 40 años, con un mínimo de 19 y un máximo de 74 años.

TABLA N° 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD (n= 107)

SEXO	n	%	PROMEDIO DE EDAD (AÑOS)	MÍN	MÁX
MASCULINO	41	38,32	40,44	19	74
FEMENINO	66	61,68	39,39	18	77
TOTAL	107	100			

Fuente:
elaboración propia

Al analizar las encuestas, se evaluó la presencia o ausencia de enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial) entre los comensales, que fue de 19 personas, de los cuales 11 eran de sexo femenino y 8 de sexo masculino y la toma de medicación, de los cuales 16 afirmaban tomar medicación para la hipertensión.

TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA POR SEXO SEGÚN PRESENCIA O AUSENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (n= 107)

HTA	MUJER		HOMBRE		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
CON HTA	11	16,67	8	19,51	19	17,76
SIN HTA	55	83,33	33	80,49	88	82,3
TOTAL	66	100	41	100	107	100

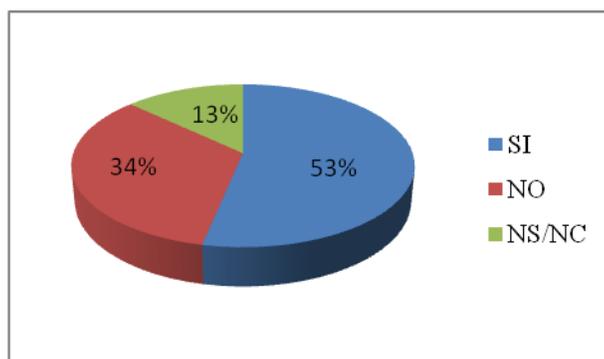
Fuente: elaboración propia.

Se observó que un 17,66 % de las personas de las encuestadas, padecían Hipertensión arterial, el porcentaje de HTA fué mayor en hombres.

Se observó que de las 19 personas encuestadas que padecían Hipertensión arterial, el 84 % tomaba medicación para la misma.

Con respecto a la ley 26.905 sobre reducción de consumo de sodio, se evaluó que un 53 % de los encuestados, tenían conocimientos sobre la ley.

GRÁFICO N° 1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA LEY 26.905 (n= 107)

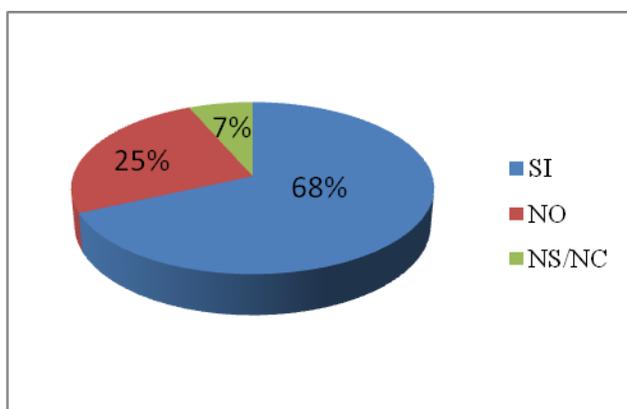


Fuente: elaboración propia

Se observó que más de la mitad de los encuestados, tenían conocimiento sobre la ley 26.905 sobre reducción de consumo de sal.

Se analizó el conocimiento y definición de diferentes tipos de sal de mesa, como sal dietética, modificada y marina. Como veremos en los gráficos, se observa que la sal modificada, fue la menos conocida por los encuestados y la sal marina, la que más se conoce.

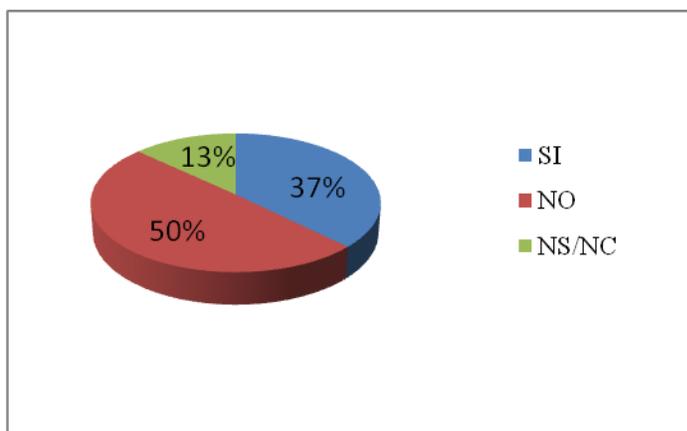
GRÁFICO N° 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA SAL DIETÉTICA (n= 107)



Fuente: elaboración propia.

Se observó que la mayoría de los encuestados, tenían conocimiento sobre la sal dietética, un cuarto de los encuestados no tenía conocimiento y el resto, no sabían la existencia de la sal dietética.

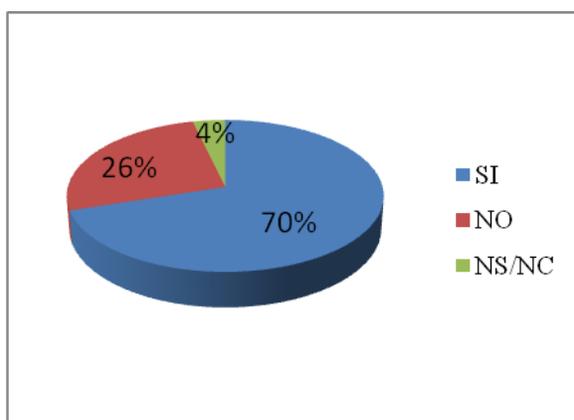
GRÁFICO N° 3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA SAL MODIFICADA (n= 107)



Fuente: elaboración propia

Se observó que la mitad de los encuestados, no tenían conocimiento sobre la existencia de la sal modificada, un 37 % si conocían a la sal modificada y el resto, no sabía.

GRÁFICO N° 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA SAL MARINA (n= 107)



Fuente: elaboración propia

Se observó que gran mayoría de los encuestados, conocían la existencia de la sal marina, un cuarto de los encuestados no tenía conocimiento de la misma y el resto no sabían de su existencia.

Como observaremos en las siguientes tablas, según el concepto o definición de los diferentes tipos de sal, se evaluó que la mayoría, sabía que era la sal marina. Tanto la sal dietética como la modificada, más de la mitad de los encuestados, no sabían correctamente el concepto.

TABLA N° 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN CONCEPTO DE SAL DIETÉTICA (n= 107)

DEFINICIÓN DE SAL DIETÉTICA	n	%
SAL CON 50 % MENOS DE SODIO	30	28,04
SAL SIN SODIO	19	17,76
SAL CON 25 % MENOS DE SODIO	31	28,97
NS/NC	27	25,23
TOTAL	107	100

fuelle: elaboración propia

Se observó que menos de 2 cada 10 personas encuestados, conoce correctamente el concepto de sal dietética, al identificarla como aquella sin contenido de sodio.

TABLA N° 5 : DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN CONCEPTO DE SAL MODIFICADA (n= 107)

DEFINICIÓN DE SAL MODIFICADA	n	%
SAL CON 50 % O 70 % MENOS DE SODIO	21	19,63
SAL CON 25 % MENOS DE SODIO	18	16,82
SAL SIN SODIO	16	14,95
NS/NC	52	48,60
TOTAL	107	100

fuelle: elaboración propia

Se observó que más de la mitad de los encuestados, no sabían el concepto de sal modificada y solo un 19,63% de los encuestados, conocía correctamente el concepto de sal modificada, al identificarla como aquella con un 50 – 70 % menos de sodio.

TABLA N° 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN CONCEPTO DE SAL MARINA (n= 107)

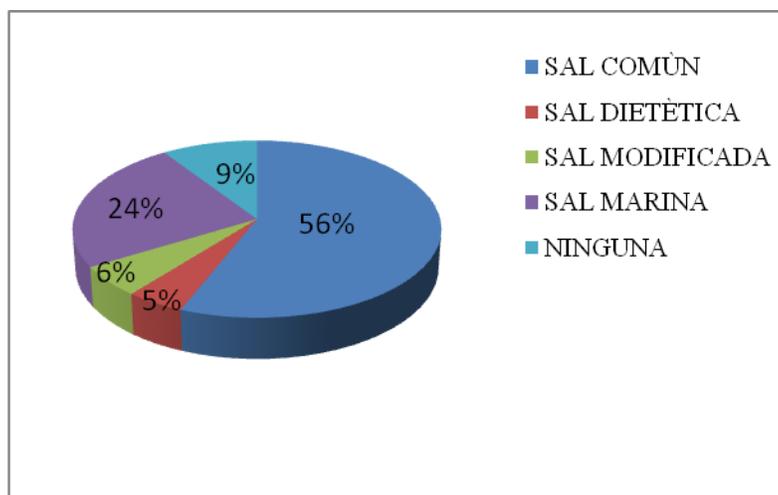
DEFINICIÓN DE SAL MARINA	n	%
SAL A BASE DE CLORURO DE AMONIO	7	6,54
SAL EXTRAÍDA DEL AGUA DE MAR	53	49,53
SAL CON 20 % DE CLORURO DE SODIO	12	11,21
NS/NC	35	32,71
TOTAL	107	100

fuelle: elaboración propia

Se observó que más de la mitad los encuestados, conocían la definición de sal marina, el resto no contestó correctamente.

En el restaurant, se analizó la elección de sales de mesa. La mayoría eligió la sal común, seguida por la sal marina y por último las sales dietéticas y modificadas. Solo un 80 %, manifestó que elegiría otras sales de las que estaban la mesa del establecimiento gastronómico.

GRÁFICO N° 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN ELECCIÓN DE DIFERENTES TIPOS DE SALES EN EL RESTAURANT (n= 107)



Fuente: elaboración propia.

Se observó que casi el 60 % de los encuestados, eligieron la sal común para comer en el restaurant, mientras que la sal marina fue la segunda en el rango de elección y la menos usada fue la dietética. Menos de un 10 % del total no agregó sal ese día.

TABLA N° 7: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN ELECCIÓN DE OTRAS SALES EN EL RESTAURANT (n= 107)

ELECCIÓN DE OTRAS SALES	n	%
SI	80	74,77
NO	18	16,82
NS/NC	9	8,41
TOTAL	107	100

fuentes: elaboración propia

Se observó que gran mayoría de los encuestados sí elegirían otras sales de las que había en el restaurant.

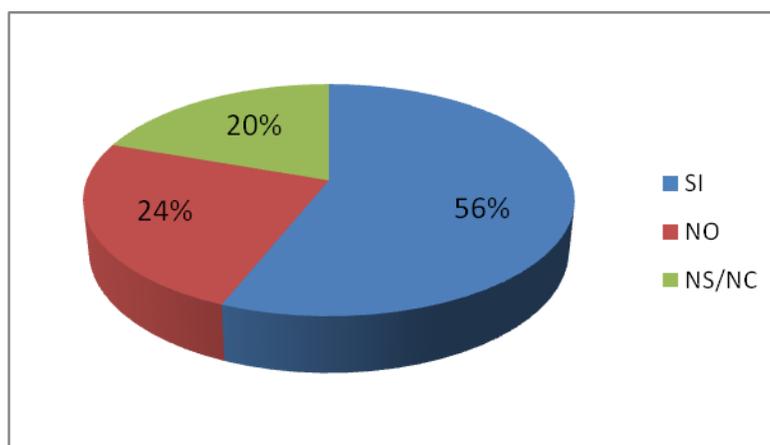
TABLA N° 8: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL USO DE SALERO EN LA MESA DEL RESTAURANT (n= 107)

USO DE SALERO EN LA MESA DEL RESTAURANT	n	%
SI	45	42,06
NO	58	54,21
NS/NC	4	3,74
TOTAL	107	100

fuelle: elaboración propia

Se observó que más de la mitad de los encuestados, no hubiese pedido el salero, si no estaba en la mesa. Otra de las preguntas que se realizó fue, si en el restaurant, se adicionaba sal a las comidas y la mayoría contestó, que creía que se adicionaba sal a las comidas.

GRÁFICO N° 5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA ADICIÓN DE SAL EN LAS COMIDAS, DENTRO DEL RESTAURANT (n= 107)



Fuente: elaboración propia

Se observó que la mayoría de los encuestados, consideraban que en el restaurant se les adiciona sal a la comida servida.

Otra de las variables que se quiso analizar, es el consumo habitual de sales de mesa en el hogar.

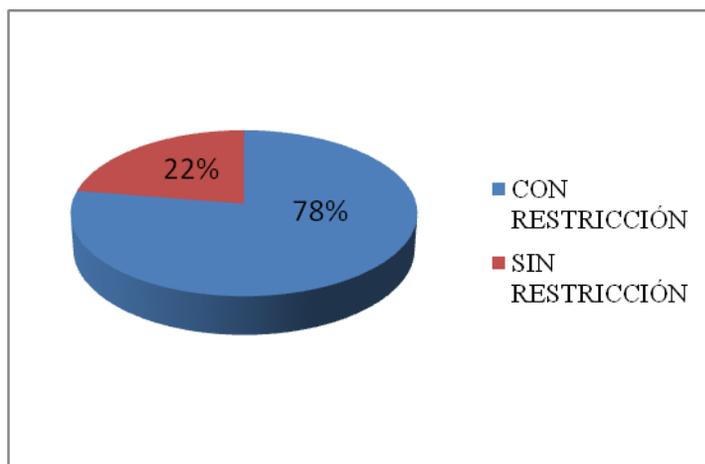
TABLA N° 9: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL USO DE DIFERENTES TIPOS DE SALES DE MESA EN EL HOGAR (n= 107)

SALES EN EL HOGAR	n	%
SAL COMÚN	76	71,03
SAL DIETÉTICA	6	5,61
SAL MODIFICADA	4	3,74
SAL MARINA	5	4,67
NO USA	5	4,67
USA MÁS DE UNA	11	10,28
TOTAL	107	100

fuelle: elaboración propia

Se observó que la gran mayoría de los encuestados, utilizaban sal común en el hogar y sólo un 10 % de la población encuestada usaban más de una sal en el hogar.

GRÁFICO N° 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL USO HABITUAL DE LA SAL EN EL HOGAR (n= 107)



Fuente: elaboración propia.

Se observó que un 78 % de la población encuestada, referían consumir sal en el hogar, con restricción. De las 5 personas que manifestaron no consumir sal en el hogar, contestaron que si la usaban era con restricción.

También se investigó, el motivo de elección de la sal dietética, marina y modifica.

TABLA N° 10: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL MOTIVO DE USO DE SAL COMÚN EN EL HOGAR (n= 87)

MOTIVO DE USO DE SAL COMÚN	n	%
POR GUSTO	44	50,57
PORQUE SALA MÁS LA COMIDA	7	8,04
MÁS FÁCIL DE CONSEGUIR	21	24,13
ES MÁS BARATA	5	5,74
OTROS	10	11,49
TOTAL	87	100

fuelle: elaboración propia

Se observó que la mitad de los encuestados, utilizaban sal común en el hogar por gusto y casi un cuarto de los encuestados, referían afirmar que el motivo de su uso es porque es más fácil de conseguir en el mercado.

TABLA N° 11: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL MOTIVO DE USO DE SAL DIETÉTICA EN EL HOGAR (n= 7)

MOTIVO DE USO DE SAL DIETÉTICA	n	%
POR GUSTO	1	14,28
POR TENER HIPERTENSIÓN ARTERIAL	4	57,14
POR PREVENCIÓN	2	28,57
POR RECOMENDACIÓN PROFESIONAL	0	-
OTROS	0	-
TOTAL	7	100

fuelle: elaboración propia

Se observó que de las 7 personas que consumían sal dietética en el hogar, más de la mitad lo hacían porque presentaban Hipertensión arterial, el resto fueron por prevención o por gusto.

TABLA N° 12: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL MOTIVO DE USO DE SAL MODIFICADA EN EL HOGAR (n= 8)

MOTIVO DE USO DE SAL MODIFICADA	n	%
POR GUSTO	0	-
POR TENER HIPERTENSIÓN ARTERIAL	4	50
POR PREVENCIÓN	3	37,5
POR RECOMENDACIÓN PROFESIONAL	1	12,5
OTROS	0	-
TOTAL	8	100

fuelle: elaboración propia

Se observó que de las 8 personas que consumían sal modificada en el hogar, la mitad lo hacían porque presentaba Hipertensión arterial y la otra parte de la población encuestada, fueron por prevención o por recomendación profesional.

TABLA N° 13: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL MOTIVO DE USO DE SAL MARINA EN EL HOGAR (n= 11)

MOTIVO DE USO DE SAL MARINA	n	%
POR GUSTO	7	63,63
POR TENER HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1	9,09
POR PREVENCIÓN	1	9,09
POR RECOMENDACIÓN PROFESIONAL	2	18,18
OTROS	0	-
TOTAL	11	100

fuelle: elaboración propia

Se observó que de las 11 personas que consumían sal marina en el hogar, más de la mitad fueron por gusto.

También se preguntó sobre el uso del salero de mesa en el hogar, y más de la mitad de los encuestados, afirmaban no llevar el salero a la mesa y casi la mitad, afirmaba no añadirle sal a las comidas, antes de probarlas.

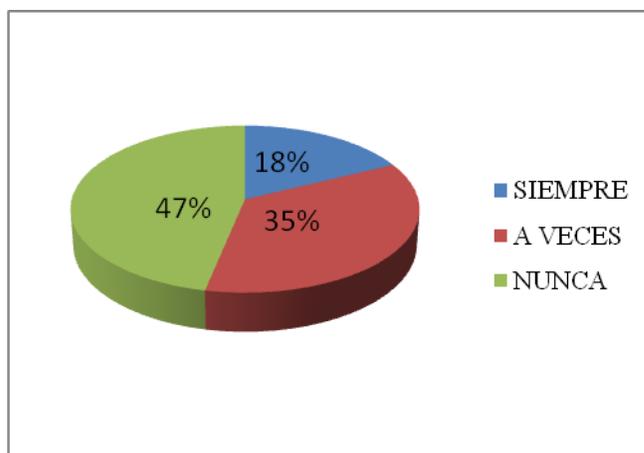
TABLA N° 14: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL USO DE SALERO EN EL HOGAR (n= 107)

USO DE SALERO EN EL HOGAR	n	%
SI	45	42,06
NO	62	57,94
TOTAL	107	100

fuelle: elaboración propia

Se observó que un poco más de la mitad de la población encuestada, llevaba el salero a la mesa en su hogar.

GRÁFICO N° 7: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN ADICIÓN DE SAL EN LAS COMIDAS ANTES DE PROBARLAS (n= 107)



Fuente: elaboración propia

Se observó que la mitad de los encuestados, referían nunca adicionarle sal, antes de probar la comida.

TABLA N° 15: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN LA RELACIÓN DEL USO HABITUAL DEL SALERO EN LA MESA Y LA ADICIÓN DE SAL A LA COMIDA, ANTES DE PROBARLA (n = 107)

	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	
USA SALERO EN LA MESA	14	73,68	20	52,63	11	22	45
NO USA SALERO EN LA MESA	5	26,32	18	47,37	39	78	62
TOTAL	19	100	38	100	50	100	107

Fuente: elaboración propia.

Se observó que cuando no está presente el salero en la mesa, se adiciona menos sal a las comidas, que cuando lo está.

El segundo análisis, fue sobre sobre el uso del salero en la mesa y el promedio de edad.

TABLA N° 16: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN LA RELACIÓN DEL USO HABITUAL DEL SALERO EN LA MESA Y EL RANGO DE EDAD EN LA POBLACIÓN ENCUESTADA (n = 107)

	18 – 30 años		31-59 años		más de 60 años		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n
USA SALERO EN LA MESA	15	45,45	24	37,50	6	60	45
NO USA SALERO EN LA MESA	18	54,55	40	62,50	4	40	62
TOTAL	33	100	64	100	10	100	107

Fuente: elaboración propia.

Se observó que las personas de mayor edad, tienen un hábito mayor de usar salero en la mesa, (entre un 15 Y 20 % más que los jóvenes).

El tercer análisis que se realizó, fue sobre el uso de sal en el hogar, relacionándolo con la presencia o ausencia de hipertensión arterial.

TABLA N° 17: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL USO DE SAL DE MESA EN EL HOGAR Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DE HTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA (n: 107)

SALES EN EL HOGAR	CON HTA		SIN HTA		TOTAL
	n	%	n	%	n
SAL COMÚN	7	36,84	69	78,41	76
SAL DIETÉTICA	3	15,79	3	3,41	6
SAL MODIFICADA	1	5,26	3	3,41	4
SAL MARINA	2	10,53	3	3,41	5
NO USA	5	26,32	0	-	5
USA MÁS DE UNA	1	5,26	10	11,36	11
TOTAL	19	100	88	100	107

Fuente: elaboración propia.

Se observó que un 37 % de los encuestados, que padecían hipertensión arterial, consumían sal común en el hogar y sólo un cuarto no usaban ninguna sal en el hogar. De las personas que no tienen hipertensión, todas manifestaron que consumían algún tipo de sal en el hogar.

El último análisis que se realizó, fue sobre el conocimiento de la ley de reducción de consumo de sodio y el sexo de la población encuestada.

TABLA N° 18: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LA LEY 26.905 Y EL SEXO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA (n: 107)

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	n	%	n	%	n
CONOCE LA LEY	19	46,34	38	57,58	57
NO CONOCE LA LEY	15	36,59	21	31,82	36
NS / NC	7	17,07	7	10,61	14
TOTAL	41	100	66	100	107

Fuente: elaboración propia.

Se observó que más de la mitad de los encuestados de sexo femenino, manifestaban conocer la ley de reducción de consumo de sodio y un 37 % del sexo masculino, refería no tener conocimientos de la misma.

Las mujeres tienen un 10 % de conocimiento más que los hombres.

8. CONCLUSIÓN

Del total de los encuestados, un 62 % eran de sexo femenino y solo un 38 % de sexo masculino.

El consumo de sal común de mesa, es mayor con relación al de las otras sales (marina, modificada y dietética), algunos de los encuestados, manifestaron que la sal marina, la consumían porque es más saludable que la sal común y tiene menos contenido de sodio.

Se pudo evaluar que la gran mayoría, tenía conocimientos sobre la ley de reducción de consumo de sodio y con respecto al concepto de los diferentes tipos de sal de mesa, se analizó que, solo un 18 %, sabían que la sal dietética es una sal sin contenido de sodio.

El 20 %, sabían que la sal modificada es una sal con un contenido entre un 50 a un 70 % menos de sodio que la sal común.

Y un 50 % de los encuestados, sabían que la sal marina, era una sal que se extraía de la evaporación del agua de mar.

Otra de las variables que se investigó es el consumo de sal en el restaurant, lo cual, la mayoría eligió la sal común, seguida por la sal marina y en última instancia, sal dietética y modificada.

Con respecto al consumo habitual en el hogar, se evaluó que un 70% consumía la sal común y un 10 % solamente, consumía más de una sal.

Un 76 % de los encuestados, manifestaban consumir sal en su hogar, con restricción.

Y con respecto a la sal de mesa, el motivo de su consumo, era por gusto y porque era más fácil de conseguir en el mercado.

Cabe destacar que un 18 % de los encuestados, padecían hipertensión arterial y solo el 84 % de ellos, tomaba su medicación para dicha enfermedad. Y durante la encuesta, ninguno de los comensales que tenía hipertensión, expresó que no querían que le adicione sal a la comida que se les iba a servir.

Lo más importante de destacar es que casi 4 personas de cada 10 que tienen hipertensión arterial, consumen en su hogar sal común, sabiendo que es perjudicial para su salud. Y del 100 % de las personas que no tienen hipertensión, todas consumen sal en el hogar, cabe aclarar que la población no hace prevención cardiovascular y solo dejan de consumir sal, cuando se les presenta dicha enfermedad.

9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Archivos de cardiología de México [internet]. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Año 2001;71(1); 208-210. [citado 22 jun 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>
- (2) Ministerio de Salud [Internet]. 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. ENFR; 2015. Buenos Aires: Documento de resultados Ministerio de Salud de la Nación, 2015;. [citado 02 jun 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/>
- (3) Castro IM. González Pérez R. Martínez Dotres C. Peña SP. Rodríguez Landrove O. Vargas Córdoba L, et al: Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y controles de la hipertensión arterial. [Revista Cubana de Medicina de internet]. Gen Integr.1999; 15(1):46-87 [citado 20 jun 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100009
- (4) Ministerio de Salud [Internet]. 2° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. ENFR; 2011. Buenos Aires: Documento de resultados Ministerio de Salud de la Nación, 2011. [citado 02 jun 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/>
- (5) OMS - Organización Mundial de la Salud. [internet]. Enfermedades no transmisibles. Centro de Prensa; julio de 2015. [citado: 12 jun 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- (6) Castiglione MS: Las enfermedades crónicas no trasmisibles [Revista de dirección sanitaria de internet]. 2014;15(2); 66-72.[citado 12 jun 2016]. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/88358/91234>
- (7) Revista Argentina de cardiología [internet]. Comisión: hipertensión arterial.2001;vol 69 (1): 1-7[citado 20 jun 2016]. Disponible en: <http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/hipertension1.pdf>

- (8) Framingham heart study [Internet]. Boston: National Heart, Lung, Blood Institute; 2016.[citado 15 jun 2016]. Disponible en:
<https://www.framinghamheartstudy.org/index.php>
- (9) Ministerio de Salud [Internet]. 1° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. ENFR; 2009. Buenos Aires: Documento de resultados Ministerio de Salud de la Nación, 2009. [citado 02 sep 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/>
- (10) MSAL - Ministerio de salud de la nación [internet].Menos sal más vida. MSAL; noviembre de 2013. [citado 25 may 2016]. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/menos-sal--vida>
- (11) Ley 26.905 [internet].Promoción de la reducción del consumo de sodio en la población.Sistema argentino de información jurídica; 13 de noviembre 2013.[citado 25 may 2016]. Disponible en: <http://www.saij.gov.ar/26905-nacional-promocion-reduccion-consumo-sodio-poblacion-lns0005889-2013-11-13/123456789-0abc-defg-g98-85000scanyel>
- (12) Boletín digital [internet].Iniciativa menos sal más vida; julio de 2013. [citado 24 may 2016]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/newsletter/boletines/boletin_7.html
- (13) Diputados Argentinos [internet].proyecto de ley: régimen para promover la reducción de consumo de sodio en la población. Julio 2012. [citado 18 oct 2016]. Disponible en:
<http://www.diputados.gov.ar/proyectos/proyecto.jsp?id=139265>
- (14) MSAL- Ministerio de salud de la nación [internet]. Ley 26.905; Consumo de sodio: valores máximos. 13 de noviembre de 2013. [citado 25 may 2016]. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2014-08_Ley26905-Ley-Sodio.pdf

- (15) Abad MS.Ubaltón ML: Trabajo final de investigación [internet]. Hábitos de consumo de sal; dic de 2014. [citado 24 jun 2016]. Disponible en:
<http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH01d0.dir/TFI%20Abad%20-%20Ubalton.pdf>
- (16) Fundación interamericana del corazón Argentina [internet]. Consumo de sal; 2016. [citado 30oct 2016]. Disponible en:
http://www.ficargentina.org/index.php?option=com_content&view=category&id=104&Itemid=73&lang=es
- (17) MSAL- Ministerio de salud de la nación [internet]. Argentina avanza en compromiso regional para reducir el consumo de sal; sep de 2015. [citado 13 agosto 2016]. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/ent/index.php?option=com_content&view=article&id=361:argentina-avanza-en-compromiso-regional-para-reducir-el-consumo-de-sal&catid=6:destacados-slide361
- (18) Goetschel ML. Mogrovejo P. Montero Campos MA. Peña L. Sánchez G. Varea S, et al: Conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de sal, la salud y el etiquetado nutricional en Argentina, Costa Rica y Ecuador. [Revista de salud Publica de internet]; 2012:vol 32(4);259-264. [citado 20 jun 2016]. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/03.pdf>
- (19) Aguilera H. Bravo M. Castañeda H. Díaz A. Koch E : estatura, factores de riesgo cardiovascular y riesgo de mortalidad en adultos: Proyecto, San Francisco, Chile [Revista chilena de internet]; dic 2011: vol 30 (3); 198-206. [citado 27 de agosto 2016]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602011000300002

- (20) Escaño F. González M. Pichardo R. Ramírez W: estudio de los factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en la Republica Dominicana II [Revista de cardiología de internet]; 2011: 36-50 [citado 27 de agosto 2016]. Disponible en: http://www.revespcardiol.org/contenidos/static/premio_cardio/revista-dominicana-cardiologia.pdf

10. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RESPONDENTE

En virtud que me encuentro realizando mi trabajo final integrador (TFI), de la Licenciatura en Nutrición necesitare realizar una encuesta de hábitos alimentarios y conocimiento de diferentes tipos de sales de mesa.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta, que consistirá en recabar información referida a estos temas.

Resguardaré la identidad de las personas incluidas en esta encuesta.

En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y desde ya agradezco su colaboración.

Alumna encuestadora:

.....
(Firma)

Yo....., en mi carácter de respondente encuestado, habiendo sido informado y entendiendo el objetivo de la encuesta, acepto participar en la misma.

Fecha.....

Firma.....

Lugar de la encuesta.....

Universidad ISALUD

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y CRITERIOS DE ELECCIÓN DE DIFERENTES TIPOS DE SAL DE MESA EN UN ESTABLECIMIENTO GASTRONÓMICO.



Sexo _____
Edad _____

Marque con una X la opción que corresponda.

CONOCIMIENTOS DE DIFERENTES TIPOS DE SAL DE MESA

- ① ¿Tiene Hipertensión arterial?
a- Si b- No
- ② ¿Toma medicación para la Hipertensión?
a- Si b- No
- ③ ¿Conoce la ley de reducción de consumo de sal?
a- Si c- Ns/Nc
b- No
- ④ ¿Conoce las sales dietéticas?
a- Si c- Ns/Nc
b- No
- ⑤ ¿Conoce las sales modificadas?
a- Si c- Ns/Nc
b- No
- ⑥ ¿Conoce la sal marina?
a- Si c- Ns/Nc
b- No
- ⑦ Para usted, ¿Qué es la sal dietética?
a- Una sal con 50 % menos de sodio
b- Una sal con nada de sodio
c- Una sal con 25 % menos de sodio
d- No se
- ⑧ Para usted, ¿Qué es la sal modificada?
a- Una sal con 50 o 70 % menos de sodio
b- Una sal con 25 % menos de sodio
c- Una sal con nada de sodio
d- No se
- ⑨ Para usted, ¿Qué es la sal marina?
a- Una sal a base de cloruro de amonio
b- Una sal extraída del agua de mar
c- Una sal con 20 % de cloruro de sodio
d- No se
- ### SAL EN EL RESTAURANT
- ① En el establecimiento. ¿Qué sal utilizó?
a- Sal común c- Sal modificada
b- Sal dietética d- Sal marina
e- Ninguna
- ② ¿Probaría alguna de las otras sales?
a- Si c- Ns/Nc
b- No
- ③ Si el salero no hubiese estado en la mesa ¿Lo pide?
a- Si c- Ns/Nc
b- No

④ ¿Conoce si a la comida le adicionan sal?

- a- Si c- Ns/Nc
b- No

HÁBITOS DE CONSUMO EN EL HOGAR

① En su hogar ¿Qué sal utiliza?

- a- Sal común d- Sal marina
b- Sal dietética e- No uso
c- Sal modificada f- si uso mas de una

② En el caso de usar ¿Qué cantidad utiliza?

- a- Con restricción (poca)
b- Sin restricción(mucha)

③ En el caso de usar sal común ¿Porqué motivo lo hace?

- a- Porque me gusta c- Es mas fácil de conseguir
b- Sala más la comida d- Es más barata
e- Otro Especificar _____

④ En el caso de usar sal dietética ¿Porqué motivo lo hace?

- a- Porque me gusta
b- Porque tengo Hipertensión
c- Como prevención por no contener sodio
d- Me lo recomendó el médico/Nutricionista
e- Otro Especificar _____

⑤ En el caso de usar sal modificada ¿Porqué motivo lo hace?

- a- Porque me gusta
b- Porque tengo Hipertensión
c- Como prevención por su bajo contenido de sodio
d- Me lo recomendó el médico/Nutricionista
e- Otro Especificar _____

⑥ En el caso de usar sal marina ¿Porqué motivo lo hace?

- a- Porque me gusta
b- Porque tengo Hipertensión
c- Como prevención por su bajo contenido de sodio
d- Me lo recomendó el médico/Nutricionista
e- Otro Especificar _____

⑦ ¿Lleva el salero a la mesa?

- a- Si b- No

⑧ ¿Agrega sal a las comidas antes de probarlas?

- a- Siempre c- Nunca
b- A veces

REGLAMENTACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN Y PRESENTACIONES FUTURAS DEL
TRABAJO FINAL INTEGRADOR

1- Sobre la autoría del TFI:

- El alumno a cargo del trabajo final integrador figurará como autor del mismo, pudiendo designar a otro autor/coautor sólo en el caso de que el grado participación de éste se haya dado *en forma sustancial¹ durante todo el proceso de elaboración del trabajo de investigación*. En cualquier caso, será el alumno el responsable por el contenido presentado en el trabajo final, a quien pertenece la propiedad intelectual del mismo.
- Los docentes de la materia figurarán como tutores del trabajo cada vez que el mismo sea presentado en la universidad Isalud en cualquier formato y, previa aceptación del docente en cualquier otro ámbito.

2- Sobre la comunicación/difusión del TFI:

- La Universidad ISALUD y, como intermediario, el Centro de Documentación “Dr. Nestor Rodriguez Campoamor”, se reservan el derecho de publicación del TFI en formato digital, contando con la firma del alumno en la autorización en cuestión, anexada a continuación. La misma debe presentarse firmada e impresa al momento de la entrega definitiva del TFI, indicando el tipo de permiso que el alumno concede para la divulgación.
- La Universidad ISALUD podrá seleccionar los mejores trabajos de cada cohorte para ser presentados y comunicados en forma interna dentro de la institución en algún Evento o Jornada, con el objetivo de: difundir los TFIs de la carrera, colaborar con la divulgación de nuevos conocimientos del área de Nutrición y de esta forma fortalecer la

¹ “Son verdaderamente autores quienes han intervenido en la investigación en sus diferentes etapas desde el diseño del protocolo hasta la redacción final del texto” (Arribalzaga E y col”El Artículo científico”1er edición. Bs.As. Magister Eos, 2005

profesión. Para esto, se convocará oportunamente al alumno/autor, esperando del mismo la voluntad para participar de la propuesta institucional (presentación en formato de póster o comunicación breve en forma oral). Es necesario contar con la autorización del alumno/autor, quien en calidad de autor deberá firmar el formulario que se encuentra anexado al presente documento. Esta autorización deberá incluirse al final del TFI, por lo cual se solicita que se imprima, se firme y sea colocada en la presentación escrita del trabajo.

- Asimismo, el docente/tutor podrá seleccionar algunos trabajos para publicar en la Revista de ISALUD, para lo cual se le solicitará al alumno que presente el TFI en el formato de publicación de la misma.
- También podrá el docente/tutor sugerir e impulsar la publicación/presentación al alumno en alguna otra revista o jornada científica contando también con la debida autorización del alumno/autor.
- El alumno/autor *por su parte* podrá publicar el trabajo de investigación o realizar cualquier tipo de difusión del mismo o de sus resultados luego de obtener el título de grado, siempre teniendo en cuenta lo siguiente: a)- para cualquier tipo de publicación/comunicación del mismo se debe informar con anticipación y contar con la autorización y aprobación de la Universidad ISALUD y b)- toda vez que se publique o presente el trabajo debe mencionarse en forma clara la institución de base en la que fue realizado (Universidad ISALUD) y carrera (Lic. En Nutrición). Se requerirá de una autorización especial por escrito en el caso de que sea necesario utilizar el logo de la Universidad ISALUD para tal fin.

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN “DR. NÉSTOR RODRIGUEZ CAMPOAMOR”Autorización de autor para la divulgación de su obra inédita en formato electrónico

El/la que suscribe _____ autoriza
Por la presente a la Universidad ISALUD y como intermediario al Centro de Documentación
“Dr. Néstor Rodríguez Campoamor” a la divulgación en forma electrónica de la obra de su autoría
que se indica en el presente documento.

Carrera: _____

Título de la obra autorizada (indicar si es Tesis / TFI)

Marque con una cruz el tipo de permiso que concede:

Acceso restringido:

_____ Envío de la obra sólo a los miembros de la comunidad ISALUD que así lo soliciten.

Acceso público:

_____ Divulgación en la página Web de la universidad o a través del catálogo del Centro de Documentación con acceso al texto completo del documento para todo tipo de usuarios.

Consulta en sala:

_____ Disponibilidad de la obra solamente para la lectura en sala dentro de la Institución.

El suscripto deslinda a la Institución de toda responsabilidad legal que pudiera surgir de reclamos de terceros que invoquen la autoría de las obras cuya autoría se atribuye.

Fecha: ___/___/___

Firma

DNI

Buenos Aires, de de 20....

Derechos para la publicación del trabajo final integrador

En calidad de autor del Trabajo Final Integrador (TFI) denominado:

“.....
.....
.....”

Certifico que he contribuido al contenido intelectual de este trabajo, ya sea en la concepción del diseño, análisis e interpretación de los datos, y en la redacción y revisión crítica del mismo, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él como autor.

En el caso que yo elija publicar el trabajo por mis propios medios, queda vedada cualquier reproducción, total o parcial, en cualquier parte o medio de divulgación, impresa o electrónica, sin solicitar previamente autorización a la Universidad ISALUD.

Declaro que, desde la concepción del trabajo de investigación y al concluirlo, en consecuencia, como TFI para obtener el título de licenciado en Nutrición, debo declarar siempre como filiación a la Universidad ISALUD en cualquier publicación que se haga de la investigación (Revistas, Congresos, Boletines de Nutrición, etc.).

Nombre completo del Autor/Alumno:.....

Firma:.....

DNI:.....

Dirección postal:.....

E-mail de contacto:

|