



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MÉDICO

Estilos de vida en relación a actividad física y alimentación en los habitantes de la zona 6 de la ciudad de Loja, durante julio-diciembre 2012.

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

AUTORA: Bastidas Torres, Deysi Milena

DIRECTORA: Buele Maldonado, Norita Angelita, Dra.

LOJA – ECUADOR

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Doctora.

Norita Angelita Buele Maldonado

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de titulación: Estilos de vida en relación a actividad física y alimentación en los habitantes de la zona 6 de la ciudad de Loja, durante julio-diciembre 2012, realizado por Deysi Milena Bastidas Torres, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Julio de 2013

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Deysi Milena Bastidas Torres declaro ser autora del presente trabajo de fin de titulación: Estilos de vida en relación a actividad física y alimentación en los habitantes de la zona 6 de la ciudad de Loja, durante julio-diciembre 2012, de la Titulación de Médico, siendo Norita Angelita Buele Maldonado directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f.
Deysi Milena Bastidas Torres
1719257659

DEDICATORIA

Con infinito amor, a mis padres, hermana, esposo quienes con su apoyo incondicional me supieron guiar por el camino del estudio, me dieron fuerzas para nunca enflaquecer y alcanzar una de mis más grandes metas.

A mis abuelitos Luis Torres, Aurelio Bastidas; y en el recuerdo eterno a mis queridas abuelitas Celia Chiriboga, Cristina Corrales quienes son y fueron ejemplos de vida e inspiración profunda durante toda mi carrera universitaria y la realización del presente trabajo de investigación.

Deysi Milena Bastidas Torres

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por haberme guiado por el camino de la felicidad y ser el forjador de cada pensamiento y acción, quien me ha dado todo lo necesario para llevar a feliz término este sueño.

A las Autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Médico, y en especial a la Dra. Norita Buele, por brindarme su valiosa y acertada orientación en la realización y culminación de este trabajo de investigación.

A las personas habitantes de la zona 6 de la parroquia Sucre de la ciudad de Loja, ya que sin su apertura y ayuda incondicional no hubiese sido posible la obtención de tan valiosa información.

Deysi Milena Bastidas Torres

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Preliminares:	Páginas
Caratula.....	i
Aprobación del director de trabajo de fin de titulación.....	ii
Declaratoria de autoría y cesión de derechos.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice.....	vi
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Apartados:	
Introducción	1
Objetivos.....	3
1. Marco teórico	4
Capítulo I: Características geográficas y demográficas de la población.....	5
1.1. Introducción	5
1.2. Geografía	5
1.2.1. Demografía	5
1.2.2. Clima	8
Capítulo II: Estilos de vida como determinantes del proceso salud enfermedad, alimentación y actividad física	9
1.3. Estilos de vida saludables.....	9
1.4. Componentes y determinantes del estilo de vida relacionado con la salud	9
1.5. Adopción de estilos de vida saludables.....	10
1.6. Identificación de los estilos de vida saludables	11
1.6.1. Actividad Física	11
1.6.1.1. Definición	11
1.6.1.2. Concepción Mundial	11
1.6.1.3. Actividad física como un hábito de estilo de vida.....	12
1.6.1.4. Métodos de evaluación de la actividad física.....	13
1.6.1.5. Relación de actividad física y enfermedades crónicas	

8. Anexos	53
-----------------	----

Índice de tablas, estadísticas y gráficos

Tablas

Datos Generales

Tabla No. 1 Edad de la población estudiada de la zona 6 de la parroquia Sucre de la ciudad de Loja	30
--	----

Tabla No. 2 Género de la población estudiada del zona 6 de la parroquia Sucre de la ciudad de Loja	31
--	----

Resultado 1 Actividad física de los habitantes de las zona 6.

Tabla No. 3 Actividad física de la población de la zona 6 de parroquia Sucre la ciudad de Loja	32
--	----

Resultado 2: Hábitos alimenticios de los habitantes de las zona 6.

Tabla No. 4 Hábitos alimenticios de la población de la zona 6 de parroquia Sucre la ciudad de Loja	33
--	----

Resultado 3: Relación entre actividad física y hábitos alimenticios de los habitantes de las zona 6 de la ciudad de Loja.

Tabla No. 5 Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de la zona 6 de parroquia Sucre la ciudad de Loja	34
---	----

Tabla No. 6 Tipo de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de la zona 6 de parroquia Sucre la ciudad de Loja	35
--	----

Tabla No. 7 Práctica de actividad física intensa en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles	36
---	----

Tabla No. 8 Práctica de actividad física moderada en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles	37
--	----

Tabla No. 9 Práctica de actividad física leve en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles.....	38
---	----

Tabla No. 10 Consumo de dieta adecuada en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles	39
---	----

Tabla No. 11 Consumo de dieta mejorable en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles	40
--	----

Tabla No. 12 Consumo de dieta desequilibrada en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles.	41
---	----

Gráficos

Datos Generales

Gráfico No. 1 Edad de la población estudiada de la zona 6 de la parroquia Sucre de la ciudad de Loja	30
--	----

Gráfico No. 2 Género de la población estudiada del zona 6 de la parroquia Sucre de la ciudad de Loja	31
--	----

Resultado 1 Actividad física de los habitantes de las zona 6.

Gráfico No. 3 Actividad física de la población de la zona 6 de parroquia Sucre la ciudad de Loja	32
--	----

Resultado 2: Hábitos alimenticios de los habitantes de las zona 6.

Gráfico No. 4 Hábitos alimenticios de la población de la zona 6 de parroquia Sucre la ciudad de Loja	33
--	----

Resultado 3: Relación entre actividad física y hábitos alimenticios de los habitantes de las zona 6 de la ciudad de Loja.

Gráfico No. 5 Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de la zona 6 de parroquia Sucre la ciudad de Loja	34
---	----

Gráfico No. 6 Tipo de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de la zona 6 de parroquia Sucre la ciudad de Loja	35
--	----

Gráfico No. 7 Práctica de actividad física intensa en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles	36
---	----

Gráfico No. 8 Práctica de actividad física moderada en personas diagnosticadas de enfermedades	
--	--

crónicas no transmisibles	37
Gráfico No. 9 Práctica de actividad física leve en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles.....	39
Gráfico No. 10 Consumo de dieta adecuada en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles	40
Gráfico No. 11 Consumo de dieta mejorable en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles	41
Gráfico No. 12 Consumo de dieta desequilibrada en personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles.	42

RESUMEN

Determinar la actividad física y práctica de hábitos alimenticios como componentes del estilo de vida en los habitantes de la zona 6 de la ciudad de Loja mediante un estudio descriptivo con la finalidad de conocer su relación con la presencia de enfermedades crónicas.

El presente estudio de investigación es tipo descriptivo, con enfoque transversal y de diseño cuantitativo, se realizó en la Zona 6 de la parroquia Sucre de la Ciudad de Loja. Se tomó como universo al total de la población 3531 habitantes. Con una muestra de tipo probabilístico de 133 personas.

Los resultados encontrados revelan que la mayoría de los habitantes en estudio realizan actividad física leve. En cuanto a los hábitos alimenticios la mayoría de personas de esta zona lleva una dieta mejorable.

Se concluye que la mayoría de la población estudiada tiene una actividad física baja y una dieta mejorable siendo estos factores de riesgo para la aparición y/o empeoramiento de enfermedades crónicas no transmisibles.

PALABRAS CLAVE: Estilos de vida, actividad Física, hábitos alimenticios, enfermedades crónicas.

ABSTRACT

Determine the physical and practical activity of eating habits as lifestyle components in the residents of the Area 6 of the city of Loja through a descriptive study in order to know its relation to the presence of chronic diseases.

This research study is descriptive, cross-sectional, quantitative design approach was performed in Zone 6 of the Sucre parish of the City of Loja. It was taken as the total world population of 3531 inhabitants. With a probabilistic sample of 133 people.

The results reveal that most of the people in the study performed light physical activity. Regarding eating habits most people in this area carries a improved diet.

It is concluded that most of the students have low physical activity and improved diet being these risk factors for the onset and / or worsening of chronic noncommunicable diseases.

KEYWORDS: Lifestyle, Physical activity, dietary habits, chronic diseases.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. Propone la siguiente definición: “Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas”. (Salazar, 2010)

El ámbito de la Atención Primaria de Salud se caracteriza por una mayor accesibilidad y longitudinalidad en la atención. Las actividades realizadas desde éste ámbito asistencial tienen un gran impacto en la equidad en la atención y en la salud de la población. (Gonzales, 2011)

El médico, siendo apoyo necesario del equipo de salud tanto en el ámbito de atención primaria como las demás áreas de los servicios de salud, tiene gran parte de responsabilidad en cuanto a la educación de la población y sobre todo de los enfermos que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, en lo referido a la prevención de hábitos de salud y autocuidados, en relación a la educación para el cumplimiento de sus cuidados y el cambio en sus hábitos de vida.

Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, aspectos que son de responsabilidad para la salud, también las actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo. Esta repetición continua de estilos de vida, conductas, preferencias y consumos, genera un hábito, el cual se refiere a la ejecución automática de un comportamiento. (Salazar, 2010)

El presente estudio de hábitos alimentarios y actividad física, se deriva ante la problemática que existe entre la modificación de estos hábitos y el aumento de la mala práctica de los estilos de vida, los cuales constituyen factores de riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, etc.). (Ivette, 2012)

La actividad física se vincula al concepto de salud y calidad de vida como una estrategia o intervención efectiva que permite mejorar la autopercepción, el nivel de satisfacción de las necesidades individuales y colectivas, y los beneficios reconocidos que esta trae desde lo biológico, psicosocial y cognitivo. Por lo cual se convierte en una herramienta efectiva para

mejorar la calidad de vida de la población. (Vidarte, 2011)

Teniendo en cuenta los beneficios de la actividad física y buenos hábitos alimenticios, se espera que estos fortalezca la salud en términos de potencialización de todas las cualidades físicas y, además, disminuya los factores de riesgo para adquirir enfermedades crónicas no transmisibles; aumente la capacidad productiva, mejore las relaciones interpersonales, brinde alternativas sanas para el uso del tiempo libre, compense el sedentarismo de la actividad laboral y de orden intelectual; todo esto con el fin primordial de mejorar la calidad de vida.

Las enfermedades crónicas han incrementado su incidencia y prevalencia de manera continua en el ámbito mundial y nacional; actualmente están siendo la mayor causa de muerte en todo el mundo, siendo así que en el Ecuador según datos del INEC 2010, registra como primera causa de muerte la enfermedad hipertensiva, (consideradas como un problema de salud prioritario en América) y dentro de las diez primeras causas de mortalidad encontramos diabetes mellitus, las cuales están en estrecha relación con los hábitos alimenticios y la actividad física.

Teniendo como antecedentes la prevalencia de estas enfermedades en la zona 6 de la Ciudad de Loja, se encontró en los datos obtenidos del MSP (archivos 2012) sobre el perfil epidemiológico de esta población, el 26% sufren de hipertensión arterial y 12% diabetes mellitus en La Banda baja, y 22% de la población sufre diabetes mellitus; 16% hipertensión arterial en La Banda alta, correspondientes a la Zona 6 de la parroquia Sucre de la ciudad de Loja.

En definitiva, conocer el grado de actividad física, los hábitos alimentarios, de los habitantes de la zona 6 de la Ciudad de Loja, permitirá orientar diferentes campañas de promoción de la salud con el fin de diseñarlas, programarlas y adaptarlas al máximo posible, teniendo en cuenta las características y problemáticas propias de los habitantes, en los diferentes grupos de edad y el nivel sociocultural.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la actividad física y práctica de hábitos alimenticios como componentes del estilo de vida en los habitantes de la zona 6 de la Ciudad de Loja mediante un estudio descriptivo con la finalidad de conocer su relación con la presencia de enfermedades crónicas.

Objetivos específicos:

- Identificar la actividad física practicada en la población de la zona 6 de la Ciudad de Loja.
- Determinar la práctica de hábitos alimenticios en la población de la zona 6 de la Ciudad de Loja.
- Establecer la relación de la actividad física y práctica de hábitos alimenticios con la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias.

1. MARCO TEORICO

Capítulo I : Características geográficas y demográficas de la población.

1.1. Introducción.

Loja tiene características muy especiales que le dan una propia identidad, es una región de la patria ecuatoriana donde el desafío permanente de una naturaleza agreste y dura ha forjado un tipo de hombre abierto a la solidaridad, a la creatividad cultural y a la lucha solidaria por la supervivencia y el progreso; ser extranjero o forastero casi constituye un privilegio, la hospitalidad y cordialidad del lojano resalta y enaltece sus mejores tradiciones. La Provincia de Loja se ha distinguido en todos los tiempos por una definida vocación por la música de sus habitantes y por cultivar el género musical, entre hombres y mujeres de todos los estratos sociales. De esta manera, podemos concluir que la música es para el lojano un lenguaje, una forma de expresión natural, profundamente ligada a su existencia. (Gobierno autónomo descentralizado municipal de Loja, 2013)

La Ciudad de Loja conocida como la Capital Musical y Cultural, ubicada en la región fronteriza Ecuador/Perú, en un alto valle Andino (2,123 metros sobre el nivel del mar) en la ruta de la carretera Panamericana, con una extensión de 1.883 Km². Cuenta con una población de 214.855; 111,385 mujeres y 103,470 hombres; con una tasa de crecimiento estimada de 3,000. (INEC, 2013)

La Zona 6 de la Parroquia Sucre la Ciudad de Loja cuenta con una población de 3531, comprendido por 1701 mujeres y 1830 varones (INEC, 2013).

1.2. Geografía.

1.2.1. Demografía.

Loja está formada por cuatro parroquias El Valle, Sucre, El Sagrario, San Sebastián; cada parroquia está dividida por Zonas y estas a su vez en sectores y manzanas.

El presente trabajo de investigación se realizó en la zona 6 de la parroquia Sucre de la Ciudad de Loja perteneciente a Ecuador.

La zona 6 de la parroquia Sucre, se encuentra geográficamente al noroeste de la Ciudad de Loja, como referencia tenemos que la Zona 6 se encuentra a poco pasos del Zoológico de la Ciudad; el sector está conformado por 7 sectores y 35 manzanas distribuidas de la siguiente manera: el sector 1: 5 manzanas, el sector 2: 5 manzanas, además aquí encontramos el Complejo Deportivo la Banda, el sector 3: 6 manzanas, el sector 4: 8 manzanas, el sector 5: 6

manzanas, el sector 6: 3 manzanas y el sector 7: 2 manzanas.

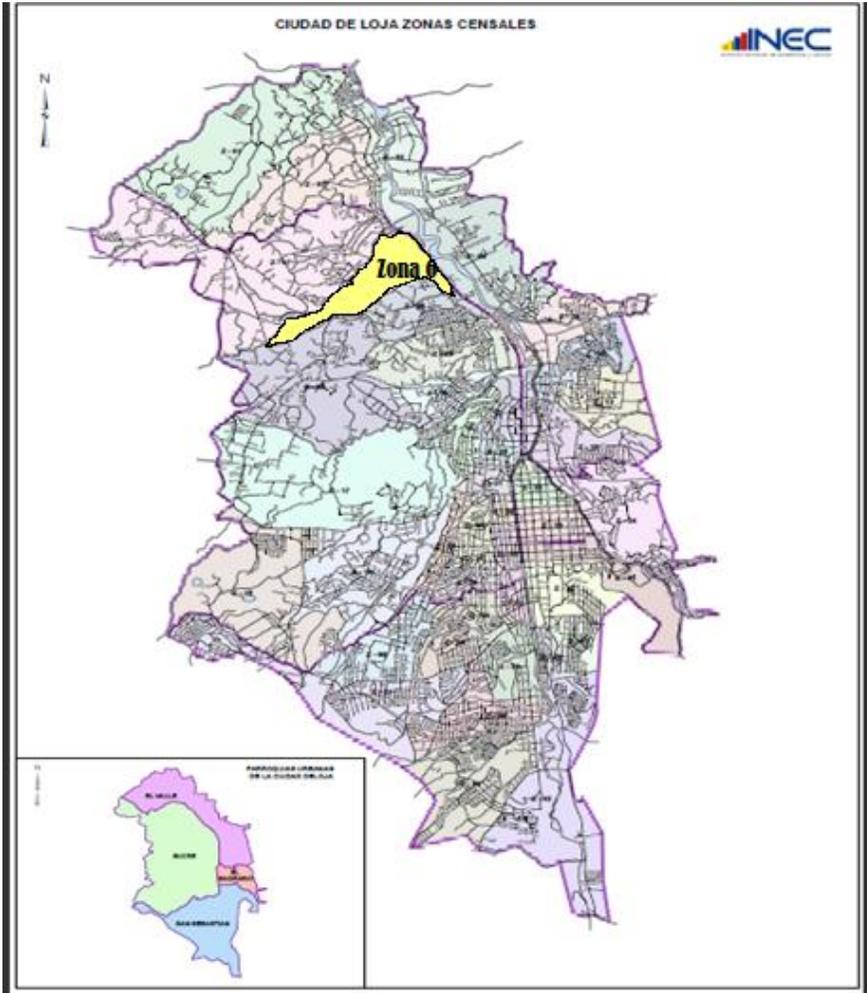


Gráfico No. 1

Mapa de la Ciudad de Loja.

Fuente: (INEC, 2013)

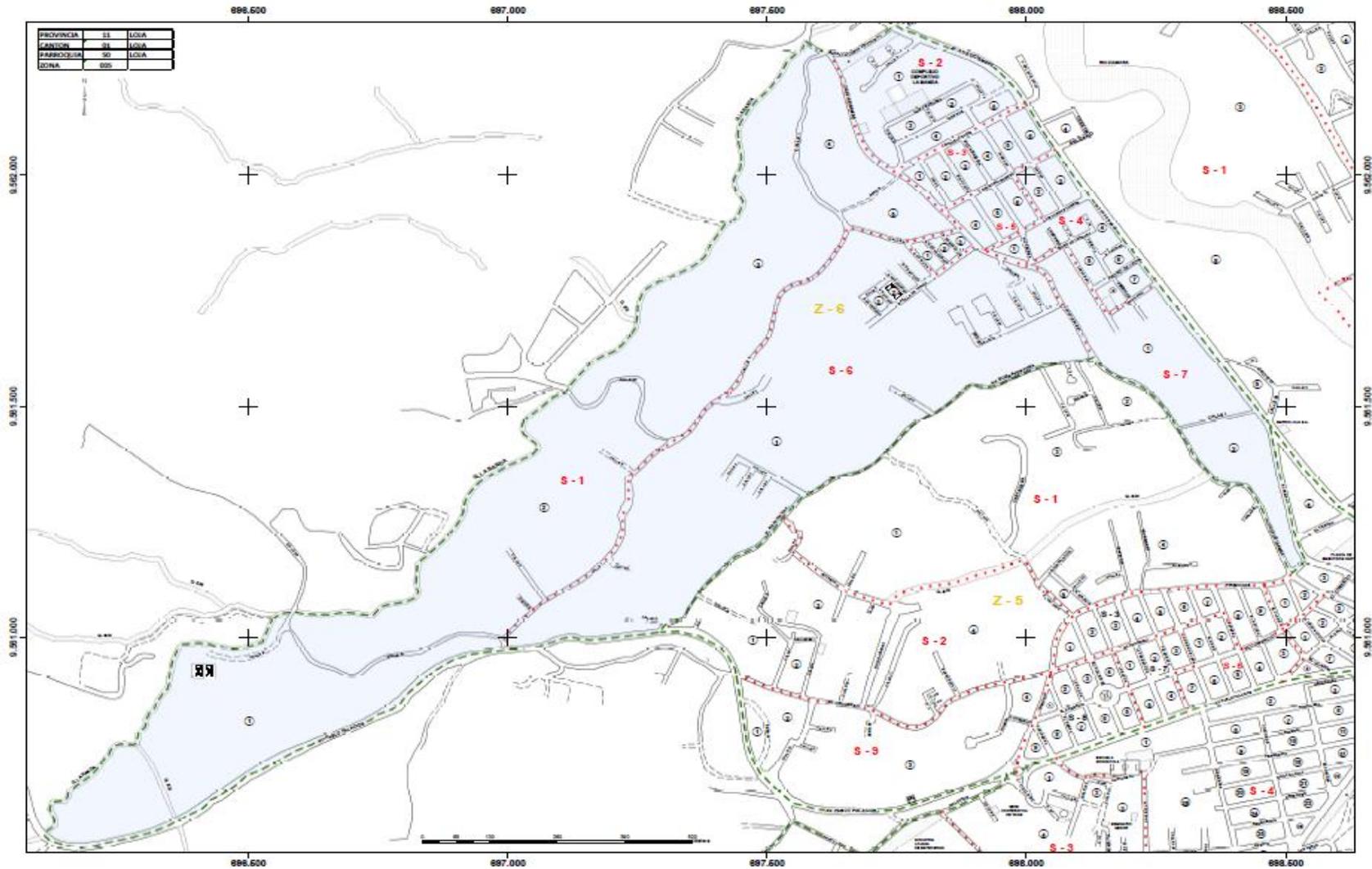


Gráfico No. 2

Mapa de la zona 6 de la Parroquia Sucre de la Ciudad de Loja.

Fuente: (INEC, 2013)

1.2.2. Clima.

Tiene un clima templado andino a excepción de junio y julio meses en los que se presenta una llovizna tipo oriental, el clima es más bien templado, con temperaturas que fluctúan entre 16 y 21°C. Cuenta con los servicios básicos tales como: agua potable, luz eléctrica, y red telefónica además para el desplazamiento local se cuenta con el SITU (Servicio Integrado de Transporte Urbano) y de la disponibilidad de cooperativas de Radio Taxis.

Capítulo II: Estilos de vida como determinantes del proceso salud enfermedad, alimentación y actividad física.

1.3. Estilos de vida saludables.

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. (Cockerham, 2007)

De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. (De la Cruz)

1.4. Componentes y determinantes del estilo de vida relacionado con la salud.

El estilo de vida relacionado con la salud está caracterizado por:

- Poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista, actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque pueden ser sus determinantes.
- Continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, “hábito”.
- Asociación y combinación entre conductas de forma consistente. (De la Cruz)

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas (figura 1): La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales. La segunda perspectiva parte de aspectos sociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno.

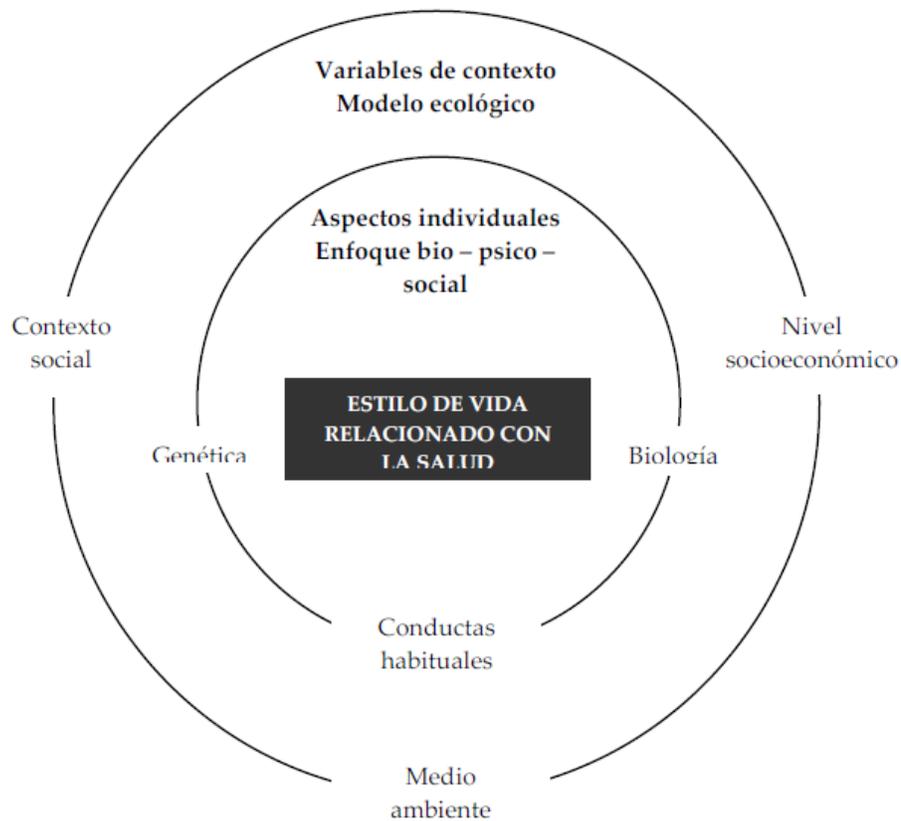


Figura No. 1

Fuente: (De la Cruz)

Durante el desarrollo humano se establecen múltiples transacciones entre ambos contextos (modelo ecológico y aspectos individuales), se establecen patrones adaptativos de conducta, anteriormente denominados hábitos de vida, que conforman en conjunto el “estilo de vida relacionado con la salud”, determinados por cada uno de estos factores. (De la Cruz)

1.5. Adopción de estilos de vida saludables.

El estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud; la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. Las intervenciones que intentan ayudar a las personas a adoptar (o mantener) un estilo de vida saludable comparten una serie de principios comunes. Algunos de ellos fueron descritos por Jackson de la siguiente manera:

1. Las personas deben tener un papel proactivo en el proceso del cambio.
2. Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que, a menudo, requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas.
3. Factores psicológicos, como creencias y valores, influyen en la conducta y ésta, a su vez, influye en los valores y en la experiencia de las personas.
4. Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente.
5. La conducta depende del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.
6. Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita. (Marqués, 2009)

1.6. Identificación de los estilos de vida saludables.

Dentro de los estilos de vida saludables están el no ingerir bebidas alcohólicas, no fumar, realizar actividad física y buenos hábitos alimenticios; de los cuales se estudió estos dos últimos componentes de los estilos de vida.

1.6.1. Actividad Física.

1.6.1.1. Definición.

En su definición clásica, la actividad física es “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produzca un gasto energético mayor al existente en reposo”. (OMS, 2013)

Con este criterio se incluyen todas las actividades de las personas, ya sea la actividad física propia del día a día, la derivada de las profesiones, la realizada en el tiempo de ocio o el ejercicio físico voluntario. (Fernandez, 2011)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las personas tienen la oportunidad de mantenerse físicamente activas en cuatro sectores principales de la vida diaria: el trabajo, el transporte, las tareas domésticas y el tiempo libre o de ocio. (Serón, 2010)

1.6.1.2. Concepción Mundial.

Mundialmente, la actividad física asumida en su contexto integral se convierte en la actualidad en la estrategia clave para todos los profesionales de la salud que de una u otra manera buscan

en las personas mejorar su calidad y sus condiciones de vida, y desde la salud pública la vida es un elemento básico y colectivo que puede generar un cambio importante en lo que actualmente está sucediendo con las enfermedades producto de los estilos de vida inadecuados y de conductas y comportamientos poco saludables. (Vidarte, 2011)

1.6.1.3. Actividad Física como un hábito de estilo de vida.

El hábito no se puede equiparar con la frecuencia de su ocurrencia, sino que debe ser considerada como una construcción mental que implica automaticidad, falta de conciencia, dificultad para controlar el comportamiento y eficiencia mental. Es decir, el hábito es una acción automatizada que se activa espontáneamente aun cuando no existen motivaciones relevantes. (Guitierrez, 2011)

Desde el ámbito de la funcionalidad, depende de la etapa de la vida en que se encuentre el individuo; por ejemplo, en sus inicios es el juego, en la juventud el deporte, mientras que en la adultez se combinan estas experiencias en diferentes formas de expresión y de desarrollo físico y mental. (Vidarte, 2011)

El cuerpo del ser humano ha evolucionado para ser físicamente activo, más aún, tiene la necesidad de hacerlo. No obstante, a pesar de esta necesidad, la práctica de actividad física en la población es cada vez menos frecuente lo cual se está pagando con la salud. Estos bajos niveles de práctica de actividad física conllevan el sedentarismo de buena parte de la población, lo que unido a unos hábitos alimentarios nada idóneos han provocado el aumento alarmante de diferentes patologías (obesidad, enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico...) que, en algunos casos, se han convertido en un auténtico problema de Salud Pública. (Escalante, 2011)

La actividad física, desde hace tiempo se considera un componente de relevancia para un estilo de vida saludable. La evidencia científica indica que una vida activa, reduce la obesidad dado que el ejercicio se encuentra relacionado directamente con el peso y la composición corporal, al igual que con el índice de cintura. Estudios recientes han demostrado que la actividad física se correlaciona negativamente con depresión, ansiedad, victimización por los compañeros y una autoestima baja. En la vida adulta disminuye el riesgo de enfermedades crónicas, cardiovasculares, diabetes y osteoporosis. (Trejo, 2012)

1.6.1.4. Métodos de evaluación de la Actividad Física.

Para evaluar la práctica de actividad física realizada durante un período determinado de tiempo existen diferentes metodologías. Una de las más frecuentes es la utilización de cuestionarios. Este instrumento, de medición indirecta, utiliza las respuestas del sujeto para realizar una estimación de la actividad física que realiza. Las principales ventajas de los cuestionarios derivan en que es un método no invasivo que se pueden utilizar en muestras de poblaciones grandes y representativas. Por otro lado, sus principales desventajas dependen mayoritariamente de la memoria y su precisión se basa en la auto-respuesta que da el sujeto. (Escalante, 2011)

Dependiendo del instrumento de evaluación puede clasificarse los niveles de actividad física en escalas dicotómicas (físicamente inactivo o sedentario/ físicamente activo), ordinales (físicamente inactivo o sedentario/moderadamente activo/físicamente activo) o continuas (kilocalorías, múltiplos de tasa de metabolismo basal MET). (Serón, 2010)

La medida de hábitos de actividad física es especialmente importante en la evaluación de las consecuencias de las enfermedades crónicas. (Guitierrez, 2011)

El presente estudio utilizó el Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ, de sus siglas en inglés Internacional Physical Activity Questionnaire). Este cuestionario determina el tipo de actividad física de una persona (intensa, modera o leve).

CATEGORÍA 1	CATEGORÍA 2	CATEGORÍA 3
Es el nivel más bajo de actividad física y representa aquellos que no entran en la categoría 2 ó 3	Cualquiera de estos: <ul style="list-style-type: none"> • 3 o más días de actividad vigorosa de por lo menos 20 minutos/día o • 5 o más días de una combinación de actividad moderada y vigorosa con resultado de por lo menos 600 MET minutos/semana 	Cualquiera de estos: <ul style="list-style-type: none"> • Actividad vigorosa durante por lo menos 3 días que acumule por lo menos 1500 MET minutos/semana o • 7 o más días de cualquier combinación de actividad moderada y vigorosa que sumen por lo menos 3000 MET minutos/semana
Actividad física de intensidad baja (\leq 3 METS) Requiere de una cantidad mínima de esfuerzo en que no se modifica la frecuencia cardiaca	Actividad física de intensidad moderada (de 3-6 METS). Requiere de una cantidad moderada de esfuerzo en que acelera considerablemente la frecuencia cardiaca.	Actividad física de intensidad vigorosa (\geq 6 METS). Requiere de una gran cantidad de esfuerzo en que se ocasiona una respiración rápida y se aumenta substancialmente la frecuencia cardiaca.
Ejemplos de ejercicio de baja intensidad: <ul style="list-style-type: none"> • Caminar despacio • Lavar platos • Regar el jardín • Manejar un carro 	Ejemplos de ejercicio de moderada intensidad: <ul style="list-style-type: none"> • Caminar rápido • Baile • Jardinería • Trabajo doméstico 	Ejemplos de ejercicio de vigorosa intensidad: <ul style="list-style-type: none"> • Trote • Caminata rápida subiendo una colina • Bicicleta rápida

(Morel, 2010)

1.6.1.5. Relación actividad física y enfermedades crónicas no transmisibles.

La actividad física realizada de forma continuada disminuye el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer de colon y de mama, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, osteoporosis o depresión). Instituciones de referencia como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el American College of Sport Medicine (ACSM) y la American Heart Association (AHA) han propuesto recomendaciones mínimas de actividad física asociada a un buen estado de salud. Estas instituciones señalan que en personas de 18 a 65 años se logran beneficios saludables realizando al menos: 30 minutos de ejercicio aeróbico moderado (por ejemplo, caminar rápido o brisk walking) cinco días a la semana; o 20 minutos de ejercicio aeróbico intenso (por ejemplo, footing) tres días a la semana, o una combinación de ambos tipos de trabajo. Además, señalan que se pueden mejorar estos resultados si se aumenta la duración de las actividades aeróbicas y si se complementan con trabajo de fuerza y resistencia muscular al menos uno o dos días por semana. (Rodríguez, 2011)

La inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial). Sólo la superan la hipertensión (13%), el consumo de tabaco (9%) y el exceso de glucosa en la sangre (6%). El sobrepeso y la obesidad representan un 5% de la mortalidad. Se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente 21–25% de los cánceres de mama y de colon, 27% de la diabetes, y aproximadamente un 30% de las cardiopatías isquémicas. Se ha estimado que, de cada 10 defunciones, seis son atribuibles a enfermedades no transmisibles (Desloovere, 2010)

El sedentarismo es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar alguna de las enfermedades anteriormente citadas. Por lo tanto, además de las necesarias campañas de promoción de la actividad física y de información sobre las recomendaciones mínimas de la misma, es de interés social conocer la adherencia de los ciudadanos a dichas recomendaciones, así como sus determinantes sociodemográficos. (Rodríguez, 2011)

El sedentarismo contribuye a la morbimortalidad en todo el mundo mientras que la actividad física moderada y regular tiene muchos efectos beneficiosos sobre la salud ayuda a prevenir enfermedades crónicas y a prolongar la vida en condiciones favorables. Por tanto, el sedentarismo es un objetivo de intervención para mejorar la salud pública de las poblaciones desarrolladas caracterizadas por patrones de inactividad. (Fernandez, 2011)

Se conoce que personas sedentarias tienen una vida cerca de dos años más corta que sus contemporáneos más activos, y se ha demostrado la asociación que existe entre una menor percepción en la calidad de vida relacionada con la salud, con una menor capacidad física o con bajos niveles de actividad física, en mayor proporción en individuos sedentarios. (Ramirez, 2010)

1.6.2. Hábitos Alimenticios.

Antes de definir los hábitos alimenticios se debe saber que:

Alimentación: Es un proceso voluntario, consciente de opción, por lo tanto, educable. Está condicionado por multitud de factores tales como: sociales, culturales, económicos, del medio ambiente, hábitos, costumbres locales y medios de comunicación. (Hepagastro.org, 2013)

Nutrición: Es un proceso fisiológico por el cual el organismo extrae de los alimentos ingeridos los nutrientes que contienen. Es por lo tanto, un acto involuntario e inconsciente. Está condicionado en gran parte por la alimentación. Influyen en la nutrición, entre otros, el estado de salud del individuo, la interacción nutrientes-medicamentos, nutrientes-sustancias inhibidoras. (Hepagastro.org, 2013)

Alimento: Según el Código Alimentario Argentino, es toda sustancia ó mezcla de sustancias naturales ó elaboradas que, ingeridas por el hombre, aportan al organismo los materiales y la energía necesarios para los procesos biológicos. Se incluyen sustancias o mezclas de sustancias que se ingieren por hábito ó costumbre, como aditivos, tengan o no valor nutritivo. (Hepagastro.org, 2013)

Nutriente: Sustancias integrantes normales de nuestro organismo, cuya ausencia ó disminución por debajo de un límite mínimo, produce al cabo de cierto tiempo, una enfermedad por carencia. Los nutrientes se pueden clasificar en macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y micronutrientes (vitaminas y minerales). (Hepagastro.org, 2013)

Alimentos protectores: Son aquellos que por la cantidad y calidad de nutrientes que contienen, al ser incorporados en la dieta en cantidades suficientes, protegen al organismo de una enfermedad por carencia. Son alimentos protectores: lácteos, carnes, huevo, verduras, frutas, cereales y derivados, legumbres, aceites vegetales. (Hepagastro.org, 2013)

Alimentos no protectores: Son deficientes en vitaminas, minerales ó proteínas. Sólo suministran calorías. Son las llamadas “calorías Vacías”: azúcar, dulces, gaseosas, bebidas alcohólicas, grasas animales. (Hepagastro.org, 2013)

1.6.2.1. Definición de Hábitos Alimenticios.

Definir a los hábitos alimentarios no resulta sencillo ya que existe una diversidad de conceptos, sin embargo, la mayoría convergen en que se tratan de manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales. (Ivette, 2012)

La manera en que un individuo o grupo humano selecciona, prepara y consume determinados alimentos, constituyen los “hábitos de alimentación”. Los hábitos alimentarios son de naturaleza compleja y en su configuración intervienen múltiples factores que se pueden diferenciar en dos grandes bloques de condicionantes: el primero determinado por factores geográficos, climáticos, políticos, agropecuarios, económicos, de infraestructura y transporte, que influyen en la cantidad, variedad, calidad, tipo de alimentos disponibles y accesibles para el consumo. El segundo se refiere a los factores que intervienen en la toma de decisiones y en la elección individual de alimentos en base a la oferta disponible. Dentro de este grupo se destacan los aspectos psicológicos, sociales, antropológicos, culturales, tradiciones, simbolismo, nivel educativo, nivel de información y concientización por la salud y cuidado personal, el marketing, la publicidad y los medios de comunicación entre otros. (Cornatosky, 2009)

El acto de comer tiene entonces, un significado complejo que excede con frecuencia la necesidad biológica de satisfacer los requerimientos energéticos y nutricionales individuales. (Cornatosky, 2009)

1.6.2.2. Dieta Adecuada.

Se considera dieta adecuada a aquella que es variada, contiene todos los grupos de alimentos; es equilibrada, los grupos de alimentos deben tener una cantidad y una frecuencia de consumo determinada para que la dieta sea equilibrada; todos estos se deben ingerir en al menos tres tomas al día, desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena. (Ministerio de sanidad y consumo , 2007). El valor calórico de la dieta debe ser adecuado al gasto de la persona, para lograr un balance energético equilibrado con objeto de mantener o conseguir un peso saludable. (Astiasarán, 2007)

Dieta equilibrada no sólo se deben tener en cuenta las cantidades de energía y nutrientes ingeridas sino también sus proporciones. Debe aportar las cantidades de hidratos de carbono, lípidos y proteínas óptimas, asegurar el aporte vitamínico recomendado, incluir cantidades adecuadas de minerales, aportar la cantidad suficiente de fibra y cubrir las necesidades de agua. (Astiasarán, 2007)

En resumen la alimentación correcta: es completa, equilibrada, suficiente, variada, inocua y adecuada a las circunstancias particulares del adulto, cuyo modelo más reconocido es la dieta mediterránea cuyas características principales son: alto consumo de productos vegetales (frutas, verduras, legumbres, frutos secos), pan y otros cereales (siendo el trigo el alimento base), el aceite de oliva como grasa principal, el vinagre y el consumo regular de vino en cantidades moderadas.

Para valorar el tipo de dieta de los habitantes de la zona 6 de la Parroquia Sucre de la Ciudad de Loja, se evaluó el consumo diario de: fruta, verdura cantidad de agua ingerida; consumo semanal de: lácteos, leguminosas frescas, leguminosas secas, pescado, huevo, carnes rojas, comida rápida, repostería-pastelería, bebidas azucaradas, consumir alimentos preparados fuera del hogar. Teniendo en cuenta estos indicadores, una dieta adecuada es aquella que se basa en la ingesta de:

- Lácteos todos los días
- 3 o más porciones de fruta al día
- 3 o más porciones de verdura al día
- Leguminosas frescas todos los días
- Leguminosas secas todos los días
- 2 o más porciones de pescado a la semana
- 2 o más huevos por semana
- 2 porciones de carne roja a la semana
- Nunca comida rápida
- Nunca repostería-pastelería
- Nunca bebidas azucaradas comerciales
- Aceites vegetales para preparar los alimentos
- Más de 5 vasos de agua al día
- Nunca consumir alimentos preparados fuera de casa

1.6.2.3. Dieta Mejorable.

Es aquel tipo de dieta que no se encuadra dentro de una dieta adecuada ni desequilibrada, toman parte de las recomendaciones para la dieta pero esta se puede mejorar.

Dieta mejorable es aquella que se basa en la ingesta de:

- Lácteos 2 a 3 veces por semana
- 1-2 porciones de fruta al día
- 1-2 porciones de verdura al día
- Leguminosas frescas 2-3 veces por semana
- Leguminosas secas 2-3 veces por semana
- 1 porción de pescado a la semana
- 1 huevo por semana
- 1 porción de carne roja a la semana
- Comida rápida 1-2 veces por semana
- Repostería-pastelería 1-2 veces por semana
- Bebidas azucaradas comerciales 1-2 veces por semana
- De 2-5 vasos de agua al día
- 1-3 veces por semana consumo de alimentos preparados fuera de casa

1.6.2.4. Dieta Desequilibrada.

Una dieta desequilibrada es aquella que no proporciona la cantidad requerida de los diversos alimentos que se necesitan para mantener una buena salud. Una dieta desequilibrada no contiene todos los grupos de alimentos y las cantidades suficientes de nutrientes para que le organismo pueda realizar todas sus funciones (reguladoras, plásticas y energéticas). El desequilibrio se produce cuando su consumo es excesivo en grandes cantidades, y no existe ninguna forma de regular la cantidad de alimento que se ingiere.

Dieta desequilibrada es aquella que se basa en la ingesta de:

- Ninguna cantidad de lácteos a la semana
- Ninguna porción de fruta al día
- Ninguna porción de verdura al día

- Ninguna porción de leguminosas frescas por semana
- Ninguna porción de leguminosas secas por semana
- Ninguna porción de pescado a la semana
- Ningún huevo por semana
- Ninguna porción de carne roja a la semana
- 3 o más veces de consumo de comida rápida por semana
- 3 o más veces de consumo de repostería-pastelería por semana
- 3 o más veces de consumo de bebidas azucaradas comerciales
- Utilización de manteca para cocción de los alimentos
- Menos de 2 vasos de agua al día
- 3 o más veces por semana consumo de alimentos preparados fuera de casa

Capítulo III: Actividad física y hábitos alimenticios como factores de riesgo para la presencia de diabetes, HTA y dislipidemia.

1.7. Breve análisis

Los factores dietéticos y la actividad física tienen relación estrecha con la existencia de sobrepeso y presión arterial, tanto sistólica como diastólica. Se ha observado que perder 9,5 kg de peso sin restricción sódica, puede determinar una reducción de presión arterial unos 20mmHg en pacientes con hipertensión ligera. (Farreras, 2008)

Alrededor de 25% de los hipertensos menores de 60 años presentan comorbilidades como: resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia y descenso de colesterol ligado a las lipoproteínas de elevada densidad, lo que se conoce como síndrome metabólico. (Farreras, 2008)

Al referirnos a la diabetes se tiene que se han definido tres tipos de DM según su etiología: diabetes mellitus tipo I (DM1), diabetes mellitus tipo II (DM2) y diabetes gestacional.

La DM2 conocida anteriormente como diabetes no insulino dependiente, es una enfermedad crónica, caracterizada por presentar niveles altos de glucosa en la sangre, por resistencia celular a la acción de la insulina o por una secreción deficiente de insulina.

La DM2 es más común que la DM1, representa aproximadamente el 85% a 90% de los casos diagnosticados. Se relaciona con factores de riesgo modificables por la persona, tales como: obesidad o sobrepeso, inactividad física y regímenes alimenticios hipercalóricos de bajo valor nutricional.

Los factores de riesgo de macroangiopatía en los diabéticos son dislipidemia, hipertensión, obesidad, actividad física escasa y tabaquismo. Otros factores de riesgo específicos de la población diabética son oligoalbuminuria, macroproteinuria, elevación de la creatinina sérica y alteración de la función plaquetaria. (Fauci, 2009)

Las dislipidemias es otra patología tratable y modificable en la cual se encuentra que las concentraciones elevadas de LDL-colesterol en la corriente sanguínea hacen con que esa molécula penetre en el espacio subendotelial y una vez allá, sea oxidada por radicales libres. Ese LDL oxidado causa daños a las estructuras próximas, haciendo con que los monocitos se recluten para su eliminación y formen las llamadas “células espumosas”, después de la absorción de ese LDL oxidado. Esas células espumosas liberan sustancias tóxicas causando

lesión al endotelio celular, hipertrofia e hiperplasia de la musculatura lisa vascular. Ese proceso también desencadena la activación y la agregación de plaquetas, porque perjudica la producción/ disponibilidad del óxido nítrico, acarreado la reducción de la luz del vaso y generando la isquemia de los tejidos y de los órganos. Con el progreso de ese proceso inflamatorio, la enfermedad se consolida y evoluciona hasta estadios más avanzados de la arterosclerosis. (Fernandes, 2011)

La práctica insuficiente de ejercicios físicos también es un factor de riesgo para el desarrollo del cuadro clínico de dislipidemia y arterosclerosis. Los lípidos son importantes sustratos para la producción de energía durante la práctica de ejercicio físico continuado y dislipidemias de ejercicios físicos y estudios indican que adultos físicamente activos, presentan una mayor concentración plasmática de HDL-colesterol, menores concentraciones de LDL-colesterol y triglicéridos cuando se les compara con los sedentarios. Incluso la práctica sistemática de ejercicios físicos parece ser un importante estimulador del aumento del tamaño de las moléculas de LDL-colesterol, reduciendo así su capacidad de penetrar en el espacio subendotelial y ser oxidado. (Fernandes, 2011)

1.8. La actividad física como importancia en el presente estudio.

Actualmente la actividad física tiene un interés creciente de estudio tanto en la investigación epidemiológica, como clínica, genómica y básica; consecuencia del lugar que ocupa como determinante de salud y/o factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. Su práctica en personas de todas las edades, deja claro que ya no es un problema de adultos.

Demostrar la asociación positiva entre niveles saludables de actividad física y una mejor percepción en la calidad de vida relacionada con la salud podría proporcionar a los individuos sanos motivación para ser más activos, y no sólo el clásico efecto de disminuir el riesgo por enfermedades crónicas. (Ramirez, 2010)

1.9. Autoeficacia y actividad física.

La autoeficacia percibida es definida como la creencia que tiene la persona sobre su propia capacidad para realizar una conducta que le permita alcanzar unos resultados determinados. Por tanto, la autoeficacia no es la conducta sino la confianza en uno mismo de ser capaz de realizar el comportamiento que se propone. Así, si nos creemos capaces de hacer algo lo haremos y lo mantendremos en el tiempo mediante la motivación, el esfuerzo y la perseverancia. De este modo, si modificamos las creencias de eficacia personal sobre la

práctica de una conducta de salud, como la actividad física, lograremos que las personas se crean capaces de iniciar el comportamiento y de mantenerlo en el tiempo. La autoeficacia es un predictor de la intención y de la conducta de hacer ejercicio en el presente y en el futuro. (Fernandez, 2011)

Partiendo de estas premisas, se tiene que para una práctica rutinaria de actividad física, las personas deben iniciar con una buena predisposición y actitud por el ejercicio e ir mejorando esta autoeficacia para sentirse y estar más sanos.

La Organización Panamericana de la Salud en su estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud afirma que la actividad física se vincula al concepto de salud y calidad de vida como una estrategia o intervención efectiva que permite mejorar la autopercepción (autoeficacia), mediante los beneficios reconocidos que esta trae desde lo biológico, psicosocial y cognitivo, además de ser un factor de protección para prevenir, en general, la instauración de enfermedades crónicas. (Vidarte, 2011)

El hecho de estar constantemente activo o en movimiento aporta una necesaria suma de experiencias o vivencias de vida que contribuyen a la construcción del sujeto social, ya que permite el desarrollo de patrones motores intencionados que son base para la interacción de los individuos en cualquier sociedad. La actividad física en esta perspectiva se entiende como aquella experiencia de vida que expresa acción y conciencia del cuerpo en movimiento, ya que busca en las personas y las comunidades mayores oportunidades de expresión de movimiento o actividad individual y colectiva, y se logran generar actitudes positivas frente a la vida de un individuo y de un colectivo social. (Vidarte, 2011)

1.10. Hábitos alimenticios como estudio importante.

El estudio de la alimentación y la nutrición ha sido abordado desde las ciencias exactas enfocadas a aspectos fisiológicos y las ciencias sociales que incluyen los hábitos y costumbres alimentarias de cada sociedad. Por otro lado, la nutrición como proceso aporta energía para el funcionamiento corporal, regula procesos metabólicos y ayuda a prevenir enfermedades. Desde 2005 la llamada tridimensionalidad de la nutrición establece las relaciones entre los alimentos y los sistemas biológicos, sociales y ambientales de cada sociedad (Ivette, 2012)

En el caso de la alimentación como un proceso social, esto no sólo permite al organismo adquirir sustancias energéticas y estructurales necesarias para la vida, sino también son símbolos que sirven para analizar la conducta. (Ivette, 2012)

La dieta mediterránea (alto consumo de verduras y hortalizas, legumbres, frutas, frutos secos y cereales y, especialmente, aceite de oliva; junto con un consumo moderado de pescados, huevos y productos lácteos, preferentemente yogur o queso, y un menor consumo de carnes y grasas animales) está considerada como un prototipo de dieta saludable, ya que garantiza un aporte calórico y de nutrientes en cantidades suficientes y proporciones adecuadas; y, además, contribuye a la prevención de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cáncer, etc. y, en general, a una mayor esperanza de vida. (Ayechu, 2010)

Con todos estos hechos, es muy sustentable el estudio de los hábitos alimenticios debido al papel que cumplen estos tanto en lo biológico, social y ambiental; su trascendencia es crucial para la salud, para la enseñanza de unas buenas costumbres que se difunden de generación a generación.

1.11. Modificación de los hábitos alimenticios.

Los hábitos alimentarios se aprenden en el seno familiar y se incorporan como costumbres, basados en la teoría de los aprendizajes sociales e imitados de las conductas observadas por personas adultas que respetan. (Ivette, 2012)

La adolescencia es el periodo en el que se establecen los hábitos dietéticos, madura el gusto, se definen las preferencias y las aversiones pasajeras o definitivas, constituyendo la base del comportamiento alimentario para el resto de la vida. En esta etapa las condiciones ambientales, familiares, culturales y sociales tienen una importante influencia para la definición de la personalidad alimenticia, de la cual dependerá el estado nutricional. (Castañeda, 2008)

Sin embargo, los hábitos alimentarios se han ido modificando por diferentes factores que alteran la dinámica e interacción familiar; uno de ellos corresponde a la situación económica que afecta los patrones de consumo tanto de los niños como de los adultos, la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar, lo que provoca que las familias adopten nuevas formas de cocina y de organización y la pérdida de autoridad de los padres en la actualidad, ha ocasionado que muchos niños coman cuándo y cómo lo que quieran. (Ivette, 2012)

Una alimentación poco saludable y la falta de actividad física son algunos de los principales factores de riesgo de problemas de salud crónicos en el mundo occidental. Diferentes estudios demuestran una fuerte asociación entre el aumento de la probabilidad de sufrir determinadas enfermedades (cardiovasculares, cáncer, anorexia, diabetes mellitus) y la adopción de determinados patrones dietéticos. En los hábitos alimentarios influyen diversos factores

(sociodemográficos, culturales, religiosos, económicos y educativos) que determinan unas costumbres alimentarias propias de cada zona o país. (Gonzales, 2011)

2. METODOLOGÍA:

2.1. Diseño metodológico:

2.1.1. Tipo de estudio.

El presente estudio de investigación es tipo descriptivo, con enfoque transversal y de diseño cuantitativo.

2.1.2. Área de estudio.

La presente investigación se realizó en la zona 6 que cuenta con un número de habitantes de: 3531 y un número de viviendas de 1034. (INEC, 2013)

2.1.3. Universo.

Se tomó como universo a las población de la zona 6 de la parroquia Sucre de la Ciudad de Loja, que cuenta con un total de 3531 habitantes. (INEC, 2013)

2.1.4. Muestra

2.1.4.1. Tamaño de la muestra

La muestra se tomó del total de habitantes de la Zona 6 de la parroquia Sucre, cuya muestra se obtendrá con el programa StatsCalc:

1. Tamaño de Universo: 3531
2. Error máximo aceptable: 5%
3. Porcentaje estimado de la muestra: 10%
4. Nivel deseado de confianza: 95
5. Tamaño de muestra: 133
- 6.

2.1.5. Tipo de muestreo

La muestra es de tipo probabilístico.

2.1.5.1. Criterios de inclusión:

- 2.1.5.1.1. Viviendas habitadas por personas mayores de 18 años o adultos.
- 2.1.5.1.2. Personas con enfermedades crónicas

2.1.5.2. Criterios de exclusión:

- 2.1.5.2.1. Viviendas construidas después del último censo del INEC.
- 2.1.5.2.2. Niños y personas que no habiten en la zona 6.
- 2.1.5.2.3. Personas con alteraciones en el hábito alimenticio.
- 2.1.5.2.4. Personas que por alguna situación en especial no pueden hacer actividad física

2.1.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	MEDICIÓN
Hábitos Alimenticios.	Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con la alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> • Raciones de fruta que consume cada día • Número de veces por semana que consume legumbre • Número de veces por semana que consume alimentos lácteos • Porciones de verdura consumidas en el día • Número de veces por semana que consume pescado • Número de veces por semana que consume huevo • Frecuencia de consumo de carnes rojas • Frecuencia de consumo de comida rápida • Frecuencia de consumo de alimentos de repostería y pastelería • Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas • Tipo de grasa utilizada para cocinar los alimentos • Cantidad de agua que bebe diariamente • Número de veces por semana que consume alimentos preparados fuera del hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 21-27: Dieta adecuada • 11-20: Dieta mejorable • < 10: Alimentación desequilibrada
Actividad Física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exige gasto de energía	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física en el trabajo o quehaceres domésticos • Actividad física en el desplazamiento cotidiano • Actividad física en el tiempo libre 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Moderado • Intenso
Enfermedad es crónicas no transmisibles	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes. • Hipertensión arterial • Dislipidemias 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta. • No presenta.

2.2. Métodos e instrumentos de recolección de datos

2.2.1. Métodos:

Los métodos que se utilizaron fueron: cuestionarios y la aplicación de test validados.

2.2.2. Instrumentos:

Test de Alimentación y Salud: Creado por la revista española "Erosky Consumer", el 28 de mayo en la X edición del día nacional de la nutrición. (Zudaire, 2011)

Cuestionario de Internacional de Actividad física (IPAQ): Aplicado a cada habitante de la zona: de acuerdo a actividades realizadas por los habitantes se clasifico en leve, modera e intensa. (Serón, 2010)

2.2.3. Procedimiento:

El estudio se realizó en un período de 12 meses desde Julio 2012 a Julio 2013. La presente investigación estuvo dirigida a obtener información relacionada con los estilos de vida en sus componentes: actividad física y hábitos alimenticios.

Se recolectó información relacionada con las variables motivo de interés, para tal efecto se utilizaron los instrumentos de recolección de datos: cuestionario y test (Ver Anexos).

Para el objetivo referente a la relación del nivel de actividad física y hábitos alimenticios con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles se identificaron si las personas evaluadas presentan algunas de las patologías estudiadas (diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias).

Estos instrumentos fueron sometidos a prueba piloto, la cual se la realizó a personas al azar dentro de la Ciudad de Loja, comprendido en las edades y parámetros a estudiar, donde se conoció la tendencia del comportamiento de las variables consideradas.

La recolección de la información se realizó los fines de semana, respetando los horarios de alimentación, el responsable de la recolección de datos fue el investigador el cual organizó los resultados y desarrolló las conclusiones con el análisis de la información y la realización del informe final.

2.3. Plan de tabulación y análisis

La presente investigación no tiene conflictos de interés, comerciales, ni éticos. Para la tabulación y análisis correspondiente de los datos recolectados se utilizó el programa estadístico Epi Info 7 versión 7.0.8.0 año 2011, y los resultados fueron representados en tablas y gráficos realizados en el programa Microsoft Office Excel 2010. Los datos obtenidos se encuentran dentro de la confidencialidad y anonimato, ningún aspecto fue en contra de la dignidad humana, se procuró no profundizar en aspectos que no estén dentro de los objetivos de estudio.

El análisis se realizó de acuerdo a los resultados obtenidos en la tabulación, relacionados con la revisión bibliográfica previa sobre el tema de la presente investigación.

3. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN:

Datos generales

Tabla No. 1

Edad de la población estudiada de la zona 6 de la parroquia sucre de la Ciudad de Loja

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-20	4	3,01
21-30	43	32,33
31-40	23	17,29
41-50	32	24,06
51-60	23	17,29
61-65	8	6,02
Total	133	100,00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

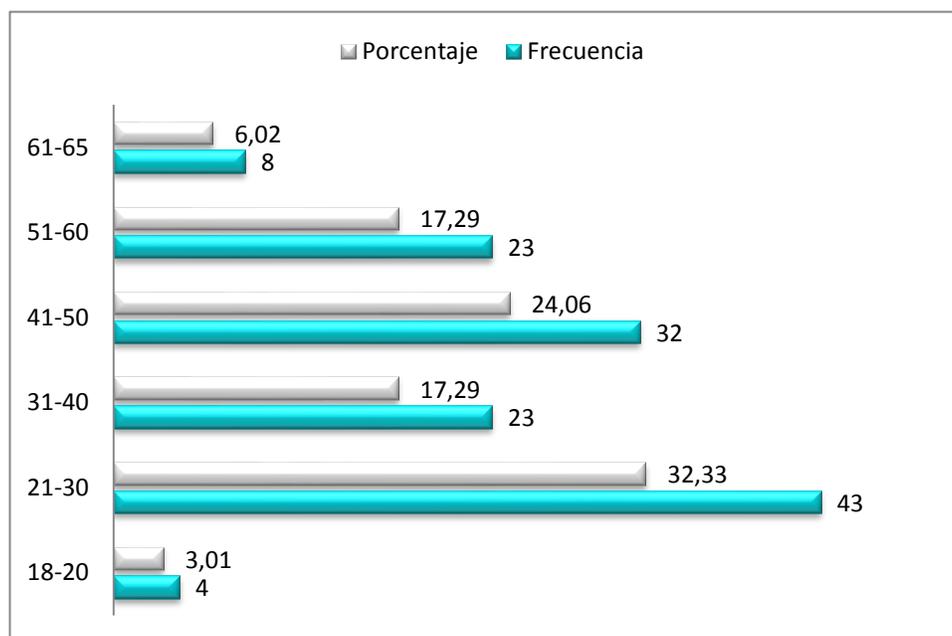


Gráfico No. 1

Edad de la población estudiada de la zona 6 de la parroquia sucre de la Ciudad de Loja

Fuente: Ficha de Recolección de datos
Elaborado por: El autor

En base al siguiente cuadro y gráfico se puede identificar que el mayor número de personas encuestadas es el de adultos jóvenes comprendido entre 21 y 30 años que equivale a 43 de las 133 personas encuestadas con un porcentaje de 32,33%; y el grupo menor encuestado fue el

comprendido entre 18 y 20 años correspondiendo al 3,01% del total.

Tabla No. 2

Género de la población estudiada del zona 6 de la parroquia sucre de la Ciudad de Loja

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	44	33,08
Femenino	89	66,92
Total	133	100,00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

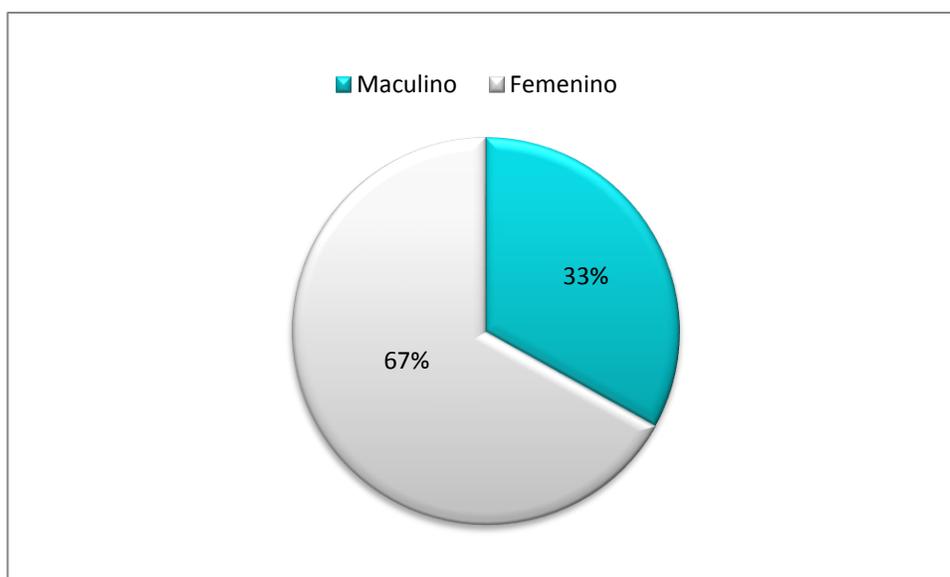


Gráfico No. 2

Género de la población estudiada del zona 6 de la parroquia sucre de la Ciudad de Loja

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

De acuerdo a los datos recolectados tenemos que fueron encuestados 89 mujeres y 44 varones, constituyendo un mayor porcentaje para el sexo femenino con el 66,92% y un menor porcentaje para el sexo masculino con 33,08%. Estos datos reflejan que las mujeres fueron más accesibles a la realización de las encuestas de actividad física y hábitos alimenticios ya sea por su tiempo disponible o por su predisposición a colaborar con el estudio.

3.1. Resultado 1 Actividad física de los habitantes de las zona 6.

Tabla No. 3

Realización de actividad física de los habitantes de la zona 6 de parroquia Sucre de la Ciudad de Loja

Actividad Física	Frecuencia	Porcentaje
Actividad Física leve	57	42,86
Actividad Física Modera	46	34,59
Actividad Física Intensa	30	22,56
Total	133	100,00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

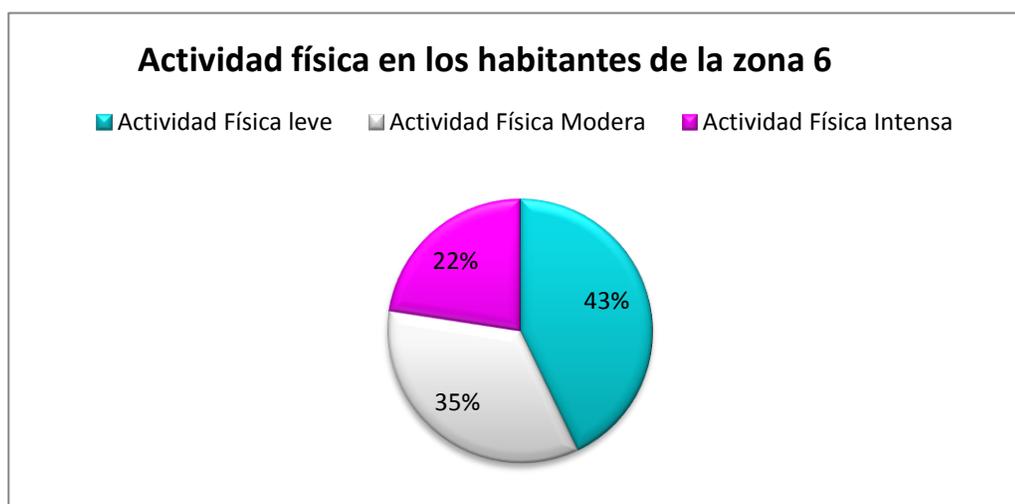


Gráfico No. 3

Realización de actividad física de los habitantes de la zona 6 de parroquia Sucre de la Ciudad de Loja

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

De acuerdo a los datos obtenidos mediante los instrumentos de recolección de datos tenemos que de los 133 habitantes encuestados la mayoría realiza una actividad física leve representando el 42,86% y tan solo el 22,56% realiza actividad física intensa. Con esto se tiene que la mayoría de habitantes de la zona 6 de la Ciudad de Loja no realiza actividad física adecuada para una vida saludable.

3.2. Resultado 2: Hábitos alimenticios de los habitantes de las zona 6

Tabla No. 4

Tipo de dieta de los habitantes de la zona 6 de la parroquia Sucre de la Ciudad de Loja.

Hábitos Alimenticios	Frecuencia	Porcentaje
Dieta Adecuada	9	6,77
Dieta Mejorable	102	76,69
Dieta Desequilibrada	22	16,54
Total	133	100,00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

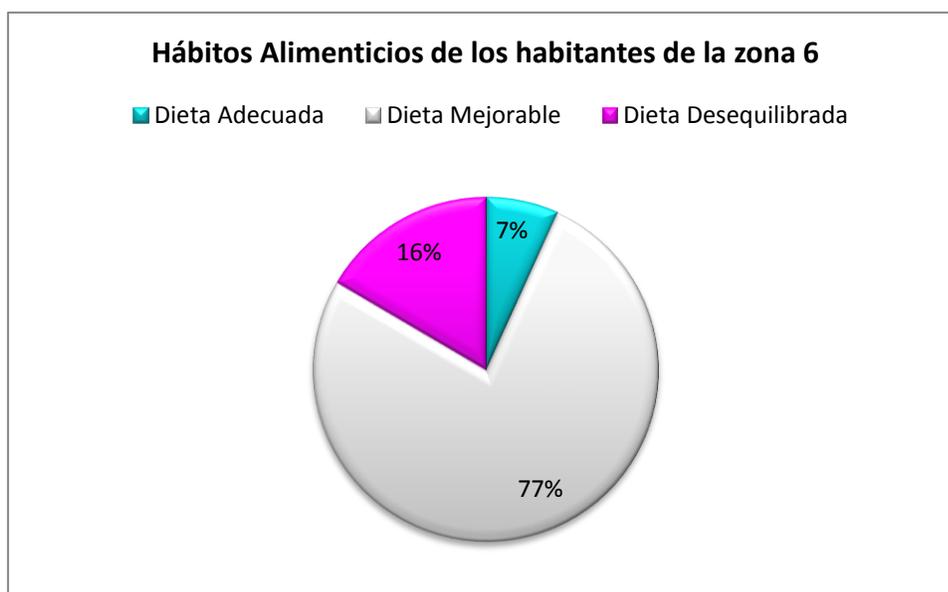


Gráfico No. 4

Tipo de dieta de los habitantes de la zona 6 de la parroquia Sucre de la Ciudad de Loja.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

De acuerdo a la siguiente gráfica se tiene que de los habitantes encuestados la mayoría correspondiendo un 79,69% sus hábitos alimenticios son mejorables ya que no se considera que sus hábitos sean totalmente perjudiciales para su salud pero no llevan una dieta que es aconsejable para mantener la salud y el menor porcentaje lo constituyen aquellos que llevan una dieta adecuada con el 6,77%.

Resultado 3: Relación entre actividad física y hábitos alimenticios con la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias; de los habitantes de las zona 6 de la ciudad de Loja.

Tabla No. 5

Padecimiento de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias en los habitantes de la zona 6 de la parroquia Sucre de la Ciudad de Loja.

Padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles	Frecuencia	Porcentaje
SI	39	29,32
NO	94	70,68
Total	133	100,00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

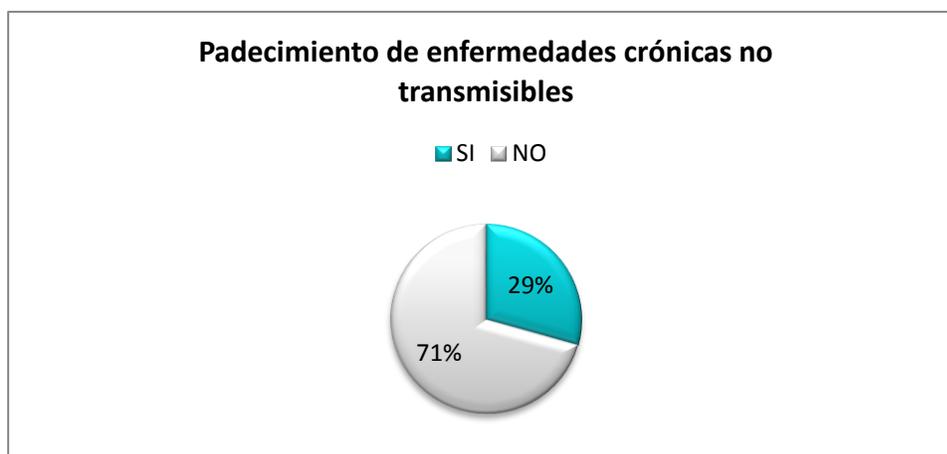


Gráfico No. 5

Padecimiento de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias en los habitantes de la zona 6 de la parroquia Sucre de la Ciudad de Loja.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

Esta gráfica determina el número de personas que padecen alguna de las enfermedades crónicas no transmisibles en estudio (diabetes, hipertensión, dislipidemias), con relación a las personas sanas con lo que se encuentra que 94 de 133 personas encuestadas no las presenta siendo estos el 70,68% y 39 personas si padece de alguna de estas enfermedades en estudio que equivale al 29,32% de la población.

Tabla No. 6

Personas diagnosticadas de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia o hipercolesterolemia, obesidad o sobrepeso u otra enfermedad crónica

Enfermedades crónicas no transmisibles	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus	3	7,69
Hipertensión Arterial	6	15,38
Dislipidemias	4	10,26
Obesidad o Sobrepeso	14	35,90
Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial	3	7,69
Hipertensión arterial y dislipidemias	1	2,56
Hipertensión arterial y obesidad o sobrepeso	1	2,56
Hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad o sobrepeso	2	5,13
Dislipidemias y obesidad o sobrepeso	5	12,82
Total	39	100,00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

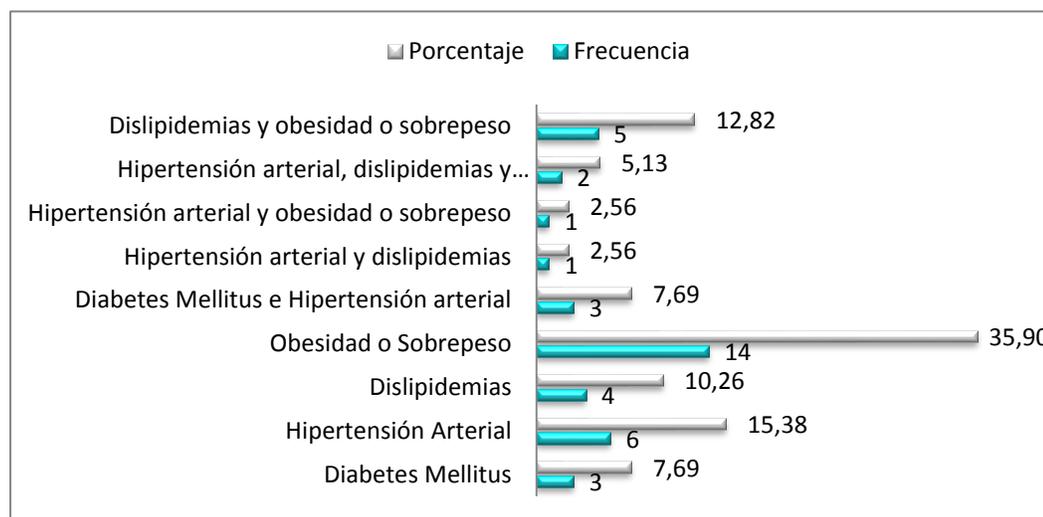


Gráfico No. 6

Personas diagnosticadas de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia o hipercolesterolemia, obesidad o sobrepeso, otra enfermedad crónica

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

Mediante estos datos se observa que de la muestra tomada, de las 133 personas 39 de ellas tienen algún tipo de enfermedad crónica no transmisible y de las 39 personas en mención, la

mayor enfermedad identificada fue obesidad o sobrepeso con el 35,90%; y la menor enfermedad que presenta esta población es la hipertensión arterial y dislipidemias o sobrepeso con un porcentaje igual de 2,56 para cada una de estas.

Tabla No. 7

Práctica de actividad física intensa en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible.

Actividad física intensa en personas que padecen de enfermedad crónica no transmisible	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	2	25,00
Obesidad o sobrepeso	3	37,50
Dislipidemias	1	12,50
Dislipidemias + Obesidad o sobrepeso	2	25,00
Total	8	100,00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaborado por: El autor

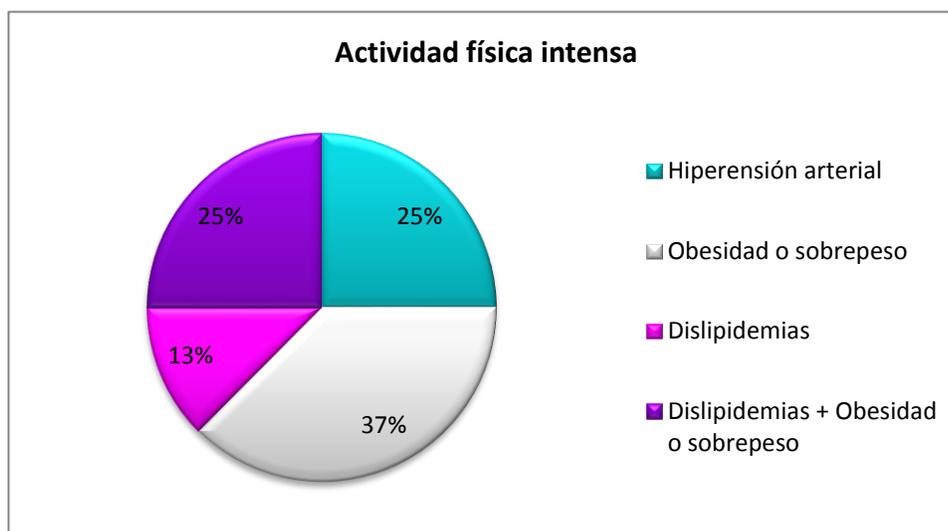


Gráfico No. 7

Práctica de actividad física intensa en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaborado por: El autor

Se puede observar que de la práctica de actividad física intensa en las personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible en estudio es baja ya que solo 8 de las 133

personas encuestadas la realizan y de este grupo el mayor porcentaje lo constituyen aquellos que padecen de dislipidemias mas obesidad o sobrepeso representando el 37% y el grupo más menor fueron los que padecen de dislipidemias con el 13% de la población total.

Tabla No. 8

Práctica de actividad física moderada en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible.

Actividad Física Moderada en personas que padecen de enfermedad crónica no transmisible	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	2	18,18
Obesidad o sobrepeso	1	9,09
Dislipidemias	2	18,18
Hipertensión arterial + obesidad o sobrepeso	3	27,27
Diabetes e hipertensión arterial	1	9,09
Hipertensión arterial + dislipidemias	1	9,09
Dislipidemias + Obesidad o sobrepeso	1	9,09
Total	11	100,00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos
Elaborado por: El autor

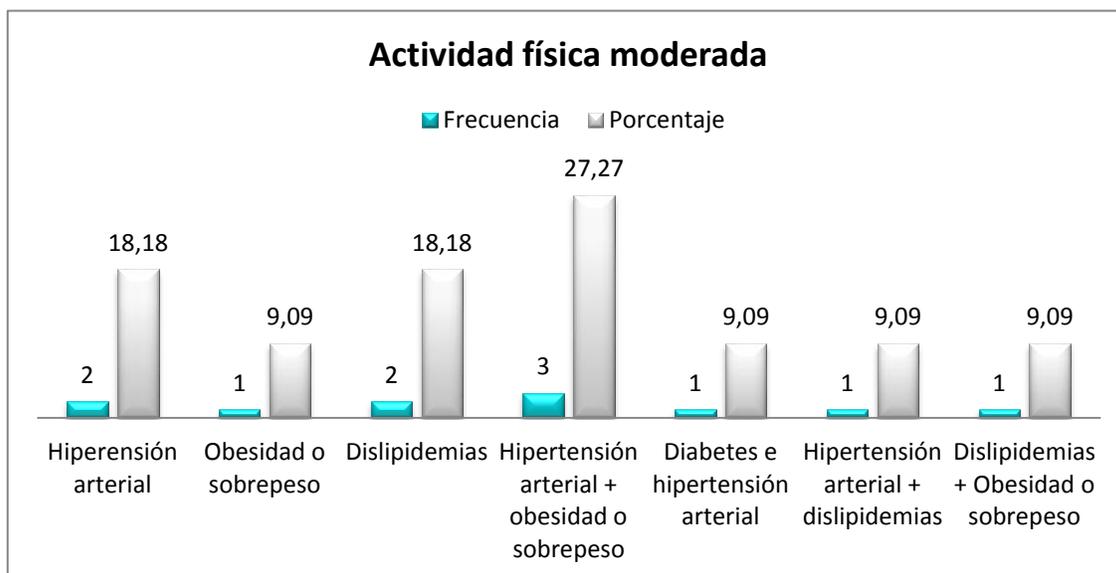


Gráfico No. 8

Práctica de actividad física moderada en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaborado por: El autor

Son 11 las personas con enfermedades crónicas no transmisibles que realizan actividad física moderada, de las cuales la mayoría padece de hipertensión arterial más obesidad o sobrepeso con el 27,27%; una persona tiene obesidad o sobrepeso, una hipertensión arterial y obesidad o sobrepeso, una, diabetes e hipertensión arterial, una, hipertensión arterial y dislipidemias, una, obesidad o sobrepeso y dislipidemias todas estas corresponden al 9,09% para cada una respectivamente siendo estos el menor grupo que realiza actividad física moderada.

Tabla No. 9

Práctica de actividad física leve en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisibile.

Actividad Física Leve en personas que padecen de enfermedad crónica no transmisibile	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus	3	15,00
Hiperensión arterial	2	10,00
Obesidad o sobrepeso	10	50,00
Dislipidemias	1	5,00
Hipertensión arterial + Dislipidemias + obesidad o sobrepeso	2	10,00
Diabetes mellitus + hipertensión arterial	2	10,00
Total	20	100,00

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaborado por: El autor

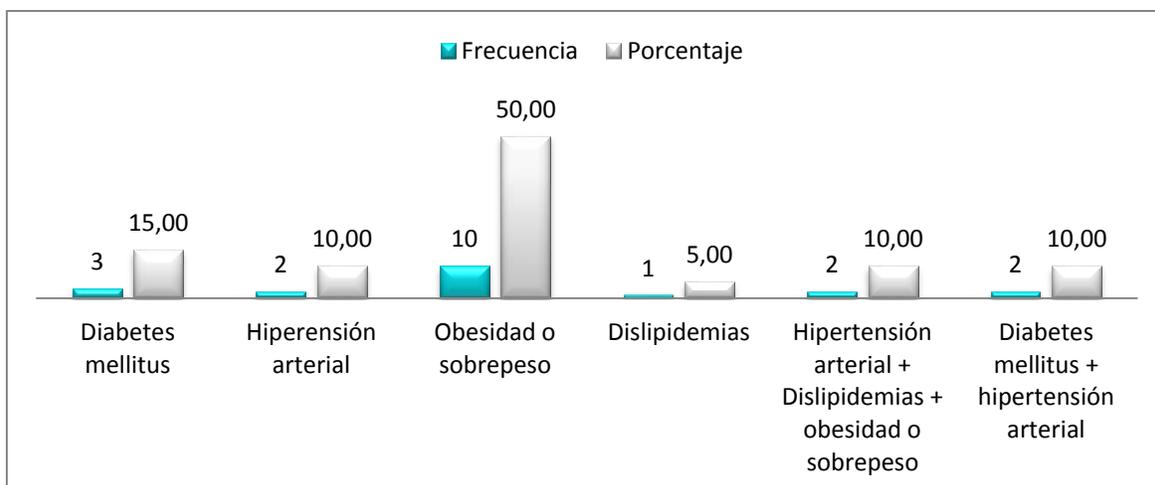


Gráfico No. 9

Práctica de actividad física leve en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaborado por: El autor

Según lo que se muestra en el presente gráfico, tenemos que 20 personas de las cuales todas padecen alguna enfermedad crónica no transmisible realizan una actividad física leve, de este grupo la mayoría padecen de obesidad o sobrepeso con el 50% y el menor porcentaje corresponde a aquellos que padecen dislipidemias con el 5% de la población encuestada.

Tabla No. 10

Consumo de dieta adecuada en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible.

Dieta adecuada en personas que padecen de enfermedad crónica no transmisible	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus	1	25
Diabetes mellitus e hipertensión arterial	1	25
Hipertensión arterial	1	25
Hipertensión arterial + dislipidemias + obesidad o sobrepeso	1	25
Total	4	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaborado por: El autor

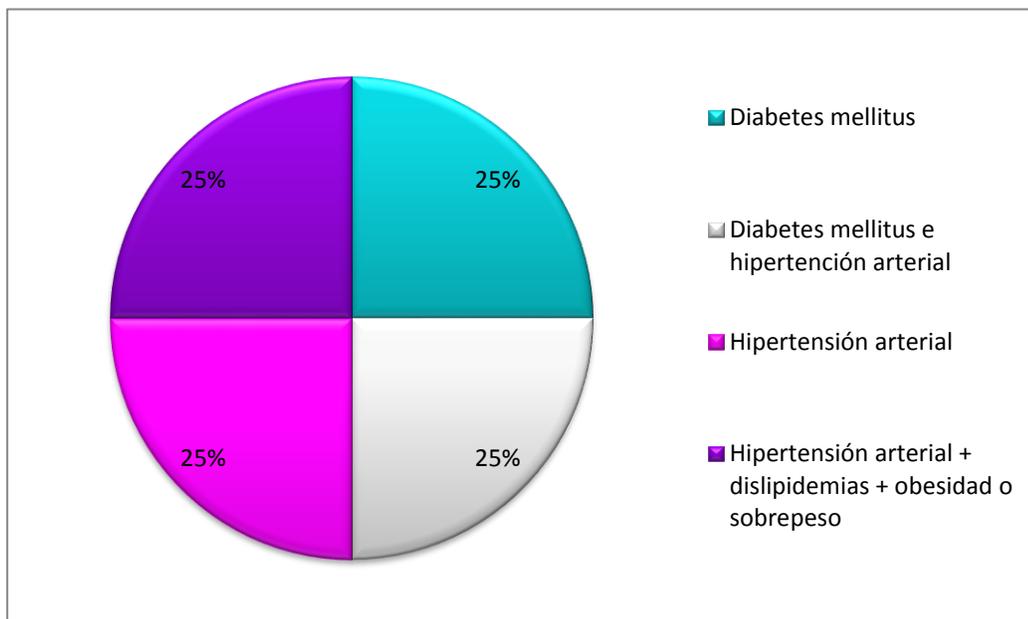


Gráfico No. 10

Consumo de dieta adecuada en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaborado por: El autor

Los habitantes de la zona 6 de la Ciudad de Loja cuyas patologías se encuentran dentro de las del estudio, los que consumen una dieta adecuada representan el 10% (4 personas) de los cuales padecen de diabetes mellitus; diabetes mellitus e hipertensión arterial; hipertensión arterial e hipertensión arterial más dislipidemias y obesidad o sobrepeso, uno habitante y un 25% para cada una de estas patologías.

Tabla No. 11

Consumo de dieta mejorable en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible.

Dieta mejorable en personas que padecen de enfermedad crónica no transmisible	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	5	21,7
Diabetes mellitus	2	8,7
Obesidad o sobrepeso	11	47,8
Diabetes mellitus e hipertensión arterial	2	8,7
Dislipidemias y obesidad o sobrepeso	4	17,4
Dislipidemias	4	17,4

hipertensión arterial y dislipidemias	1	4,3
Hipertensión arterial y obesidad o sobrepeso	1	4,3
Hipertensión arterial + dislipidemias + obesidad o sobrepeso	1	4,3
Total	23	100,0

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaborado por: El autor

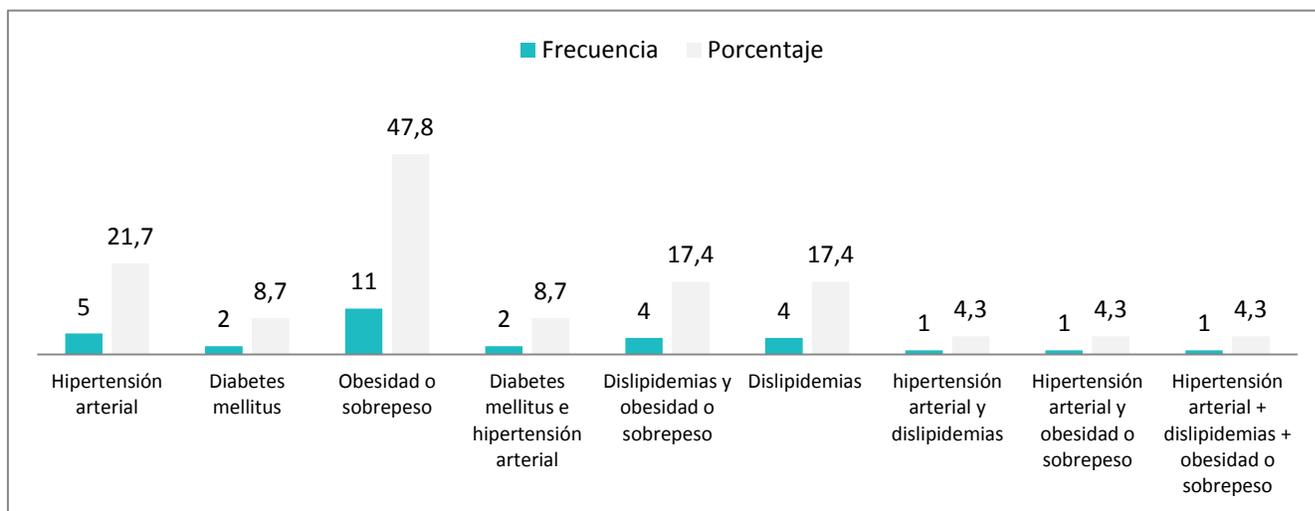


Gráfico No. 11

Consumo de dieta mejorable en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaborado por: El autor

Esta grafica indica que de las personas con enfermedad crónica no transmisible que llevan una dieta mejorable la mayoría corresponde a los que padecen de obesidad o sobrepeso con el 47,8% y el menor grupo son los que padecen hipertensión arterial y alguna comorbilidad siendo estos el 4,3% para cada una de estas patologías.

Tabla No. 12

Consumo de dieta desequilibrada en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible.

Dieta desequilibra en personas que padecen de enfermedad crónica no transmisible	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad o Sobrepeso	1	50
Hipertrigliceridemia + Obesidad o sobrepeso	1	50
Total	2	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaborado por: El autor

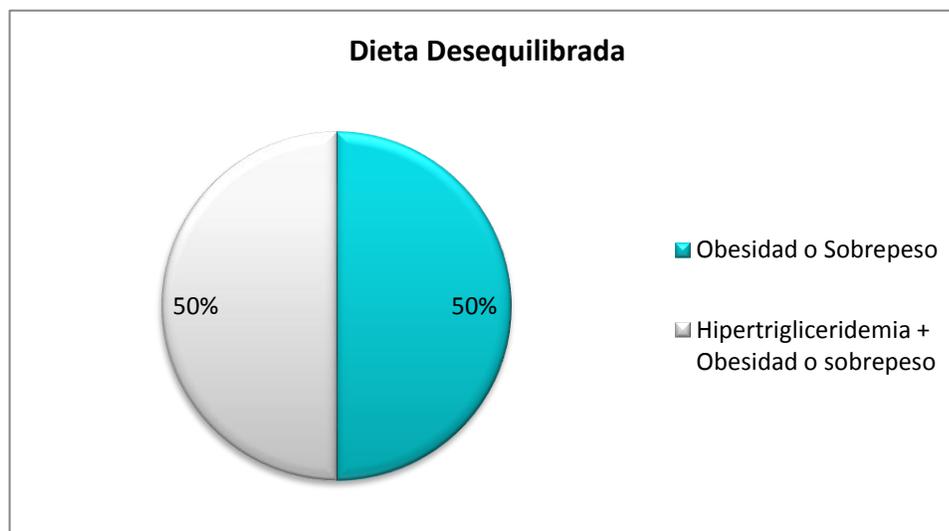


Gráfico No. 12

Consumo de dieta desequilibrada en personas diagnosticadas de alguna enfermedad crónica no transmisible.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Elaborado por: El autor

El gráfico muestra que de los habitantes cuya dieta es desequilibrada solo se identificaron a 2 personas que equivale al 5,12% de las personas identificadas con enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales padecen de obesidad 50% y dislipidemias mas obesidad o sobrepeso 50%.

DISCUSIÓN

El presente estudio determinó la actividad física y la práctica de hábitos alimenticios como componentes del estilo de vida en los habitantes de la zona 6 de la Ciudad de Loja y su relación con la presencia de enfermedades crónicas.

Sobre este tema existen diversos estudios uno de ellos fue realizado en EE.UU. en 84.941 enfermeros durante 16 años, concluyó que el 91% de los casos de diabetes son atribuibles a hábitos de alimentación y actividad física. De igual manera, en Finlandia un ensayo realizado en 522 sujetos a los cuales se les intervino durante 3,2 años mediante consejerías en estilos de vida saludables, estableció 58% de disminución en la incidencia de diabetes. (Fuentes, 2010)

Otro estudio sobre la prevalencia de dislipidemias en individuos físicamente activos durante la niñez, la adolescencia y la edad adulta concluye que la práctica continuada de ejercicios físicos a lo largo de la vida fue asociada a una menor aparición de dislipidemias entre adultos del Estado de São Paulo. (Fernandes, 2011)

La actividad física y hábitos alimenticios con relación a las enfermedades crónicas no transmisibles es un problema actual de relevancia mundial.

Con respecto a la actividad física; el presente trabajo de investigación revela que el nivel actividad física realizada por los habitantes en estudio es leve un 42,86%; moderada 34,59%; e intensa 22,56%. De las 39 personas que fueron identificadas con enfermedad crónica no transmisible, el 51,3% realiza una actividad física leve; el 28,2% actividad física moderada y un 20,5% realiza actividad física intensa

Además se determinó que dentro de la actividad física tanto las personas sanas como los que padecen enfermedad crónica no transmisible realizan actividad física leve, un porcentaje menor actividad física moderada y un menor grupo de la población en estudio realiza actividad física intensa. Por lo cual se determina que si existe relación de estos estilos de vida con la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Para valorar la actividad física se hace por medio de cuestionarios; un estudio encontrado sobre el nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población chilena indica que había una alta frecuencia de los niveles bajos y moderados de actividad física en la población urbana de Temuco, asociada con el sexo femenino, la edad avanzada y el nivel socioeconómico medio. (Serón, 2010)

Este estudio revela datos proporcionales a los encontrados en el presente estudio de investigación.

La falta de actividad física, agravada por otros hábitos nocivos del estilo de vida contemporáneo (sobrealimentación, tabaquismo, estrés, uso inadecuado del tiempo libre, drogadicción, entre otros), ha desatado la segunda revolución epidemiológica, marcada por el predominio de las enfermedades crónicas degenerativas sobre las enfermedades infecciosas agudas. (Vidarte, 2011)

El sobrepeso y la hipertensión arterial están en estrecha relación ya que se ha comprobado que perder 9,5 kg de peso disminuye 20 mmHg de presión arterial; y viceversa; también existe una estrecha relación de los estilos de vida con las enfermedades crónicas de estudio ya que una dieta equilibrada y actividad física alta mejoran el pronóstico y sobrevida de estos pacientes además impide la aparición o estas enfermedades en personas que no las padecen, lo cual es importante para que la población mejore sus estilos de vida y así su calidad de vida a largo plazo.

De acuerdo a los datos obtenidos del presente estudio sobre la valoración de los hábitos alimenticios se obtuvo que los habitantes que llevan una dieta mejorable según la valoración de sus encuestas es del 76,69%; el 16,54% lleva una dieta desequilibrada y solo un 6,77% una dieta adecuada. Además del grupo de personas identificadas con enfermedad crónica no transmisible se tiene que el 84,6% presenta una dieta mejorable, el 10,2% dieta adecuada y el 5,12% una dieta desequilibrada.

La relación de los hábitos alimenticios con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles es la siguiente: Se determinó que los hábitos alimenticios de la población tanto sanos como enfermos llevan una dieta mejorable pero del grupo de personas enfermas tienden a mejorar su alimentación y llevar una dieta adecuada en relación a los sanos. Esto determina una relación con la aparición de estas enfermedades en una etapa posterior de sus vidas lo cual es importante para el área de salud en cuanto a la prevención de estas con la promoción de estilos de vida saludables.

Dentro de los hábitos alimenticios: el consumo de comidas rápidas, consumir alimentos preparados fuera del hogar, la ingesta elevada de repostería y pastelería y bebidas comerciales azucaradas la utilización de manteca para la cocción de los alimentos; todos estos incrementa la grasa corporal sobre todo la abdominal. Además la baja ingesta de agua, frutas, verduras, leguminosas frescas y secas predispone a esta condición de salud.

Las personas menores de 60 años con hipertensión arterial pueden presentar comorbilidades como en el presente estudio se encontró: Diabetes mellitus e hipertensión arterial; hipertensión arterial y dislipidemias; hipertensión arterial y obesidad o sobrepeso; hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad o sobrepeso. Todas estas se encuentran dentro del Síndrome Metabólico.

La combinación de factores de riesgo del síndrome metabólico, que incluyen obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia y resistencia a la insulina, aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca y diabetes. Y según el Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre de los EE. UU, unos 25 millones de estadounidenses tienen síndrome metabólico. (American college of cardiology, 2010)

Estudios encontrados sobre los hábitos alimenticios afirman la importancia de estudios sobre este tema uno de ellos que analizó los cambios en la dieta y el estilo de vida y aumento de peso a largo plazo de mujeres y hombres determina que: comportamientos específicos del estilo de vida dieta y otros pueden afectar el éxito de la estrategia directa que suena "comer menos y hacer más ejercicio" para prevenir el aumento de peso a largo plazo. En este estudio se realizó investigaciones que involucran tres grupos separados que incluyeron 120.877 hombres y mujeres que estaban libres de las enfermedades crónicas y no obesos al inicio del estudio, con períodos de seguimiento de 1986-2006, 1991-2003 y 1986-2006 de Estados Unidos. Las relaciones entre los cambios en el estilo de vida y el cambio de peso fueron evaluados en intervalos de 4 años, con ajustes multivariantes realizados por edad, índice de masa corporal de referencia para cada período, y todos los factores de estilo de vida al mismo tiempo. Los resultados indicaron que dentro de cada periodo de 4 años, los participantes ganaron una media de 3,35 libras (5 al percentil 95, -4,1 a 12,4). Sobre la base del aumento de las raciones diarias de los componentes individuales de la dieta, el cambio de peso de 4 años fue más fuertemente asociado con el consumo de papas fritas, patatas, bebidas endulzadas con azúcar, carnes rojas sin procesar, y carnes procesadas y se asoció inversamente con la ingesta de verduras, granos enteros, frutas, frutos secos y yogur ($P \leq 0,005$ para cada comparación). Otros factores de estilo de vida también se asociaron independientemente con el cambio de peso, incluyendo la actividad física, consumo de alcohol, el tabaquismo, sueño y ver televisión. Del presente estudio concluyo que: Factores de la dieta y estilo de vida específicos se asociaron independientemente con el aumento de peso a largo plazo, con un efecto agregado sustancial y las implicaciones para las estrategias para prevenir la obesidad. (Mozaffarian, 2011)

El presente trabajo de investigación estudió la relación de los estilos de vida con la presencia de

enfermedades crónicas no transmisibles del cual se obtuvo que el 29,32% de 133 personas encuestadas presentan alguna de las enfermedades en estudio y un 70,68% son sanos; de este grupo identificados con patologías la que mayor porcentaje obtuvo es el sobrepeso ya que 35,90% padecen de esta enfermedad; 15,38% presentan hipertensión arterial; 10,26% dislipidemias; 7,69% diabetes mellitus y un 30,77% presenta la asociación de 2 o más de estas enfermedades.

El porcentaje de habitantes de la zona 6 de la ciudad de Loja que presentan comorbilidades es alto, lo cual orienta a la influencia de los malos hábitos estilos de vida en la aparición de enfermedades en las personas y desarrolla una necesidad tanto de más vigilancia como de mayor prevención para la adquisición de enfermedades que fundamentalmente se deban a malos hábitos alimenticios o actividad física insuficiente.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de la población estudiada tiene una actividad física baja siendo este un factor de riesgo para la aparición y/o empeoramiento de enfermedades crónicas no transmisibles.
2. En cuanto a los hábitos alimenticios la mayoría de los habitantes de la zona 6 encuestada aludió que lleva una dieta mejorable según la valoración de sus encuestas, un grupo menor lleva una dieta desequilibrada y una minoría lleva una dieta adecuada; cifra baja con lo que determina un factor de riesgo para la población en estudio.
3. Las enfermedades crónicas no transmisibles que se identificaron en las encuestas fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad o sobrepeso y dislipidemias de las cuales se identificaron a 20 personas que presentan alguna de estas enfermedades o la asociación de estas y 113 no; según los datos del Hospital Universitario de Motupe la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son las primeras enfermedades de morbilidad según el perfil epidemiológico del año 2012.
4. La enfermedad identificada con mayor prevalencia en la población fue el sobrepeso; cabe mencionar que ninguna persona de las identificadas presentaba obesidad. La enfermedad que se identificó en menor frecuencia fue la diabetes mellitus.
5. En el grupo de personas con enfermedades crónicas no transmisibles se identificó que el tipo de actividad física que caracteriza a este grupo es leve, siendo la actividad física moderada la que le sigue en frecuencia y solo 8 personas realizan actividad física intensa.
6. La dieta fue otro estilo de vida valorado dentro del grupo de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, de la zona 6 de la Ciudad de Loja, en la cual se identificó que la mayoría de personas llevan una dieta mejorable, otro grupo lleva una dieta adecuada y con una dieta desequilibrada se identificaron a muy pocas personas.

RECOMENDACIONES

1. Incentivar a la población en estudio para la realización de mayor actividad física ya que esta constituye un pilar fundamental para una buena salud y la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión y dislipidemias; es importante el papel de los profesionales de la salud en la prescripción de ejercicio y dieta adecuados a sus pacientes.
2. Se recomienda la realización de actividad física rutinaria de por lo menos 150 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada, acumulada a lo largo de la semana, que puede ser dividida en períodos de al menos 10 minutos.
3. Realización de ejercicios de intensidad vigorosa aeróbica y ejercicios de resistencia para fortalecer los músculos, por lo menos dos días a la semana con la manipulación adecuada de la densidad de ejercicio (intensidad, frecuencia y duración) de acuerdo a las capacidades y de las personas e ir incrementando su autoeficacia en la realización de deportes.
4. Promover dieta mediterránea que consiste en el consumo de frutas, verduras, leguminosas frescas, leguminosas secas y pescado ya que si bien es cierto si existe un consumo, este debe ser mayor para tener una dieta adecuada y ser un factor protector para prevenir enfermedades.
5. Los requerimientos de agua al día son de 2 litros equivalentes a 8 vasos, por lo que se recomienda difundir las ventajas del consumo de agua para que más personas consuman el agua necesaria para un buen vivir.
6. Se recomienda una dieta baja en sal, grasas saturadas, y rica en frutas verduras, vegetales en quienes padecen de enfermedad crónica y se debe incentivar la concientización de estos buenos hábitos alimenticios, sobre todo en el hábito de leer las etiquetas de los alimentos antes de la ingesta de los mismos para llevar un control de su alimentación.
7. Se deben mejorar las habilidades de los médicos en cuanto al asesoramiento de la prestación de este servicio a sus pacientes sobre los estilos de vida saludables tanto en su prevención como en la atención de quienes padecen enfermedades crónicas no transmisibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Revista Vanguardia. (2011). *La diabetes multiplica su alcance*.
2. *Gobierno autónomo descentralizado municipal de Loja*. (19 de Febrero de 2013). Recuperado el Febrero de 2013, de Cantón Loja: <http://www.loja.gob.ec/contenido/loja>
3. *INEC*. (19 de Febrero de 2013). Obtenido de Censo de población y vivienda 2010 / provincia de Loja: http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=167&Itemid=3&lang=es
4. *OMS*. (2013). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>
5. American college of cardiology. (22 de Septiembre de 2010). *IntraMed*. Recuperado el 20 de Abril de 2013, de Noticias Médicas: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=67726>
6. Astiasarán, I. e. (2007). *Claves para una alimentación óptima*. España: Ediciones d'az de santos.
7. Ayechu, A. e. (2010). Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de escuela secundaria obligatoria. *Anales del sistema sanitario, Navarra*, 35-42.
8. Castañeda, O. e. (2008). Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. *Archivos de Medicina Familiar*, 7-11.
9. Cockerham, W. (2007). Nuevas direcciones en los estilos de vida saludables. *International Journal of public health*, 327-328.
10. Cornatosky, M. e. (2009). Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la provincia de Catamarca, Argentina. *Publicación de asociación Argentina de dietistas y nutricionistas*, 11-17.
11. De la Cruz, E. e. (s.f.). *Estilo de vida relacionado con la salud*. España, Murcia.
12. De la Paz, K. e. (2012). Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *Medisan, Cuba*, 489-496.
13. Desloovere, P. e. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Suiza: Ediciones de la Organización mundial de la salud.
14. Escalante, Y. (2011). Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. *Revista española de salud pública*, 325-327.
15. Farreras, P. e. (2008). *Medicina interna, decimosexta edición*. España: Elsevier.
16. Fauci, A. e. (2009). *Harrison principios de medicina interna, decimoséptima edición*. Estados Unidos: Mc Graw Hill.
17. Fernandes, R. e. (2011). Prevalencia de dislipidemia en individuos físicamente activos durante la

- ninez, adolescencia y edad adulta. *Sociedad brasileña de cardiología*, 317-323.
18. Fernandez, T. e. (2011). Construcción y validación de una escala de autoeficacia para la actividad física. *Revista salud pública*, 405-417.
 19. Fuentes, L. e. (2010). Efectos de una intervención integral en factores de riesgo cardiovascular en mujeres con sobrepeso u obesidad. *Revista médica chilena*, 974-981.
 20. Gamboa, R. e. (2010). Más allá de la hipertensión arterial. *Acta médica per*, 45-51.
 21. Gonzales, E. e. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad nutricional e hipertensión arterial y su relación con indicadores antropométricos en una población de escolares de Granada y su provincia. *Nutrición hospitalaria, España*, 1004-1010.
 22. Gonzales, M. e. (2011). Estudio de prevalencia sobre los hábitos alimentarios y el estado. *Hospital Vall d'Hebrón, España*, 337-347.
 23. Gonzales, R. e. (2010). Trastornos metabólicos asociados con la evolución de la diabetes mellitus tipo II en una población en riesgo. *Revista cubana de endocrinología*, 110-125.
 24. Guarderas, D. e. (2010). *Rescatar los Juegos ancestrales, para consolidarlos y promocionarlos como atractivo turístico de la ciudad de Loja*. Loja: Centro universitario UTPL.
 25. Guitierrez, A. e. (2011). Validación de la versión en español de las propiedades psicométricas de la escala self-report habit index (SRHI) para medir hábitos de ejercicio físico. *Revista de salud pública*, 363-371.
 26. Hepagastro.org. (08 de Marzo de 2013). *IntraMed*. Recuperado el 20 de Abril de 2013, de Artículos: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=79452>
 27. Heymann, A. e. (2011). Factores asociados con el cumplimiento de los hábitos de vida recomendados en los pacientes con hipertensión arterial. *Israel Medical Association Journal*, 553-557.
 28. International Egg Commission. (26 de mayo de 2008). *Instituto de estudio del huevo*. Recuperado el 15 de marzo de 2013, de <http://www.institutohuevo.com/default.asp>
 29. Ivette, A. e. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 40-43.
 30. Jarrin, A. (17 de Septiembre de 2012). La Hora. *Diabetes y su incidencia en los ecuatorianos*.
 31. Kunstmann, S. e. (2012). Puesta al día en el manejo de las dislipidemias. *Revista médica clinica condes, Chile*, 681-687.
 32. Marqués, C. e. (2009). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Grupo de educación para la salud PAPPs*, 79-85.

33. *Masmasculino*. (s.f.). Recuperado el 19 de Abril de 2013, de Salud: <http://www.masmasculino.com/SALUD/ALIMENTACION-SEDENTARISMO.html>
34. Mendes, R. e. (2011). La actividad física y la salud pública. Recomendaciones para la prescripción de ejercicio. *Acta médica portuguesa*, 1025-1030.
35. Miguel, P. (2009). Dislipidemias. *Acimed, Cuba*, 265-273.
36. Ministerio de sanidad y consumo . (2007). *Alimentación saludable*. España: Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición.
37. Montalbán, E. e. (2010). Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la comunidad de Madrid: estudio PREDIMERC. *Gaceta sanitaria*, 233-240.
38. Morel, V. (2010). *Estilos de vida saludables: Actividad física*. Costa Rica.
39. Mozaffarian, D. e. (2011). Los cambios en la dieta y el estilo de vida y aumento de peso a largo plazo de mujeres y hombres. *The new england journal of medicine*, 2392-2404.
40. Ortiz, H. e. (2011). Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la comunidad de Madrid. Estudio PREDIMERC. *Revista española de salud pública*, 329-338.
41. Patterson, E. e. (4 de Noviembre de 2010). *Karolinska institutet*. Recuperado el 13 de Marzo de 2013, de International physical activity questionnaire: <https://sites.google.com/site/theipaq/>
42. Perez, N. e. (2012). *Diagnóstico local en salud con participación social 2011*. Bogota.
43. Pilco, C. e. (2008). *Diagnostico local de salud Pangui-Yacuambi*. Loja: Loja.
44. Pilco, C. e. (2008). *Diagnostico local de salud Pangui-Yacuambi*. Loja: Loja.
45. Quijano, A. e. (2005). *Guía para el diagnóstico local participativo*. Washington: Biblioteca OPS.
46. Ramirez, R. (2010). Actividad física y calidad de vida relacionada con la salud: revisión sistemática. *Revista de Andalucía de medicina del deporte*, 110-120.
47. Rodriguez, G. e. (2011). Influencia de determinantes socio-demográficos en la adherencia a las recomendaciones de actividad física en personas de entre 15 y 74 años de Madrid. *Revista salud pública* , 251-262.
48. Royo, M. e. (2012). Dislipidemias: un reto pendiente en prevención cardiovascular. Documento. *Revista médica Barcelona*, 237-267.
49. Salazar, C. e. (2010). Acercamiento exploratorio a los hábitos alimentarios y físicos de las familias de los alumnos de una escuela primaria. *Revista de educación y desarrollo*, 45-52.
50. Sarah, I. e. (2013). Altered feeding patterns in rats exposed to a palatable. *PLOS ONE*, 1-10.

51. Serón, P. e. (2010). Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población chilena. *Revista de medicina chilena*, 1232-1239.
52. Trejo, P. e. (2012). Relación entre actividad física y obesidad en escolares. *Revista cubana de medicina general integral*, 34-41.
53. Vidarte, J. e. (2011). Actividad física: estrategia de promoción de salud. *Hacia la promoción de la salud*, 208-218.
54. Zudaire, M. (26 de Mayo de 2011). *Eroski consume*. Obtenido de http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/alimentos_a_debate/2007/08/08/165870.php

ANEXOS

Oficio de asignación del director de la tesis.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Loja, 10 de septiembre de 2012

ASIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TESIS

Dra. Patricia González G., COORDINADORA DE LA TITULACIÓN DE MÉDICO (e) y Dra. Jana Bobokova, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD (e), luego de haber aprobado el tema de tesis titulado: **Diagnostico Local sobre la práctica de estilos de vida en los habitantes de la zona 6 de la ciudad de Loja, en el periodo Julio-Diciembre 2012**, correspondiente al (la) egresado(a): **Bastidas Torres Deysi Milena**

Le asignamos como Director de Tesis al (la) doctor(a): **Norita Buele**



Patricia González G.

Dra. Patricia González G.
COORDINADORA DE LA TITULACIÓN
DE MÉDICO (E)



Jana Bobokova

Dra. Jana Bobokova
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
DE CIENCIAS DE LA SALUD (E)

3.
3.
3.

Instrumentos de recolección de datos

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA TITULACIÓN DE MÉDICO

ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN LOJA

Los alumnos de la Universidad Técnica Particular de Loja pertenecientes a la Carrera de Medicina, pedimos a usted muy comedidamente se digne responder el presente cuestionario el mismo que contribuirá al proyecto de investigación titulado: Diagnóstico de Estilos de Vida de la población del cantón Loja.

A. DATOS GENERALES:

- **Edad:**
- **Sexo:** masculino () femenino ()
- **Dirección:**
.....

B. EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA:

A continuación se le presentan preguntas sobre el tiempo que realiza diferentes tipos de actividad física. Intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.

En el trabajo		
1. ¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como levantar pesos, cavar o trabajos de construcción durante al menos 10 minutos consecutivos?	SI ()	NO ()
	Si la respuesta es NO pase a la pregunta 4	
2. En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?	N° de días:	
3. En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas:	Minutos:
4. ¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa (o transportar pesos ligeros) durante al menos 10 minutos consecutivos?	SI ()	NO ()
	Si la respuesta es NO pase a la pregunta 7	
5. En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?	N° de días:	
6. En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas:	Minutos:
Para desplazarse o trasladarse a su trabajo, de compras, mercado, escuela, colegio, universidad, iglesia, discoteca, bar, restaurante, o de visita.		
7. ¿Camina usted o usa una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	SI ()	NO ()
	Si la respuesta es no continúe con la pregunta 10	
8. En una semana típica ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	N° de días:	
9. En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	Horas:	Minutos:
En su tiempo libre		
10. ¿En su tiempo libre, practica usted deportes que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como correr, caminar rápido, trotar, jugar fútbol, básquet, indor, volley durante al menos 10 minutos consecutivos?	SI ()	NO ()
	Si la respuesta es no continúe con la pregunta 13	

11. En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes en su tiempo libre?	N° de días:	
12. En uno de esos días en los que practica deportes ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas:	Minutos:
13. ¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, ir en bicicleta, nadar, jugar al volleyball durante al menos 10 minutos consecutivos?	SI ()	NO ()
	Si la respuesta es no continúe con la pregunta 16	
14. En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	N° de días:	
15. En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas:	Minutos:
Comportamiento sedentario: La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas o viendo la televisión, utilizando la computadora.		
16. ¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	Horas:	Minutos:

C. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

17. **¿Cuántas veces por semana consume usted alimentos lácteos (leche, queso, yogurt)?**
 Nunca 2 a 3 veces Todos los días
18. **¿Cuántas porciones de frutas consume en el día?**
 Ninguna 1 a 2 porciones 3 o más porciones
19. **¿Cuántas porciones de verduras (habas, soja, rábanos, zanahoria, papas, camote, remolacha, acelga, col, espinaca, lechuga, brócoli, coliflor, calabaza, pepino, tomate) consume en el día? Se entiende por porción una taza en crudo y media taza en cocinado.**
 Ninguna 1 a 2 porciones 3 o más porciones
20. **¿Cuántas veces por semana consume leguminosas frescas?**
 Nunca 2 a 3 veces Todos los días
21. **¿Cuántas veces por semana consume leguminosas secas (garbanzos, lentejas)?**
 Nunca 2 a 3 veces Todos los días
22. **¿Cuántas veces por semana consume pescado?**
 Ninguna 1 vez 2 o más veces
23. **¿Cuántas veces por semana consume huevos?**
 Ninguna 1 vez 2 o más veces
24. **¿Cuántas veces por semana consume carnes rojas (carne de res)**
 Ninguna 1 vez 2 o más veces
25. **¿Con qué frecuencia consume comidas rápidas? (pizza, hamburguesas, papas fritas, etc.)**
 Nunca 1 a 2 veces por semana 3 o más veces por semana
26. **¿Con qué frecuencia consume alimentos de repostería o pastelería?**
 Nunca 1 a 2 veces por semana 3 o más veces por semana
27. **¿Con qué frecuencia consume bebidas azucaradas? (colas, jugos comerciales)**
 Nunca 1 a 2 veces por semana 3 o más veces por semana
28. **¿Qué tipo de grasa utiliza para preparar los alimentos?**

Oficio para obtener información del Hospital Universitario de Motupe

DOCTOR

Gonzalo Rengel Espinoza

DIRECTOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

Loja.

De mi consideración:

Por medio del presente expongo y solicito lo siguiente:

Me encuentro realizando el desarrollo de mi trabajo de fin de titulación "ESTILOS DE VIDA EN RELACIÓN A ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN EN LOS HABITANTES DE LA ZONA 6 DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE JULIO-DICIEMBRE 2012"; previo a la obtención del título de médico. Por ello solicito comedidamente, se digne autorizar a quien corresponda para que me proporcionen el perfil epidemiológico de las principales causas de morbi-mortalidad de los habitantes de la zona 6 de la ciudad de Loja que corresponde al barrio la Banda.

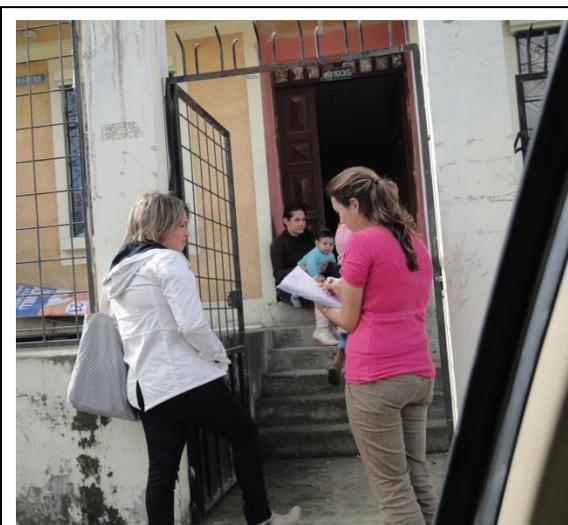
Por la atención que se digne dar a la presente, le antelo mis agradecimientos.

Atentamente,

Deysi Milena Bastidas Torres.

ESTUDIANTE DE U.T.P.L.

Fotografías



Recolección de datos



Recolección de datos



Recolección de Datos



Recolección de Datos



Recolección de Datos



Recolección de datos



Recolección de Datos



Recolección de Datos



Hospital Universitario de Motupe



Zona 6 de la parroquia Sucre – Loja