# 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 26 de la ciudad de Loja, durante julio-diciembre 2012

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.

**Autora:**

Morocho Jiménez, Tanya Pastora

**Directora:**

Buele Maldonado, Norita Angelita, Dra.

Loja – Ecuador

2014

**APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN**

Doctora.
Norita Angelita Buele Maldonado
**DOCENTE DE LA 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 26 de la ciudad de Loja, durante julio-diciembre 2012"** realizado por Tanya Pastora Morocho Jiménez; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por lo que se aprueba la presentación del mismo

Loja, octubre de 2014.

f) …….

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Tanya Pastora Morocho Jiménez 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 26 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 del 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 de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

f. ……..
Autor: Tanya Pastora Morocho Jiménez
Cédula: 1104501117

## DEDICATORIA

Parece que fue ayer cuando comencé a escalar esta cima, y hoy ya solo falta un peldaño, para culminar esta meta, que con gran esfuerzo y dedicación logro terminar, aunque sé que no es el final, queda un largo camino por recorrer, muchos objetivos más que alcanzar.

Dedico este trabajo a Dios que siempre ha sido la luz que ha guiado mi caminar universitario.

A mis padres Tita y Lauro, que siempre estuvieron apoyándome a subir esta escalera y cada vez que empezaba a desfallecer ellos fueron mi inspiración para tomar impulso y continuar.

A mis hermanos Gladis, Celso, Elizandra, José, Vinicio, Luis y Patricio, que con su ejemplo de constante superación e incondicional apoyo, han contribuido en la culminación de mi carrera, permitiendo que este sueño se haga realidad.

A mi familia que siempre ha estado dispuesta ayudarme en todo momento.

Tanya Pastora Morocho Jiménez

## AGRADECIMIENTO

Las puertas quedan abiertas para escoger el pasaje que ha de conducirme a realizar mis sueños más preciados, de ahí quedaron huellas profundas que me inspiran a expresar mi más sincero sentimiento de gratitud:

En primera instancia, a Dios por darme la vida, sabiduría; a mis padres y a todos los miembros de mi familia por su apoyo constante e incondicional.

A las autoridades, catedráticos de la Universidad Técnica Particular de Loja, y al Departamento de Titulación de Médico, gracias a cuya autorización el presente proyecto se pudo llevar a cabo, por la formación impartida en cada una de sus aulas, hoy a pesar de las adversidades, alegrías y tristezas puedo sonreír ante el trabajo cumplido.

A cada uno de mis maestros, quienes dieron de sí sus valores científicos, experiencias profesionales, y a más de brindarme de forma desinteresada sus enseñanzas me dieron su amistad, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida universitaria. Sin importar donde estén quiero darles las gracias.

Gratitud especial a la Dra. Norita Angelita Buele Maldonado, Directora del trabajo de fin de titulación, quien con su paciente dedicación e inteligente asesoría supo orientar y guiar la ejecución y cumplimiento del presente estudio. A la Dra. Patricia González por sus substanciales sugerencias durante la realización de esta investigación

A mis compañeros y amigos, que aunque con las diversas diferencias, he compartido buenos momentos durante este proceso de formación, ya que en las aulas no solo compartimos los aspectos académicos, sino enseñanzas que quedaran grabadas en el corazón de cada uno de nosotros.

Agradecimiento sincero a los habitantes de la zona 26, de la parroquia sucre de la ciudad de Loja, quienes en forma desinteresada colaboraron y me han permitido llegar a la feliz culminación del presente trabajo de investigación.

Tanya Pastora Morocho Jiménez

## ÍNDICE DE CONTENIDOS


| | Páginas |
|---|---|
| CARÁTULA | i |
| APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN | ii |
| DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| AGRADECIMIENTO | v |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | vi-x |
| RESUMEN | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| OBJETIVOS | 5 |
| **1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL** | 6 |
| 1.1. **Capítulo I: provincia de Loja** | 7 |
| 1.1.1. **Introducción** | 7 |
| 1.1.2. Antecedentes | 8 |
| 1.1.3. Ubicación geográfica. | 8 |
| 1.1.4. Límites. | 8 |
| 1.1.5. Ciudad de Loja | 8 |
| 1.1.5.1. Delimitación geográfica de la ciudad de Loja | 9 |
| 1.1.5.2. Clima | 9 |
| 1.1.5.3. Sector urbano de la ciudad de Loja. | 9 |
| 1.1.5.4. Parroquias históricas de la ciudad de Loja | 10 |
| 1.1.5.5. Parroquia Sucre | 10 |
| 1.1.5.6. Zona 26 | 11 |
| 1.2. **Capitulo II: estilos de vida en los componentes de alimentación y actividad física en el proceso salud y enfermedad.** | 12 |
| 1.2.1. Actividad física | 13 |
| 1.2.2. Los determinantes de la actividad física. | 13 |
| 1.2.2.1. Factor protector | 14 |
| 1.2.2.1.1. Beneficios como función preventiva | 14 |

1.2.2.1.2. Beneficios como función terapéutica o rehabilitadora 14
1.2.3. Intensidad de actividad física. 15
1.2.3.1. Actividad física moderada (aproximadamente 3-6 MET) 15
1.2.3.2. Actividad física intensa (aproximadamente >6 MET) 16
1.2.3.3. Clasificación de los niveles de actividad física según el cuestionario internacional de actividad física IPAQ 16
1.2.3.3.1. Nivel de actividad física alto. 17
1.2.3.3.2. Nivel de actividad física moderado. 17
1.2.3.3.3. Nivel de actividad física bajo 18
1.2.4. Hábitos alimenticios 18
1.2.4.1. Determinantes de los hábitos alimenticios 18
1.2.4.2. Características de la alimentación 18
1.2.4.3. La pirámide alimentaria. 19
1.2.4.3.1. Grupo 1: cereales, tubérculos, fideos y pan 20
1.2.4.3.2. Grupo 2: frutas y verduras. 20
1.2.4.3.3. Grupo 3: productos lácteos, carnes, pescado, mariscos, huevos y leguminosas 21
1.2.4.3.4. Grupo 4: grasas, azucares, postres, golosinas y gaseosas 21
1.2.4.3.5. Agua 22
1.2.5. Dieta. 22
1.2.5.1. Dieta completa. 22
1.2.5.2. Dieta equilibrada 23
1.2.6. Test de nutrición 23
1.2.6.1. Ración 24
1.3. **Capitulo III: actividad física y hábitos alimenticios como factores de riesgo para la presencia de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias** 25
1.3.1. Actividad física y salud 26
1.3.2. Hábitos alimenticios y salud 27
1.3.3. Hipertensión arterial y factores de riesgo. 29
1.3.4. Hipercolesterolemia y factores de riesgo. 30

1.3.5. Diabetes mellitus y factores de riesgo 30
**2. METODOLOGÍA** 32-35
**3. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN** 36-48
**4. DISCUSIÓN** 49-53
CONCLUSIONES 54
RECOMENDACIONES 55
BIBLIOGRAFÍA 56-58
ANEXOS 59-67

## ÍNDICE DE GRÁFICOS


- Gráfico N° 1 mapa de Loja……7
- Gráfico N° 2 mapa de la zona 26 …… 11
- Gráfico N° 3 pirámide de la alimentación saludable para niños y adolescentes.....19
- Gráfico Nº 4 edad de la población estudiada de la zona 26 de la parroquia Sucre……..37
- Gráfico Nº 5 género de la población estudiada de la zona 26 de la parroquia Sucre……..38
- Gráfico N° 6 tipo de actividad física en los habitantes de la zona 26…….39
- Gráfico N° 7 hábitos alimenticios en los habitantes de la zona 26 ……...40
- Gráfico N° 8 presencia de enfermedades en los habitantes de la zona 26……..41
- Gráfico N° 9 tipo de enfermedades en los habitantes de la zona 26 ..…….....42
- Gráfico Nº 10 actividad física de intensidad alta y enfermedades en los habitantes de la zona 26.……...43
- Gráfico Nº 11 actividad física de intensidad moderada y enfermedades en los habitantes de la zona 26…….....44
- Gráfico N° 12 actividad física de intensidad alta y enfermedades en los habitantes de la zona 26…..……..,45
- Gráfico N° 13 hábito alimenticio adecuado y enfermedades en los habitantes de la zona 26…..……...46
- Gráfico N° 14 hábito alimenticio mejorable y enfermedades en los habitantes de la zona 26…….47
- Gráfico N° 15 hábito alimenticio desequilibrado y enfermedades en los habitantes de la zona 26 ……48

## ÍNDICE TABLAS


- Tabla N° 1 sector urbano de la ciudad de Loja……10
- Tabla Nº 2 ración de alimentos por día……..24
- Tabla Nº 3 frecuencia recomendad de consumo de alimentos……24
- Tabla Nº 4 operacionalización de variables……34
- Tabla Nº 5 edad de la población estudiada de la zona 26 de la parroquia Sucre……37
- Tabla N° 6 género de la población estudiada de la zona 26 de la parroquia Sucre……..38
- Tabla N° 7 tipo de actividad física en los habitantes de la zona 26……39
- Tabla N° 8 hábitos alimenticios en los habitantes de la zona 26 ……...40
- Tabla N° 9 presencia de enfermedades en los habitantes de la zona 26……41
- Tabla N° 10 tipo de enfermedades en los habitantes de la zona 26 ...……...42
- Tabla Nº 11 actividad física de intensidad alta y enfermedades en los habitantes de la zona 26……...43
- Tabla Nº 12 actividad física de intensidad moderada y enfermedades en los habitantes de la zona 26……...44
- Tabla N° 13 actividad física de intensidad alta y enfermedades en los habitantes de la zona 26…..……45
- Tabla N° 14 hábito alimenticio adecuado y enfermedades en los habitantes de la zona 26…...……46
- Tabla N° 15 hábito alimenticio mejorable y enfermedades en los habitantes de la zona 26……..…47
- Tabla N° 16 hábito alimenticio desequilibrado y enfermedades en los habitantes de la zona 26……48

## RESUMEN

El objetivo de la investigación es determinar la actividad física y práctica de hábitos alimenticios como componentes de los estilos de vida en los habitantes de la zona 26 de la ciudad de Loja mediante el estudio descriptivo con la finalidad de conocer su relación con la presencia de enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias.

Estudio descriptivo, con enfoque transversal, de diseño cuantitativo, el universo es la población de la zona 26 de la parroquia Sucre, según el INEC 2010, con un total de 1914 personas, para la recolección de datos se realizó encuestas

De las 129 personas que se realizó la encuesta con respecto a la actividad física: el 63% de intensidad alta, 21% de moderada intensidad, y el 16% de intensidad baja, en lo que corresponde al tipo de dieta: el 85% presentan dieta mejorable, el 13% tienen dieta desequilibrada; el 67% padecen de alguna enfermedad crónica.

Se puede evidenciar que el tipo de actividad física que se realice y el tipo de dieta que se mantenga son determinantes de la aparición de enfermedades crónicas.


**Palabras claves:** actividad física, práctica de hábitos alimenticios, hipertensión, diabetes mellitus y dislipidemias

## ABSTRACT

The objective of the research is to determine the physical and practical activity of eating habits as components of lifestyles among the inhabitants of the area 26 of the city of Loja by descriptive study in order to know its relation to the presence of disease as chronic hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia.

Descriptive study with cross-sectional approach, quantitative design, the universe is the population of the area 26 of the Sucre parish, according to INEC 2010, a total of 1914 people for survey data collection was performed

Of the 129 people that the survey was conducted regarding physical activity: 63% of high-intensity, 21% moderate, and 16% of low intensity, as it pertains to the type of diet: 85% have improved diet, 13% had unbalanced diet; 67% suffer from a chronic illness.

One can show that the type of physical activity performed and the type of diet that keeps are determinants of the onset of chronic diseases.


**Keywords:** physical, practical activity of eating habits, hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia

## INTRODUCCIÓN

La salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las comunidades y un requisito para desarrollo humano con equidad.

El desarrollo científico y tecnológico no siempre conduce a un bienestar social, pues se pueden experimentar alteraciones, que afectan las condiciones de vida, el perfil de enfermedad y el nivel de salud. Así, en los países desarrollados y en desarrollo existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producto de los estilos de vida de su población. (Vargas, 2008)

El estilo de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal, este puede ser saludable considerado como aquellos factores protectores de la calidad de vida, su práctica disminuye el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles y no saludable como aquellos actos que atentan contra el bienestar de la persona. (María, 2009)

Dentro de los componentes de los estilos de vida tanto saludable como no saludable, podemos indicar que los más importantes que afectan a la salud encontramos actividad física, hábitos alimenticios, estrés, higiene personal, relaciones interpersonales, medioambiente, comportamiento sexual, consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas. (Rafael, 2008)

En Ecuador 6 de cada 10 muertes se deben a enfermedades crónicas no transmisibles, 3 de estas son consecuencia de enfermedades cardiovasculares, por lo que se ha evidenciado un incremento en los últimos tres años; es así que la hipertensión pasó de 142 casos por 100.000 habitantes a 1.451, mientras que la diabetes mellitus pasó de 63 a 652 por 100.000 habitantes. La mayoría de enfermedades crónicas se deben a exposición a riesgos modificables durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, dependencia al tabaco, alcohol, drogas, entre otros. (MSP, 2010)

Las dietas poco saludables y la inactividad física son dos de los principales factores de riesgo que puede modificarse, y si esto no se combate aumenta la prevalencia de padecer en la población, enfermedades crónicas no transmisibles como: hipertensión, hiperlipidemia, sobrepeso u obesidad y diabetes. En general, 2,7 millones de muertes anuales son

atribuibles a una ingesta insuficiente de frutas y verduras. En general, 1,9 millones de muertes anuales son atribuibles a la inactividad física. (OMS, OMS, 2013)

Los malos hábitos alimentarios y la disminución del gasto energético por actividad física parecen ser los factores de causalidad más implicados en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias, esto se debe en buena medida a los avances en la sociedad moderna; menos esfuerzo en el proceso productivo, mecanización de las tareas domésticas, disminución de la deambulación y menor gasto por termorregulación. (Aranceta, 2008)

La preocupación actual por la salud, como algo más que la ausencia de enfermedad, pasa por una adecuada alimentación y por la realización de actividad física de forma habitual. La alimentación y sus posibles consecuencias con respecto al riesgo de padecer diversas enfermedades han sido objeto de numerosos estudios. Sin embargo, no ha sido hasta estos últimos años cuando se ha empezado a prestar especial atención al beneficio de la práctica regular de actividad física, a favor de reducir el riesgo de contraer enfermedades crónicas y de potenciar el bienestar tanto físico como psíquico. (Ramón, 2005)

Con la ejecución de esta investigación, se propone recopilar información relevante la cual permitirá caracterizar la actividad física y práctica de hábitos alimenticios como componentes de los estilos de vida en los habitantes de la zona 26 de la ciudad de Loja mediante el estudio descriptivo con la finalidad de conocer la relación con la presencia de enfermedades como: hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias; de modo que a partir de estos hallazgos se quede una línea de investigación, para de esta manera orientar las 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.

## OBJETIVOS

**Objetivo general:**

- ✓ Determinar la actividad física y práctica de hábitos alimenticios como componentes de los estilos de vida en los habitantes de la zona 26 de la ciudad de Loja mediante el estudio descriptivo con la finalidad de conocer su relación con la presencia de enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias.

**Objetivos específicos:**

- ✓ Caracterizar la actividad física practicada en la población de la zona 26 de la ciudad de Loja.
- ✓ Caracterizar la práctica de hábitos alimenticios en la población de la zona 26 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 CONCEPTUAL

## 1.1. Capítulo I: provincia de Loja.

### 1.1.1. Introducción.

**Gráfico Nº 1: mapa de Loja**

Fuente: mapas América
Elaboración: Ferrer, 2013

La provincia de Loja, está ubicada al sur del Ecuador y límite con el Perú, se encuentra a 2.100 metros sobre el nivel del mar, y está dispuesta a mostrar una profunda, íntima y poderosa manifestación cultural, que es expresada en la música, las letras, la plástica y artesanías.

### 1.1.2. Antecedentes.

La provincia de Loja situada al Sur del Ecuador, es la capital de la provincia del mismo nombre. Está a 440 Km. en línea recta de Quito, capital del Ecuador y se asienta sobre las orillas del río Zamora. Cuenta con una superficie de 11.730 km2. Cuenta con 404.835 habitantes y su cantón Loja con 175.077 habitantes, tiene varios títulos internacionales debido a su ecología y participación ciudadana, premio ganado a nivel mundial.

### 1.1.3. Ubicación geográfica.

Tiene una superficie aproximada de 11.730 km2 equivalente al 4% de la superficie del país. A pesar de presentarse alturas de 2.100 metros sobre el nivel del mar, no existen nevados. Entre las líneas de cumbres de las cordilleras occidental y central de los Andes, hacia el sur, encontramos en Loja pequeños valles regados cuyos cauces corren por profundas y estrechas cañadas. Los valles tienen alturas inferiores a los 1.300 m. Entre éstos se destaca el valle del Catamayo, uno de los más extensos. La parte oriental de la región está formada por una serie accidentada de colinas que corresponden a las estribaciones de la cordillera oriental de los Andes y la cordillera del Cóndor.

### 1.1.4. Límites.

Limita al norte con las provincias del Azuay; al sur con el Perú, al este con la provincia de Zamora-Chinchipe y, al oeste, con la provincia de El Oro. (Carrera, 2006)

### 1.1.5. Ciudad de Loja.

Loja, ciudad dueña de innumerables atractivos, exuberante vegetación, abundante fauna y un sinnúmero de manifestaciones culturales en el campo de las artes, las letras, tradicionales, costumbres, arquitectura civil, religiosa, etnografía y gastronomía.

Está ubicada entre los ríos Zamora y Malacatos que se unen en el vértice norte del antiguo centro urbano. Su acelerado crecimiento le ha llevado a sobrepasar los dos riachuelos que antes la enmarcaban, y a extender sus nuevas urbanizaciones hasta las colinas circundantes del valle de Cuxibamba. Los ríos que cruzan la ciudad de sur a norte, dan vitalidad al paisaje urbano.

Denominada la ciudad castellana, posee una rica herencia colonial, que puede apreciarse tanto en su arquitectura, como en las piezas que integran las colecciones de diversos museos.

#### 1.1.5.1. Delimitación geográfica de la ciudad de Loja.

Tiene en total 180.617 habitantes. Tiene una superficie aproximada de 10.790 km² equivalente al 4% de la superficie del país. La ciudad fue fundada en 1546 y en contraste con las otras cinco grandes ciudades de la periferia de la región fronteriza Ecuador-Perú, está ubicada en un alto valle Andino (2,123 metros sobre el nivel del mar).

Sus habitantes realizan actividades de ocupación y producción como la agricultura, ganadería, comercio, minería y pequeña industria, en el sector rural la ocupación campesina es combinada, se dedican a la producción de alimentos para el consumo, que incluye el cultivo de bienes agrícolas, la crianza de animales y obras artesanales"(Municipio de Loja, 2004).

Los límites del cantón Loja son: al norte con el cantón Saraguro y la provincia de El Oro, al sur y este con la provincia de Zamora Chinchipe y al oeste parte de la provincia de El Oro y los catones: Catamayo, Gonzanamá, Quilanga y Espíndola.

Dentro de las parroquias urbanas existen barrios tanto urbanos como rurales que constituyen el sector urbano y rural de la ciudad. (Municipio de Loja, 2004).

#### 1.1.5.2. Clima.

La ciudad de Loja se ubica en el área de clima templado andino. A excepción de junio y julio, meses en los que se presenta una llovizna tipo oriental (vientos alisios), el clima de Loja es más bien templado, con temperaturas que fluctúan entre los 16 y 21 grados centígrados. La época de mayor estiaje es en octubre, noviembre y diciembre. (Cajo, 2007)

#### 1.1.5.3. Sector urbano de la ciudad de Loja.

En el sector urbano específicamente de la ciudad de Loja se desarrollan actividades de tipo comercial, financiero, correspondencia, vivienda y turismo

El área urbana según datos del censo 2010, tiene un total de 170.280 habitantes, dentro del cual existen barrios urbanos y rurales, los índices de pobreza urbana se encuentran entre el 17 % al 60%. La tasa de crecimiento poblacional es alta y se concentra en el sector urbano de Loja, que ha aumentado su población en casi cinco veces en los últimos 30 años. El nivel de instrucción es elevado gracias al desarrollo que últimamente han tenido los centros de alfabetización y de enseñanza en general.

El número de habitantes existentes en el sector urbano de la ciudad, dividido en el número de hombres y mujeres que hay en este sector de la ciudad:

**Tabla Nº 1: Sector urbano de la ciudad de Loja**

| Población ciudad de Loja | Hombres | Mujeres | Total |
|---|---|---|---|
| **URBANA** | 81.475 | 88.805 | 170.280 |

Fuente: VII censo de población y VI de vivienda 2010
Elaboración: Macas & Chuquirima 2012

#### 1.1.5.4. Parroquias históricas de la ciudad de Loja.

Está constituida por las parroquias de: El Sagrario, San Sebastián, Sucre y el Valle. Las dos primeras parroquias de la ciudad fueron el Sagrario (sector de la catedral) y San Sebastián. Aquellas aparte de concebir espacios con historia dentro de sus plazas, también formaron lo que hoy se percibe claramente como centro histórico de la ciudad, por la presencia de su arquitectura colonial y por la trama urbana.

Luego de que definitivamente fue fundada la ciudad de Loja, se estableció solares a partir del parque central (parroquia El Sagrario), alrededor de éste se establecieron la Iglesia Matriz, el Cabildo y la Gobernación, (distribución que sigue hasta la actualidad).

Al entrar en la ciudad de Loja, nos encontramos con una pintoresca población denominada El Pedestal, aquí se ubica la parroquia “Sucre”.
Fuera de esta distribución central, en un sector rural en aquel entonces, se emplazaron las doctrinas, en donde los Vicarios impartían la religión católica a los naturales de la zona, la principal de estas doctrinas en época de la fundación de Loja es la que hoy emplaza la parroquia de “El Valle”. (Guaricela, 2008)

#### 1.1.5.5. Parroquia Sucre.

Al entrar en la ciudad de Loja, por la parte occidental de la misma, nos encontramos con una pintoresca población denominada El Pedestal, con su Iglesia dedicada a la Virgen Santísima Inmaculada: está ubicado el poblado sobre una colina, desde donde se divisa el panorama de la ciudad, casi en su totalidad. (Carrera, 2006)

### 1.1.5.6. Zona 26.

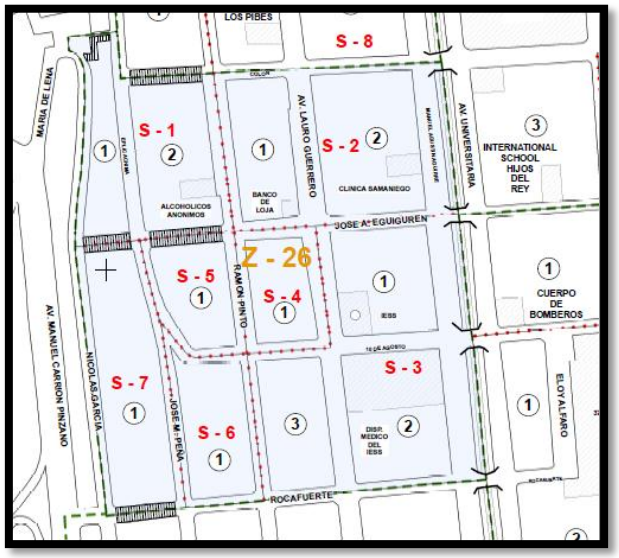



**Gráfico Nº2: mapa de la zona 26**

Fuente: VII censo de población y VI de vivienda 2010
Elaboración: INEC,2010

La zona número 26 perteneciente a la parroquia urbana Sucre está constituido por 7 sectores, cada uno con su respectivo número de manzanas, se la considera central por la existencia de lugares comerciales, además se encuentran ubicada en esta zona, instituciones de salud pública como es el Hospital y el dispensario del IESS, entidades de salud privada como es la Clínica Samaniego y bancarias como el Banco de Loja.

La zona 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.

## 1.2. Capitulo II: estilos de vida en los componentes de alimentación y actividad física como determinantes del proceso salud enfermedad.

"La salud es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". La salud, según la definición que la OMS hace del término, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Los factores que determinan la salud y, por tanto, la enfermedad son muy variados. Unos dependen de la persona y otros del medio en el que esa persona está inmersa. Estos factores se relacionan entre sí y son los siguientes:

- ✓ Biología humana: condicionada por la constitución, carga genética, crecimiento, desarrollo y envejecimiento.
- ✓ Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural. La acción individual o colectiva de cada uno de ellos origina un gran número de patologías, por tanto, el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad.
- ✓ Estilos de vida y conductas de salud: Se trata de comportamientos que actúan positivamente y negativamente sobre la salud, a los que el sujeto se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control.
- ✓ Sistema de cuidados de salud: beneficios de las intervenciones preventivas y terapéuticas. (Bennassar, 2011)

El estilo de vida se puede considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Este se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales.

Es natural que las personas tiendan a imitar los modelos sociales promovidos en los medios de difusión o comunicación social. El estilo de vida se puede formar no sólo espontáneamente, sino también como resultado de las decisiones conscientes de quienes aspiran a perfeccionarse y a perfeccionar la sociedad. Puede favorecer al mismo tiempo la consolidación de algunos valores y, aún más, su difusión social. Representa así mismo un

producto complejo, fruto de factores personales, ambientales y sociales, que convergen no sólo del presente, sino también de la historia interpersonal. (Sannabria, 2007)

### 1.2.1. Actividad física.

La actividad física se define como cualquier movimiento producido por los músculos esqueléticos que implica un gasto energético. Se refiere al tipo de esfuerzo físico que se practica constantemente en el tiempo y la frecuencia. (García, 2007)

Es una conducta que involucra a todos los grandes músculos del movimiento para cumplir las diferentes tareas durante el día. Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (Organization, 2010)

La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio". Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. (OMS, 2013)

### 1.2.2. Los determinantes de la actividad física.

Los determinantes de la actividad física son biológicos, demográficos, psicológicos, cognitivos, sociales, culturales, ambientales y conductuales. La falta de tiempo, el cansancio, los recursos limitados, la falta de seguridad, el estado actual de la salud y la falta de motivación son las barreras más comunes citadas como enemigos para participar en alguna actividad física.

La creciente urbanización en nuestra región es un determinante ambiental por considerar ya que América latina y el Caribe han llegado a convertirse en la región del mundo en desarrollo que tiene la mayor urbanización (el 60% habita en ciudades). Ese crecimiento acelerado dejó atrás el desarrollo de infraestructuras sociales y físicas, el nivel de empleo, los servicios de salud y la vivienda. Ese fenómeno contribuyó a la insuficiencia de los sistemas de transporte, aumento de la flota vehicular, del tráfico y de la contaminación ambiental y a un descenso de los niveles de actividad física tanto en el ámbito laboral como en el tiempo libre.

Existen varios factores ambientales y sociales que actúan a favor o en contra de un estilo de vida activo. La familia y amigos pueden ser un ejemplo para seguir y convertirse en un elemento alentador mientras que las barreras ambientales pueden producir el efecto contrario.

La falta de parques, aceras, iluminación, ciclo vías, barrios inseguros se convierten en pretextos para no llevar una vida activa. Las costumbres como ver televisión, estar sentado frente a la computadora o la afición a los videojuegos son elementos que juegan a favor del sedentarismo, sobre todo en la población joven. (Fisher, 2007)

#### 1.2.2.1. Factor protector.

Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos:

- ✓ Reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas;
- ✓ Mejora la salud ósea y funcional.
- ✓ Es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso (OMS, 2013)

##### 1.2.2.1.1. Beneficios como función preventiva.

- ✓ Beneficios metabólicos que, entre otros efectos previenen la obesidad y la diabetes mellitus.
- ✓ Beneficios cardiovasculares y circulatorios que suponen la prevención de trastornos y enfermedades.
- ✓ Beneficios preventivos sobre la osteoporosis y sobre determinados tipos de cáncer como el de colón, próstata y de mama.
- ✓ Beneficios psicológicos como aumento de la sensación de bienestar, la autoestima que pueden prevenir trastornos como la ansiedad, el estrés y depresión
- ✓ En la tercera edad, estos beneficios retardan el deterioro físico y frenan la perdida de capacidades cognitivas e intelectuales.
- ✓ En la infancia y adolescencia la adopción de un estilo de vida previene el sedentarismo en la edad adulta y sus trastornos asociados.

##### 1.2.2.1.2. Beneficios como función terapéutica o rehabilitadora.

Beneficios fisiológicos sobre:

- ✓ Los trastornos cardiovasculares y circulatorios

- ✓ Hipertensión arterial
- ✓ El cáncer
- ✓ Diabetes mellitus.
- ✓ Osteoporosis
- ✓ Envejecimiento
- ✓ Trastornos respiratorios crónicos

Beneficios psicológicos sobre

- ✓ Trastornos de ansiedad.
- ✓ Estrés emocional
- ✓ Depresión
- ✓ Deficiencias mentales y físicas

Beneficios conductuales sobre:

- ✓ El abuso de sustancias aditivas como el alcohol y las drogas.
- ✓ Consumo de tabaco.
- ✓ Sobrepeso y la obesidad.
- ✓ Conductas adaptativas. (Valero, 2010)

### 1.2.3. Intensiad de actividad física.

La intensidad refleja la velocidad a la que se realiza la actividad, o la magnitud del esfuerzo requerido para realizar un ejercicio o actividad. Se puede estimar preguntándose cuánto tiene que esforzarse una persona para realizar esa actividad.

La intensidad de diferentes formas de actividad física varía de una persona a otra y depende de lo ejercitado que esté cada persona y de su forma física. En la intensidad se considera el MET el mismo que se entiende por equivalente metabólico que es la unidad de medida de la producción de calor por el organismo (1 MET es la cantidad de O2 consumida por kilogramo de peso corporal en un minuto por un individuo en reposo), y equivale a 3.5 ml O2/kg/min. Se ha determinado que 1 Met corresponde aproximadamente a 1 kcal/kg/hora producido en reposo. (Romero, 2009)

#### 1.2.3.1. Actividad física moderada (aproximadamente 3-6 MET).

Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco.

Ejemplos de ejercicio moderado son los siguientes:

- ✓ Caminar a paso rápido.
- ✓ Bailar.
- ✓ Jardinería.
- ✓ Tareas domésticas.
- ✓ Caza y recolección tradicionales.
- ✓ Participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos.
- ✓ Trabajos de construcción generales (hacer tejados, pintar, etc.).
- ✓ Desplazamiento de cargas moderadas (< 20 kg).

#### 1.2.3.2. Actividad física intensa (aproximadamente >6 MET).

Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca.

Se consideran ejercicios vigorosos:

- ✓ Ascender a paso rápido o trepar por una ladera.
- ✓ Desplazamientos rápidos en bicicleta.
- ✓ Natación rápida.
- ✓ Deportes y juegos competitivos (juegos tradicionales, fútbol, voleibol, hockey, baloncesto).
- ✓ Trabajo intenso con pala o excavación de zanjas.
- ✓ Desplazamiento de cargas pesadas (> 20 kg). (OMS, Organización mundial de la salud, 2013)

#### 1.2.3.3. Clasificación de niveles de actividad física según el cuestionario internacional de actividad física IPAQ.

Es un cuestionario creado para poder medir la actividad física realizada de forma habitual en diferentes países con población de entre 15 y 69 años. Fue creado con el fin de obtener un instrumento estandarizado y válido en distintas culturas, y con ello, dar respuesta a la amplia demanda de comparaciones de hábitos de práctica físico-deportiva existente entre países.

Para su validación, pasaron el cuestionario en 12 países diferentes para posteriormente comparar los resultados obtenidos con los de acelerometría. Concluyeron que las correlaciones que resultaron fueron de 0,80 para su reproducidad y de 0,30 para su

validación, las cuales son parecidas a la mayoría de cuestionarios empleados en este tipo de estudios. Por ello, se aceptaron las propiedades psicométricas del cuestionario para utilizarlo en estudios que precisaran la medición de la actividad física.

Según el cuestionario internacional de actividad física IPAQ core group el desarrollo de una medida internacional para actividad física comenzó en Ginebra en 1998 y fue seguida de un extensivo examen de confiabilidad y validez hecho en 12 países en el año 2002. Los resultados finales sugieren que estas medidas tienen aceptables propiedades de medición para usarse en diferentes lugares e idiomas, y que son apropiadas para estudios nacionales poblacionales de prevalencia de participación en actividad física.

La versión corta del IPAQ, pide información de las actividades de los últimos 7 días de las personas, tomando en cuenta únicamente aquellas actividades que fueron realizadas al menos 10 minutos continuos. Fue diseñado específicamente para adultos (18 – 65 años) y consiste en cuatro dominios: mientras se transporta, en trabajo, tareas del hogar, la jardinería y durante el tiempo de ocio, incluyendo ejercicios y deportes. (Boche, 2010)

El cuestionario está compuesto por dos versiones. La versión corta, más apropiada para entrevistas nacionales y regionales, y la versión larga, que es apropiada para trabajos más amplios y exhaustivos. A la hora de clasificar a los sujetos, los datos son convertidos a METs siguiendo el protocolo establecido. En base a la estimación de los MET consumidos, el Cuestionario Internacional de actividad física IPAQ divide a los sujetos en 3 niveles o categorías: baja, moderada y alta actividad física. (Perez, 2012)

#### 1.2.3.3.1. Nivel de actividad física alto.

Reporte de 7 días en la semana de cualquier combinación de caminata, o actividades de moderada o alta intensidad logrando un mínimo de 3.000 MET-min/ semana; o cuando se reporta actividad vigorosa al menos 3 días a la semana alcanzando al menos 1.500 MET-min/semana

#### 1.2.3.3.2. Nivel de actividad física moderado.

Reporte de 3 o más días de actividad vigorosa por al menos 20 minutos diarios; o cuando se reporta 5 o más días de actividad moderada y/o caminata al menos 30 minutos diarios; o cuando se describe 5 o más días de cualquier combinación de caminata y actividades moderadas o vigorosas logrando al menos 600 MET-min/semana

#### 1.2.3.3.3. Nivel de actividad física bajo.

Se define cuando el nivel de actividad física del sujeto no esté incluido en las categorías alta o moderada. (Serón, 2010)

### 1.2.4. Hábitos alimenticios.

Se define como los hábitos alimenticios aquellos aspectos de alimentación adquiridos a lo largo de la vida, que influyen en nuestra alimentación y que depende de las condiciones sociales, ambientales, religiosas-culturales y económicas. Incluyen el tipo de alimentos que se comen, como los que combinan, preparan, adquieren, a qué hora y en donde comen. Por ello la alimentación es distinta dependiendo de unos lugares a otros. Los factores evolucionan con el paso del tiempo, los factores se relacionan unos con otros con el aumento de los recursos así como el contacto de otras culturas. (Briz, 2011) La manera en que un individuo o grupo humano selecciona, prepara y consume determinados alimentos, constituyen los “hábitos de alimentación”.

#### 1.2.4.1. Determinantes de los hábitos alimenticios.

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, transporte, que influyen en la cantidad, variedad, calidad, tipo de alimentos disponibles y accesibles para el consumo.

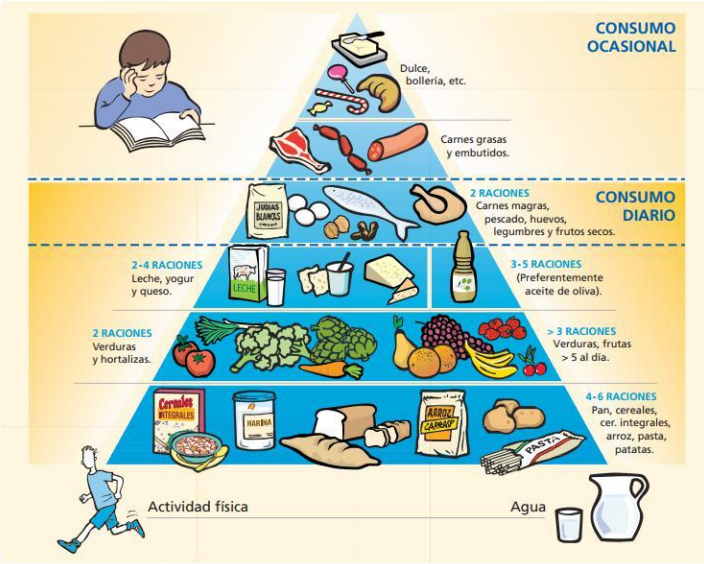
El segundo se refiere a los factores que intervienen en la toma de decisiones, en la elección individual de alimentos en base a la oferta disponible. Dentro de este grupo se destacan los aspectos psicológicos, sociales, antropológicos, culturales, tradiciones, simbolismo, nivel educativo, nivel de información, concientización por la salud, cuidado personal, el marketing, la publicidad y los medios de comunicación entre otros. 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)

#### 1.2.4.2. Características de la alimentación.

- ✓ La frecuencia: número de veces que consume alimentos en un determinado lapso de tiempo.

- ✓ El tipo: se refiere a la variedad de alimentos consumidos como lácteos, verduras, frutas, bebidas, carnes, entre otras.
- ✓ La cantidad: hace refiere a que cantidad de un alimento en particular consume por ingesta. (Merlo, 2012)

#### 1.2.4.3. La pirámide alimentaria.




*Pirámide de la alimentación saludable para niños y adolescentes (Sociedad Española de Nutrición Comunitaria).*

**Gráfico Nº3: pirámide de la alimentación saludable para niños y adolescentes**

Fuente: sociedad española de nutrición comunitaria

Elaboración: sociedad española de nutrición comunitaria, 2004

La pirámide alimentaria representa de forma gráfica los principales y más importantes alimentos que debemos ingerir para mantener una alimentación balanceada, equilibrada y saludable.

El gráfico se lee de abajo hacia arriba, pues los alimentos que están en la base son aquellos que se deben ingerir en mayor cantidad y diariamente. A medida que se acerca a la punta de la pirámide, indica una disminución en el consumo, de preferencia de manera ocasional. Es la herramienta más frecuente para dar indicaciones sobre la cantidad y los diferentes tipos de alimentos que necesitamos para tener una dieta balanceada y mantenernos saludables.

#### 1.2.4.3.1. Grupo 1: Cereales, tubérculos, fideos y pan.

En la base de la pirámide, se encuentra el grupo de los cereales, tubérculos y harinas. A este grupo pertenecen: arroz, avena, cebada, pan, fideos, papas, maduro, verde, camote y todas las harinas. Estos son los alimentos que debemos ingerir en buena cantidad dentro de nuestra dieta diaria; deben ocupar un tercio del plato.

Estos alimentos contienen carbohidratos que constituyen el combustible necesario para un buen funcionamiento del cerebro, pulmones, corazón y para mantener una temperatura adecuada del cuerpo. Los carbohidratos también sirven como fuente de energía para realizar las actividades diarias tanto físicas como mentales, por ejemplo: caminar, correr, jugar, leer, estudiar.

#### 1.2.4.3.2. Grupo 2: Frutas y verduras.

Después del grupo 1, el grupo de alimentos más importante es él de las frutas, verduras, menos el aguacate y el coco que se los considera como grasas. Su consumo tiene que ser frecuente y variado. En cada comida las verduras crudas o cocinadas deben ocupar un tercio de plato.

Es recomendable consumir de 5 a 7 porciones diarias de vegetales y frutas. Una porción de fruta puede medirse fácilmente como lo que cabe en una mano, es decir una manzana, una granadilla, medio melón, unas cuantas uvas, etc.

Las frutas y verduras contienen altos niveles de fibra, vitaminas y minerales, elementos importantes para que el cuerpo funcione bien y pueda protegerse de enfermedades. La fibra es parte de la estructura de la fruta y verdura. El cuerpo no la digiere pero es muy importante para optimizar la digestión. Ayuda a disminuir los niveles de colesterol, controlar el apetito y el peso.

Las vitaminas, los minerales, son sustancias necesarias para la vida que el cuerpo no puede producir, la diferencia radica en su composición química.

Ejemplos de minerales son el hierro y el calcio. El hierro se encuentra en todas las frutas y verduras en pequeña cantidad. Las frutas y verduras que contienen más hierro son el melón, frutilla, grosella, guayaba, durazno, frambuesa, uva y vegetales de hojas verdes. Sin embargo, generalmente, la mayor fuente de hierro en la alimentación es la carne roja. El

hierro es un compuesto importante de la sangre pero también del hígado y de las proteínas musculares. Su consumo es importante para evitar enfermedades como la anemia. El hierro se absorbe mejor si se consume con alimentos que contienen vitamina C como cítricos.

El calcio se encuentra en las hojas verdes como la espinaca y la acelga, papaya, pera, durazno, uva, lima, limón, mandarina, naranja, higo, kiwi, frambuesa, zanahorias, brócoli, y espinacas. Sin embargo, generalmente, la mayor fuente de calcio en la alimentación es la leche y sus derivados. El calcio interviene en la formación y mantenimiento de los huesos. Previene enfermedades como la osteoporosis, la hipertensión y el cáncer de colon. El calcio se absorbe mejor al combinarlo con alimentos que contienen vitamina D como los productos lácteos y los cereales integrales.

#### 1.2.4.3.3. Grupo 3: Productos lácteos, carnes, pescado, mariscos, huevos y leguminosas.

Este grupo reúne los dos niveles siguientes de la pirámide. Estos alimentos deben consumirse diariamente en cantidades menores a los dos grupos anteriores: un poco menos de un tercio del plato. A este grupo pertenecen los productos lácteos (leche, queso y yogurt), las carnes (res, pollo, cerdo, chivo, cuy, conejo, pavo, pato), el pescado y mariscos (atún, sardina, camarones), los huevos (de gallina, de codorniz) y las leguminosas (haba, lenteja, fréjol, garbanzo).

Estos alimentos son importantes porque contienen muchas proteínas que son como bloques de construcción para los tejidos del cuerpo. También son ricos en minerales esenciales como el calcio y el hierro.

#### 1.2.4.3.4. Grupo 4: Grasas, azúcares, postres, golosinas y gaseosas.

Este grupo de alimentos se ubica en la punta de la pirámide ya que no es recomendable ingerirlos diariamente en gran cantidad. Estos alimentos pueden ser divididos en dos grupos: el primero incluye las grasas, llamadas también lípidos y el segundo agrupa los azúcares, postres, golosinas y gaseosas.

Las grasas o lípidos son beneficiosos para el organismo si son consumidos en cantidades limitadas. Junto con los carbohidratos, son fuente de energía para el organismo, también ayudan a absorber las vitaminas liposolubles. Existen grasas buenas y malas

Buenas: son en general de origen vegetal como el aceite de oliva, de girasol, de maíz crudo, las nueces, almendras, maní, pepas de zambo, zapallo, aguacate y coco, también se encuentran en los pescados y mariscos. Contienen colesterol bueno y grasas muy importantes para nuestro organismo: las grasas Omega 3, 6 y 9 que ayudan a limpiar las arterias del colesterol malo, previniendo así las enfermedades cardiovasculares

Malas: son en general de origen animal como por ejemplo la manteca, la mantequilla, la piel de pollo, la grasa de las carnes. Aumentan el nivel de colesterol malo y riesgos de enfermedades cardiovasculares.

#### 1.2.4.3.5. Agua.

Además de comer los alimentos presentes en la pirámide en las proporciones recomendadas es necesario tomar agua en buena cantidad. El agua es el mayor componente del cuerpo humano. Se recomienda consumir como mínimo un litro de agua diario, es decir 4 vasos de agua. Puede ser agua potable, o bebidas naturales sin azúcar como jugos, aguas aromatizadas. Los deportistas, las mujeres embarazadas y las madres en periodo de lactancia deben ingerir mayores cantidades de agua.

### 1.2.5. Dieta.

La palabra dieta hace referencia a los alimentos y platillos que comemos cada día. Consumimos alimentos para que el organismo tome de ellos los compuestos, y de éstos, los nutrientes. Como no hay alimentos completos, debemos combinarlos entre sí. Es decir es el conjunto de nutrientes que se ingieren durante el consumo habitual de alimentos. Popularmente se asocia erróneamente a la práctica de restringir la ingesta de comida para obtener sólo los nutrientes, a energía necesaria y así conseguir o mantener cierto peso corporal. Debe estar de acuerdo con la edad, la actividad física, costumbres, etc.

#### 1.2.5.1. Dieta completa.

Una dieta completa contiene todos los nutrientes que se requieren. Por eso se recomienda combinar todos los grupos de alimentos en cada tiempo de comida Los alimentos del mismo grupo se deben intercambiar en las diferentes comidas del día. Se debe comer la cantidad suficiente para cubrir las necesidades energéticas del organismo, con la finalidad de lograr el crecimiento y mantenimiento adecuado, debe estar de acuerdo con la edad, actividad física, costumbres, etc. No debe implicar riesgos a la salud.

#### 1.2.5.2. Dieta equilibrada.

Alimentación equilibrada es aquella que incluye una diversidad suficiente de alimentos en las cantidades adecuadas, en función de las características de cada persona (edad, situación fisiológica, infancia, estirón puberal, embarazo, lactancia, sexo, composición corporal, complexión) de su estilo de vida (activo, sedentario), que garantiza que se cubren los requerimientos de energía y nutrientes que nuestro organismo necesita para mantener un buen estado nutritivo, de salud y bienestar.

Es decir dieta equilibrada es aquella que aporta los nutrientes y energía en cantidades tales que permiten mantener las funciones del organismo en un contexto de salud física y mental. Esta dieta equilibrada es particular de cada individuo, se adapta a su sexo, edad, peso y situación de salud. No obstante, existen diversos factores (geográficos, sociales, económicos, patológicos, etc.)

### 1.2.6. Test de nutrición.

Es un test propuesto por la revista Erosky Consumer, en su sección de alimentos, no servirá para analizar el tipo de alimentación. No basta con que un día nos alimentemos con fruta para desayunar y merendar, para después estemos dos días sin mirarla. Tampoco es suficiente comer pescado dos veces por semana y acudir a un fast food la misma cantidad de veces. Quien se preocupa por su salud, también se preocupa por lo que la alimentación le puede proporcionar, que es mucho. El mismo que califica de la siguiente manera:

- Alimentación adecuada o equilibrada: Aporte de gran parte de los nutrientes que el organismo necesita para mantenerse sano.
- Alimentación mejorable: hay algunos aspectos a mejorar para alimentarte de forma saludable. El primer paso es conocer cómo se lleva a cabo una buena dieta para poder llevarla a la práctica.
- Alimentación desequilibrada: Son aquellas que no aportan los requerimientos mínimos de energía y los nutrientes que el cuerpo necesita, para su correcto funcionamiento o que se excede en el aporte de energía y nutrientes. Puede traer consecuencias negativas para su salud. Hay que empezar a mejorar poco a poco los hábitos alimentarios de modo que el cambio no sea excesivamente radical al principio. (Zudaire, 2011)

### 1.2.6.1. Ración.

Las cantidades o raciones y tipo de alimentos a consumir dependen de las necesidades de calorías de cada persona, el número y el tamaño de las raciones de la pirámide dependerá de la energía que cada persona necesita, que dependerá a su vez de la edad, sexo, peso y actividad física.

Ejemplo: dieta normocalórica, de unas 2.200 kilocalorías por día, válida para una adulto de unos 70 kilos de peso que lleva a cabo una actividad física moderada (trabajo sedentario pero realiza ejercicio, caminar, durante una hora cada día). (Merlo, 2012)

**Tabla Nº2: ración de alimentos por día**

| Grupo de alimentos | Número de raciones /día | Una ración es: |
|---|---|---|
| Leche y lácteos | 2 | 1 vaso o taza de leche, ó 2 yogures o 100gr de requesón u 80 gr de queso fresco o, 40 gr de queso magro o 2 quesitos |
| Carne pescado huevo y derivados | 2 | 1 filete, ó 2 huevos unos 20-50 gr/ración, 3 a 4 pedazos de carne o jamón |
| Cereales, legumbres | Mínimo, 6 | 1 rebanada de pan, ó 4 tostadas o biscotes<br>2/3 de bol cereales ó 6 galletas maría<br>1 cazo sopero de arroz, pasta o legumbre cocido<br>2 papas del tamaño de un huevo |
| Verduras y hortalizas | 2-4 | 1 bol o plato de ensalada<br>1 plato de verdura cocida |
| Fruta fresca | | 1 o varias frutas según tamaño o 1 vaso de zumo sin azúcar |
| Aceite y otras grasas | 4-5 | 1 cuchara sopera de aceite de oliva o semillas.<br>1 porción de margarina o mantequilla<br>1 cucharada de mayonesa. |

Fuente: la nutrición en el programa de fitness

Elaboración: consumer erosky, 2003

**Tabla Nº3: frecuencia recomendada de consumo de alimentos**

| Frecuencia recomendada de consumo de alimentos | | | |
|---|---|---|---|
| **Diariamente** | **Cada semana, raciones** | | |
| Lacteos, frutas, verduras y patatas | Carne 4-5 r/semana | Pescado 5-6 r/semana | Huevos < 5 Unidades a la semana |
| | Legumbres 2-3 r/semana | Arroz 2-3 r/semana | Pasta 2-4 r/semana |

Fuente: la nutrición en el programa de fitness

Elaboración: consumer erosky, 2003

## 1.3. Capitulo III: actividad física y hábitos alimenticios como factores de riesgo para la presencia de diabetes mellitus, hipertensión y dislipidemias.

De los diez factores de riesgo identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el desarrollo de enfermedades crónicas, cinco están vinculados con la alimentación y la actividad física: obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia. Hoy sabemos que en los países desarrollados las principales causas de mortalidad y morbilidad se relacionan fundamentalmente con los hábitos y estilos de vida.

La dieta inadecuada, la inactividad física son factores determinantes en la aparición de enfermedades. En los últimos años, los hábitos dietéticos en sociedades desarrolladas han evolucionado hacia patrones menos saludables, aumentando el consumo de proteína animal y grasas saturadas, mientras que el aporte de proteína vegetal, carbohidratos complejos y fibra ha ido disminuyendo. Este hecho, unido a la manera de vivir, cada vez más sedentaria, ha producido cambios importantes en la frecuencia de enfermedades crónicas y degenerativas, en su evolución y en la mortalidad derivada. (Nieto, 2009)

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas. Contrariamente a la opinión popular, los datos disponibles demuestran que casi el 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles se dan en los países de ingresos bajos y medios. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones casi las dos terceras partes se debieron a enfermedades no transmisibles principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas.

Alrededor de una cuarta parte de la mortalidad mundial relacionada con las enfermedades no transmisibles afecta a personas menores de 60 años. Las enfermedades no transmisibles se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas inadecuadas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. (Alwan, 2011)

De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del ministerio de salud en Ecuador, las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial han experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994–2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años, la prevalencia de diabetes mellitus se incrementó de 142 por 100,000

habitantes a 1084, mientras que la hipertensión arterial pasó de 63 a 488 por 100,000 habitantes en el mismo periodo. Para ambas enfermedades, las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa que en el resto del país aunque la zona insular le sigue en importancia. Su incidencia es mayor en la mujer. Para el 2009, los casos notificados fueron de 68,635 y 151,821 para diabetes mellitus e hipertensión arterial respectivamente. (Acosta, 2011)

### 1.3.1. Actividad física y salud.

La actividad física realizada de forma continua disminuye el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer de colón y de mama, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, osteoporosis y 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) cinco días a la semana; o 20 minutos de ejercicio aeróbico intenso (por ejemplo, trotar o correr de forma lenta) 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. (Rodriguez, 2011)

La actividad física se ha mostrado como un hábito de vida que se relaciona con una menor incidencia de morbimortalidad cardiovascular. Otras investigaciones describen el enorme beneficio que pueden proporcionar la actividad física, tanto en personas sanas como en aquellas con alguna enfermedad crónica como hipertensión, diabetes mellitus y dislipidemias. También se ha asociado con la prevención del cáncer de colón, de mama y de los órganos reproductores femeninos. Además psicológicamente la actividad física, alivia la ansiedad, la depresión, ayuda a mejorar la propia imagen, la autoestima, mejora la calidad del sueño y la calidad de vida relacionada con la salud. (Guirao, 2009)

Las personas inactivas tienen un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón que las personas que hacen ejercicio regularmente, el ejercicio quema calorías, ayuda a controlar los niveles de colesterol, diabetes y posiblemente ayude a disminuir la presión arterial. El ejercicio fortalece el musculo cardiaco, hace más flexible las arterias y las personas que

queman activamente entre 500 y 3500 calorías por semana, tienen una expectativa de vida superior a la de las personas sedentarias

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. (OMS, Organización mundial de la salud, 2013)

Aproximadamente 3,2 millones de personas mueren a causa del sedentarismo cada año. Las personas con poca actividad física corren un riesgo entre un 20% y un 30% mayor que las otras de morir por cualquier causa. La actividad física regular reduce el riesgo de padecer depresión, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer de mama, colón. El sedentarismo es más frecuente en los países de ingresos altos, pero actualmente también se detectan niveles muy altos del problema en algunos países de ingresos medios, sobre todo entre las mujeres.

El sedentarismo es un factor de riesgo modificable para la enfermedad cardiovascular y una variedad de otras enfermedades crónicas, incluyendo diabetes mellitus, cáncer (colón y mama), obesidad, hipertensión, enfermedades osteoarticulares y depresión. Hipócrates, señalo hace ya mucho tiempo; “Todas aquellas partes del cuerpo que tienen una función, si se usan con moderación, se ejercitan en el trabajo para el que están hechas, se conservan sanas, bien desarrolladas y envejecen lentamente, pero si no se usan y se deja que holgazaneen, se convierten en enfermizas, defectuosas en su crecimiento y envejecen antes de hora”.

### 1.3.2. Hábitos alimenticios y salud.

La situación alimentaria mundial se encuentra polarizada entre el hambre y las enfermedades ocasionadas por excesos y desequilibrios alimentarios. Estas últimas dominan los cuadros de salud de numerosos países, y según las tendencias actuales de comportamiento, habrá un empeoramiento en los próximos años. El problema es aún más grave en los países en desarrollo; las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en la principal causa de muerte y discapacidad prematura en la mayoría de los países de América Latina, el Caribe, y Cuba. En 2005, unos 35 millones de personas de todo el mundo murieron debido a estas enfermedades, cifra que duplica el número de defunciones causadas por enfermedades infecciosas

La “transición nutricional” en América Latina, se caracteriza por un escaso consumo de frutas, verduras, granos integrales, cereales, legumbres, a lo que se une el consumo relativamente alto de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares, sal, leche, carnes, cereales refinados y los alimentos procesados. Estas características de la alimentación constituyen un factor clave en el desarrollo de las enfermedades crónicas. Los cambios en el régimen alimentario y el modo de vida pueden contribuir a la prevención, o el retraso en la aparición, de estas afecciones. (Porrata, 2009)

El consumo de fruta y verdura en cantidades suficientes reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y cáncer colonrrectal. La mayoría de las poblaciones consumen niveles de sal mucho más elevados que los recomendados por la OMS para prevenir enfermedades; un consumo elevado de sal es un factor determinante que aumenta el riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Las cardiopatías están relacionadas con un consumo elevado de grasas saturadas y ácidos grasos trans saturadas. Los datos disponibles sugieren que la ingesta de grasas ha aumentado rápidamente en los países de ingresos medios bajos desde la década de los ochenta. (Alwan, 2011)

Una alimentación correcta, variada, completa, una dieta equilibrada permite por un lado que nuestro cuerpo funcione con normalidad (que cubra nuestras necesidades biológicas básicas que necesitamos comer para poder vivir) y por otro previene o al menos reduce el riesgo de padecer ciertas alteraciones o enfermedades a corto y largo plazo. Basta con recordar el impacto que tienen en nuestra sociedad las llamadas "enfermedades de la civilización". Hipertensión, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos de la conducta alimentaria e incluso ciertos tipos de cáncer se relacionan con una alimentación desequilibrada. No es, normalmente, una relación directa de causa-efecto, pero sí supone uno de los factores que contribuye a aumentar el riesgo de aparición y desarrollo de dichas enfermedades.

La evidencia científica sugiere que existen grandes beneficios para la salud en el consumo regular de frutas y verduras, el consumo de nueces y granos enteros, la actividad física diaria, cambiar el consumo de grasas animales saturadas por grasas insaturadas basadas en aceites vegetales, disminuir el consumo de alimentos grasos, disminuir la cantidad de sal, azúcar en los alimentos de la dieta, mantener el peso corporal normal, en un índice de masa corporal de 18.5 a 24.9 y finalmente dejar de fumar. Estas medidas pueden llegar a evitar 32

millones de muertes en los próximos 10 años con una reducción del 15% en el consumo de sal y control integral del tabaco. (Galván, 2010)

### 1.3.3. Hipertensión arterial y factores de riesgo.

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre sobre la pared arterial cuando fluye por las arterias; esta fuerza se crea cuando el corazón late y descansa mientras bombea sangre por todo el cuerpo. La hipertensión por sí misma no presenta síntomas, raramente puede producir palpitaciones o dolor de cabeza y/o el pecho, mareos algunas personas pueden padecerla durante años sin saberlo, solo hasta cuando tienen problemas de salud como una enfermedad cardiovascular, una enfermedad cerebro-vascular o una insuficiencia renal, aunque la hipertensión puede estar acompañada de otros factores de riesgo, es posible que esta se presente sin otros factores asociados.

El riesgo de sufrir hipertensión es mayor si la persona:

- ✓ Tiene antecedentes familiares de hipertensión.
- ✓ Es de raza negra, ya que estos tienen una mayor incidencia de hipertensión arterial y suele aparecer a menor edad, ser más grave que en otras razas.
- ✓ Su sexo es masculino, el riesgo en las mujeres aumenta después de los 55 años.
- ✓ Si tiene más de 60 años, los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad.
- ✓ Maneja niveles altos de estrés, la ira, la hostilidad y otras características de la personalidad contribuyen a la hipertensión, pero los resultados no han sido siempre uniformes. Los factores emocionales muy probablemente contribuyen al riesgo de ciertas personas que presentan otros factores de riesgo de hipertensión
- ✓ Padece de sobrepeso u obesidad.
- ✓ Consumo de tabaco, el cigarrillo daña los vasos sanguíneos.
- ✓ Usa anticonceptivos orales, las mujeres que fuman y usan anticonceptivos orales. Aumentan considerablemente su riesgo.
- ✓ Lleva una alimentación alta en grasas saturadas.
- ✓ Consume alimentos altos en sal.
- ✓ Consume alcohol excesivamente.
- ✓ Es físicamente inactiva.
- ✓ Sufre de diabetes

### 1.3.4. Hipercolesterolemia y factores de riesgo.

El colesterol elevado en sangre es considerado el principal factor de riesgo cardiovascular, ya que esta condición predispone a la aparición temprana de infartos. La hipercolesterolemia suele aumentar con la edad y el trastorno es más común en las mujeres que en los hombres.

Los principales factores que influyen al aumento del colesterol son:

- ✓ La dieta inadecuada, la ingesta abusiva de grasas saturadas de origen animal o el exceso en el consumo de alcohol ocasionan que el organismo consuma primero otros tipos de nutrientes favoreciendo que el colesterol no se degrade y se acumule en las arterias, está unida a factores importantes como la inactividad física y la obesidad.
- ✓ El consumo de tabaco, ya que lesiona las paredes de las arterias facilitando el acumulo de depósitos de grasa.
- ✓ La presencia de algunas enfermedades como: la hipertensión arterial, la diabetes, así como enfermedades de origen hepático, endocrino y renal que aumentan la síntesis de lipoproteínas LDL que trasportan colesterol perjudicial para el organismo.
- ✓ Antecedentes familiares de hipercolesterolemia y/o arteriosclerosis.
- ✓ Enfermedades genéticas, como la hipercolesterolemia familiar que es una condición que impide que el colesterol LDL sea degradado, en este caso es frecuente la mortalidad por infarto de miocardio.

Estudios demuestran que al reducir el colesterol en sangre, con la eliminación de los factores agravantes y la ingesta de fármacos, se reduce considerablemente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

### 1.3.5. Diabetes mellitus y factores de riesgo.

La diabetes mellitus (DM) se define como una afección metabólica, de carácter permanente, de origen heterogéneo y multicausal que impide la normal utilización de azúcares, proteínas y grasas, debido a que el páncreas no produce suficiente insulina, o cuando el cuerpo no puede utilizar la insulina producida de un modo eficaz. Esto ocasiona un aumento de glucosa en sangre, que puede dañar gravemente los órganos corporales, sobre todo los vasos sanguíneos y los nervios.

Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud apunta de forma convincente la asociación entre aumento de peso y obesidad, resaltando que el consumo alimentario

habitual, el sedentarismo y la Diabetes Mellitus tipo II, constituyen factores esenciales relacionados con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, la reducción de factores de riesgo modificables como el peso, consumo alimentario y la práctica de actividad física mostró un potencial significativo en la reducción del riesgo para padecer la diabetes sacarina, inclusive en individuos con historia familiar de esta enfermedad.

# 2. METODOLOGÍA

## 2.1. Tipo de estudio.

El presente proyecto de investigación se realizó mediante un estudio de tipo descriptivo, con enfoque transversal y de diseño cuantitativo, siendo este el más adecuado para los objetivos de la investigación.

## 2.2. Área de estudio.

La presente investigación se realizó en la zona urbana de la ciudad de Loja número 26, limita al norte con la zona 21, al sur con la zona 30, al oeste con la zona 27 de la parroquia Sucre y al este con las zonas 23 y 25 pertenecientes a la parroquia el Sagrario.

## 2.3. Universo.

En esta investigación el universo se conformó por la población de la zona 26 de la parroquia Sucre, datos obtenidos del instituto nacional de estadísticas y censo 2010, consta un total de 1034 viviendas y 1914 personas.

## 2.4. Muestra.

La muestra fue del total de habitantes de la zona 26 de la parroquia Sucre, cuya muestra se obtendrá con el programa StatsCalc:

1. Tamaño de Universo: 1914
2. Error máximo aceptable: 5%
3. Porcentaje estimado de la muestra: 10%
4. Nivel deseado de confianza: 95
5. Tamaño de muestra: 129

### 2.4.1. Tipo de muestreo.

La muestra es de tipo probabilístico.

#### 2.4.1.1. Criterios de inclusión.

- ✓ Viviendas que estén habitadas por personas mayores de 18 años o adultos.
- ✓ Personas identificadas con enfermedades crónicas

#### 2.4.1.2. Criterios de exclusión.

- ✓ Viviendas construidas después de que se realizó el último censo por el INEC.
- ✓ Niños y personas que no habiten en la zona 26.
- ✓ Personas con alteraciones en el hábito alimenticio.
- ✓ Personas que por alguna situación en especial no pueden hacer actividad física

### 2.5. Operacionalización de variables.

**Tabla Nº:4 Operacionalización de variables**

| VARIABLE | CONCEPTO | INDICADOR | MEDICIÓN |
|---|---|---|---|
| Hábitos Alimenticios. | Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con la alimentación. | Consumo de fruta, porciones de verduras, agua por día<br>Consumo de alimentos, lácteos, leguminosas frescas y secas, pescado, huevos, carnes rojas por semana<br>Frecuencia de consumo de comidas rápidas y de repostería | 21-27: Dieta adecuada<br>11-20: Dieta mejorable<br><10: Dieta desequilibrada |
| Actividad Física | Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exige gasto de energía | Actividades al aíre libre<br>Actividades domésticas cotidianas<br>Actividades en le trabajo | Bajo<br>Moderado<br>Intenso |
| Enfermedades crónicas no transmisibles | Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. | Diabetes.<br>Hipertensión arterial<br>Dislipidemias | Presenta.<br>No presenta.<br>Presenta.<br>No presenta.<br>Presenta.<br>No presenta. |

Fuente: test de nutrición, IPAQ

Elaboración: Morocho, 2013

### 2.6. Métodos e instrumentos de recolección de datos.

#### 2.6.1. Métodos.

Los métodos que se utilizó en la presente investigación fueron: aplicación de test validados.

#### 2.6.2. Instrumentos.

Los test que se utilizaran son:

- ✓ Test de Alimentación y Salud: valoramos una dieta saludable en los habitantes de la zona en estudio, creado por la revista española "**erosky consumer"**, el 28 de mayo en la X edición del día nacional de la nutrición. (Zudaire, 2011)

- ✓ Cuestionario Internacional de actividad Física IPAQ: aplicado a cada habitante de la zona lo que nos permitió valorar su nivel, fue creado por el "Group for Consensus of Physical Activity Measurements" (Grupo para el Consenso en la Medición de la Actividad Física) bajo la dirección de la Organización Mundial de la Salud (OMS), versión corta. (Elliuz, 2009)

### 2.6.3. Procedimiento.

El estudio se realizó en un período de 12 meses desde Julio 2012 a Julio 2013, partiendo de la aprobación del proyecto de investigación, hasta el informe final, desde su inicio se realizó revisiones bibliográficas para ampliar los conocimientos del tema en estudio. La presente investigación estuvo dirigida a obtener información relacionada con los estilos de vida en sus componentes: actividad física y hábitos alimenticios.

Una vez conocido el tamaño de la muestra se realizó la recolección de información relacionada con las variables motivo de interés, para tal efecto se ha considerado el uso de test especializados para su evaluación (Ver Anexos).

Los test se realizaron a todas las personas mayores de 18 años hasta los 65 años de edad, en la zona 26 de la parroquia Sucre.

### 2.6.4. Plan de tabulación y análisis.

La presente investigación no tuvo 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 7.0.9.0 año 2011, y los resultados están representados en tablas y gráficos realizados en el programa Microsoft Office Excel 2010, utilizando medidas de dispersión como frecuencia y porcentaje. Los datos obtenidos se encuentran dentro de la confidencialidad y anonimato, ningún aspecto va en contra de la dignidad humana, se procurará 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.

### 3.1. Datos generales

Para cumplir el objetivo general, de caracterizar la actividad física y práctica de hábitos alimenticio, se cuantificó dicha variable, de lo que se obtuvo lo siguiente:

**Tabla Nº 5: edad de la población estudiada de la zona 26 de la parroquia Sucre.**

| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **18-20** | 13 | 10,08% |
| **21-30** | 44 | 34,11% |
| **31-40** | 29 | 22,48% |
| **41-50** | 17 | 13,18% |
| **51-60** | 10 | 7,75% |
| **61-65** | 2 | 1,55% |
| **> 65** | 14 | 10,85% |
| **TOTAL** | 129 | 100,00% |

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

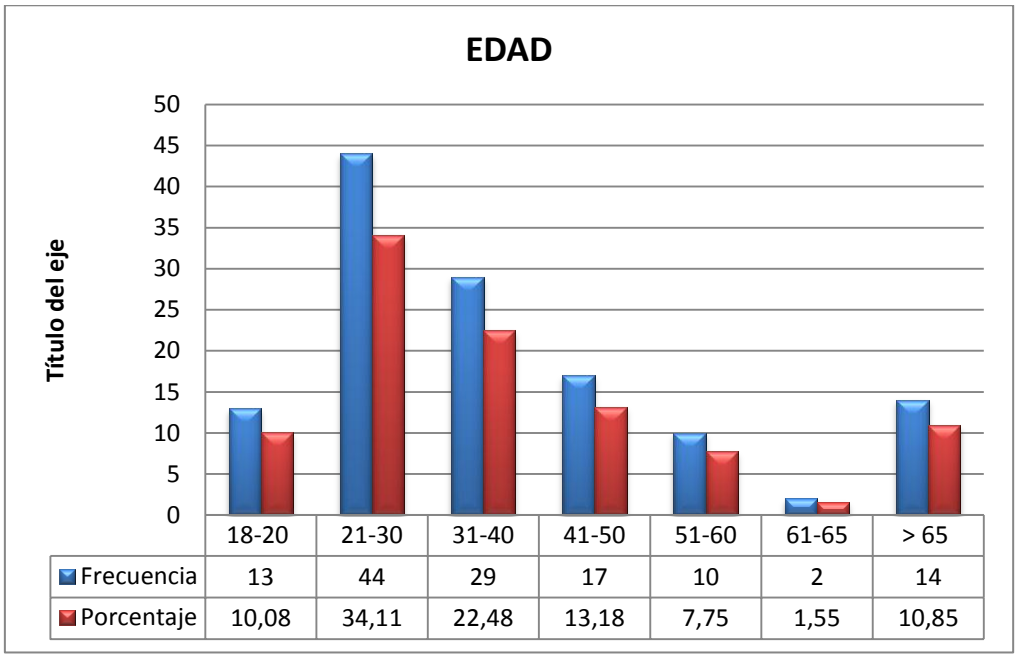



**Gráfico Nº 4: edad de la población estudiada del área 26 de la parroquia Sucre.**

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

En la presente investigación realizada en la zona 26 de la ciudad de Loja en los meses de Julio a Diciembre del año 2012, se recolectó 129 encuestas en total, de los cuales el mayor rango de edad es de 34,11% n=44 (tabla nº5) corresponden a la edad de 21-30 años, y 1,55% n=2 (gráfico nº4) en edades comprendidas de 61-65 años del total de individuos

encuestados, con lo que se puede apreciar que en esta zona existe mayor número de personas adultos jóvenes.

**Tabla Nº 6: género de la población estudiada del área 26 de la parroquia Sucre.**

| GENERO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **MASCULINO** | 69 | 53,50% |
| **FEMENINO** | 60 | 46,50% |
| **Total** | 129 | 100.00% |

Fuente: encuesta
Elaboración: Morocho, 2013

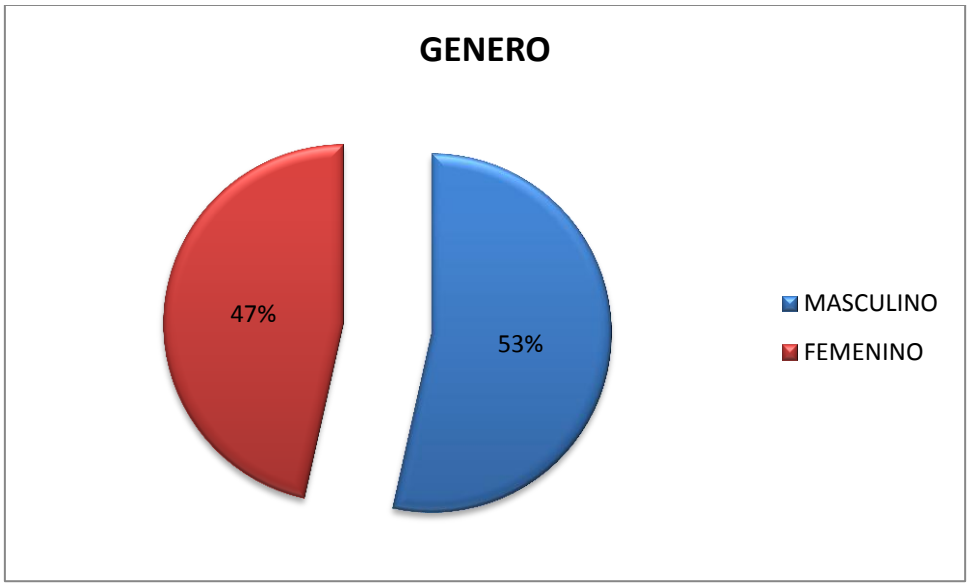



**Gráfico Nº 5: género de la población estudiada del área 26 de la parroquia Sucre.**

Fuente: encuesta
Elaboración: Morocho, 2013

Se puede apreciar que el género que predomino en la presente investigación realizada en la zona urbana de la ciudad de Loja es el masculino con un 53% n=69 (tabla nº 6) y el sexo femenino con 47% n=60 (gráfico nº 5), el predominio masculino es mínimo pero hay que recordar que esta zona es una de las áreas comerciales de la ciudad, con lo que se puede evidenciar que la mujer actualmente dedica tiempo a labores de trabajo.

### 3.2. Resultado 1: actividad física de los habitantes de la zona 26.

**Tabla Nº 7: tipo de actividad física en los habitantes de la zona 26.**

| TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| ALTA | 81 | 62,79% |
| MODERADA | 27 | 20,93% |
| BAJA | 21 | 16,28% |
| TOTAL | 129 | 100,00% |

Fuente: encuesta
Elaboración: Morocho, 2013

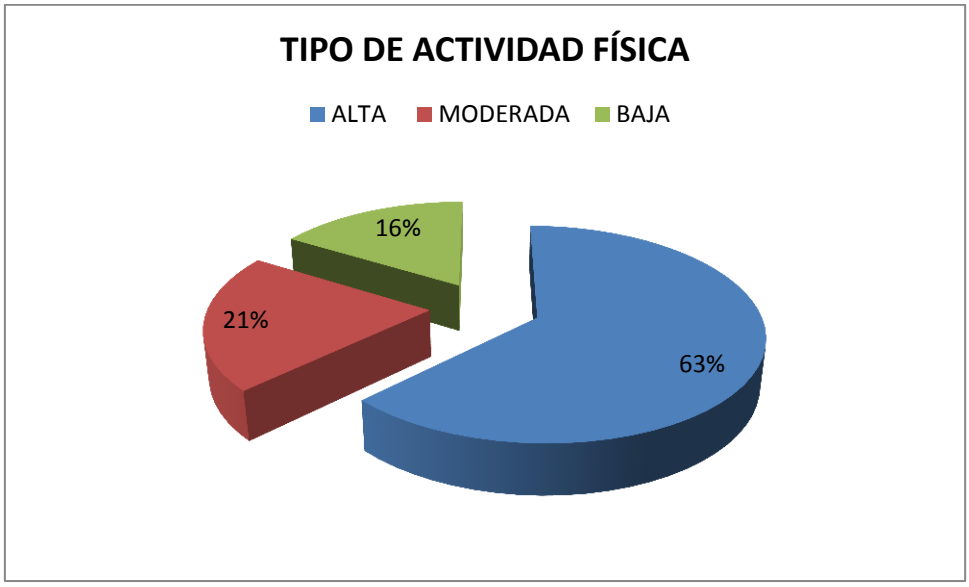



**Gráfico Nº 6: tipo de actividad física en los habitantes de la zona 26**

Fuente: encuesta
Elaboración: Morocho, 2013

Del total de la población estudiada se observa que 63% n=81 (tabla nº 7) realiza actividad física de intensidad alta, mientras que el 16% n=21 (gráfico nº 6) realiza actividad física de intensidad baja, hay que tomar en cuenta que en esta clasificación se toma en cuenta el aspecto laboral, el tiempo libre que dedica a realizar actividad física, el medio que utilizan los habitantes para desplazarse, con sus respectivas variantes de intensidad, tiempo, número de días, y el tiempo que se encuentran descansando.

### 3.3. Resultado 2: hábitos alimenticios de los habitantes de la zona 26

**Tabla Nº 8: hábitos alimenticios de los habitantes de la zona 26.**

| TIPO DE DIETA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| DESEQUILIBRADA | 17 | 13,18% |
| MEJORABLE | 110 | 85,27% |
| ADECUADA | 2 | 1,55% |
| TOTAL | 129 | 100,00% |

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

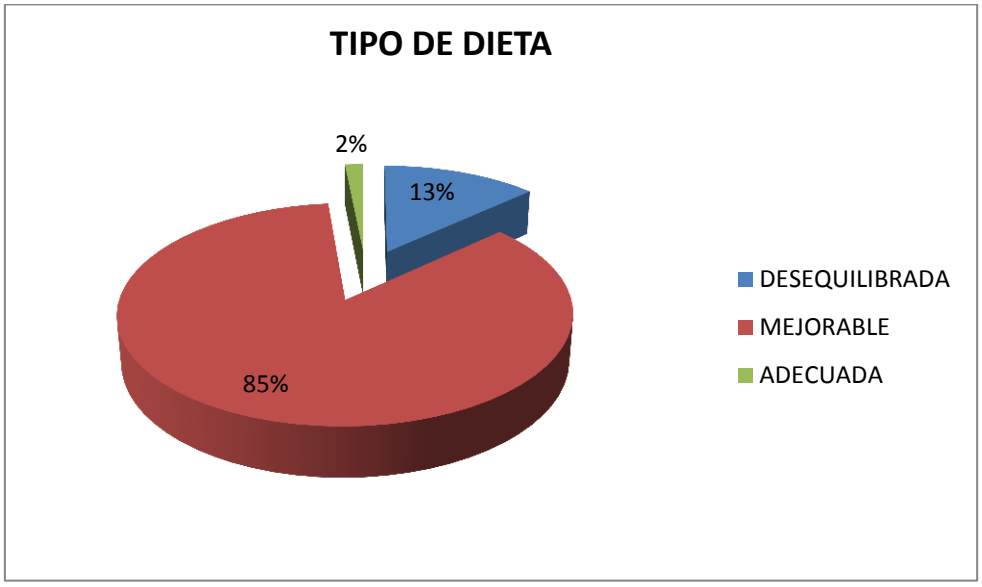



**Gráfico Nº 7: hábitos alimenticios de los habitantes de la zona 26.**

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

Se puede evidenciar que de toda la población encuestada el 85% n=110 (tabla nº 8) presentan tipo de dieta mejorable y se puede observar que un mínimo número es decir cerca del 2% n=2 (gráfico nº7) presenta dieta adecuada, además hay que tener en cuenta que como es una zona comercial el mayor número de habitantes se alimentan fuera de sus hogares.

### 3.4. Resultado 3: relación entre actividad física y hábitos alimenticios de los habitantes de la zona 26 con la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias.

**Tabla Nº 9: presencia de enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

| ENFERMEDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| SI | 87 | 67,44% |
| NO | 42 | 32,56% |
| TOTAL | 129 | 100,00% |

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

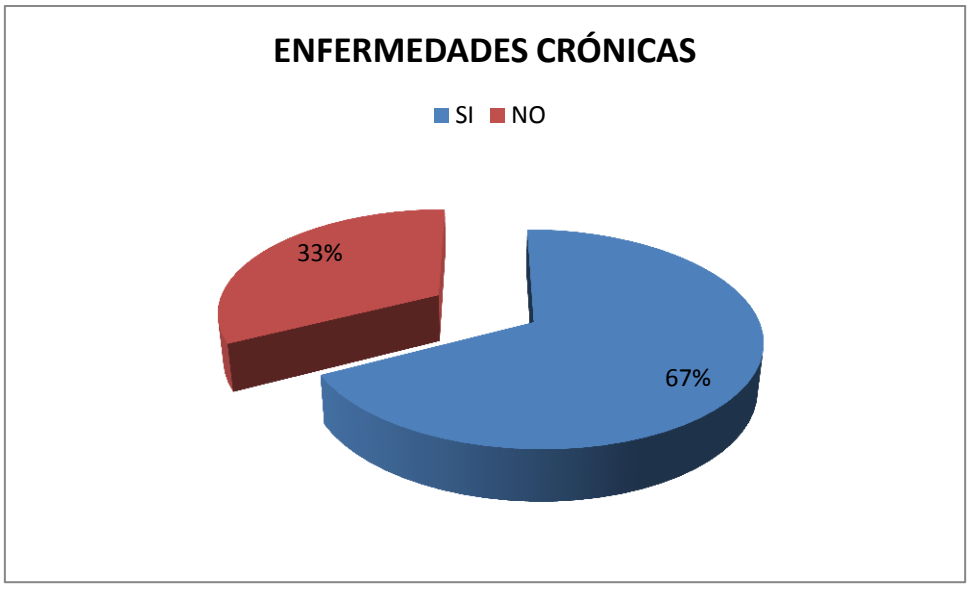



**Gráfico Nº 8: presencia de enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

De los 129 encuestados en esta zona cerca más de la mitad de la población es decir cerca del 67% n=87 (tabla nº9), padecen de alguna enfermedad crónica, y finalmente el 33% n=42 (gráfico nº8) no padecen de enfermedad alguna.

**Tabla Nº 10: tipo de enfermedades de los habitantes de la zona 26.**

| ENFERMEDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **Diabetes mellitus** | 18 | 20,69% |
| **Hipertensión arterial** | 22 | 25,29% |
| **Hipertrigliceridemia** | 26 | 29,89% |
| **Obesidad o sobrepeso** | 21 | 24,14% |
| **TOTAL** | 87 | 100,00% |

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

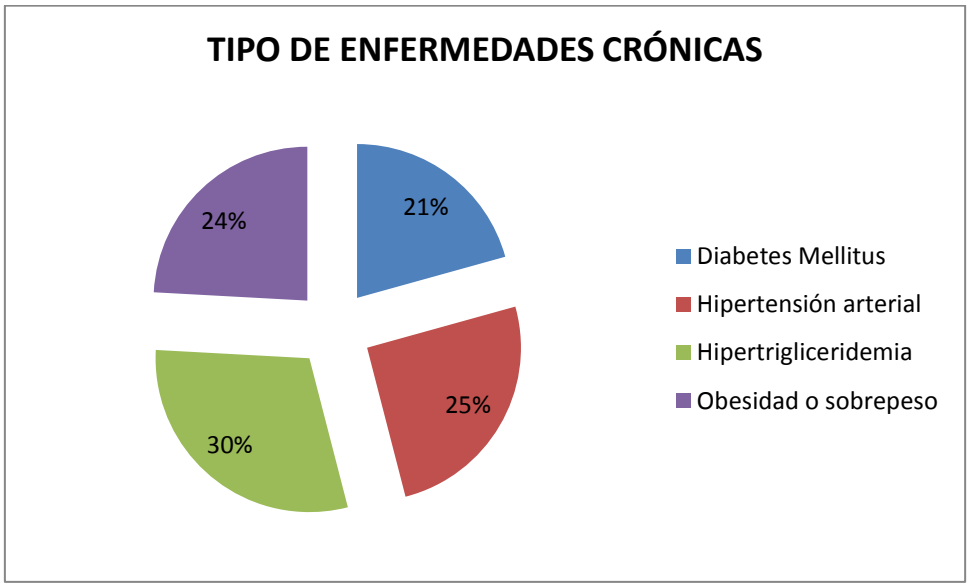



**Gráfico Nº 9: tipo de enfermedades de los habitantes de la zona 26.**

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

Se debe recordar que del total de encuestados es decir las 129 personas, alrededor de 87 personas que padecen enfermedades siendo: el 30% n=26 (tabla nº 10) personas que padecen hipertrigliceridemia, mientras que el 21% n= 18 (gráfico nº 9) sufren diabetes mellitus.

**Tabla Nº 11: actividad física alta y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

| ALTA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **Diabetes mellitus** | 9 | 21,43% |
| **Hipertensión arterial** | 11 | 26,19% |
| **Dislipidemias** | 12 | 28,57% |
| **Obesidad** | 10 | 23,81% |
| **TOTAL** | 42 | 100,00% |

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

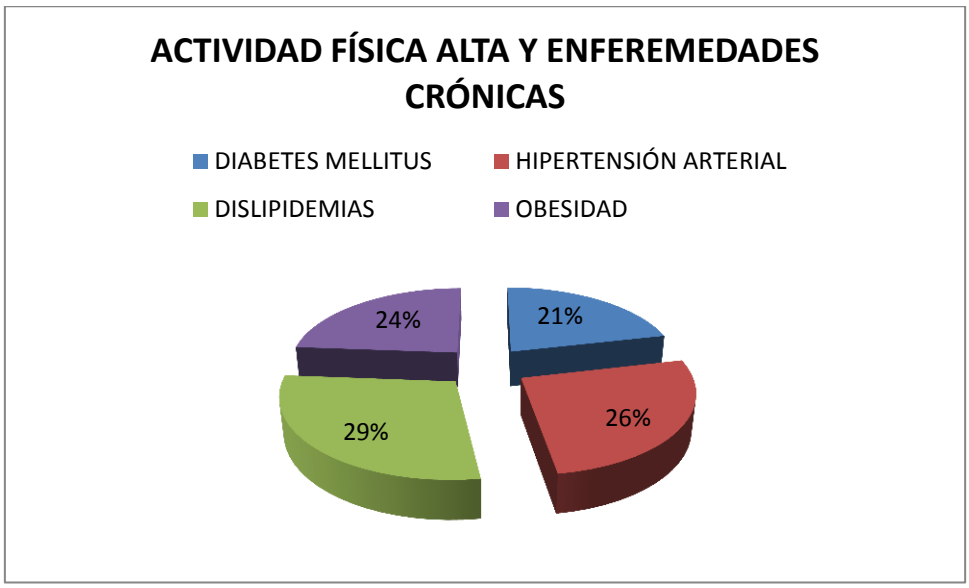



**Gráfico Nº 10: actividad física alta y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

Se debe tener en cuenta que de las 81 personas que realizan actividad física intensa 42 personas padecen algún tipo de enfermedad y cerca del 29% n=12 (tabla nº 11) padecen de dislipidemias, finalmente el 21% n=9 (gráfico nº 10) tienen diabetes mellitus.

**Tabla Nº 12: actividad física moderada y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

| MODERADA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **Diabetes mellitus** | 4 | 16,67% |
| **Hipertensión arterial** | 6 | 25,00% |
| **Dislipidemias** | 8 | 33,33% |
| **Obesidad** | 6 | 25,00% |
| **TOTAL** | 24 | 100,00% |

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

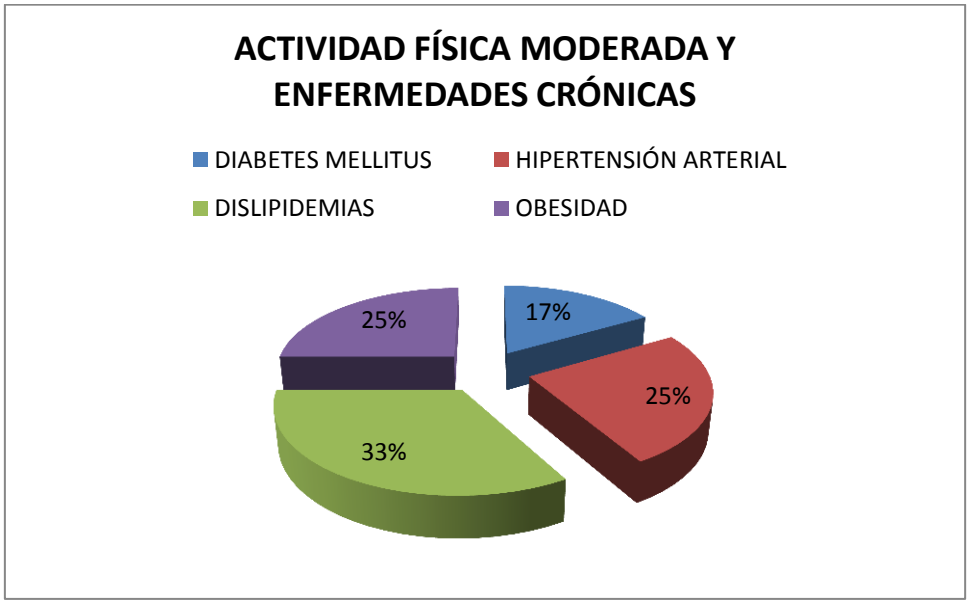



**Gráfico Nº 11: actividad física moderada y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

Hay que considerar que de las 24 personas que realizan actividad física moderada 21 personas padecen algún tipo de enfermedad cerca del 33% n=8 (tabla nº 12) sufren de dislipidemias, el 17% n=4 (grafico nº 11) poseen diabetes mellitus.

**Tabla Nº 13: actividad física baja y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

| BAJA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **Diabetes mellitus** | 5 | 23,81% |
| **Hipertensión arterial** | 5 | 23,81% |
| **Dislipidemias** | 10 | 47,62% |
| **Obesidad** | 1 | 4,76% |
| **TOTAL** | 21 | 100,00% |

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

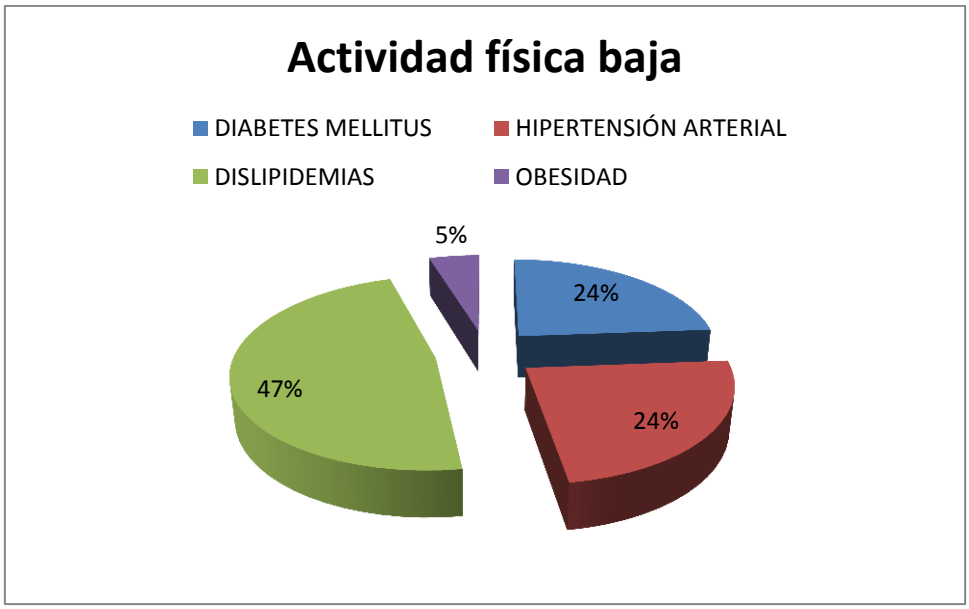



**Gráfico Nº 12: actividad física baja y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

Se puede evidenciar que 21 personas realizan actividad física baja y el mismo número presentan alguna enfermedad crónica, cerca del 47% n=10 (tabla nº 13) padecen de dislipidemias y el 5% n=1 (grafico nº 12) sufren obesidad.

**Tabla Nº 14: hábito alimenticio adecuado y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

| DIETA ADECUADA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **Hipertensión arterial** | 1 | 50,00% |
| **Diabetes mellitus** | 1 | 50,00% |
| **Obesidad** | 0 | 0,00% |
| **Dislipidemias** | 0 | 0,00% |
| **Total** | 2 | 100,00% |

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

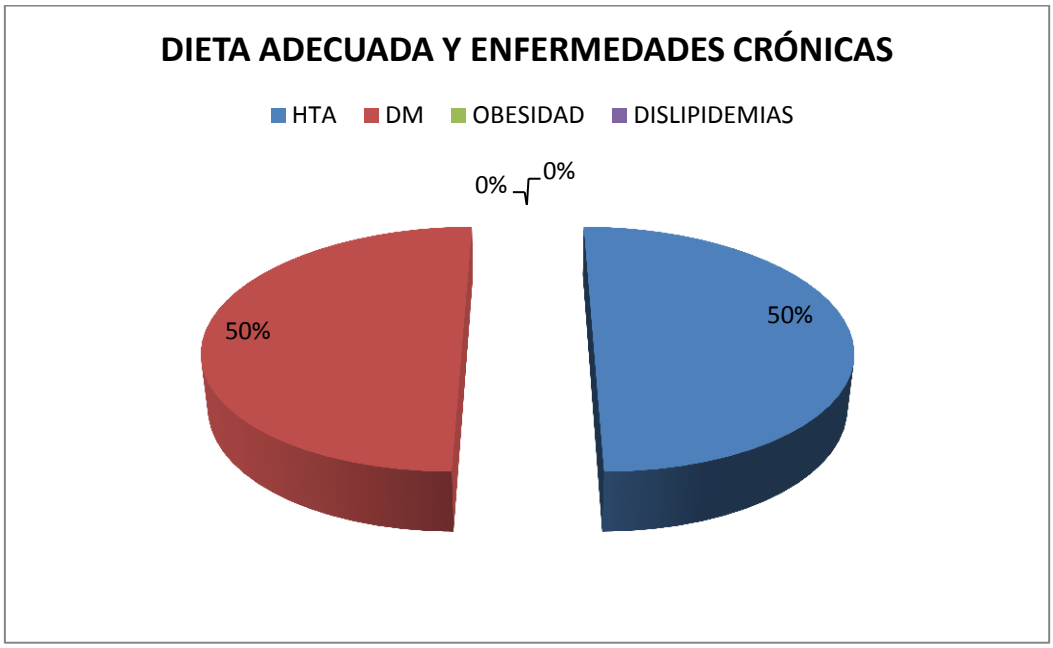



**Gráfico Nº 13: hábito alimenticio adecuado y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

En lo que respecta a hábitos alimenticios 2 personas tiene una dieta de tipo adecuada y el mismo número padece de alguna enfermedad siendo el 50% n=1 (tabla nº 14 y gráfico nº 13) que padecen hipertensión y diabetes.

**Tabla Nº 15: hábito alimenticio mejorable y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

| DIETA MEJORABLE | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **Hipertensión arterial** | 20 | 25,32% |
| **Diabetes mellitus** | 16 | 20,25% |
| **Obesidad** | 20 | 25,32% |
| **Dislipidemias** | 23 | 29,11% |
| **TOTAL** | 79 | 100,00% |

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

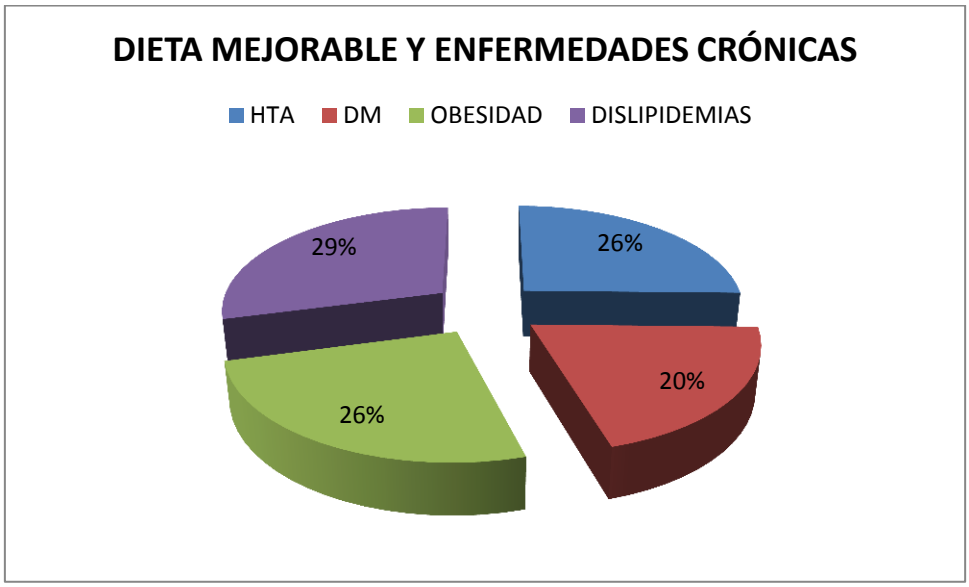



**Gráfico Nº 14: hábito alimenticio mejorable y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

Cabe recalcar que 129 personas encuestadas, 110 personas de toda la población estudiada tiene un tipo de dieta mejorables y 79 personas padecen alguna enfermedad de los cuales el 29% n=23 (tabla nº 15) padecen de dislipidemias y el 20% n=16 (grafico nº 14) sufren diabetes mellitus.

**Tabla Nº 16: hábito alimenticio desequilibrado y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

| DESEQUILIBRADA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **Hipertensión arterial** | 1 | 16,67% |
| **Diabetes mellitus** | 1 | 16,67% |
| **Obesidad** | 1 | 16,67% |
| **Dislipidemias** | 3 | 50,00% |
| **TOTAL** | 6 | 100,00% |

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

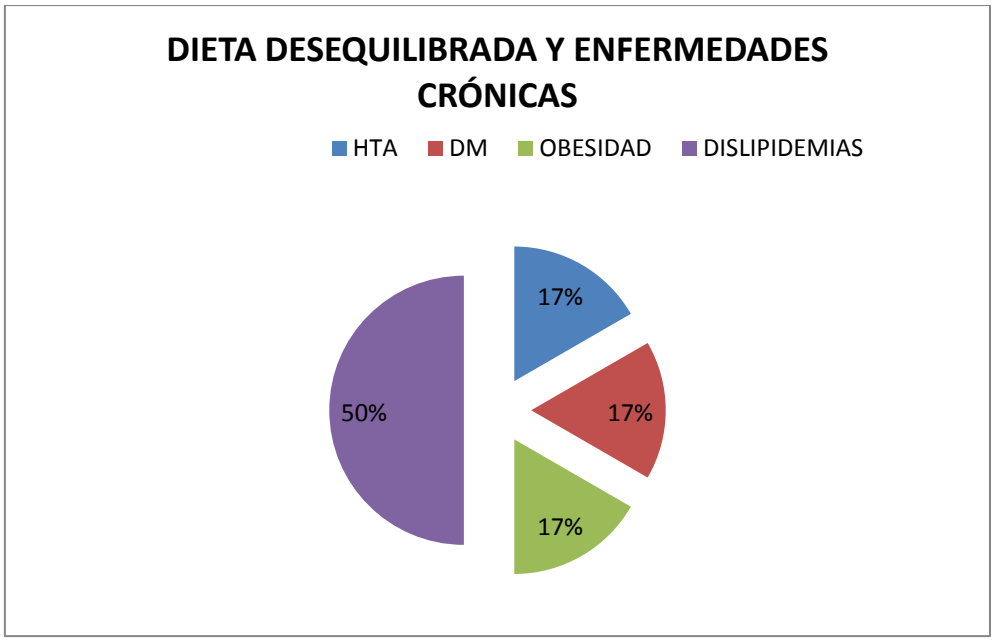



**Gráfico Nº 15: hábito alimenticio desequilibrado y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 26.**

Fuente: encuesta

Elaboración: Morocho, 2013

Se puede evidenciar que de todas las 17 personas que presentan un tipo de dieta desequilibrada 6 personas padecen de enfermedades crónicas, es así que cerca del 50% n=3 (tabla nº 16) padecen dislipidemias, y el 17% n=1 (grafico nº 15) sufren hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad

# 4. DISCUSIÓN

Al realizar el presente estudio, en base a los estilos de vida en los componentes de actividad física y hábitos alimenticios con relación a las enfermedades crónicas no transmisibles en los habitantes del área urbana de la zona 26 de la ciudad de Loja, por medio de los test de nutrición y el cuestionario internacional de actividad física IPAQ, permitió identificar el nivel de intensidad de actividad física que realizan los habitantes, así mismo el tipo de hábitos alimenticios y la presencia de enfermedades diagnosticadas en los mismos

Del total de la población estudiada se observa que 63% realiza actividad física de intensidad alta, el 21% presenta actividad física de moderada intensidad, mientras que el 16% realiza actividad física de intensidad baja, es así que en estudios realizados a la población chilena con el Cuestionario Internacional de Actividad Física IPAQ, demuestran que la frecuencia de alta y moderado nivel de actividad física son del 15,6% y 18,4 respectivamente, asociado con el género femenino y el nivel socioeconómico medio. (Serón, 2010)

De la misma manera se realizaron estudios en la población adulta en Bogotá (Colombia), con una población en dicha investigación de 3.000 personas de 18-65 años de edad se puede apreciar que las prevalencias ajustadas de los niveles de actividad física fueron: alto 36,8%, moderado 26,8% y bajo 36,4%, en el que indica que los resultados de este estudio contribuirán a realizar un seguimiento de los grados de actividad física en la población de Bogotá y permitirán reconocer a los subgrupos de población que requieran una intervención más prioritaria. (Gómez, 2005)

Otro estudio realizado en Colombia mediante la utilización del Cuestionario Internacional de Actividad Física con la versión larga en empleados oficiales de 18-65 años, con una muestra de 600 personas de las cuales 243 presentan riesgo cardiovascular: se encontró que el 65,8% de las personas tienen un nivel actividad física moderada mientras que el 34,2% restante son sedentario o físicamente inactivo y los hombres son más activos físicamente que las mujeres. (Becerra, 2008)

Se puede evidenciar que de toda la población encuestada el 85% presentan tipo de dieta mejorable, el 13% tienen tipo de dieta desequilibrada; mientras que se puede observar que un mínimo número es decir cerca del 2% presenta dieta adecuada, según estudios realizados en Chile se evidencia que los hábitos alimentarios han cambiado notablemente en los últimos años, no sólo en Chile, sino en toda Latinoamérica, destacando un bajo consumo de frutas, lácteos, pescados y un alto consumo de azúcares simples y grasas en

todos los grupos etarios, cambio, que desató un disparo en el diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles. (Pino, 2011)

En un estudio realizado a nivel de Ecuador sobre hábitos alimentarios y su relación con los factores sociales y estilo de vida de los profesionales del volante de la cooperativa 28 de Septiembre de la ciudad de Ibarra Noviembre 2009- Agosto 2010. Indica que los resultados de este estudio revelan que los profesionales del volante tienen hábitos inadecuados en cuanto a la alimentación y que los requerimientos nutricionales de la población en estudio no se ajustan a las recomendaciones de la OMS en cuanto al consumo de vitaminas y minerales. Notándose por el contrario que existe un bajo consumo de vitaminas y minerales y un predominio de una dieta hipercalórica e hipergrasa con un excesivo consumo de carnes rojas harinas, grasa saturada y consumo de gaseosas. (Vaca, 2011)

En investigaciones comparativas en dos regiones en Catamarca, Argentina en el grupo de estudio, observaron que los patrones de consumo están determinados principalmente por la disponibilidad regional de alimentos, además se consideró que el colectivo de la región oeste realiza una elección de alimentos más saludables que el de la región este; caracterizada por mayor consumo de alimentos “protectores” con capacidad antioxidante como: vegetales; frutas frescas y secas, especialmente nueces. Sin embargo, la ingesta de alimentos de “riesgo”, ricos en carbohidratos simples y grasas saturadas, no evidenció diferencias significativas entre regiones, siendo su consumo en mayor proporción en ambas regiones. (Cornatosky, 2009)

De los 129 encuestados en esta zona más de la mitad de la población el 67% padece de alguna enfermedad crónica, con mayor proporción la hipertrigliceridemia con un 30%, siguiendo el 25% que padecen hipertensión arterial, mientras que el 21% padecen de diabetes mellitus y finalmente el 24% padecen obesidad. Las enfermedades crónicas no transmisibles, son un problema creciente a nivel mundial, la mayor expectativa de vida de la población y el modelo de vida. En el 2011, estas enfermedades suponen el 43% de la carga mundial de morbilidad y en el año 2010 alcanzaron el 60%, siendo responsables del 73% de las muertes. (Giménez, 2011)

Las proyecciones acerca de la magnitud del problema de las enfermedades crónicas no transmisibles son desalentadoras. La Organización Mundial de la Salud estima que la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles aumentará en un 17% en 10 años y que la mayor parte de ese incremento se deberá a epidemias emergentes de enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes, hipertensión, dislipidemias y cáncer en los países

en desarrollo; en tanto, se prevé para el año 2030 que las enfermedades crónicas no transmisibles serán responsables del 69% de la carga de enfermedad del mundo. (Alfaro, 2011)

Se prevé que la proporción de la carga de enfermedades no transmisibles aumente a un 57% para 2020. Casi la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares; la obesidad y la diabetes también están mostrando tendencias preocupantes, no sólo porque afectan ya a una gran parte de la población adulta sino también porque han comenzado a aparecer en etapas más tempranas de la vida. (Organización, 2003)

De acuerdo a datos de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, dislipidemias y la hipertensión arterial han experimentado un incremento sostenido desde 1994. Para estas enfermedades, las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa que en el resto del país. El Archipiélago de Galápagos le sigue en importancia y su incidencia es mayor en la mujer. Así mismo cada 10 muertes corresponden a enfermedades no transmisibles. (Lizarzaburo, 2013)

En investigaciones realizadas a nivel de países del Mercosur en lo que respecta a prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles se puede evidenciar que la dislipidemia, obesidad e hipertensión alcanzan cifras de igual o mayor al 20% en adultos en los países de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, siendo la cifra más elevada de dislipidemia la de Chile con un 38,5% y la de obesidad e hipertensión arterial la de Paraguay con un 31,3% y 39,8%, respectivamente así mismo, en la etapa de morbilidad, se observa que la prevalencia de Diabetes Mellitus en adultos, va entre un 5,7 a un 9,5%. (Linetsky, 2011).

En lo que respecta a la provincia de Loja las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte representando un 68,2%, siendo el 5,1% por enfermedades hipertensivas y el 4,8% por diabetes mellitus. (Loja, 2007)

Constituyen factores de riegos importantes para las enfermedades crónicas no transmisibles (dietas poco sanas, falta de actividad física y el consumo de alcohol y tabaco) se refieren a elecciones de estilo de vida. Cuatro de las principales enfermedades, es decir, las cardiovasculares, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad, se encuentra estrechamente

relacionadas a factores de riesgo prevenibles comunes relacionados con el estilo de vida. (Pérez, 2008)

Sin duda alguna todas estas realidades afectan directamente a la persona, influyendo en sus hábitos alimenticios inadecuados y en el sedentarismo, de esta manera provocando un reflejo en su salud con enfermedades crónicas, las mismas que pueden ser prevenidas. En fin con en este estudio se comprobó que existen el 67% de personas diagnosticadas de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de 18 a 65 años en la zona urbana de la ciudad de Loja.

Conociendo que somos un país en vías de desarrollo, es urgente emprender acciones para detectar tempranamente estas alteraciones y cambiar esta realidad, con las herramientas que estén a nuestro alcance, empezar por lo básico la educación, desde los establecimientos educativos podemos iniciar la lucha contra esta realidad, que se puede prevenir realizando modificaciones en los estilos de vida.

## CONCLUSIONES

- ✓ Del total de la población estudiada se observa que hay una alta prevalencia de personas que realizan actividad física intensa, hay que tomar en cuenta que en esta clasificación se toma en cuenta el aspecto laboral, el tiempo libre que dedica a realizar actividad física, el medio que utilizan los habitantes para desplazarse, con las respectivas variantes de intensidad, tiempo, número de días, y el tiempo que se encuentran descansando, además cabe recalcar que la población de mayor predominio es en las edades de 21 a 65 años

- ✓ Se puede evidenciar que de toda la población encuestada un bajo grupo de personas presentan un tipo de dieta adecuada, mientras que la mayor cantidad de habitantes tienen dieta mejorable.

- ✓ Hay estrecha relación entre el estilo de vida con respecto a los componentes de actividad física y hábitos alimenticios desequilibrados y la existencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

- ✓ Por lo que se puede deducir que la manera en que preparamos nuestros alimentos, y que alimentos consumimos en mayor frecuencia, son determinantes en nuestra salud y en la herencia en que dejamos a nuestros hijos.

- ✓ Así mismo debido al aumento de modernización se ha dejado de lado la práctica de deportes, ya que hay mayor interés en los asuntos laborales, de reposo, y poco o nada se realiza por mantener un cuerpo activo

## RECOMENDACIONES

- ✓ Instaurar un programa encargado de dar a conocer los resultados de la presente investigación e instruir a la población sobre la importancia de los hábitos alimenticios saludables y la realización de actividad física de manera regular, ya sea a través de medios publicitarios y campañas nacionales

- ✓ Involucrar a las autoridades tanto locales como nacionales y de esta manera dar a conocer los aumentos considerables de enfermedades crónicas no transmisibles, para que se instauren programas de hábitos alimenticios y de actividad física.

- ✓ Implementar y fomentar programas de salud que pueden ser establecidos en los puestos de salud, en los cuales se pueda evaluar continuamente los estilos de vida en los componentes de hábitos alimenticios y actividad física, con el fin de poder determinar a tiempo cualquier alteración de los mismos y disminuir el aparecimiento de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias.

## BIBLIOGRAFÍA


1. Acosta, M. e. (2011). *Protocolos clínicos y terápeuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, dislipidemias e hipertensión arterial).* Ecuador: MSP.
2. Alfaro, T. e. (2011). *Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en países del MERCOSUR y país asociado – Chile.* Chile.
3. Alwan, A. e. (2011). *Informe sobre a situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010, OMS.* Ginebra: Servicio de producción de documentos de la OMS, Ginebra-Suiza.
4. Aranceta, J. (2008). Obesidad infantil, nuevos hábitos alimentarios y nuevos riegos para la salud. *Revista Sociedad española de nutrición comunitaria*, 216-146.
5. Becerra, M. e. (2008). Nivel de actvidad física, beneficios, barreras y autoeficiencia en un grupo de empleados oficiales. *Nuevo Enfermería*, 43-50.
6. Bennassar, M. (2011). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de salud.* Universidad de Illes Balears.
7. Boche, A. (2010). *Evaluación de la actividad física por género en estudiantes de Zamorano.* Zamorano-Honduras.
8. Carrera, M. (2006). *Loja un sueño en vías de concentrarse.* Lima: Print Press S.A.C.
9. Cornatosky, M. e. (2009). Hábitos alimentarios en adultos mayores de dos regiones de la provincia de Catamarca, Argentina. *Diatea*, 12-18.
10. Fisher, M. (2007). *Estrategias para promover comportamientos a favor de la actvidad fisica a nivel individual y de la población.* Guatemala: Exposición del X curso Internacional de actividad física a nivel mundial y de la población.
11. Galván, D. (2010). *Factores de riesgo para enfermedades crónicas de origen cardiovascular en uniformados de la policía nacional de Colombia, 2009.* Bogota: Universidad Nacional de Colombia.
12. García, A. e. (2007). El perfil lipídico-metábolico en los adolescentes está más influenciado por la condición física. estudio avena. *Revista española Cardiología*, 581-588.
13. Giménez, A. e. (2011). *Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en una población universitaria de Montevideo.* Montevideo-Argentina: Universidad de Montevideo.
14. Gómez, L. e. (2005). Nivel de actvidad física global en la población adulta Bogota (Colombia). Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria* , 1-8.
15. Guaricela, N. (2008). *Colección virtual de patrimonio arquitectónico en la ciudad de loja en el caso del valle.pdf.* Loja: Universidad Tecnica Particular de Loja .

16. Guirao, J. e. (2009). Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la acitividad física en los adultos mayores y ancianos. *Elsiever España*, 51-67.
17. Linetsky, B. (2011). Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en países del MERCOSUR y país asociado – Chile. 1-49.
18. Lizarzaburo, G. (03 de Abril de 2013). *Agencia pública de noticias del ecuador y surámerica*. Recuperado el 10 de Julio de 2013, de http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html
19. Loja, G. p. (2007). *Sistema de indicadores de sostenibilidad.* Loja.
20. María, E. (26 de Octubre de 2009). *Consumoteca*. Recuperado el 07 de Mayo de 2013, de http://www.consumoteca.com/colaborador/eva-maria
21. Merlo, C. e. (2012). *Los Hábitos Alimentarios de los Estudiantes de la Escuela de Enfermería.* Universidad Nacional de Cordova.
22. MSP. (16 de Septiembre de 2010). *Centro de publicaciones del Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 03 de Julio de 2012, de http://www.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=114:vida-activa-y-alimentacion-sana-aseguran-el-manana&catid=52:edusalud&Itemid=244)
23. Nieto, I. (2009). *Plan de Promoción de hábitos de vida saludable actividad física y alimentación.* Rioja: Rioja Salud.
24. OMS. (2013). Recuperado el 25 de Noviembre de 2012, de Organización mundial de la salud: http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/es/index.html
25. OMS. (2013). *OMS*. Recuperado el 15 de Mayo de 2013, de http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/
26. OMS. (2013). *Organización mundial de la salud*. Recuperado el 25 de Enero de 2013, de http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html
27. OMS. (2013). *Organización mundial de Salud*. Recuperado el 10 de 03 de 2013, de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_myths/es/index.html
28. Organización, M. d. (2003). Dieta, Nutrición Y Prevención De Enfermedades Crónicas. *Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO*, 1-86.
29. Organization, W. H. (2010). *Recommended Amount of Physical Activity*. Recuperado el 5 de Enero de 2013, de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html

30. Perez, J. e. (2012). Medición de la Actividad Física Mediante el International Physical Activity Questionaire (IPAQ) en Estudios Españoles e Internacionales. *Revista Electrónica Actividad Física y Ciencias*, 1-21.
31. Pérez, T. e. (2008). Algunos factores de riesgos conocidos en enfermedades crónicas no transmisibles. *Gaceta Médica Espirituana*, 1-10.
32. Pino, L. e. (2011). Construcción Y Validación De Un Cuestionario Para Medir Conductas Y Hábitos Alimentarios En Usuarios De La Atención Primaria De Salud. *Revista Chilena nutricional*, 41-51.
33. Porrata, C. (2009). Consumo y Preferencias alimentarias de la población cubana con 15 y más años de edad. *Revista Cubana alimentaria y nutricional*, 87-105.
34. Rafael, H. S. (2008). *Hospital San Rafael*. Recuperado el 30 de Febrero de 2013, de http://www.hospitalsanrafael.sa.cr/Noticias/estilo_vida.pdf
35. Ramón, J. (2005). *Hábitos alimentarios y actividad física en el tiempo libre de las mujeres Catalanas.* Barcelona: Universidad de Barcelona.
36. Rodriguez, G. e. (2011). Influencia de desterminates socio-demográficas en la adherencia a las recomendaciones de actvidad física en personas de entre 15 y 75 años en Madrd. *Revista Española de salud Pública*, 355-362.
37. Romero, T. (2009). Hacia una definición de sedentarismo. *Revista chilena de cardiología*, 409-413.
38. Sannabria, A. e. (2007). Estilos de vida saludables en profesionales de salud colombianos, estudio exploratorio. *Revista MED*, 207-217.
39. Serón, P. e. (2010). Nivel de actividad física a través del cuestionario internacional de actvidad física en población chilena. *SCIELO revista médica de chile*, 1232-1239.
40. Vaca, J. (2011). *Hábitos alimentarios y su relación con los factores sociales y estilo de vida de los profesionales del volante de la coop. 28 de septiembre de la ciudad de ibarra. Noviembre 2009- agosto 2010.* Ibarra: UTN.
41. Valero, M. (2010). *Efectos de la actividad física sobre la actividad cerebral y la variabilidad de la frecuencia cardíaca en mayores.* Barcelona: Universidad autonoma de Barcelona.
42. Vargas, S. (2008). Los estilos de vida en salud. *La salud pública en Costa Rica*, 101-124.
43. Zudaire, M. (26 de Mayo de 2011). *Eroskyi consumer*. Recuperado el 5 de Marzo de 2013, de http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/alimentos_a_debate/2007/08/08/165870.php

# ANEXOS

**Anexo 1**

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 26 de la ciudad de Loja, en el periodo Julio-Diciembre 2012**, correspondiente al (la) egresado(a): **Morocho Jimenez Tanya Pastora**

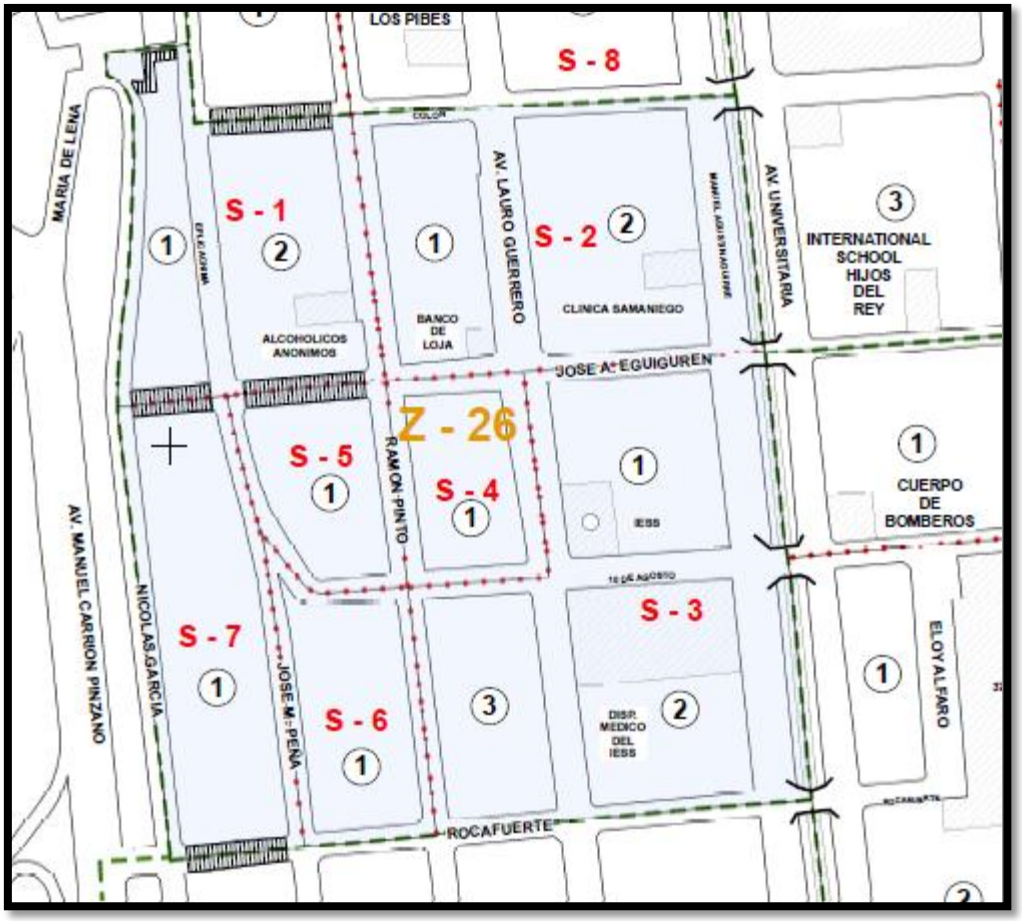
Le asignamos como Director de Tesis al (la) doctor(a): **Norita Buele**

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

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

www.utpl.edu.ec • info@utpl.edu.ec • PBX: 593 7 2570275 • Fax: 593 7 2584893 • C.P.: 11 01 608
San Cayetano Alto • Loja - Ecuador

**Anexo 2 mapa de la zona 26**




Fuente: VII censo de población y VI de vivienda 2010

Elaboración: INEC

**Anexo 3 Encuesta**

**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 ( )<br>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 ( )<br>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 ( )<br>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 ( )<br>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 | Horas: Minutos: |

esas actividades? ……. …….

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?**
    ( ) Aceites vegetales ( ) Manteca
29. **¿Qué cantidad de agua consume diariamente?**
    ( ) < 2 vasos ( ) 2 a 5 vasos ( ) > 5 vasos
30. **¿Cuántas veces por semana consume alimentos preparados fuera de casa?**
    ( ) Nunca ( ) 1 a 2 veces por semana ( ) 3 o más veces por semana

## D. ENFERMEDADES CRÓNICAS

31. **¿Usted ha sido diagnosticado en alguna ocasión de alguna de las siguientes enfermedades?**
    a) ( ) Diabetes mellitus
    b) ( ) Hipertensión arterial o presión alto
    c) ( ) Hipertrigliceridemia o hipercolesterolemia (colesterol o triglicéridos altos)

d) ( ) Obesidad o sobrepeso
e) ( ) Otra enfermedad crónica. Mencione ¿Cuál?
……

**Para ser llenado por el encuestador:**

Fecha: …. / …. / 2013 Zona: ……..

**Anexo 4 Fotos**

**Aplicación de encuestas.**

**Aplicación de encuestas.**

**Aplicación de encuestas.**

**Calle Rocafuerte Y Nicolás García.**

**Graderíos de la calle Colón y Eplicachima.**