



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD  
PARA EL DESARROLLO LOCAL

**Prevención y disminución de factores de riesgo de enfermedades crónicas degenerativas y promoción de estilo de vida saludable en los choferes del Sindicato Provincial de Loja.**

**Tesis de grado**

**AUTORA:**

Dra. María Betsabe Carpio Villacis

**DIRECTORA:**

Dra. Noemí Carmela Armijos Reyes

LOJA – ECUADOR

2012

## **CERTIFICACIÓN**

Mgs.

Noemí Armijos Reyes

**DIRECTORA DE TESIS**

### **CERTIFICA:**

Que ha supervisado el presente trabajo denominado“ PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS Y PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN LOS CHOFERES DEL SINDICATO PROVINCIAL”, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes

Loja, junio de 2012

f .....

Mgs. Noemí Armijos Reyes

## **CESIÓN DE DERECHO**

Yo, María Betsabé Carpio Villacís, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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 .....

Dra. María Carpio Villacís

C.I: 0702027624

## **AUTORIA**

Todas las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

f .....

Dra. María Betsabé Carpio Villacís

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitir seguir desarrollándome como apóstol de la iglesia y la sociedad, a mi familia quienes vertieron un granito de arena con su paciencia a mis repetidas ausencias en los momentos que me necesitaron, y porque no a mí misma por crearme siempre ente forjador de la sociedad.

**María Carpio Villacís**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi cálido y sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja ya que por su modalidad de estudios a distancia en el programa de Maestría en Gerencia en Salud para el desarrollo local, permite a los profesionales continuar capacitándose para brindar su aporte a la comunidad.

A mi Directora de tesis, que con su paciencia y devoción supo guiarme y encaminarme en las diferentes dificultades que se me presentaron, sacrificando su tiempo junto a su familia para brindarlo a mi orientación.

Al Sindicato de Chóferes de Loja por medio de sus directivos, socios y personal, quienes creyeron en el trabajo de investigación, y fueron el pilar fundamental para el desarrollo de la investigación que es un aporte médico-científico de beneficio para sus integrantes y sus familias.

**Dra. María Carpio Villacís**

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>PRELIMINARES:</b>	<b>PÁGINAS</b>
Carátula	i
Certificación del director	ii
Cesión de Derechos	iii
Autor	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
<b>APARTADOS</b>	
1. Resumen	8
2. Abstract	10
3. Introducción	12
4. Problematización	16
5. Justificación	20
6. Objetivos	23
7. Marco Teórico	25
7.1. Marco Institucional	26
7.2. Marco Conceptual	34
8. Diseño metodológico	56
9. Resultados	62
10. Conclusiones	93
11. Recomendaciones	95
12. Bibliografía	97
13. Anexos	100



# 1.-RESUMEN

La presencia de enfermedades crónico-degenerativas en la actualidad constituye una pandemia, es así que en el Ecuador según datos del censo del INEC 2010, las principales causas de mortalidad general son: las enfermedades hipertensivas 7%, diabetes mellitus 6.5% y enfermedades pulmonares principalmente la influenza y neumonía con un 5.4%.

Razón por la cual se justifica realizar el estudio de prevención y disminución de factores de riesgo de enfermedades crónico degenerativas en el Sindicato de Choferes de Loja, cuyos socios no tenían estilos de vida saludables principalmente en relación a la actividad física y nutricional. Incluyendo a quienes acudieron a la consulta médica y presentaban factores de riesgo, 630 pacientes (400 de sexo masculino y 230 de sexo femenino).

Producto de la investigación se conformó un club de prevención de las enfermedades crónico-degenerativas y protección de la salud; se implementó un plan de información, educación y comunicación en salud, elaborándose guías educativas sobre estilos de vida saludables para ayudar a disminuir los factores de riesgo y se contribuyó a mejorar la calidad de gestión del departamento médico del Sindicato de choferes.



## 2.-ABSTRACT

The presence of chronic degenerative diseases is now a pandemic, so that in Ecuador, according to census data from INEC 2010, the leading causes of mortality are: 7% hypertensive diseases, diabetes mellitus and pulmonary disease 6.5% primarily influenza and pneumonia 5.4%.

This is why the study is warranted to prevent and reduce risk factors for chronic degenerative diseases in Loja drivers' union, whose members did not have healthy lifestyles particularly in relation to physical activity and nutrition. Including those who went to the doctor and had risk factors, 630 patients (400 male and 230 female).

Research product was formed a club for the prevention of chronic degenerative diseases and health protection; plan was implemented information, education and health communication, education and guides on healthy lifestyles to help reduce the factors risk and helped to improve the quality of management of the medical department of the Union of drivers.



## **3.-INTRODUCCION**

Este tema surgió luego de una revisión de todas las historias clínicas de los pacientes que acuden a la consulta en el Sindicato de Chóferes de Loja, y al notar un alto porcentaje de enfermedades crónico degenerativas, he podido analizar cuáles serían las causas principales de presentar estas patologías, evidenciando que las mismas serían, sedentarismo, una dieta no balanceada, alcoholismo, tabaquismo, obesidad, falta de actividad física, y una baja autoestima. Por lo que he creído oportuno referirme a los diversos estilos de vida que presentan los señores transportista en nuestro medio, para tener una visión fundamentada de la problemática en salud de los socios y familiares que acuden a la consulta. (Guanche, 2006)

En la institución no se han realizado estudios de esta naturaleza, sea por falta de interés, por falta de apoyo institucional, por falta de colaboración de los socios, por dificultad al cambio de pensamiento en lo referente a salud, etc. Siendo la atención anterior solo de tipo curativa y orientada a diagnósticas y tratar las patologías, ya que los socios no aceptaban las alternativas médicas sugeridas, y tratar de llegar al pensamiento de un persona que tiene fija la idea que " mientras más coma más vive" se vuelve difícil lograr conseguir los objetivos propuestos. Por lo que se planteó el proyecto a la universidad y socios del sindicato para realizar acciones con un enfoque preventivo, en las personas se notó una importante necesidad de aprender a conservar y mejorar sus estados de vida, lo que originó una aceptación de las actividades programadas entre los directivos y socios de la institución porque por primera vez se interesaban en su calidad de vida. (Castro J. , 2010)

Siendo satisfactoria la realización de este trabajo de acción ya que permitió fortalecer los conocimientos, pensar en situaciones que tal vez son irrelevantes pero para cada uno de ellos era tan vital, que eran factores negativos modificadores de sus estilos de vida que los llevaban a volverse sedentarios en sus propios pensamientos y no permitían la ayuda externa. Siendo importante para mí como maestrante y para ellos el paso de esta luz a sus pensamientos ya que aprendieron a cuidarse y a establecer límites en lo referente a sus modos de

vida, volviéndose voceros a los demás con sus propias experiencias.

Con un trabajo de calidad y calidez expresiva de quienes mentalizamos esta acción, vimos los cambios en cada uno de los pacientes que reflexionaban en la necesidad de cambiar sus modos de vida, no fue un cambio en todos, porque se guardan tabúes inviolables, pero en los que se dió fue satisfactorio. No se sintieron como objetos simples de cuidado, sino que eran los actores principales de los destinos en salud de su propio cuerpo, lo que los convertirá en emisores y modelos para las nuevas generaciones.

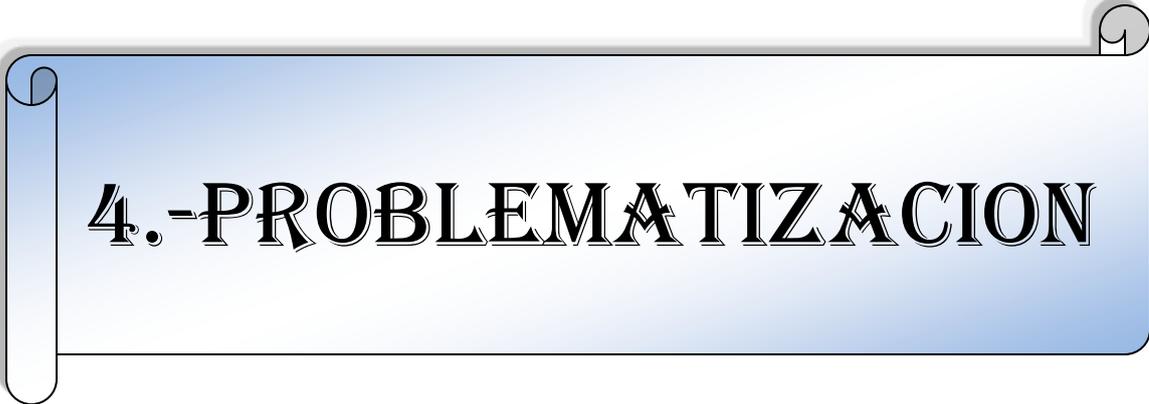
El formar los comités, reunirse en grupos, el realizar actividades, resulto de mucha ayuda para cada uno de los socios, pues fue el momento del pensamiento reflexivo, el cual los indujo a tomar decisiones muy importantes y definir las conductas a seguir para llegar a tener el cambio deseado en sus formas de vida y lograr tener una salud digna para ellos.

Logrados los objetivos, propósitos y fin, con las debidas capacitaciones, actividades, coordinación institucional, a los grupos de participantes, siendo estos socios activos, jubilados y familiares, el trabajo en equipo fue necesario para definir las conductas más oportunas para cada caso y de acuerdo a nuestro medio.

Se logró que un 85% de los socios y familiares de la institución, se concientice en que es lo que lleva a su boca en determinados momentos, y a esclarecer los tipos de alimentos que debe ingerir, siempre acompañado de la actividad física, de los controles médicos, de un buen estilo de vida, ya que así los únicos beneficiarios son ellos mismos. Se les enseñó a despertar su curiosidad dormida por el sedentarismo y enfrentar la realidad de sus deficiencias en salud, siendo ellos mismos ejemplo para los demás. (Todisco, 2010)

La contribución a mejorar la calidad de vida de cada uno de los socios de la institución me llena de satisfacción, pues cambiaron algunos sus tradiciones, los

hábitos, conductas y comportamientos llevándolos a la complacencia de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.



## 4.-PROBLEMATIZACION

Las enfermedades crónico degenerativas, han sido reconocidas hace más de 80 años y han recibido diversas denominaciones a través del tiempo, no se trata de una enfermedad, sino una asociación de problemas que generan riesgos para la salud, dada por la combinación de factores genéticos y socio ambientales relacionados a los cambios en los estilos de vida, especialmente en la sobrealimentación y la inactividad física.

El aumento de las enfermedades crónico degenerativas va asociado a la expansión de la epidemia mundial de diabetes tipo 2 y de enfermedades cardiovasculares, según la Federación Internacional de Diabetes (FID).

A nivel mundial las enfermedades crónico-degenerativas son las patologías más frecuentes, están presentes en un 25% de la población considerándosela como una pandemia. (Leiner, 2008),

En el Ecuador se evidencian cambios epidemiológicos en los últimos años que demuestran un cambio de enfermedades propias del subdesarrollo, que ocupaban los primeros lugares hace una década (prevenibles, infecciosas y parasitarias) por enfermedades propias del desarrollo y la modernidad que ocupan los primeros lugares este año (crónicas y lesiones, como la hipertensión, la diabetes y los homicidios y suicidios).

La obesidad (medida por índice de masa corporal superior a 25), las dislipidemias, la hipertensión arterial, la diabetes Mellitus no insulino dependiente, entre otras enfermedades crónicas asociadas con la dieta y las forma de vida inadecuadas, están en ascenso y afectan a la población de todos los niveles socioeconómicos y como habíamos expuesto anteriormente nuestros socios también son vulnerables.

Al haber realizado un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes atendidos de enero a diciembre del 2010, en el dispensario médico del sindicato de chóferes de Loja, he podido determinar que hay un elevado

número de socios que presentan HTA 44%, dislipidemias 48%, diabetes 54%. Por lo que he creído necesario implementar una prevención de factores de riesgo modificables de las enfermedades crónico-degenerativas.

Las enfermedades crónicas degenerativas son una entidad clínica que se presenta cuando una persona además de tener obesidad centro abdominal, presenta, dislipidemias, hipertensión arterial, e hiperglucemia; lo que ha despertado gran interés a diversas especialidades de la medicina, debido principalmente al incremento tan importante en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

En el perfil epidemiológico del SPCHL se encuentra en primer lugar la hipertensión arterial en el 18% de los casos atendidos en la consulta diaria seguido de diabetes en el 15% y dislipidemias en el 13% de los socios, acompañada de la obesidad con un perímetro abdominal mayor a lo normal (>95cm), siendo esto un riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares, cerebrales, etc.; por lo que es necesario profundizar en estudios y aumentar los esfuerzos que apunten al desarrollo de programas de prevención primaria y secundaria de este problema que cada vez tiene mayor importancia en nuestro medio.

En los choferes cada uno de estos factores se evidencia, ya que por su estilo de trabajo no tienen horarios específicos de alimentación e ingieren las llamadas "comidas rápidas" que son ricas en grasas saturadas; además por estar "frente al volante" varias horas consecutivas, su actividad física es limitada. Las enfermedades crónica degenerativas relacionadas con la dieta están asociadas con el consumo de dietas con poca fibra, mucha grasa y muchos azúcares simples; sin embargo, los patrones de la dieta no son el único factor involucrado en su génesis, pues existen otros elementos concomitantes, como la disminución de movimiento, el consumo de alcohol, el hábito de fumar, el estrés. (Páez, 2009)

Es de gran importancia la ejecución de este proyecto, ya que enseña a las personas asociadas al gremio del transporte a pensar en tener una mejor calidad de vida para su presente y futuro, teniendo capacitaciones continuas, renovando sus comités, realizando actividades físicas, cambiando sus estilos de vida, y llevándolos a meditar que verdaderamente en un cuerpo sano impera una buena alimentación equilibrada y se gozará de una buena salud.



## **5.-JUSTIFICACION**

La autora del presente proyecto como profesional de la salud y médico del Sindicato de Choferes ante la necesidad de elaborar un proyecto de tesis para la obtención del título de Magister en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local y considerando que la presencia de malos estilos de vida (alimentación, sedentarismo y otros), se ha convertido en factor de riesgo número uno en el incremento de enfermedades crónico degenerativas, según lo demuestra la evidencia en la literatura mundial tomando en cuenta que los socios del Sindicato de Chóferes de Loja no son la excepción, he creído importante implementar un plan de promoción y prevención de enfermedades crónico degenerativas, mediante la capacitación y estimulación de cambios en el estilo de vida y cumplimiento del tratamiento de las patologías concurrentes; con el fin de producir un mejoramiento de la calidad de vida de los socios y sus familiares.

La preparación del profesional de la salud es permanente, incluso en asesoramiento académico, el médico no debe dejar de prepararse para estar al día con los avances y progresos de la Medicina.

En la literatura internacional se ha escrito que las enfermedades crónico-degenerativas son patologías con alta frecuencia a nivel mundial y nacional, dada principalmente por los malos hábitos nutricionales y malos estilos de vida.; siendo Ecuador un país en desarrollo, es mi deber, e incluso obligación el de presentar la producción científica a la sociedad (guías de manejo y plan de información, educación y comunicación de enfermedades crónico degenerativas), pues el progreso de un país va ligado con el conocimiento con mucha más profundidad en las esferas política, social, deportivo y académica.

Por todo lo expuesto como a autora del presente proyecto creo que al realizarlo me permitió tener un profundo conocimiento de la situación social de la Institución. Además el conocer hábitos y costumbres que puedan ser factores de riesgo para la aparición de estas enfermedades crónico degenerativas, me permitió establecer guías de manejo educativas para promover, prevenir, capacitar y educar sobre enfermedades crónico degenerativas que al ser

cumplidas a cabalidad por nuestra población vulnerable mejorará la calidad de vida, convirtiéndolos en individuos productivos y capaces de aportar con su diario laborar al progreso de nuestro país.



## 6.-OBJETIVOS

### **6.1. OBJETIVO GENERAL:**

Prevenir y disminuir factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, mediante la organización, promoción de estilos de vida saludables y atención médica integral e integrada en los socios del Sindicato de Choferes Profesionales de Loja con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

### **6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Organizar a los socios y familiares a través de la conformación de un Club de prevención de las enfermedades crónico-degenerativas y protección de la salud.
- Implementar un plan de información, educación y comunicación en salud, dirigido a los chóferes en relación a la prevención de enfermedades crónico-degenerativas.
- Mejorar la calidad de gestión del departamento médico del Sindicato de Choferes Profesionales de Loja.



## 7.-MARCO TEORICO

## **7.1.- MARCO INSTITUCIONAL**

### **ASPECTOS FISICOS Y GEOGRAFICOS DEL LUGAR.-**

El Sindicato Provincial de "Choferes de Loja", inició su vida Sindical con la aprobación de sus Estatutos por parte del Ministerio de Previsión Social y Trabajo, lo cual tuvo lugar mediante Acuerdo Nro. 1712 de 9 de septiembre de 1943. Desde ahí ha venido reformando sus estatutos para beneficio de la clase del volante, tanto de manera gremial con perspectivas a la salud para sus integrantes y familiares.

El Sindicato de Chóferes de Loja, está ubicado en la parroquia Sucre del Cantón Loja, limitado al Norte con la calle 10 de agosto, al Sur con la calle Roca fuerte, al Este con el callejón Eloy Alfaro y al Oeste con la avenida universitaria. El Área de Salud del mismo se encuentra en la segunda planta, y brinda atención médica, odontológica, laboratorio médico y botiquín.

### **DINÁMICA POBLACIONAL**

Tiene una población de influencia de 2.349 socios, divididos en socios activos con aportación mensual y socios jubilados sin aportación económica, de estos un 68% (1457 socios activos, jubilados y familiares), acuden a la atención en el área de salud, su población es de diversos grupos étnicos y sociales, siendo indígenas, mestizos y negros.

Población Urbana	52%
Población Rural	47%
Población económicamente activa	55%

La población activa económicamente corresponde al 55% de la población (mayores de 25 años), tanto hombres como mujeres, dedicados al transporte

terrestre, agricultores, albañiles, empleados públicos y privados, artesanos, vivanderas, comerciantes minoristas y quehaceres domésticos.

Las actividades del transporte la realizan de igual manera hombres y mujeres sea este interno, escolar y existe una mujer que lo realiza a nivel interprovincial, combinándola con los quehaceres domésticos. La población infantil que acude a la atención es del 4% es decir menores de 4 años, el 12% restante son los niños entre los 8 a 15 años, dedicados al trabajo informal.

Como en todo extracto social, el hombre es la cabeza familiar y el generador del aporte económico, así igual la mujer en algunos casos cumple este mismo rol por la migración de la pareja y la convierte en el centro del eje principal de la familia.

Los ingresos económicos son muy bajos en su mayoría, y se limitan en necesidades básicas como salud, educación, vivienda, aunque existe un sector con poderío económico que si tienen apertura a estas necesidades.

### **Misión del Sindicato Provincial Choferes de Loja**

“La misión en la Institución es albergar un grupo de profesionales del transporte, para propender por todos los medios la defensa de la clase, velar por el cumplimiento de las leyes laborales relacionadas con el tránsito y el transporte, procurando por todos los medios la sindicalización de los profesionales del volante y al sostenimiento y progreso de la Federación Nacional de Choferes del Ecuador las superación de la misma brindándole los servicios administrativos, artesanales, de salud, fondo mortuario, servicio social y jurídico y la escuela de capacitación de chóferes profesionales”.

### **Visión del Sindicato Provincial Choferes de Loja**

La visión es que será una Institución con capacidad de gestión, con personal

capacitado y especializado que brindará calidez en prestación de servicios al usuario, brindara atención integral de acuerdo a las necesidades de los asociados.

## **ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

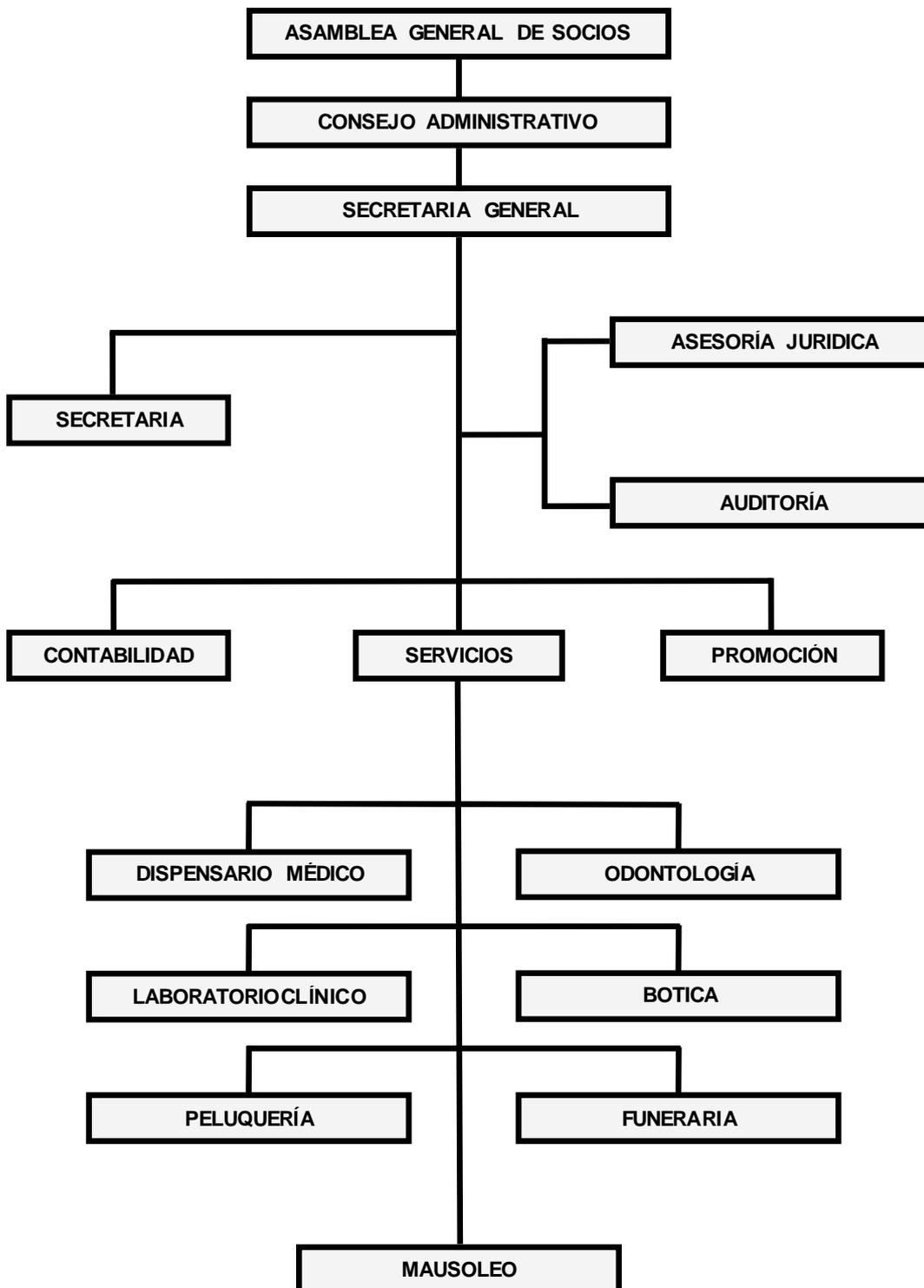
La Administración se encuentra a cargo por el Secretario General con su Consejo de Administración.

El Sindicato de Choferes cuenta con un presupuesto aproximado de 249.200 dólares anual, de ahí da 6.000 dólares para el área de salud durante todo el año.

El Sindicato Provincial de Chóferes cuenta con personal profesional capacitado, técnicos, y auxiliares para las diversas actividades que se desarrollan en la institución, contando con:

- Secretario General
- Médico General
- Odontólogo
- Tecnóloga en laboratorio
- Secretario Auxiliar
- Contadora
- Digitador
- Recaudadora
- Conserje
- Auxiliar Enfermería
- Auxiliar de Botiquín
- Peluquería

**ORGANIGRAMA:**



## **SERVICIOS Y PROGRAMAS QUE DESARROLLA EL SINDICATO PROVINCIAL CHOFERES DE LOJA.**

- Asesoría Jurídica a los socios conductores
- Programas de viviendas
- Subsidio por incapacidad para el trabajo de los socios
- Fondo mortuario
- Sala de velaciones
- Funeraria
- Mausoleo
- Curso de capacitación de choferes profesionales
- Consultas de morbilidad
- Seguimiento de enfermedades crónicas: Diabetes, Hipertensión, Dislipidemias
- Consulta de prevención para niños
- Control de crecimiento y desarrollo
- Detección oportuna del cáncer: DOC
- Consultas odontológicas
- Prevención odontológicas en escolares y embarazadas
- Capacitación a estilos de vida saludables
- Laboratorio clínico
- Botiquín interno
- Peluquería
- Visitas médicas domiciliarias
- Cooperativa de ahorro y crédito

A más se cuenta con el convenio interinstitucional con entidades privadas, para que los costos sean con más beneficio para el paciente asociado, entre los cuales tenemos:

- Consultorios particulares médicos y odontológicos
- Laboratorios Clínicos Privados

**DATOS ESTADISTICOS DE COBERTURA:**

**COBERTURA DE ATENCION EN MUJERES EN EDAD FERTIL DISPENSARIO  
MEDICO S.P.CH.L (2010)**

<b>DOC.</b>					
<b>CERV-UTER</b>			<b>MAMARIO</b>		
<b>POB.</b>	<b>PRIM.</b>	<b>COBER</b>	<b>POB.</b>	<b>PRIM.</b>	<b>COBER</b>
750	570	76	750	522	70

**COBERTURA DE ATENCIÓN NIÑOS Y ADOLESCENTES DISPENSARIO  
MEDICO S.P.CH.L. (2010).**

<b>NIÑOS</b>								
<b>MENORES DE 1 AÑO</b>			<b>1 A 4 AÑOS</b>			<b>5 A 9 AÑOS</b>		
<b>POB.</b>	<b>PRIM.</b>	<b>COBER</b>	<b>POB.</b>	<b>PRIM.</b>	<b>COBER</b>	<b>POB.</b>	<b>PRIM.</b>	<b>COBER</b>
141	68	48%	186	104	56%	186	100	54%

<b>ADOLESCENTES</b>					
<b>10 A 14 AÑOS</b>			<b>15 A 19 AÑOS</b>		
<b>POB.</b>	<b>PRIM.</b>	<b>COBER</b>	<b>POB.</b>	<b>PRIM.</b>	<b>COBER</b>
230	152	66%	198	125	63%

## ESTADO DE SALUD-ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN:

### PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL S.P.CH.L. (2010)

N.-	PATOLOGIA	FREC.	%
1	Hipertensión arterial	286	18
2	Diabetes	234	15
3	Dislipidemias	206	13
4	Faringitis aguda	180	11
5	Enfermedades respiratorias	173	11
6	Lumbalgias	101	6
7	Dermatológicas	92	6
8	Parasitosis	90	5
9	Enfermedades gastrointestinales	82	5
10	Enf. Diarreica infecciosa	48	3
11	ITU	34	2
12	Prostatitis	25	2
13	Vaginosis	25	2
14	Enfermedades Reumatológicas	15	1
	<b>TOTAL</b>	<b>1591</b>	<b>100</b>

El Sindicato de Chóferes de Loja funciona en una casona de construcción mixta, de tres plantas distribuidas por compartimientos pequeños y grandes funcionales donde realizan las actividades. En la tercera planta funciona peluquería, odontología, y secretaria de urbanizaciones; en la segunda planta funciona las áreas administrativas, médicas y sociales, en su planta baja esta creada la sala de velaciones, laboratorio y botiquín. (Pedragosa, 2008)

El sindicato de chóferes de Loja es un ente encargado de velar por los derechos de los transportistas y sus familias rigiéndose por reglamentos y estatutos internos elaborados por sus socios en asamblea general, teniendo como fin

principal defender la clase del volante, el mejoramiento profesional, intelectual y moral de sus asociados; todo esto es dirigido por el secretario general, el que frente a las necesidades de la clase crea áreas de acción social como las antes mencionadas.

## 7.2. MARCO CONCEPTUAL

### ESTILO DE VIDA SALUDABLE

#### GENERALIDADES

Estilo de vida o modo de vida es una expresión que se aplica de manera genérica como equivalente a la forma que se entiende de la vida. Algunas disciplinas científicas utilizan este término con un sentido más específico (comida rápida (fast food)).

La temática sobre **Estilos de vida Saludables** no se lo puede hacer a través de un listado de comportamientos individuales o colectivos para definir cómo y cuánto se desea vivir, se lo debe considerar como un proceso de transformación que persigue mejores condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida, alcanzando y manteniendo la dignidad de la humanidad en la sociedad. (Castillo, 2008)

Las personas no solo desean vivir y poder desarrollarse, también anhelan tener conocimiento y una vida decente, ya que es un ser de necesidades múltiples e interdependientes que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa para lograr un dinamismo en el proceso de satisfacción con uno mismo, con el medio social y con el medio ambiente.

Epidemiológicamente estilo de vida, hábito de vida o forma de vida son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, unas veces de carácter saludable y otras nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los causantes de la mayoría de los síndromes metabólicos y enfermedades crónicas degenerativas, siendo los más importantes el consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol, malos hábitos alimentario, y el sedentarismo. Es por esto que en los países

desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de enfermedades son producidas por los estilos de vida de su población y sin embargo los recursos sanitarios se desvían hacia el propio sistema sanitario para intentar curar estas enfermedades en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. (Castillo, 2008), (Córdova, 2008)

Desde una perspectiva integral, los estilos de vida se consideran como parte de una dimensión colectiva y social formada por tres aspectos interrelacionados como son:

Material (caracterizado por vivienda, alimentación y vestido), Social (tipo de familia, grupo de parentesco, redes sociales de apoyo, instituciones y asociaciones los estilos de vida), Ideológico (a través ideas, valores y creencias), Con esta perspectiva los estilos de vida no pueden estar aislados del contexto social, económico, político y cultural, deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que es dignificar al individuo en la sociedad.

Los estilos de vida están determinados por la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores como seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, estrés, y patologías como hipertensión y diabetes, siendo un compromiso individual y social para satisfacer las necesidades fundamentales para mejorar la calidad de vida. (Reyes, 2010)

Los beneficios de comer bien, hacer ejercicios y controlar el peso son bien conocidos, pero pocos viven este estilo de vida sano, durante las últimas décadas, los índices de ejercicio, la ingesta de frutas y verduras se han reducido, en tanto los índices de obesidad han aumentado aceleradamente, notándose un creciente índice de diabetes e hipertensión arterial, esto conlleva a que las personas dependan de los medicamentos y no de la dieta y ejercicios.

El Dr. David L. Katz director del centro de investigaciones de la Universidad de

Yale, considera que se debe efectuar cambios en la sociedad que fomenten estilos de vida sano para revertir esas tendencias manifestando “Un cuerpo de literatura científica coherente y convincente ponen en claro que una lista muy corta de conductas de estilo de vida, dominadas por el patrón dietético, el nivel de actividad física y el uso de tabaco, influyen tanto el número probable de años de vida como la calidad de vida en esos años”.

El compromiso, la disciplina y la fuerza de voluntad deben estar presentes a la hora de adoptar un estilo de vida más saludable, No se trata de una moda, sino de una buena calidad de vida que permita a las personas tener una condición física, mental, y emocional óptima para poder evitar así todas las enfermedades que atacan con frecuencia a la población por la carencia de las prácticas sanas.

Para el Dr. Rafael Ramos, psicólogo del Centro de Desarrollo Humano Integral, opina que la falta de compromiso con nosotros mismos, el cansancio, la pereza y la falta de disciplina nos ganan la partida, no importando si se gastó en un nuevo par de zapatos deportivos, o se pagó la cita con la nutricionista, o si se pagaron las mensualidades de un gimnasio”. Siendo un punto importante la motivación clara de las personas, ser realista y práctico es otra de las claves, por ello es importante que las personas no se exijan cambios drásticos, analizando su real disponibilidad de tiempo, buscar un horario óptimo, ir con pasos pequeños al cambio lo llevarían a sentir su compromiso de generarse una mejor calidad de vida.

Al no existir un debido equilibrio entre el individuo y su forma de calidad de vida aparecen factores de riesgo y enfermedades asociadas a este desfase como son los síndromes metabólicos y enfermedad crónica degenerativa.

**Enfermedades Crónico-degenerativas.-** es una entidad clínica controvertida que aparece, con amplias variaciones fenotípicas, en personas con una predisposición endógena, determinada genéticamente y condicionada por factores ambientales, formada así por una serie de factores de riesgo, como la

hipertensión arterial, la dislipidemias, la intolerancia a la glucosa por resistencia a la insulina y la obesidad visceral, elevando la posibilidad de padecer enfermedad cardiovascular. La ECD no se trata de una única enfermedad sino de una asociación de problemas de salud que pueden aparecer de forma simultánea o secuencial en un mismo individuo, causados por factores genéticos y ambientales asociados al estilo de vida, se relaciona con un incremento significativo de riesgo de diabetes, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, con disminución de la supervivencia por el incremento unas cinco veces en la mortalidad cardiovascular. (Castro, 1996)

Siendo sorprendente como los malos hábitos se fueron incorporando, pasando a formar parte de la vida cotidiana, encontrando situaciones de: mala alimentación, como comidas rápidas con alto contenido de ácidos grasos saturados, de sodio, de azúcares, altos grados de stress, reemplazos de actividades físicas por actividades ociosas. Fortaleciendo estas últimas por el uso masivo de máquinas y los trabajos de oficina. Por estos motivos la ECD está cobrando cada vez mayor importancia y se vuelve un tema urgente a conocer, prevenir y tratar, siempre sujeto a nuevas investigaciones.

Epidemiológicamente, en los países latinoamericanos poco a poco se están alcanzando los alarmantes niveles de los países desarrollados, como Estados Unidos, donde alrededor del 25% de la población mayor de 20 años padece de Enfermedades crónico degenerativas. Bastaría con tomar al segmento de personas con sobrepeso u obesos, que tienen alterado sus perfiles lipídicos y sus niveles de glucosa, para cifrar en torno al 20% la cantidad de individuos en edad adulta que padecen este síndrome. (Nájera, 2007)

La edad de los individuos propensos a padecer enfermedad crónico degenerativa ha ido bajando de forma dramática. Si antes se hablaba de pacientes que bordeaban los 50 años, ahora el grupo de riesgo está situado en torno a los 35 años, lo cual obedece a la tendencia, desde etapas muy tempranas de la vida, hacia los malos hábitos de alimentación y escaso ejercicio

físico de la población en general.

Lo que es indudablemente cierto es que la prevalencia aumenta con la edad, siendo de un 24% a los 20 años, de un 30% o más en los mayores de 50 años y mayor del 40% por encima de los 60.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone en 1998 criterios de clasificación, según los cuales para poder hacer el diagnóstico de enfermedad crónica degenerativas, deben existir al menos uno de los dos parámetros principales y dos de los restantes.

Parámetro principal:

- Alteración de la regulación de la glucosa (glicemia en ayunas  $>110\text{mg/dl}$  y/o 2hs post-carga  $> 140\text{mg/dl}$ )

Otros parámetros:

- Hipertensión arterial  $>140/90\text{mmHg}$
- Triglicéridos  $>150\text{mg/dl}$
- Colesterol de HDL (C-HDL)
  1. Hombres  $< 35\text{mg/dl}$
  2. Mujeres  $< 39\text{mg/dl}$
- Circunferencia abdominal (cresta iliaca)
  1. Hombres  $> 102\text{ cm}$
  2. Mujeres  $> 88\text{ cm}$
- Índice de masa corporal (IMC)  $> 30\text{kg/m}^2$
- Micro albuminuria: excreción urinaria de albumina  $> 20\text{ug/ml}$

A esto debe sumarse al menos dos de los siguientes: hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad, micro albuminuria, siendo este último un predictor importante de riesgo cardiovascular.

La definición de la National Cholesterol Education Program (NCEP) se basa en la coexistencia de cualquier combinación de tres alteraciones: en la distribución

de grasa corporal, presión arterial, triglicéridos, HDL, y glicemia en ayunas.

Enfermedad crónico degenerativa según NCEP (ATP III) Año 2001

- Obesidad abdominal (circunferencia abdominal >102 cm en hombres y >88cm en mujeres.
- TG > 150mg/dl
- HDL colesterol < 40mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres
- Presión arterial > 130 – 85 mmHg
- Glicemia basal en ayunas > 110 mg/dl. (Arellano, 2011)

Se tienen en cuenta parámetros clínicos muchos más accesibles y costo efectivo. Así, se puede arribar a un diagnóstico con tan sólo una cinta métrica y un tensiómetro.

Enfermedades crónicas degenerativas según AAEC. Año 2002

Criterios mayores

- Resistencia a la insulina (medida por hiperinsulinemia dependiente de los niveles de glucosa
- Acantosis nigricans
- Obesidad abdominal circunferencia abdominal mayor 102 cm en hombres y mayor de 88 cm en mujeres)
- Dislipidemias (colesterol HDL menor 45 mg/dl en mujeres y menor 35 mg/dl en hombres o TG mayor de 150 mg/dl
- Hipertensión arterial
  1. Intolerancia a la glucosa o diabetes Mellitus tipo II
  2. Hiperuricemia

Criterios menores

- Hiper-coagulabilidad
- Síndrome del ovario poliquístico
- Disfunción endotelial

- Micro albuminuria
- Enfermedad cardíaca coronaria

En el hombre hay un predominio de la grasa visceral, con lipólisis por sobre lipogénesis. Esto lleva a la movilización de grandes cantidades de ácidos grasos al hígado, teniendo como consecuencia un hiperinsulinismo por alteración del catabolismo de la insulina, hiperglucemia por aumento de la glucogénesis, y una hipertrigliceridemia. En la mujer predomina el tejido adiposo fémoro-glúteo, que presenta un metabolismo más bajo, almacena energía y sola la libera en casos extremos como el embarazo y la lactancia, en ella predomina la lipogénesis. Esta obesidad se relaciona más a alteraciones mecánicas y circulatorias (varices, linfedema, etc.), que a enfermedades metabólicas. En la menopausia por predominio de los andrógenos, se redistribuye la grasa hacia la región abdominal y visceral, comenzando a aparecer alteraciones metabólicas propias del hombre.

No se debe dejar de señalar la influencia de factores genéticos y ambientales sobre el peso al nacer, porque la subnutrición fetal puede ser negativa para el desarrollo de la función de las células B pancreáticas y de los tejidos sensibles a la insulina cuya causa pudiera estar relacionada con la activación de genes vinculados con la Resistencia a la Insulina. (Pérez, 2008)

Los factores ambientales como la inactividad física promueven el desarrollo de obesidad y modifica la sensibilidad a la insulina en el músculo. Las dietas con alto contenido graso son desfavorables para la enfermedad crónica degenerativa y contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial y obesidad. (Hinostroza, 2009)

Hasta el momento no se ha conseguido manejar una única definición de ECD y no se ha llegado a un acuerdo entre los distintos criterios diagnósticos a tener en cuenta, es difícil comparar prevalencias entre países, tratando de lograr una única definición estandarizada.

### **Fisiopatología:**

La patogénesis de la enfermedad crónica degenerativa deja muchos interrogantes, intervienen tantos factores genéticos como ambientales, que van a influir sobre el tejido adiposo y sobre la inmunidad innata.

La obesidad juega un rol preponderante ya que el tejido adiposo, sobre todo el visceral o abdominal, es muy activo en la liberación de distintas sustancias: ácidos grasos, factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (FNT $\alpha$ ), leptina, resistina, factor inhibidor de la activación de plasminógeno (PAI), etc. Estos factores pudieran favorecer la aparición de un estado pro inflamatorio, de resistencia a la insulina (RI) y/o daño endotelial.

Por otro lado, la obesidad tiene una estrecha relación con la resistencia a la insulina que aumenta con el incremento de grasa corporal. Los ácidos grasos libres no esterificados (AG) que se generan aumentan en el plasma y se encuentran con un hígado y un músculo resistente a la insulina. Esta mayor oferta de AG en Hígado conduce a:

- Aumento de glucogénesis
- Incremento de la producción de triglicéridos: aumento de VLDL, LDL, con efecto aterogénico
- Disminución de HDL
- Mayor producción de sustancias con actividad protrombótica como: Fibrinógeno, PAI
- Esteatosis hepática no alcohólica por depósito de triglicéridos

En músculo, se acumula tejido graso y se estimula la utilización de AG como fuente de energía en lugar de glucosa (favorecido por la RI). Esta glucosa no utilizada a nivel muscular, sumada a la mayor producción de glucosa hepática, genera hiperglucemia. En respuesta a esto, el páncreas incrementa la secreción de insulina (hiperinsulinismo) que compensa la situación manteniendo una glicemia basal normal, esto es lo que se conoce como resistencia a la insulina.

La activación de la inmunidad innata conduce a la liberación de citoquinas por células del sistema inmune (macrófagos, monocitos). Estas contribuyen a la acción protrombótica y pro inflamatoria. Produce también cambios en las lipoproteínas plasmáticas, enzimas, proteínas transportadoras y receptoras tanto en animales como en humanos, especialmente en estos últimos puede producir incremento de la síntesis hepática de VLDL, disminuir su aclaramiento, reducir los niveles de colesterol HDL y modificar su composición.

Desde el punto de vista genético, una variedad de genes han sido asociados al desarrollo del síndrome metabólico: genes reguladores de lipólisis, termogénesis, metabolismo de la glucosa y del músculo. No se debe dejar de señalar la influencia de factores genéticos y ambientales sobre el peso al nacer, porque la subnutrición fetal puede ser negativa para el desarrollo de la función de las células B pancreáticas y de los tejidos sensibles a la insulina cuya causa pudiera estar relacionada con la activación de genes vinculados con RI.

Otros importantes modificadores ambientales influyen sobre la expresión del síndrome metabólico: la inactividad física promueve el desarrollo de obesidad y modifica la sensibilidad a la insulina en el músculo. Las dietas con alto contenido de grasa son desfavorables para el síndrome metabólico y contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial y obesidad.

Fármacos como corticoides, antidepresivos, anti psicóticos, antihistamínicos podrían tener como efecto adverso síndrome metabólico porque conducen a dos de sus características: obesidad e intolerancia a la glucosa. Otros como inhibidores de las proteasas, usados en pacientes con VIH usualmente generan SM secundario a la lipodistrofia e Insulinorresistencia.

## **COMPONENTES LA ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA**

A continuación se desarrollará los principales elementos la enfermedad crónica degenerativa, y aquellos que hemos considerado importante destacar.

## 1.- Hipertensión Arterial

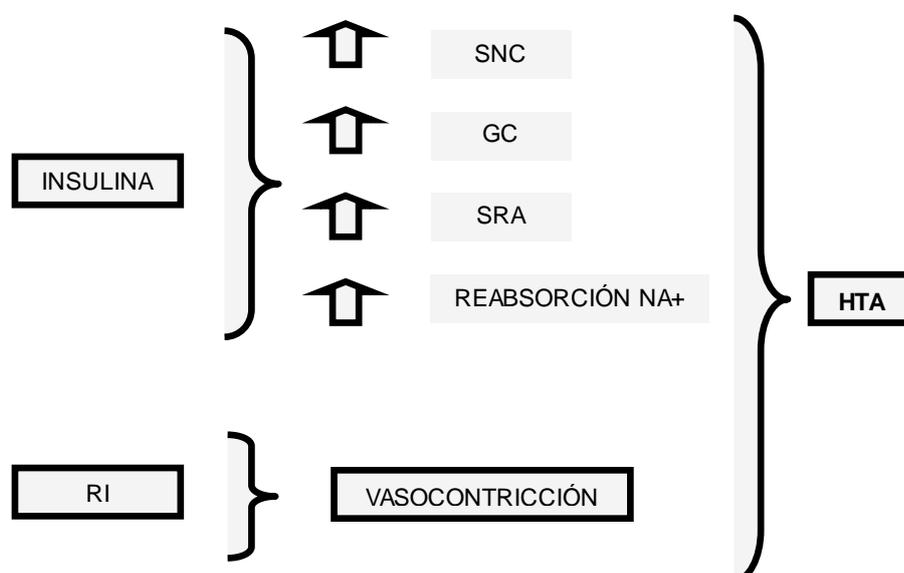
Para que un paciente sea considerado hipertenso según los criterios de la OMS los valores de su presión arterial deben igualar o superar los 140-90 mmHg y según los criterios de la NCEP igualar o superar los 130-85 mmHg. Si un paciente presenta una presión arterial menor a esta última pero con tratamiento antihipertensivo también será considerado hipertenso. (Remolina, 2005)

En la patogenia de la hipertensión arterial se conocen que intervienen múltiples factores: genéticos, ambientales, endócrinos, metabólicos, etc. Se destacan aquellos relacionados a un estado de resistencia a la insulina/hiperinsulinismo:

- Activación del sistema Renina-Angiotensina
- Efecto estimulador del sistema nervioso simpático
- Aumento del gasto cardíaco
- Incremento de la reabsorción de sodio y agua a nivel renal
- Disminución de la acción vasodilatadora de la insulina

Si bien la insulina es una hormona vasodilatadora, al generarse resistencia a esta acción se produce una tendencia a la vasoconstricción. Por otro lado, su efecto a nivel renal es mantenido.

Es decir,



La variación del contenido de sodio en la dieta también influye en los niveles de presión arterial. En un estudio donde se comparan dietas con diferentes concentraciones de sodio se demostró que altos contenidos de sodio en la ingesta, se compensa con aumento del Factor Natri urético Auricular, descenso de la actividad del Sistema Renina Angiotensina, disminución de los niveles de Aldosterona, pero sobre todo, descenso del óxido nítrico (ON).

Estos efectos dependen del grado de sensibilidad a la insulina. En un estado de RI, esta relación entre el contenido de sodio en la dieta y el ON se pierde y este último es incapaz de compensar el incremento en los niveles de sodio plasmático.

Se conoce una estrecha relación entre la hipertensión arterial y el tejido adiposo visceral. Esta puede ser atribuida a varias sustancias liberadas por el tejido graso en exceso, anteriormente nombradas: PAI, AG, Leptina.

Esta última aumenta a medida que aumenta el índice de masa corporal: En un Simposio realizado por la American Society of Hipertensión se discutió la relación entre Diabetes, Obesidad y RI con la hipertensión arterial. Rulloge sugiere que la obesidad podría afectar la presión arterial a través de la Leptina, ya que ésta estimula la actividad del Sistema Nervioso Simpático y el Sistema Renina/Angiotensina. (Gómez V. , 2008)

## **2.- Obesidad Abdominal**

Es una enfermedad en cuya génesis están implicados diferentes factores, muchos de los cuales todavía no se conocen muy bien: los genes, el sedentarismo, el ambiente, son condicionantes básicos que están implicados en la génesis de la obesidad así como los producidos por medicamentos o por distintas enfermedades.

La obesidad es el aumento del tejido adiposo en el organismo como consecuencia de dietas ricas en calorías y el bajo consumo energético, asociado al sedentarismo creciente de los países occidentales. Cualquier aumento del depósito graso se asocia con un mayor riesgo de síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular, pero la obesidad abdominal o de distribución androide y muy especialmente el cúmulo de tejido adiposo visceral abdominal es el mejor relacionado con éstos.

Según el origen de la obesidad, ésta se clasifica en los siguientes tipos:

- Obesidad exógena: La obesidad debida a una alimentación excesiva
- Obesidad endógena: La que tiene por causa alteraciones metabólicas.

No obstante, los adipocitos están aumentados de tamaño por acción de los ácidos grasos libres que penetran a éstos y, por medio de un proceso de esterificación se convierten de nuevo en triglicéridos. Éstos antes han sido el resultado de la activación de VLDL circulantes en la absorción de ácidos grasos.

Los autores del ATP III colocan a la obesidad y a la anormal distribución de la grasa en el mismo nivel que a la IR cuando se trata de definir la patogenia del SM, y consideran a la epidemia de obesidad como responsable principal del aumento de la prevalencia de enfermedad crónico-degenerativa. (Socarrás, 2002)

Para otros autores, la obesidad no es una consecuencia del sedentarismo, y si lo es de un estilo de vida que, junto al sedentarismo tiene efectos adversos sobre la IR y aumenta la posibilidad, en quienes la padecen de desarrollar las anomalías y síndromes clínicos relacionados con ella, y la mortalidad cardiovascular. (Pérez J. , 2006)

Tradicionalmente se ha utilizado como parámetro objetivo el Índice de Masa Corporal (IMC), es un método simple y ampliamente usado para estimar la proporción de grasa corporal. El IMC fue desarrollado por el estadístico y

antropometrista belga Adolph e Quetelec, resultado de dividir el peso en kg por altura del individuo en m<sup>2</sup>. La desventaja es que no discrimina la grasa abdominal, considerándose sólo la total.

Según éste, la masa corporal se clasifica en:

### **Índice de Masa Corporal (kg/m<sup>2</sup>)**

Bajo peso	18,5
Normo peso	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 30
Obesidad	30

En un marco clínico, los médicos toman en cuenta la raza, la etnia, la masa magra (muscularidad), edad, sexo y otros factores los cuales pueden infectar la interpretación del índice de masa corporal.

Otra medida que se utiliza para determinar obesidad es el Índice de Cintura/Cadera (ICC), cuando supera los 0,9 en hombres y 0,25 en mujeres. Este es indicativo, a diferencia del IMC, de obesidad abdominal. No se lo debe tomar como un parámetro aislado y es conveniente asociarlos. Ejemplo, si una mujer luego de veinte años aumenta de peso, con un incremento simultáneo de las medidas de cintura y cadera, el ICC se conserva, no ocurre lo mismo con el IMC, que se incrementa. (Misol, 2003)

Para que sea considerado un criterio diagnóstico de síndrome metabólico según la OMS se debe establecer la presencia de obesidad (definida por IMC mayor de 30 y/o ICC mayor de 0,9 en hombres y 0,85 en mujeres). Considerando que ha individuos que, aun estando fuera de este rango, padecen síndrome metabólico. Actualmente se utiliza en la práctica diaria la medición del perímetro abdominal o circunferencia de la cintura como indicador de obesidad central, siendo para muchos autores el que más se acerca al contenido de grasa abdominal.

Cuando los niveles del perímetro abdominal superan los 102cm en hombres y 88

en mujeres se considera obesidad abdominal, constituyendo un criterio diagnóstico para definir síndrome metabólico según la NCEP.

La obesidad y la Diabetes Mellitus 2 son cada vez más frecuentes y suelen ir unidas, más del 90 por ciento de los diabéticos son obesos, incluso desde la infancia la obesidad suele ser la antesala de la diabetes.

Tomado de la Rev. Panam. Salud Pública/Pan. Am J. Public Health 18 (6); 2005. 450-454

### **3.- Dislipidemias**

Se conoce el fuerte impacto que tiene el nivel triglicéridos en la cantidad y calidad de la partícula de HDL y de LDL; pero es cierto también que el metabolismo de las lipoproteínas tiene otras regulaciones, más ligadas a la genética y a la composición de la dieta. (Royo, 2011)

El colesterol LDL está con frecuencia aumentado y estructuralmente alterado, lo que determina que sea más susceptible ante una modificación oxidativa, aumentando notablemente su potencial aterogénico. Por otra parte la lipoproteína A, un factor de riesgo para enfermedad cardíaca coronaria con una amplia gama de propiedades protrombótica y aterogénico, está aumentada, por lo general esta placa aterogénico tiende a ser inestable y expuesta a sufrir rotura en diabetes.

Con el aumento del flujo de los ácidos grasos al hígado se produce:

- Aumento de VLDL ricas en triglicéridos
- Aumento de la producción de Apo B
- El otro gran disturbio en el SM es la disminución del colesterol LDL.

Esta reducción es una consecuencia de cambios en la composición y metabolismo de las HDL. En presencia de hipertrigliceridemia hay un decremento en el contenido de colesterol esterificado del núcleo de la

lipoproteína, haciendo de estas partículas pequeñas y densas, Estos cambios en la composición de las lipoproteínas resultan en un incremento en el clearance de las HDL por la circulación. (Sociedad Colombiana de cardiología, 2009)

- Las LDL se modifican en forma similar, estas, aunque permanecen en igual número, presentan aumento en la proporción de partículas pequeñas, densas, aterogénico y un incremento en la concentración de Apo B (un marcador de la concentración de lipoproteínas aterogénico). Esto se asocia a un aumento en el riesgo de enfermedad coronaria cardíaca. Las LDL densas podrían ser más aterogénico que las LDL comunes porque:
  - Son más tóxicas para el endotelio
  - Son más capaces de transitar a través de la membrana basal del endotelio
  - Se adhieren bien a los glucosaminoglicanos
  - Tienen un aumento en la susceptibilidad a la oxidación.

Desde el punto de vista clínico, la concentración de Apo B, colesterol HDL y la concentración de TG son los parámetros mejor relacionados con las dislipidemias de la enfermedad crónica degenerativa, pero solo la mediación de estos dos últimos parámetros se recomienda en la práctica clínica en el momento actual.

#### **4.- Resistencia a la Insulina (IR)**

La resistencia a la insulina se puede definir como la disminución de la capacidad de la insulina para ejercer sus acciones en los órganos diana, especialmente en el hígado, músculo esquelético y el tejido adiposo, o la incapacidad para producir la respuesta fisiológica sobre el mantenimiento de la homeostasis de la glucosa (hiperinsulinismo con euglicemia). Esto conlleva la elevación de la glucemia y una hiperinsulinemia reactiva. Los motivos por los que los tejidos disminuyen la sensibilidad a los tejidos no están esclarecidos, aunque la

obesidad y la acumulación de tejido intra-abdominal de tejido adiposo se correlacionan estrechamente con las alteraciones del metabolismo hidrogenocarbonato y la resistencia insulínica.

Aparece en la mayoría de los individuos con SM y para muchos autores la resistencia a la insulina es un denominador común y el nexo el resto de las manifestaciones, por lo que en algunos casos, el término "Síndrome de RI" y "SM" se llegan a utilizar como sinónimos.

Algunos investigadores creen que la RI tiene un papel preponderante en la patogénesis del SM porque de ésta, y el hiperinsulinismo, derivan los factores de riesgos metabólicos.

Habría que recordar que para el diagnóstico de SM según el NCEP no es indispensable la presencia de RI, considerando sólo la glicemia basal alterada como un criterio más, que puede estar ausente. Por otro lado, la RI tiene una estrecha relación con la obesidad y la sobreabundancia de AG, es la causa primordial de la misma.

La RI no es fácil de medir en la práctica médica. La OMS aconseja la técnica de Clamp, otras técnicas serían:

- Modelo mínimo aproximado del metabolismo de la glucosa
- Test de supresión de la insulina
- Test de tolerancia a la insulina modificado
- HOMA
- CIGMA.

Sin embargo son suficientes dos mediciones de glicemia basal mayor o igual a 110 mg/dl para establecer glicemia basal alterada que es un criterio diagnóstico de SM según el NCEP. Este es un marcador indirecto, que junto con la clínica, nos acerca al diagnóstico de RI.

La glucemia alterada, se trata de un criterio de baja sensibilidad (alrededor del 10%) pero muy buena especificidad (superior al 95%) para identificar a un individuo con IR. (Guerra, 2007)

## **5.- Estado Pro inflamatorio**

La obesidad parece estar relacionada a un estado inflamatorio de bajo grado, probablemente consecuencia de la secreción de citoquinas pro inflamatoria por los adipocitos. Estas citoquinas pueden ser la base de varios de los componentes del Síndrome de RI, de disfunción endotelial y potencialmente de riesgo cardiovascular. Las principales son:

- Proteína C Reactiva (PCR)
- FNTa
- IL8

La PCR es un reactante de fase aguda de la inflamación que aumenta en plasma en estados de inflamación crónica subclínica. Puede traer consecuencias negativas: disminución de angiogénesis, favorecer la apoptosis de las células endoteliales, disminución de la supervivencia y diferenciación de células endoteliales progenitoras e incrementar la expresión endotelial de moléculas de adhesión. (Grundy, 2003)

El FNTa es liberado y sintetizado por músculo esquelético y cardíaco, además del tejido adiposo. En cuanto sus funciones, en el adipocitos es capaz de inhibir por un lado la actividad y la expresión de la lipoproteína lipasa (...) y por el otro, la activación de la insulina, a través de la fosforilación de la serina del receptor de la insulina.

La IL8 es un importante marcador de infección y estados inflamatorios, siendo un regulador relevante de la producción hepática de PCR y otros reactantes de fase aguda.

Estos marcadores de inflamación son factores de riesgo emergentes no considerados aún dentro de los criterios diagnósticos de SM porque su relación con éste último no ha quedado claramente establecida.

La medida de la PCR ULTRASENSIBLE no es la que utilizamos para problemas reumatológicos. Es una PCR especial de mayor costo que se está investigando como un marcador de riesgo inflamatorio para enfermedad coronaria. No se recomienda utilizarla de rutina en el Síndrome Metabólico sino en casos determinados que en la escala de Framingham estén en un riesgo del 10-20%. De todas formas la administración de aspirina rutinariamente en todo paciente con enfermedad coronaria o con diabetes, contrarrestaría el estado pro inflamatorio y protrombótico. Aspirina en una dosis de 100 mg, diarios es efectiva. (Eckel, 2005)

Se considera que una PCR = O > 3 mg es un marcador de riesgo.

El Síndrome Metabólico pueda asociarse con un estado pro inflamatorio con aumento de Interleukina 6 el Factor de Necrosis Tumoral. El exceso de tejido adiposo libera estas sustancias.

## **6.- Estado Protrombótico**

En el estado Protrombótica hay una elevación del PAI- I inhibidor del activador del plasminógeno, también del Fibrinógeno y posiblemente otros factores de la coagulación.

El plasminógeno ácticos de dicho factor.es la globulina que inicia la fibrinólisis, por tanto, un incremento en la concentración de su principal inhibidor (PAI) aumentará el riesgo de enfermedad cardiovascular de origen trombótico. El tejido humano especialmente la grasa visceral contribuye de manera importante a la elevación de los niveles plasmáticos de dicho factor.

Las alteraciones protrombóticas del sistema de coagulación son típicas de la diabetes tipo 2. Las plaquetas se encuentran en un estado activado y la agregación se ve facilitada. A su vez varias proteínas de la coagulación se encuentran aumentadas entre ellas el factor de Von Willebrand, el fibrinógeno, el dímero D, la trombina y el factor VII. Frente a una resistencia a la insulina o una hiperinsulinemia, el sistema fibrinolítico de la pared de los vasos se encuentra atenuado. Este es un proceso en el cual interviene la producción de inhibidor del activador del plasminógeno.

National Cholesterol Education Program) lo definió en 2001 en el ATP III (Adult Treatment Panel III) por la presencia de, a lo menos tres de los criterios enunciados Criterios propuestos por el ATP I

## **7.- Micro albuminuria**

La Micro albuminuria, o presencia de proteínas en orina, es un fuerte predictor de mortalidad cardiovascular. En un estudio prospectivo de individuos sin Diabetes, la presencia de micro albuminuria predice el desarrollo de diabetes tipo 2. Esta ha sido relacionada con un incremento en la salida transcapilar de albúmina y con el stress oxidativa.

La importancia clínica de la enfermedad crónica degenerativa y de su detección temprana no sólo se debe a su creciente prevalencia, sino a su elevado riesgo cardiovascular. (Córdova J. e., 2009)

<b>Factor de Riesgo</b>	<b>Niveles de corte</b>
Obesidad abdominal	*Hombres: 100 cm; Mujeres 88 cm
Triglicéridos	Mayor de 150mg/dl
C-HDL	≤ 40 mg/dl - Hombres; ≤ 50 mg/dl – Mujeres
Presión arterial	≥ 130/ 85 mm Hg
Glucosa de ayuno	≥ 110 mg/dl
*circunferencia abdominal	

La atención de enfermedad crónico degenerativa comprende 2 objetivos fundamentales: 1). Reducción de causas subyacentes: obesidad e inactividad física. 2). Tratamiento de los factores de riesgo lipídicos y no lipídicos asociados. La reducción de peso y el incremento de la actividad física conducen a la reducción efectiva de todos los factores de riesgo cardiovasculares al mejorar la sensibilidad a la insulina y reducir el riesgo de EC.

La prevención primaria de la enfermedad crónico degenerativa es la del manejo eficaz, multifactorial e individualizado de los distintos factores de riesgo que lo definen, para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Siendo útil los programas preventivos específicos como la dislipidemias, hipertensión arterial, obesidad o tabaquismo.

Para ello es esencial e imprescindible el mantenimiento de un estilo de vida saludable entendido como un cambio conductual que contemple una alimentación equilibrada y actividad física regular, alcanzar el peso ideal, y el abandono del hábito del tabaco.

#### **IV. Tratamiento**

Como un principio básico del tratamiento del SM se debería conseguir modificar los estilos de vida de los individuos (disminución de peso, dieta y actividad física) y se añadirán drogas solo cuando fuere necesario.

**1.- Dieta:** preferencial la de tipo mediterráneo, basada en el consumo de cereales, vegetales, aceite de oliva y la ingestión moderada de vino, adhiriéndose a un contexto de dietas:

- Baja ingesta de grasas saturadas, grasas trans, y colesterol
- Reducción en ingesta de azúcares simples
- Aumento en la ingesta de frutas, vegetales y granos enteros.

Es controvertida la relativa cantidad de ingesta de hidratos de carbono y grasas no saturadas, algunos autores están a favor de la baja ingesta de grasas, mientras otros recomiendan dietas de alto contenido graso.

**2.- Actividad física:** El ejercicio físico aeróbico regular debe recomendarse, el ejercicio mejora todos los componentes de SM, y contribuye a la pérdida de peso: la más establecida es la del ejercicio aeróbico moderado a intenso al menos 30 minutos al día, e ideal, más de una hora al día. (Gómez, 2010)

**3.- Obesidad:** Utilizar siempre dietas hipocalóricas, si no se consigue luego de doce semanas una reducción de peso importante con cambios en la conducta, se puede recurrir a fármacos depresores del apetito. Estos últimos para el uso en adultos con un IMC mayor a 27 kg/m<sup>2</sup> con sobrepeso relativo o un IMC mayor a 30 Kg/m<sup>2</sup> sin comorbilidades, siempre acompañados de la actividad física y las modificaciones dietéticas.

**4.- Dislipidemias:** Inicialmente el tratamiento insistirá en las modificaciones del estilo de vida, fundamentalmente en los hábitos dietéticos, la actividad física y el control de peso.

Siendo el blanco principal el corregir los niveles de LDL, usando las drogas para mejorar la alteración en los TG y las HDL.

**5.- Hipertensión arterial:** Cuando sea preciso reducir las cifras de presión

arterial para alcanzar los objetivos propuestos (TA menor 130/85). Moderadas elevaciones de la presión arterial pueden ser controladas con modificaciones del estilo de vida, pero si la hipertensión persiste se utilizarán drogas antihipertensivo

.  
**6.- Resistencia a la insulina e hiperglucemia:** Intervenciones en el estilo de vida pueden reducir el riesgo de conversión de la intolerancia de la glucosa, glicemia alterada de ayuno a Diabetes tipo 2. El uso de drogas hipolipemiantes, antihipertensivo e hipoglucemiantes pueden modificar la sensibilidad a la insulina y el peso corporal. (Guizar, 2007)

**7.- Estado pro inflamatoria:** Drogas que influyen en la sensibilidad a la insulina pueden alterar los niveles de PCR

**8.- Estado Protrombótica:** A pesar de los efectos de algunos fármacos no tienen efecto significativo sobre los niveles de fibrinógeno y PAI.

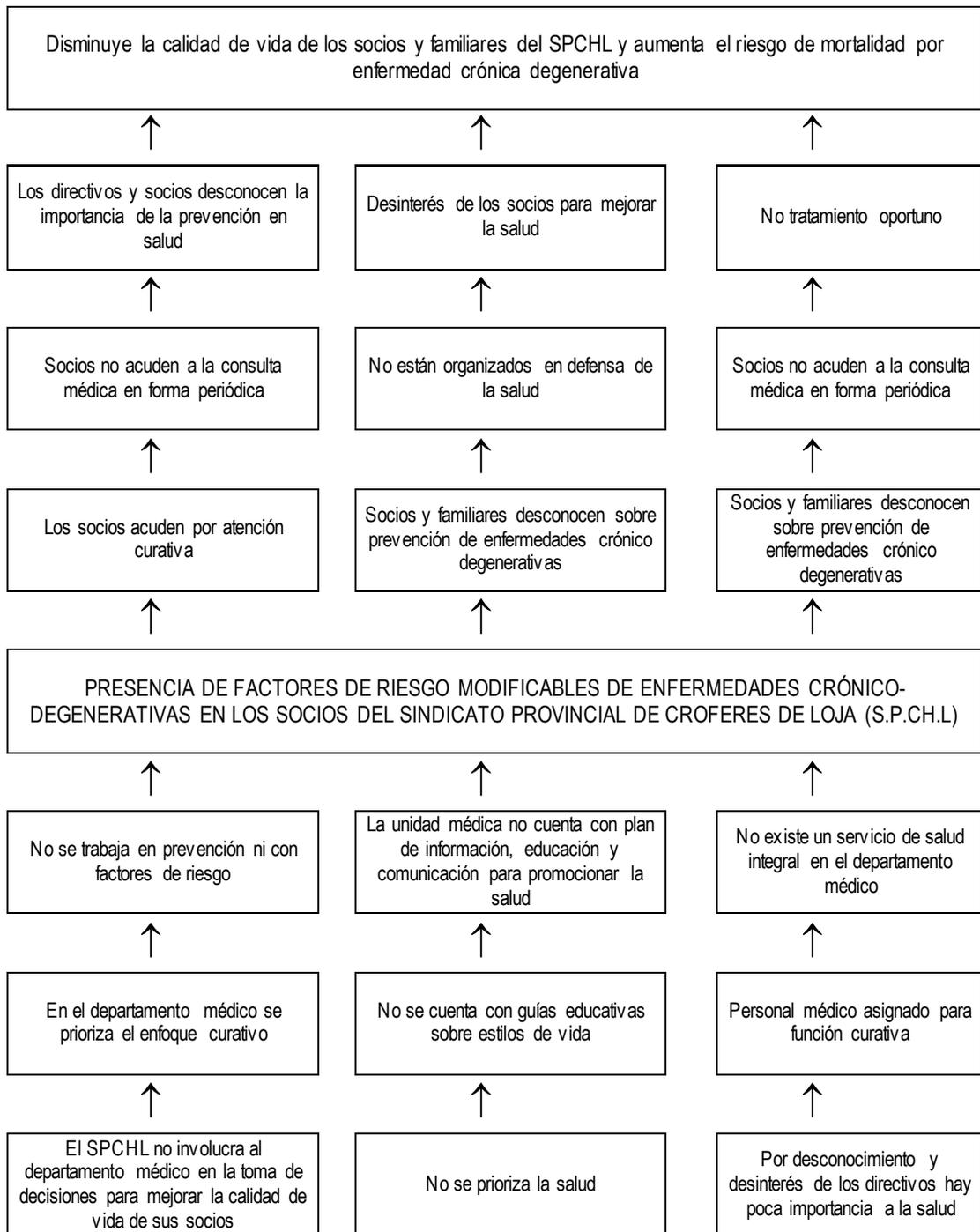
## 8.-DISEÑO METODOLÓGICO

Para desarrollar el presente proyecto de acción, se utilizó la metodología de Marco Lógico cuya secuencia lógica permite analizar los planteamientos, modificarlos si es necesario y evaluar permanentemente los avances, sus herramientas son: (Velasco, 2005), (Ibañez, 2005), (Pineda, 1994), (Piedra, 2006),

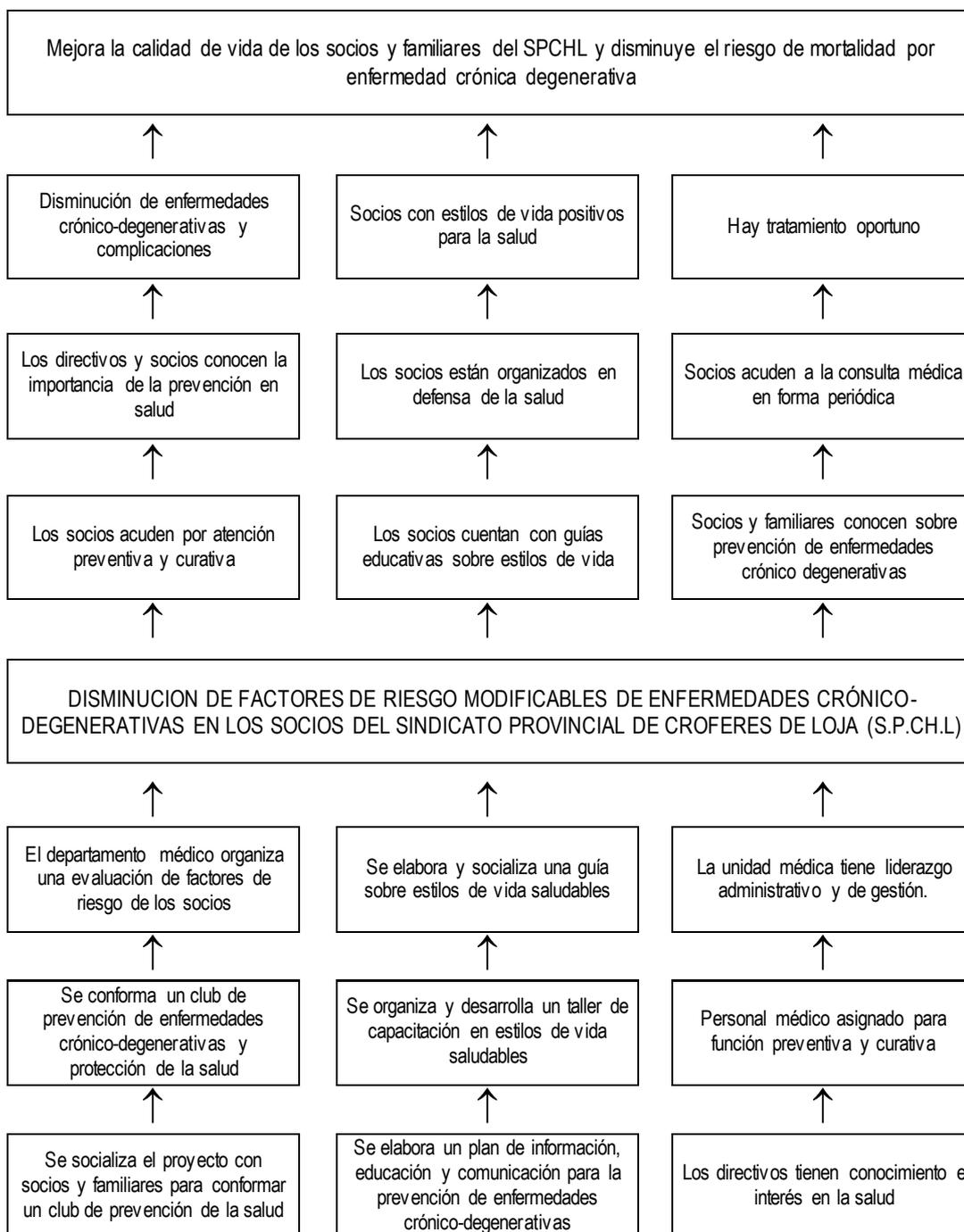
## A. MATRIZ DE INVOLUCRADOS

<b>Grupo y/o instituciones</b>	<b>Intereses</b>	<b>Recursos y Mandatos</b>	<b>Problemas percibidos</b>
Departamento de salud del S.P.CH.L.	Brindar servicio de calidad y prevenir enfermedades crónico-degenerativas.	Recursos Humanos Recursos materiales Recursos financieros Gerenciar el servicio Aplicar conocimientos adquiridos	Baja asignación de recursos económicos.  Atención médica de carácter curativo.
Socios del S.P.CH.L y sus familiares	Disminuir y evitar la presencia de enfermedades crónico-degenerativa. Mejorar su calidad de vida	Recursos Humanos Aplicar conocimientos adquiridos	HTA Sedentarismo Obesidad Hiperglucemia Dislipidemias
Directivos del S.P.CH.L	Aportar al mejoramiento de la calidad de vida de sus asociados.	R. Humanos R. Materiales R. Financieros.	Deficiente coordinación con el departamento médico y desconocimiento de temas de salud y su problemática.
Estudiante de la Maestría.	Promover la práctica de estilos de vida saludables.  Obtención del título de Magíster.	R. Humanos R. materiales R. financieros Gerenciar el servicio Aplicar conocimientos adquiridos	Presencia de factores de riesgo modificables de enfermedades crónico-degenerativas.

## B. ARBOL DE PROBLEMAS



## C. ARBOL DE OBJETIVOS



### D. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>FIN</b>			
Se contribuye a elevar la calidad de Vida de los socios y familiares del S. CH. Loja, mediante la adopción de estilos de vida saludables.		Observación directa Controles.	Aceptación y apoyo del Directorio Institucional.
<b>PROPÓSITO</b>			
Se disminuye los factores de riesgo de ECD en socios y familiares que acuden a la consulta médica del S.CH. Loja, mediante el plan de atención integral y educación generadora de nuevos estilos de vida.	El 60% de los socios practican de estilos de vida saludables.	Observación directa Documentos Evidencias fotográficas.	Participación voluntaria de los socios y familiares para el cambio en sus estilos de vida. Colaboración de la institución de acuerdo a las necesidades.
<b>RESULTADOS</b>			
1. Club de prevención de las enfermedades crónico-degenerativas y protección de la salud conformado y organizado.	Club conformado cuenta con Plan de Acción.	Registros de actas Oficios	Directiva del club y departamento médico coordinando espacio físico para las actividades.
2. Plan de Información y educación para la prevención de Enf. Crónico-degenerativas elaborado y ejecutado.	100% del Plan de IEC implementado al final del proyecto.	Registros de asistencia. Memorias del taller Observación directa.	Apoyo institucional participando activamente en el desarrollo del proyecto.
4. Existe liderazgo administrativo y de gestión del departamento médico del Sindicato de Choferes Profesionales de Loja.	80% de reuniones sindicales con participación de algún miembro de salud.	Actas de Reuniones Acuerdos y compromisos Evidencias fotográficas.	Ayuda del directivo en fortalecer el desarrollo.

	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
<b>RESULTADO 1 Club de prevención de las enfermedades crónico-degenerativas y protección de la salud conformado y organizado.</b>			
1.1 Reunión con socios y familiares para conformar el club de prevención y realizar actividades.	Comité Participativo	Abril 2010	Material de oficina
1.2 Club de socios y familiares conformado y con roles definidos.	Maestrante	Abril 2010	
1.3 Evaluación a los integrantes del club antes de la intervención.	Maestrante	Abril 2010	Material de oficina Realización de exámenes
<b>RESULTADO 2. Plan de Información y educación para la prevención de Enf. Crónico-degenerativas elaborado y ejecutado.</b>			
<b>FASE DE CAPACITACIÓN</b>			
2.1 Elaboración del plan IEC	Comité de Salud y Prevención de Enfermedades	Mayo 2010	Material de Oficina
2.2 Planificación y ejecución de talleres de capacitación.	Maestrante	Junio 2010	Material de oficina, Infocus, diapositivas
2.3. Elaboración de la guía acorde a la realidad de los socios.	Nutricionista y Maestrante	Junio 2010	Material de Oficina
2.4. Evaluación y control al final de la intervención	Maestrante	Septiembre 2010	Exámenes de laboratorio
<b>RESULTADO 3. Existe liderazgo administrativo y de gestión del departamento médico del Sindicato de Choferes Profesionales de Loja.</b>			
3.1 Socialización del proyecto con directivos de la institución.	Maestrante	Marzo 2010	Material de oficina Infocus, diapositivas
3.2 Gestión del financiamiento con los directivos de la institución para el desarrollo del proyecto.	Departamento médico	Marzo 2010	Material de oficina

## 9.-RESULTADOS

## **RESULTADO 1**

### **CLUB DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS Y PROTECCIÓN DE LA SALUD CONFORMADO Y ORGANIZADO.**

Este resultado se logró en base a las siguientes actividades:

- 1.1. Reunión con socios y familiares para conformar el Club de prevención y planificar actividades**
- 1.2. Club de socios y familiares conformado y con roles definidos**
- 1.3. Plan de actividades para desarrollar en el club**
- 1.4. Evaluación antes de la intervención**

#### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES:**

- 1.1. Reunión con socios y familiares para conformar el Club de prevención y planificar actividades**

El departamento médico y los directivos de la institución acordaron en invitar a los socios, familiares y personal para la socialización del proyecto e integrar la directiva del club.

Se definió fecha y se realizó la convocatoria respectiva para la socialización y conformación del club de prevención hacia nuevos estilos de vida. (Anexo 2).

En la fecha anunciada se instaló la sesión con cuarenta y tres participantes, la autora del proyecto la dirigió y el personal institucional apoyo en el control, se dio el agradecimiento por la concurrencia efectuada, informándoles minuciosamente los objetivos básicos de la reunión, tratando de explicarles de una manera clara, precisa y amena,

para luego estructurar la directiva del club.



**Foto 1. Reunión con socios y Familiares para conformar el club.**



**Foto 2. Directiva del CLUB.**

## **1.2. Club de socios y familiares conformado y con roles definidos:**

La Directiva quedó conformada por personas muy interesadas en empoderarse del proyecto, las cuales por su dinamismo son las que coordinaron acciones de gestión, ejecución y evaluación del proyecto.

- Sr. Luis Alulima como Presidente
- Sra. Olga Ortega como Vicepresidenta
- Sr. Jorge Carrión como Secretario
- Sr. Eduardo Montaña y Sra. Rosita Cueva como Asuntos Sociales.

Se informó por medio de oficio al Consejo de Administración sobre la conformación de la directiva del club de prevención hacia nuevos estilos de vida para prevenir enfermedades metabólicas y crónicas degenerativas, teniendo la aceptación del mismo.

Se acordó que la directiva estableciera responsabilidades y actividades a realizarse, estableciendo un programa de trabajo que los oriente en todas las acciones a realizar.

### **1.3. Plan de actividades para desarrollar en el club**

Entre las actividades que realizarían los directivos del Club:

- Evaluación de los factores de riesgo presentes en los socios, mediante encuestas pre-elaborados.
- Reuniones periódicas con socios para socializar los resultados.
- Organización de actividad deportiva mensual.
- Evaluación y seguimiento del proyecto.

### **1.4. Evaluación antes de la intervención:**

El proceso de evaluación antes de la intervención tiene como objeto partir de una base y apoyar a los involucrados a continuar con las normas establecidas para generar buenos estilos de vida e incentivarlos en los momentos de indecisión o deserción.

En cada evaluación y control se realizarán compensaciones al esfuerzo de cada participante con actividades interactivas beneficiosas para la salud.

1.- En la socialización del proyecto se capacitó a los presentes sobre el tema expuesto, para despertar su curiosidad e interés de concurrir a las invitaciones posteriores de las charlas que se darían.

2.- Se procedió a todos los presentes a tomarles los indicadores antropométricos (circunferencia abdominal, índice de masa corporal, tensión arterial) e indicadores químicos (glucosa, colesterol, triglicéridos), para posteriores comparaciones y controles.

Se obtuvo los siguientes resultados al inicio de la intervención:

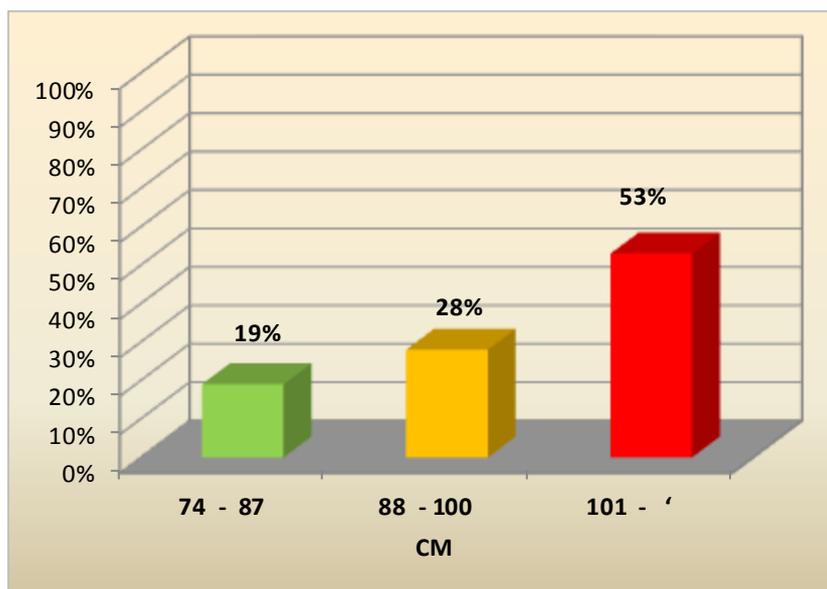
**CUADRO N° 1**  
**MEDICION DE CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL DE LOS SOCIOS Y FAMILIARES DEL S.P.CH.L. AL INICIO DEL PROYECTO**

<b>CM</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
74 - 87	8	19%
88 - 100	12	28%
> 101	23	53%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO NRO. 1**  
**MEDICION DE CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL DE LOS SOCIOS Y FAMILIARES DEL S.P.CH.L. AL INICIO DEL PROYECTO**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

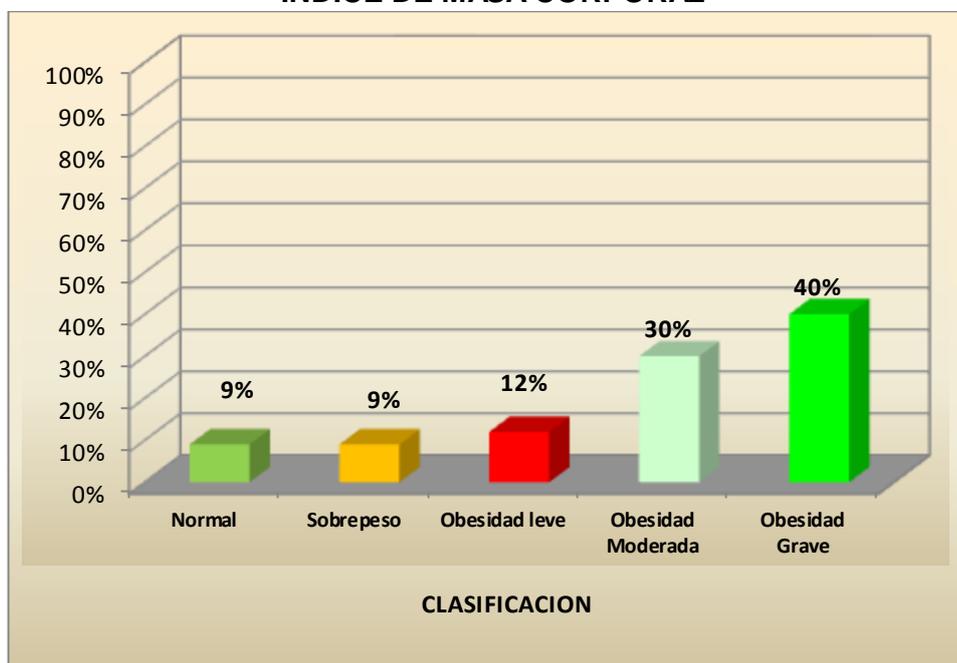
**CUADRO Nº 2  
INDICE DE MASA CORPORAL**

<b>CLASIFICACION</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Normal	4	9%
Sobrepeso	4	9%
Obesidad leve	5	12%
Obesidad Moderada	13	30%
Obesidad Grave	17	40%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO NRO. 2  
INDICE DE MASA CORPORAL**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

Tanto en el gráfico anterior como en el presente se observa un alto porcentaje de un perímetro abdominal elevado y presencia de obesidad en los socios.

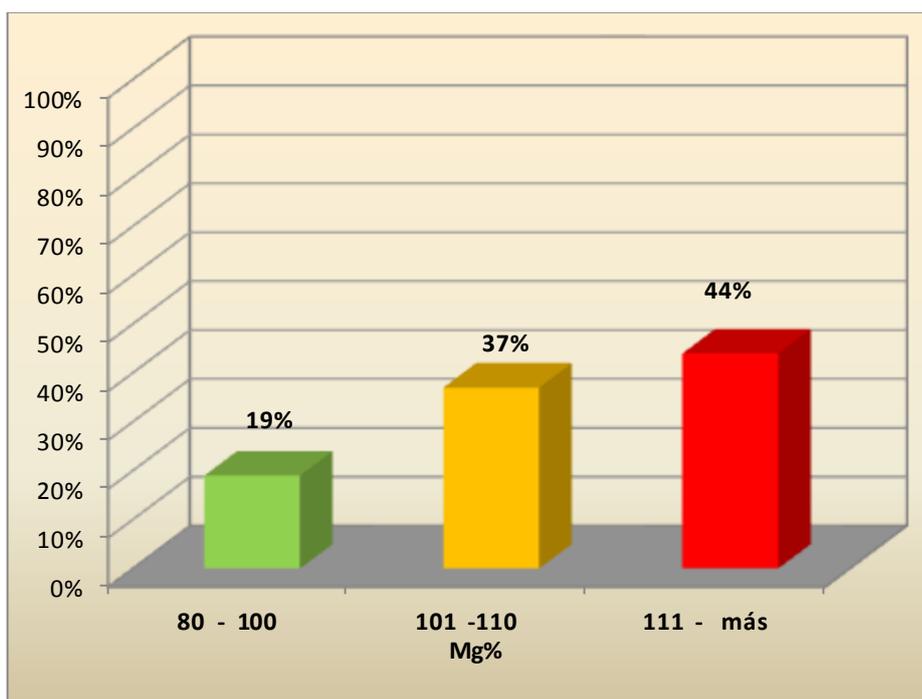
**CUADRO Nº 3  
VALORES DE GLUCOSA**

<b>Mg/dl</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
80 - 100	8	19
101 -110	16	37
111 - más	19	44
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO NRO.3  
VALORES DE GLUCOSA**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

El 44% de los socios intervenidos presentó valores de glucosa más altos del límite normal.

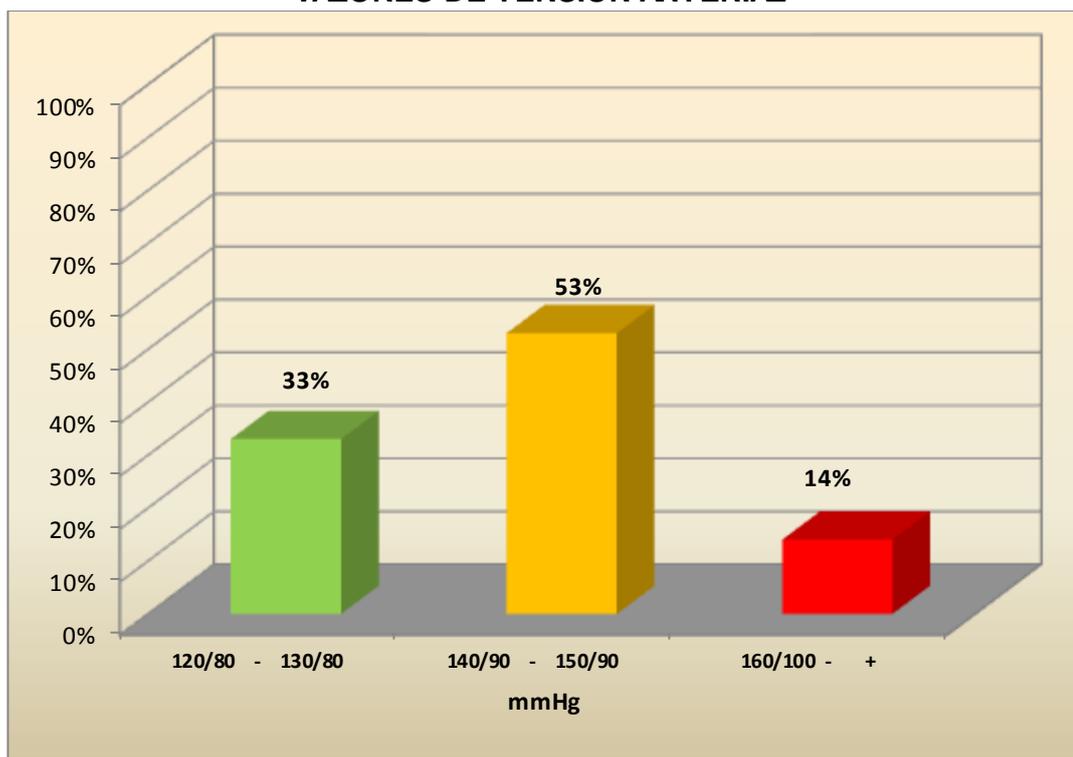
**CUADRO N° 4  
VALORES DE TENSION ARTERIAL**

mmHg	Nº	%
120/80 - 130/80	14	33
140/90 - 150/90	23	53
160/100 - +	6	14
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO NRO. 4  
VALORES DE TENSION ARTERIAL**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

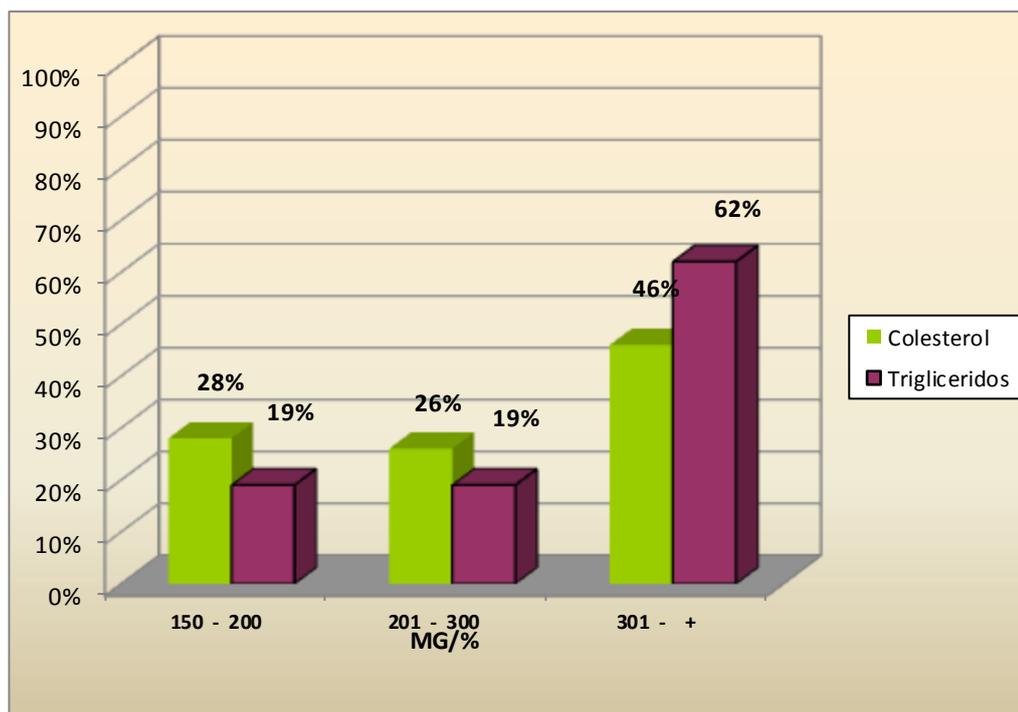
El 67% de los participantes intervenidos presentó valores de tensión arterial por arriba de lo normal, o sea eran hipertensos.

**CUADRO Nº 5  
PERFIL LIPIDICO**

<b>MG/ %</b>	<b>COLESTEROL</b>	<b>%</b>	<b>TRIGLICERIDOS</b>	<b>%</b>
150 - 200	12	28	8	19
201 - 300	11	26	8	19
301 - +	20	46	27	62
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos  
**Elaboración:** La autora

**GRAFICO NRO.5  
PERFIL LIPIDICO**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos  
**Elaboración:** La autora

Así mismo en relación a los triglicéridos y colesterol se encontró en más del 50% de los participantes valores más elevados de lo normal.

## **ANÁLISIS**

Como se puede observar los valores en cada uno de los parámetros realizados se encuentran elevados, notándose un inicio en ciertos casos de enfermedades metabólicas a desarrollarse, por desconocimiento o descuido en su salud ya que generalmente estas enfermedades en sus etapas iniciales son silenciosas que se las puede detectar en chequeos preventivos.

## **OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:**

Se cumplieron las actividades planificadas en las fechas señaladas con una masiva (Cuánto? 100%) asistencia de los socios del sindicato.

## **INDICADOR:**

Club conformado y con reuniones periódicas.

Se logró integrar el club y nombrar la directiva luego con los directivos del Sindicato se definieron las funciones del comité y fechas de reuniones para las capacitaciones. **Llegándose a cumplir el 100% de actividades para este objetivo.**

## **RESULTADO 2**

### **PLAN DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENF. CRÓNICO-DEGENERATIVAS ELABORADO Y EJECUTADO.**

Para cumplir con este resultado se realizaron las siguientes actividades:

#### **2.1. Elaboración del plan de capacitación**

#### **2.2. Planificación y ejecución de los talleres de capacitación**

#### **2.3. Elaboración de una guía acorde a la realidad de los socios**

#### **2.4. Evaluación y control al final de la intervención**

### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES:**

#### **2.1. Elaboración del plan de capacitación**

Tomando en cuenta los resultados encontrados al realizar el diagnóstico situacional, la capacitación se orientó en base a informar y sensibilizar en los siguientes temas:

- Tipos de actividad física: sedentarios, activos, obesos
- Tipos de alimentos: esenciales y nocivos para el ser humano
- Dieta equilibrada de acuerdo al individuo y su actividad física
- Actividad física asociada al cambio de estilos de vida
- Prevención de enfermedades adquiridas por los malos estilos de vida y sus complicaciones
- Indicadores antropométricos (peso, talla, circunferencia abdominal)
- Indicadores bioquímicos (glicemia y perfil lipídicos)

#### **1. FASE DE CAPACITACION: INFORMACION**

#### **2. FASE DE EVALUACIÓN INICIAL**

2.3. INDICADORES

2.4. CONOCIMIENTOS

### **3. FASE DE EVALUACIÓN FINAL**

3.3. INDICADORES

3.4. CONOCIMIENTOS

## **2.2. Planificación y ejecución de los talleres de capacitación:**

Se planificó el desarrollo de 2 talleres de capacitación sobre Estilos de vida Saludables, se definió la fecha con a la ayuda de los directivos del sindicato quienes contribuyeron realizando la convocatoria al taller que se realizó en el mes de junio de 2010

Los talleres se desarrollaron de la siguiente manera:

1.- La maestrante vio necesario la participación de un profesional especialista en el tema sobre estilos de vida saludable, y aprovechando la oportunidad que las Cooperativas de taxis se capacitaban en conducción, el directorio nos proporcionó el apoyo con un expositor colombiano y junto a los maestrantes en el apoyo logístico y de control.

2.- Asistieron sesenta y tres señores conductores de las cooperativas de taxis, de buses, y familiares de socios (Anexo 3)

3.- Un segundo taller se dio en fecha indicada (Anexo 4), según la agenda de actividades (Anexo 5), aplicando el PRE TEST (Anexo 6) a los participantes presentes, para evaluar sus conocimientos sobre la temática.

## **2.3. Elaboración de la guía acorde a la realidad de los socios.**

Se elaboró una guía basada en todas las investigaciones sobre estilos de vida

saludable y adaptándola a la realidad de cada uno de los participantes, teniendo en cuenta que esta no debe ser estricta ni demasiado suave.

El objetivo principal de esta guía es conocer y orientar al personal de la institución como a los socios y familiares, los beneficios en sus cambios de conducta hacia un estilo de vida saludable para gozar de buena salud, lograr un medio de trabajo equilibrado, compensatorio y no nocivo, por lo cual cada individuo la aplicará a su mejor conveniencia.

#### **a. Revisión y corrección de la guía:**

Luego del primer taller y de reuniones con la directiva del club y personas claves como un especialista en medicina interna se realizó correcciones a la guía para un entendimiento más claro de los socios y que cumpla su objetivo.

Además esta guía fue revisada y corregida por la Directora de tesis y por el Consejo de Administración de la Institución quienes presentaron sugerencias y correcciones.

#### **b. Reproducción del documento:**

Una vez realizada la revisión y corrección de los primeros borradores se procedió a la impresión del documento final buscando una técnica de impresión llamativa e interesante para los socios y familiares de la institución. **Ver Anexo 3**

#### **c. Socialización y entrega de la guía a los socios del Sindicato provincial de choferes de Loja:**

En una reunión de capacitación con la presencia de los directivos, socios y familiares del Sindicato se procedió a la entrega de la guía previa una explicación de su contenido y orientación para su uso.



Foto 3. Guía para uso de los socios.

Además se entregó un folleto al Secretario General y Consejo de Administración sobre ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS EN EL S.P.CH.L., siendo motivo de felicitaciones y congratulaciones por el proyecto de acción realizado.

## 2.4. Evaluación y control al final de la intervención

### RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PREVIA DE SOCIOS VOLUNTARIOS

En la evaluación previa se observó los siguientes resultados:

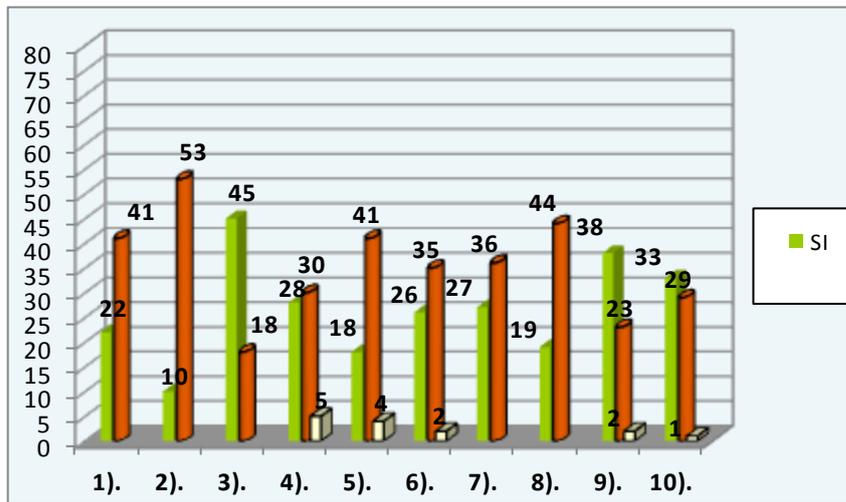
**CUADRO Nº 6**  
**EVALUACION DE CONOCIMIENTOS PREVIA EJECUCION DEL TALLER DE**  
**CAPACITACION SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (PRE TEST)**

Nº	ENUNCIADOS	SI	NO	BLANCO
1)	Tiene conocimientos sobre los estilos de vida saludable.	22	41	
2)	Conoce sobre las enfermedades metabólicas.	10	53	
3)	Cree que usted y su familia llevan un estilo de vida saludable.	45	18	
4)	Cree usted que el tabaco, sedentarismo, alcohol, obesidad son factores predisponentes para enfermedades cardiovasculares.	28	30	5
5)	Sabe cuáles son las causas de Diabetes.	18	41	4
6)	Sabe cuáles son las causas de Hipertensión arterial.	26	35	2
7)	Realiza algún tipo de deporte durante la semana.	27	36	
8)	Se da tiempo de comer a las horas en familia.	19	44	
9)	Le gusta ingerir comida rápida (hamburguesa, papas fritas, pollo frito).	38	23	2
10)	Conoce lo nocivo de ingerir comidas rápidas para su vida y su salud.	33	29	1

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO N° 6**  
**EVALUACION DE CONOCIMIENTOS PREVIA EJECUCION DEL TALLER DE**  
**CAPACITACION SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (PRE TEST)**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

Los asistentes que participaron del taller de capacitación fueron en su mayoría choferes profesionales, con muy escaso conocimiento del tema, pero otros si dominaban el mismo pues tenían un nivel educativo superior, los resultados en su mayoría evidenciaron la necesidad de capacitar a los participantes de manera continua ya que el tema es muy controversial y de difícil aceptación de normas ya implantadas por los involucrados. Como experiencia personal aprendimos que no solo basta con saber y decir que está bien o mal, sino que debemos buscar diferentes maneras de llegar al pensamiento positivo de las personas.

El taller prosiguió con la expectativa e interés de los asistentes a los demás contenidos del taller:

- Tipos de estilo de vida
- Tipos de alimentos nocivos a la salud
- Dieta equilibrada e individualizada
- Actividad física (caminatas, aeróbicos, acordes a la edad)
- Prevención de las enfermedades

- Indicadores antropométricos (peso, talla, perímetro abdominal)
- Indicadores bioquímicos (glucosa, perfil lipídicos)

Se observó el interés de los participantes en este taller, ya que la metodología empleada fue muy participativa, organizando grupos para analizar sus fortalezas y debilidades en sus estilos de vida, expusieron sus análisis, como expresaron sus compromisos de cambios ya que reflexionaban en que calidad de vida se estaban dando particularmente cada uno de ellos, lo cual esto se llevaría a cabo con la unidad familiar reflexiva,

Se procedió a tomar las mediciones antropométricas a los presentes y realizar el estudio de laboratorio, para el inicio del proyecto y comparar al finalizar el mismo, manifestando la necesidad de que los presentes acuden al llamado del departamento médico cuando este sea necesario. Previa la finalización del evento se aplicó el POS TEST (mismo formato del PRE TEST) para analizar los conocimientos adquiridos y la captación del personal capacitado.

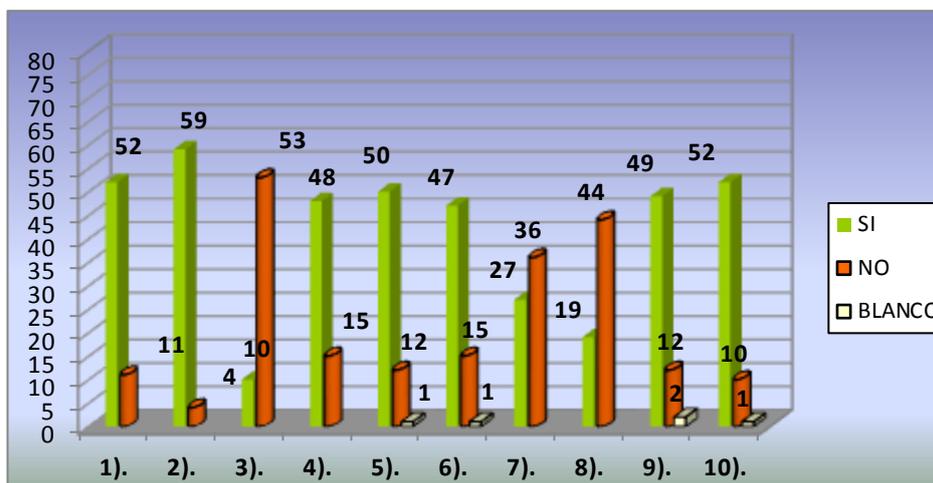
#### **CUADRO Nº 7 EVALUACION DE CONOCIMIENTOS POSTERIORES AL TALLER DE CAPACITACION (POS TEST)**

<b>N.-</b>	<b>ENUNCIADOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>BLANCO</b>
1.	Tiene conocimientos sobre los estilos de vida saludable.	52	11	
2.	Conoce sobre las enfermedades crónico degenerativas	59	04	
3.	Cree que usted y su familia llevan un estilo de vida saludable.	10	53	
4.	Cree usted que el tabaco, sedentarismo, alcohol, obesidad son factores predisponentes para enfermedades cardiovasculares.	48	15	
5.	Sabe cuáles son las causas de Diabetes.	50	12	1
6.	Sabe cuáles son las causas de Hipertensión arterial.	47	15	1
7.	Realiza algún tipo de deporte durante la semana.	27	36	
8.	Se da tiempo de comer a las horas en familia.	19	44	
9.	Le gusta ingerir comida rápida (hamburguesa, papas fritas, pollo frito).	49	12	2
10.	Conoce lo nocivo de ingerir comidas rápidas para su vida y su salud.	52	10	1

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO N° 7  
EVALUACION DE CONOCIMIENTOS POSTERIORES AL TALLER DE  
CAPACITACION (POS TEST)**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos  
**Elaboración:** La autora

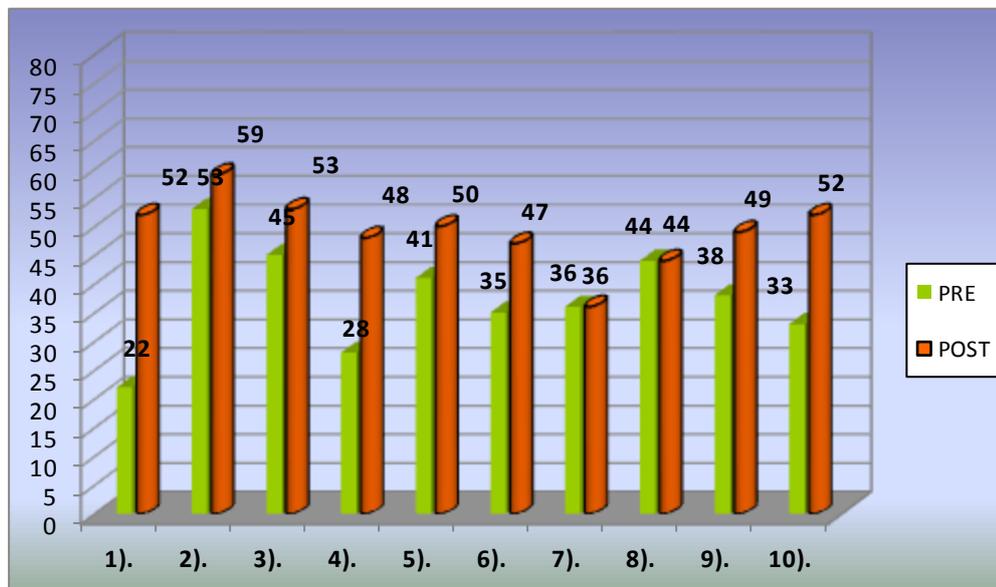
El proceso de la capacitación permitió a los presentes dilucidar algunos interrogantes sobre la inadecuada alimentación que mantenían y sus complicaciones, cabe anotar que se observó un grupo de participantes que no asumían este empoderamiento al cambio, existiendo un marcado hermetismo expresivo referente al tema.

**CUADRO N° 8  
ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PRE Y POS TEST APLICADO EN EL  
TALLER DE CAPACITACIÓN**

N.-	ENUNCIADOS	PRE	POST
1.	Tiene conocimiento sobre los estilos de vida saludable	22	52
2.	Conoce sobre las enfermedades crónico degenerativa	53	59
3.	Cree que usted y su familia llevan un estilo de vida saludable	45	53
4.	Cree usted que el tabaco, sedentarismo, alcohol y obesidad son factores predisponente de enfermedades cardiovasculares.	28	48
5.	Sabe cuáles son las causas de Diabetes	41	50
6.	Sabe cuáles son las causas de Hipertensión	35	47
7.	Realiza algún tipo de deporte durante la semana	36	36
8.	Se da tiempo de comer a las horas en familia	44	44
9.	Le gusta ingerir comida rápida (hamburguesas, papas fritas, pollo frito)	38	49
10.	Conoce lo nocivo de ingerir comidas rápidas para su vida y salud	33	52

**Fuente:** Ficha de recolección de datos  
**Elaboración:** La autora

**GRAFICO Nº 8**  
**ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PRE Y POS TEST APLICADO EN EL**  
**TALLER DE CAPACITACIÓN**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

Los conocimientos antes y luego del taller de capacitación nos demuestra que al inicio (PRE TEST) por razones ajenas a nuestro pensar ellos contestaron sin meditar a conciencia, luego de la capacitación se vio una contestación reflexiva de expresar cuál es su realidad y asumir con decisión su verdadero estilo de vida, teniendo el impacto deseado de meditar y buscar sus propias alternativas.(Anexo 7)

A los 3 meses de elaborado el proyecto se realizó una evaluación y monitoreo, convocando a los socios y familiares de la institución para evaluarlos, aplicando el mismo test de inicio, se les evaluó su perfil antropométrico e indicadores bioquímicos y se aprovechó una retroalimentación de conocimientos, obteniendo el siguiente resultado:

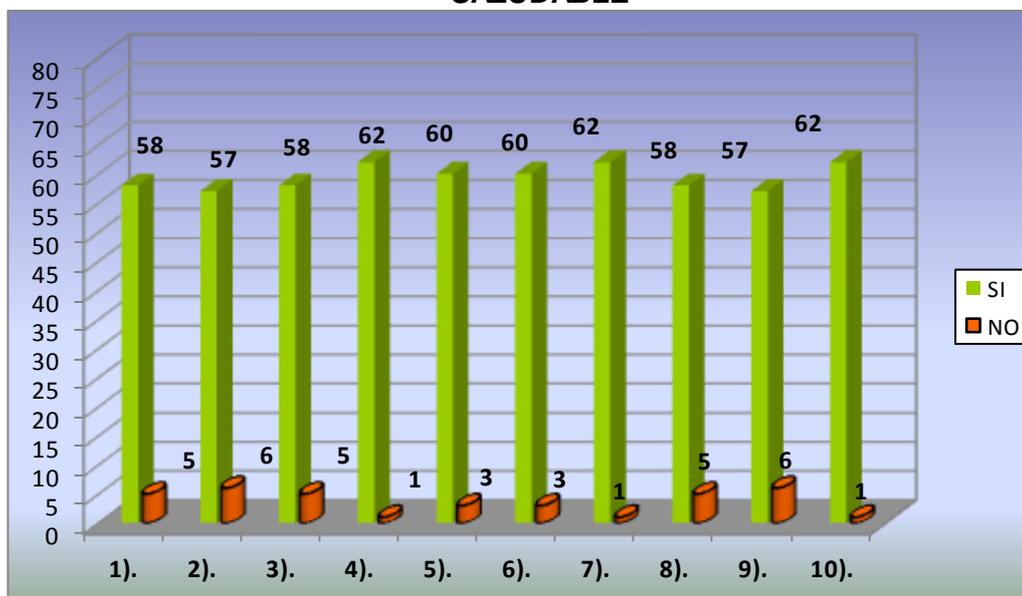
**CUADRO N° 9  
EVALUACION FINAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE ESTILOS DE VIDA  
SALUDABLE**

N.-	ENUNCIADOS	SI	NO
1	Tiene conocimiento sobre los estilos de vida saludable	58	5
2	Conoce sobre las enfermedades crónico degenerativa	57	6
3	Cree que usted y su familia llevan un estilo de vida saludable	58	5
4	Cree usted que el tabaco, sedentarismo, alcohol y obesidad son factores predisponente de enfermedades cardiovasculares.	62	1
5	Sabe cuáles son las causas de Diabetes	60	3
6	Sabe cuáles son las causas de Hipertensión	60	3
7	Realiza algún tipo de deporte durante la semana	62	1
8	Se da tiempo de comer a las horas en familia	58	5
9	Le gusta ingerir comida rápida (hamburguesas, papas fritas, pollo frito)	57	6
10	Conoce lo nocivo de ingerir comidas rápidas para su vida y salud	62	1

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO N° 9  
EVALUACION FINAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE ESTILOS DE VIDA  
SALUDABLE**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

## 2.4. Evaluación de control

Luego de la capacitación motivación los socios se comprometieron a adoptar estilos de vida saludables y preventivos, para ellos cada uno realizará un Plan de vida personal y familiar. A los cinco meses se realizó un control aplicándose la misma ficha de inicio, y al final a los socios que decidieron aceptar la intervención, obteniéndose los siguientes resultados:

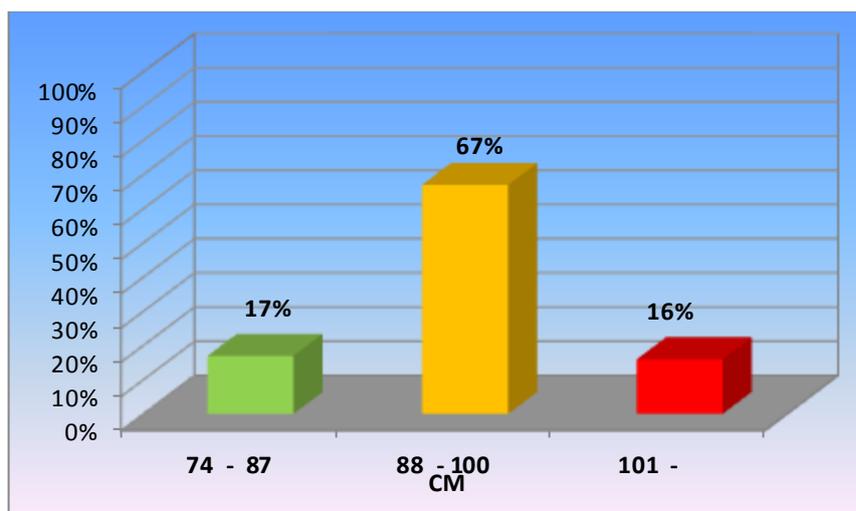
**CUADRO N° 10**  
**MEDICION DE CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL DE LOS SOCIOS Y FAMILIARES DEL S.P.CH.L. AL FINAL DEL PROYECTO**

CM	Nº	%
74 - 87	11	17%
88 - 100	42	67%
101 -	10	16%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO N° 10**  
**MEDICION DE CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL DE LOS SOCIOS Y FAMILIARES DEL S.P.CH.L. AL FINAL DEL PROYECTO**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

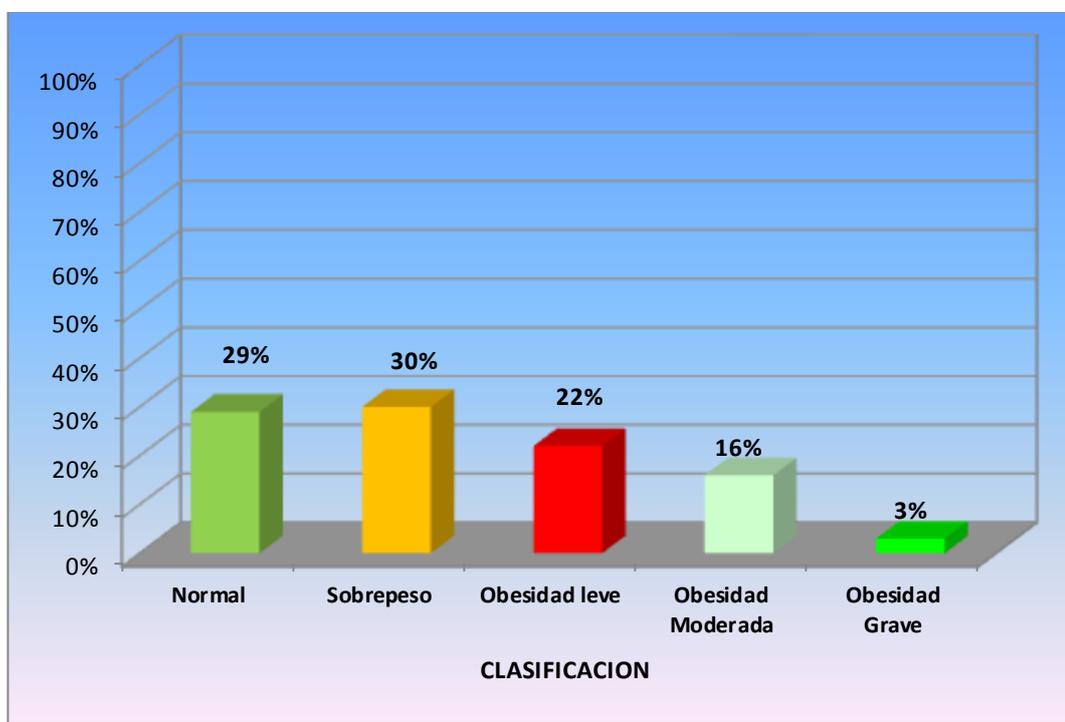
**CUADRO N° 11  
INDICE DE MASA CORPORAL**

<b>CLASIFICACION</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Normal	18	29
Sobrepeso	19	30
Obesidad leve	14	22
Obesidad Moderada	10	16
Obesidad Grave	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO N° 11  
INDICE DE MASA CORPORAL**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

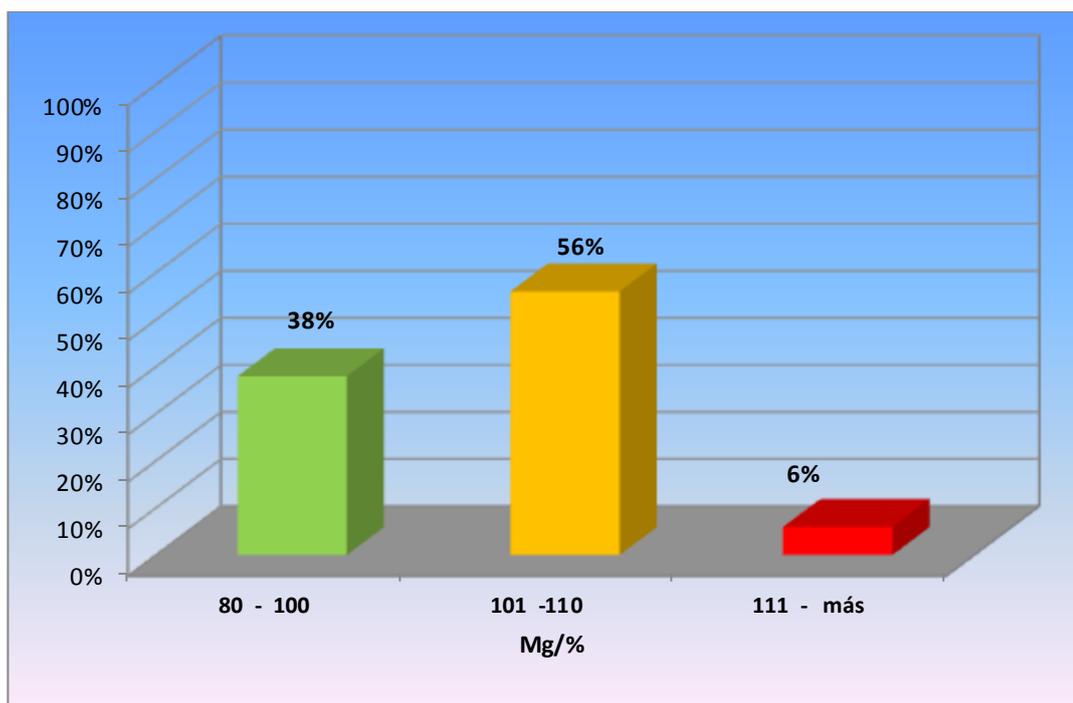
**CUADRO N° 12  
VALORES DE GLUCOSA**

<b>Mg/%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
80 - 100	24	38
101 -110	35	56
111 - más	4	6
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO NRO. 12  
VALORES DE GLUCOSA**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

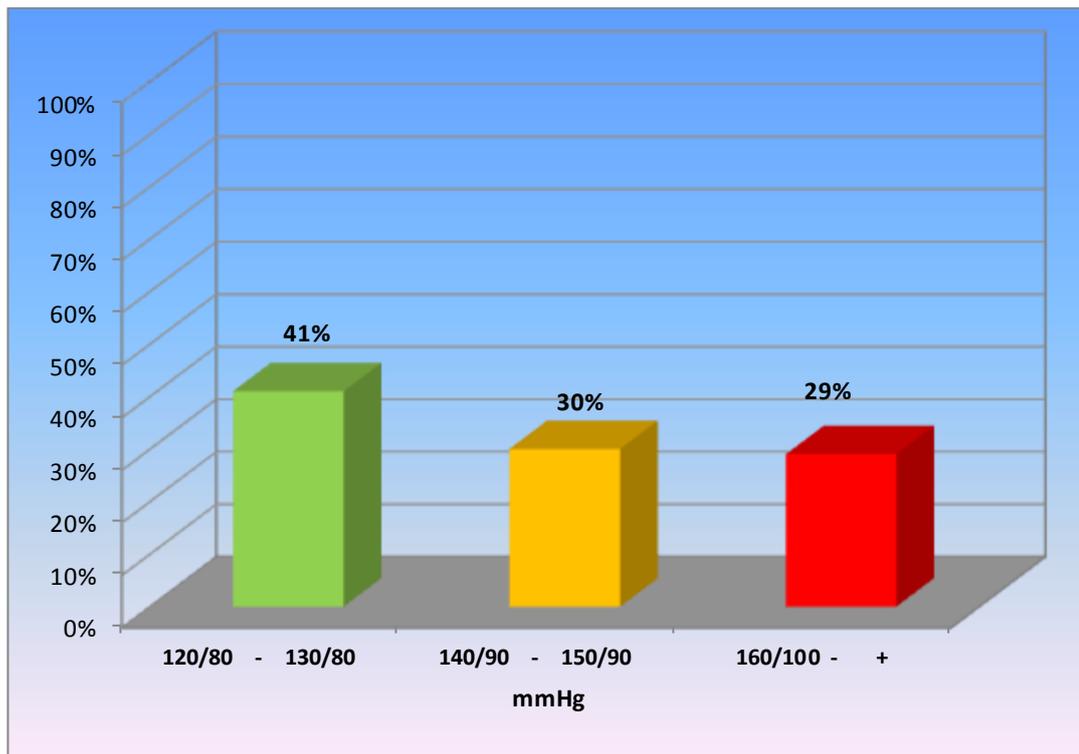
**CUADRO N° 13  
VALORES DE TENSION ARTERIAL**

mmHg	Nº	%
120/80 - 130/80	26	41
140/90 - 150/90	19	30
160/100 - +	18	29
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO N° 13  
VALORES DE TENSION ARTERIAL**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

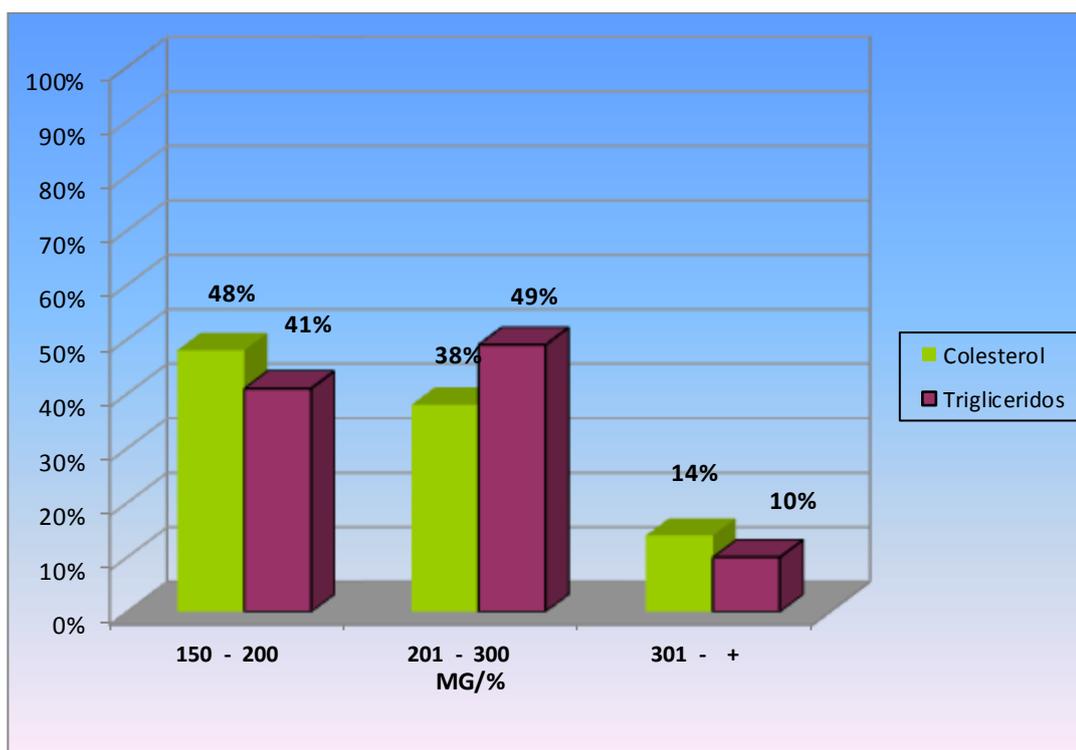
**CUADRO N° 14  
PERFIL LIPIDICO**

<b>MG/ %</b>	<b>COLESTEROL</b>	<b>%</b>	<b>TRIGLICERIDOS</b>	<b>%</b>
150 - 200	30	48	26	41
201 - 300	24	38	31	49
301 - +	9	14	6	10
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**GRAFICO N° 14  
PERFIL LIPIDICO**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Elaboración:** La autora

**ANÁLISIS:**

Al final del proyecto se los volvió a evaluar y tomar sus perfiles antropométricos y de laboratorio, se evidenció que los resultados son satisfactorios. Existe aún un pequeño porcentaje de participantes que presentan las posibilidades de generar enfermedades crónicas degenerativas, y el otro grupo mejoró en cuanto a sus perfiles y su calidad de vida.

**INDICADOR:**

Se logró cumplir el 100% de actividades planificadas para este objetivo

## **RESULTADO 3**

### **EXISTE LIDERAZGO ADMINISTRATIVO Y DE GESTIÓN DEL DEPARTAMENTO MÉDICO DEL SINDICATO DE CHOFERES PROFESIONALES DE LOJA**

Este resultado se logró en base a las siguientes actividades:

- 3.1. Socialización del proyecto con directivos de la institución.**
- 3.2. Gestión para el financiamiento con los directivos de la institución para el desarrollo del proyecto.**

#### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES:**

- 3.1. Socialización del proyecto con directivos de la institución.**



**Foto 4. Socialización del proyecto con directivos del Sindicato Provincial de Choferes de Loja**

En reunión realizada el 21 de marzo del 2007 entre el maestrante y los

directivos de la institución se les explicó la problemática encontrada y de forma justificada, se presentó los objetivos para escoger el tema y presentar el proyecto, para lo cual se demostró las herramientas usadas para llegar a esta definición como son: el diagnóstico, el diseño metodológico con su matriz de involucrados, árbol de problemas, árbol de objetivos, y matriz de marco lógico, recibiendo las felicitaciones y por tanto la aprobación para la ejecución y desarrollo del mismo. (Anexo 1).

### **3.2. Gestión para el financiamiento con los directivos de la institución para el desarrollo del proyecto.**

Se realizó una reunión con los directivos de la institución para presentar el perfil epidemiológico de la atención en consulta en del departamento médico, la planificación del proyecto y el presupuesto requerido. Se definió las actividades desglosadas a realizarse durante el estudio, informándoles que se darían las capacitaciones al personal de la institución como a los socios y familiares para que se empoderen del proyecto, el Secretario General y el Consejo de Administración, se motivaron ante este proyecto, y brindaron todo el apoyo necesario, incluido el financiamiento económico para llevarlo a cabo, por ser la primera vez que se realiza este tipo de investigación en la institución deseando éxitos en su desarrollo y buena ventura. Solicitando además que cada dos meses se presente un informe de cómo se llevaba a cabo este estudio, aceptando las sugerencias expuestas

### **OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:**

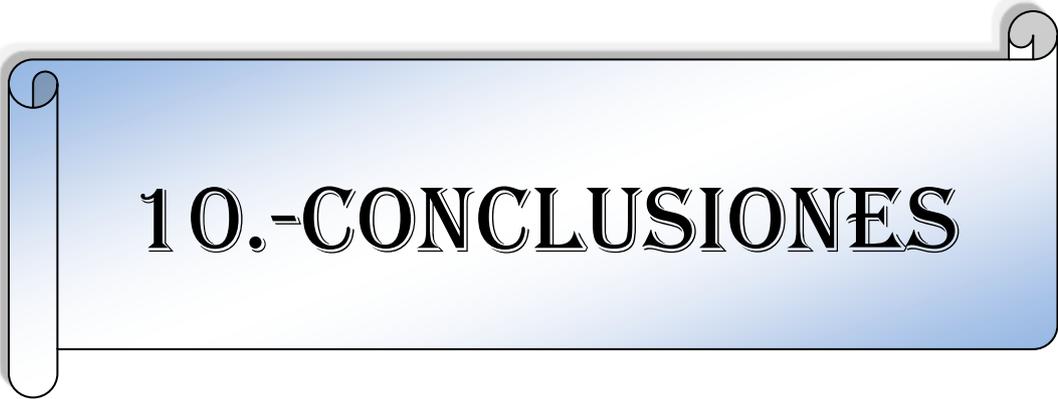
Ante la presentación de las principales causas de morbilidad que se atienden en el departamento médico del Sindicato de Choferes de Loja, los directivos se sorprendieron que se puede prevenir gran parte de estas patologías mediante cambios en el estilo de vida y que con un plan de información y educación era posible disminuir o retrasar la presencia de estas patologías que no requería

mayor inversión.

Como sugerencia ante la experiencia vivida hace falta que los profesionales de las instituciones de salud busquen formas de involucrar a los usuarios en ser actores de su propia vida y salud.

**INDICADOR:**

El maestrante se involucra en las decisiones del Sindicato para organización del departamento médico. Se logró que los directivos escuchen, acepten y aprueben la ejecución del proyecto en el 100% de sus aspectos incluido el financiamiento.



## 10.-CONCLUSIONES

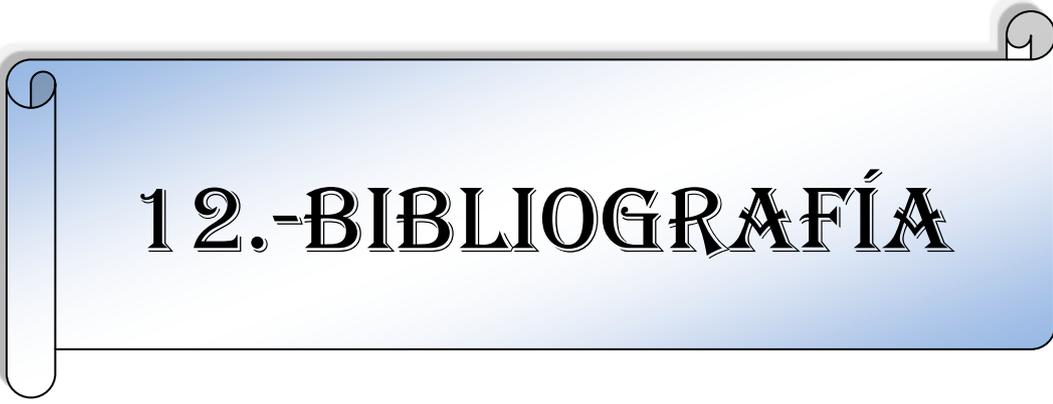
## 10. CONCLUSIONES

- ✓ Se organizó el club de prevención de enfermedades crónico-degenerativas y protección de salud con los socios y familiares el cual tuvo reuniones periódicas y cumplió con la planificación realizada.
- ✓ Con la socialización y colaboración de los directivos del Sindicato Provincial de Choferes de Loja se logró implementar un plan de información, educación y comunicación en salud dirigido a los choferes en relación a la prevención de enfermedades crónico-degenerativas.
- ✓ En base al diagnóstico realizado se y tomando en cuenta las necesidades de los socios se elaboró la guía educativa y el contenido de las charlas que se impartieron en los talleres sobre estilos de vida saludables, para disminuir los factores de riesgo de enfermedades crónico degenerativas.
- ✓ Luego de la socialización del proyecto los directivos del Sindicato Provincial de Choferes de Loja se empoderaron de las necesidades del departamento médico y aprobaron el presupuesto para el proyecto permitiendo una mejora en la calidad de gestión administrativa.
- ✓ Se implementó en las normas del departamento médico las actividades que se realizarán permanentemente de capacitación y control para identificación de los factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas.

# 11.-RECOMENDACIONES

## 11. RECOMENDACIONES

- ✓ Proponer la realización de nuevos proyectos favorables para la salud de los socios y familiares del S.P.CH.L.
- ✓ Continuar activo el Club de socios y familiares para que sean los portadores de las necesidades y dar solución a los posibles problemas presentados.
- ✓ Mantener la capacitación tanto a los socios, familiares y al personal del departamento médico, para que sean portavoces de los que aún por razones ajenas no se incluyen en los programas.
- ✓ Revisar y actualizar la guía del programa las veces necesarias con los correctivos a la realidad del momento.
- ✓ Por estar dentro de las primeras causas de morbilidad las enfermedades crónico degenerativas, es un problema de salud que debe ser tratado no solo en sus patologías individuales, sino corrigiendo las causas subyacentes, cambiando su estilo de vida.

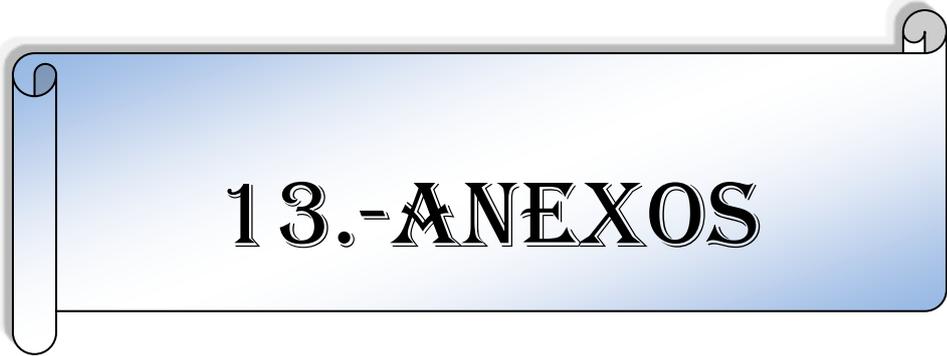


## 12.-BIBLIOGRAFÍA

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Arellano, A. (2011). Prevalencia del síndrome metabólico en adulto del sindicato de choferes profesionales del cantón Pujilí, provincia de Cotopaxi 2011. *Tesis para la obtención del título de Nutricionista y dietética. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo*, 110 páginas.
2. Castillo, A. e. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. *Rev. Cubana Invest. Biomed*, 27, 3 - 4.
3. Castro, J. (2010). Monitoreo del sueño en conductores de omnibus y camiones: factor prevalente para la renovación de la licencia de conducir. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 260 - 266.
4. Castro, V. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60 a 69 años. *Salud Pública de México*, 438 - 447.
5. Córdova, J. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 419 - 427.
6. Córdova, J. e. (2009). Plan de prevención clínica de las enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007 - 2012 y Sistema de indicadores de diabetes en México. *Rev. Mexicana de Cardiología*, 42 - 45.
7. Eckel, R. e. (2005). The metabolic syndrome. *The Lancet*, 1416 - 1423.
8. Gómez, R. e. (2010). El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. *Rev. Perú Med. Esp. Salud Pública*, 379 - 386.
9. Gómez, V. (2008). Factores psicosociales del trabajo y su relación con la salud percibida y la tensión arterial: Un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. *Ciencia y trabajo*, 132 - 138.
10. Grundy, W. e. (2003). The metabolic syndrome, practical guide to origin and treatment, part. 1, . *Circulation*, 14 -23.
11. Guanche, H. e. (2006). Estado de salud de conductores profesionales que circulan por la vía blanca. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2 - 6.
12. Guerra, A. e. (2007). Harmonizing the definition of the metabolic syndrome: comparison of the criteria of the Adult Treatment Panel III and the International Diabetes Federation in United States American and European populations. *Am. J. Cardiol.*, 541 - 544.
13. Guizar, S. e. (2007). Prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en una comunidad rural. *La investigación y el desarrollo tecnológico en Querétaro 2006*, 16 - 17.
14. Hinostroza, J. (2009). Riesgo cardiovascular en conductores de servicio público intermunicipal 2009. *Tesis de la carrera de ciencias del deporte y recreación. Universidad Tecnológica de Pereira*, 48 pág.
15. Ibañez, A. (2005). *Como elaborar un proyecto*. Buenos Aires - Argentina: Edit. Luvén Hvmánitas.

16. Leiner, M. e. (2008). Un nuevo paradigma de la responsabilidad social corporativa. El aumento de enfermedades crónico-degenerativas en la fuerza laboral. *Redalib*, 105 - 119.
17. Misol, C. (2003). La medida del perímetro abdominal. *Formación Continuada*, 11 - 33.
18. Nájera, O. e. (2007). Sobrepeso y obesidad en población adulta de dos centros comunitarios de salud de la ciudad de México. *Rev. Biomed*, 154 - 160.
19. Páez, G. (2009). Beneficio de la fibra dietética en enfermedades crónico-degenerativas. *Rev. Med. Universidad Veracruzana*, 50 -62.
20. Pedragosa, J. (2008). Las enfermedades profesionales de los conductores de camión y autocar. *Salud laboral*, 8 a 10.
21. Pérez, J. (2006). Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Rev. Cubana Ortop. Traumatol*, 2 - 22.
22. Pérez, M. (2008). Prevalencia de enfermedades profesionales con dictamen de invalidez, Región Metropolitana, Años 2005 - 2006. *Ciencia y trabajo*, 113 - 120.
23. Piedra, M. (2006). *Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos*. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.
24. Pineda, E. (1994). *Metodología de la investigación*. México: Organización Panamericana de la Salud.
25. Remolina, A. (2005). Epidemiología de la hipertensión arterial. *Salud Uninorte, Barranquilla*, 95 - 102 .
26. Reyes, A. e. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20(1), 111 - 117.
27. Royo, M. e. (2011). Dislipidemias: u reto pendiente en prevención cardiovascular documento de consenso CEIPC/SEA. *Medicina Clínica*, 30 e1 - 30e13.
28. Socarrás, M. e. (2002). Obesidad: Tratamiento no farmacológico. *Rev. Cubana Endocrinol.*, 35 - 42.
29. Sociedad Colombiana de cardiología. (2009). Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular "Tópicos selectos". *Revista Colombiana de Cardiología*, 268 pag.
30. Todisco, E. e. (marzo de 2010). Epidemiología y prevención. *Epidemiology and cardiovascular prevention*.
31. Velasco, M. (2005). *Planificación estratégica aplicada a la salud*. Quito - Ecuador: Editorial A.H.



# 13.-ANEXOS

## ANEXO 1.

### OFICIO DE SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO CON DIRECTIVOS DEL SINDICATO PROVINCIAL DE CHOFERES DE LOJA

Loja, 19 de marzo del 2010

Sr. Don  
Iván Ludeña  
SECRETARIO GENERAL DEL SINDICATO PROVINCIAL DE CHOFERES DE LOJA  
En su despacho.-

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a usted con la finalidad de presentarle a su autoridad y por su digno intermedio al Consejo de Administración un proyecto para implementar un programa de: PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS Y PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LOS CHOFERES DEL SINDICATO PROVINCIAL DE LOJA; ya que como estudiante de la maestría de: Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, he decido hacer este proyecto para beneficio de los socios del Sindicato y de los pacientes que acuden al departamento médico donde cumplo mis funciones.

Agradezco a usted por anticipado la aceptación al proyecto y desarrollo del mismo.

Atentamente,

  
Dra. María Carpio V.

Aprobado  
19/03/2010  
Juzgado

Aprobado.  
El Jefe de  
preparar presupuesto

## ANEXO 2.

### OFICIO DE CONFORMACIÓN DEL CLUB DE PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Loja, 9 de abril del 2010

*Sr. Don.*

*Nrán Ludeña*

SECRETARIO GENERAL DEL SINDICATO PROVINCIAL DE CHOFERES DE LOJA

En su despacho.-

De mi consideración:

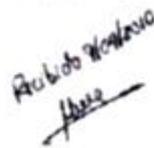
Por medio de la presente me dirijo a usted y por su digno intermedio al Consejo de Administración para comunicarle que el día martes 6 de abril se llevó a cabo la reunión para conformar el Club de prevención de factores de riesgo de Enfermedades crónicas degenerativas, con los socios y familiares de la institución que usted muy acertadamente preside. Así como también la conformación de la directiva del club quedando conformado de la siguiente manera.

- Presidente: Sr. Luis Alalima
- Vicepresidente: Sra. Olga Ortega
- Secretario: Sr. Jorge Apolo
- Asuntos sociales: Sr. Eduardo Montaña
- Asuntos sociales: Sra. Rosita Cueva

Sin otro particular me despido de usted con sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,

  
Dra. María Cargio V.

  
Rubén Montaña

## **MEMORIAS DE LA SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO CON LOS DIRECTIVOS.**

Entidad Ejecutora: Área Médica del Sindicato de Chóferes de Loja

Fecha de Ejecución: 26 de Marzo del 2010.

Lugar: Secretaria General.

Tiempo de desarrollo: 16h00 a 17h30

Expositor: Las maestrantes

Organizadora: Dra. María Carpio

Asistentes: Secretario General, Miembros del concejo directivo.

Para obtener la aprobación del proyecto previamente informamos al secretario general y al concejo de administración que luego de revisar varias Historias Clínicas de los pacientes , estos presentaban factores de riesgo de enfermedades crónico degenerativa como consecuencia de sus malos hábitos alimentarios, sedentarismo marcado, tabaquismo, alcoholismo lo que nos motivo a la implementación y desarrollo de un plan de IEC que consiste en informar educar y comunicar a socios y familiares sobre los riesgos de vida.

Los directivos del consejo de administración se interesaron y preguntaron en qué consistía el proyecto, que tiempo duraría, que tipos de educación se realizaría. A lo que manifestamos que el proyecto tiene una duración de 6 meses y que consiste en concienciar a los socios a cambiar sus estilos de vida mediante los controles periódicos, realización de talleres, y entrega de material informativo.

Manifestando el secretario general que le gustaría ser informado de todas las actividades y resultados que se presenten en el avance de nuestro estudio proporcionando todo el apoyo para la ejecución del mismo.

Terminada la socialización nos sentimos satisfechas por la aceptación obtenida.

## **ACTA DE CONFORMACION DEL CLUB DE PREVENCION DE SOCIOS Y FAMILIARES DEL S.P.CH.L.**

Previa convocatoria personal se cita a los socios y familiares del Sindicato de Chóferes de Loja, que acuden a la consulta, a la sesión a realizarse a las 16h30 del día Martes 08 de Abril del 2010, en el salón social de la institución para informar sobre la implementación de una **PREVENCION DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVA Y PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LOS CHOFERES DEL SINDICATO PROVINCIAL DE LOJA** que será de beneficio para ellos, y posteriormente conformar el **Club de Prevención de los socios y familiares.**

A la sesión asistieron cuarenta y tres pacientes entre socios y familiares, de cuales veinte y cuatro eran del sexo masculino y diez y nueve eran del sexo femenino, se socializo el tema y fue una grata experiencia ya que impacto a cada uno de los presentes la realidad de cómo estaban llevando sus vidas a lo que debería ser, estaba muy distantes. Uno de los presentes manifestaba que el trotaba diariamente una hora, pero no podía dejar de ingerir comida chatarra y presento un incremento del azúcar en la sangre, le explicamos que no solo es la realización de actividad física, sino también que debería modular su alimentación, agregando más vegetales a la ingesta diaria y no ingerir muchos alimentos azucarados, lo cual nos contesto que eso mismo le decía el médico al que acudió en primera instancia, expresando sus felicitaciones por tomar esta iniciativa de controlar el tipo de vida que llevan sus colegas los transportistas.

Las damas presentes referían que es difícil realizar una dieta con los esposos e hijos, ya que en la actualidad se vive de manera acelerada y tienen poco tiempo de realizar actividades dentro de su hogar peor actividades físicas, y que a los miembros de su hogar no les gusta ingerir verduras, sino comidas rápidas y poco nutritivas.

A lo que contestamos que es difícil a estas alturas cambiarles de un sopetón sus maneras de pensar sobre sus vidas, pero que nuestra intención es hacerlos reflexionar de las posibles patologías que contraerían sino cambian sus estilos de vida, y que la base de esta socialización es llegar a cada una de las conciencias de los socios y familiares para evitar estas consecuencias. Recalcando que es importante combinar los ejercicios físicos (caminatas), con una dieta adecuada y balanceada, eliminar el hábito tabaquito y sobre todo, regalarse un tiempo para uno por que ello es vida.

Se procede a realizar la conformación del club con los presentes, quedando integrada de la siguiente manera:

<b>Presidente:</b>	Luis Alulima
<b>Vicepresidente:</b>	Olga Ortega
<b>Secretario:</b>	Jorge Carrión
<b>Asuntos Sociales:</b>	Eduardo Montaña
<b>Asuntos Sociales:</b>	Rosita Cueva

Conformada la directiva del club de prevención se realiza el estudio de las actividades a realizarse durante el proyecto de Nuevos estilos de Vida

### ANEXO 3

## CONTROL DE ASISTENCIA DE LOS SOCIOS AL PRIMER TALLER DE CAPACITACIÓN

ORD.	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
1	Rogelio Gonzalez Orlones	110014611-5	Rogelio Gonzalez Orlones
2	Jorge Paredes Herrera	1103222525	x Jorge Paredes
3	Maria Lores	1103395420	x Maria Lores
4	Rosa Balcaros Celi	110138344	x Rosa Balcaros
5	Tomy Procel Flachuno	1101768016	x Tomy Procel
6	Diana Poma Suarez	1104745854	x Diana Poma
7	Alexandra Baunjo	1103581367	x Alexandra Baunjo
8	Benjamin Cabrera Sanchez	1103414722	x Benjamin Cabrera
9	Ednos Cumbicus	1100190247	x Ednos Cumbicus
10	Luis Sogoso	1102855879	x Luis Sogoso
11	Melva Siquiz Flores	1100146511	x Melva Siquiz Flores
12	Segundo Vergues	1100138369	x Segundo Vergues
13	Melva Verguez Siquiz	1103018501	x Melva Verguez
14	Germán Abelino Quiroga	1100462811	x Germán Abelino
15	Maria G. Guano Quispe	1100184153	Maria G. Guano
16	Verónica Suarez Ullalta	1103103030	x Verónica Suarez
17	Eduardo Batmancourt	1102821327	x Eduardo Batmancourt
18	Raimundo Siquiz Siquiz	1102767611	x Raimundo Siquiz
19	Lody Lopez Orlones	1103020135	x Lody Lopez
20	Yolanda Garcia	190020484-1	x Yolanda Garcia

ORD.	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
21	Enrique Ordóñez Guanche.	1102623376	x <i>Enrique Ordóñez</i>
22	Fredua Rojas Arroyo	1102066426	x <i>Fredua Rojas</i>
23	Antón Delgado		x <i>Antón Delgado</i>
24	Robeth Ordóñez Quejeda	1102940821	x <i>Robeth Ordóñez</i>
25	Juan Diego Roca	1100090123	x <i>Juan Diego Roca</i>
26	Antoneta Vega Carpio	070847557	x <i>Antoneta Vega</i>
27	Ángel Ordóñez	1101112694	x <i>Ángel Ordóñez</i>
28	Arnulfo Chucho	110779146	x <i>Arnulfo Chucho</i>
29	Gonzalo Camero Pardo	1102588629	x <i>Gonzalo Camero</i>
30	Bertha Placencia	1101937520	x <i>Bertha Placencia</i>
31	Juan Manuel Saad	1704880822	x <i>Juan Manuel Saad</i>
32	Betty Sánchez Moncho	1100623238	x <i>Betty Sánchez</i>
33	Rodrigo López Hoguejo	1102606710	x <i>Rodrigo López</i>
34	Minerva Samueto Carpio	1103581011	x <i>Minerva Samueto</i>
35	Eddy Suárez Suárez	1103572762	x <i>Eddy Suárez</i>
36	Minom Pereira Cabrera	1103822563	x <i>Minom Pereira</i>
37	Siguero Minga Velasco	1101057543	x <i>Siguero Minga</i>
38	Rosa López Minga	1101426623	x <i>Rosa López Minga</i>
39	Juan Granda Cruzhuas	1101791620	x <i>Juan Granda</i>
40	Yenia González García	1102803838	x <i>Yenia González</i>



## ANEXO 4

### CONTROL DE ASISTENCIA AL SEGUNDO TALLER DE CAPACITACIÓN

ORD.	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
1	ADRIANA LUIS DELIZADAS SALAZAR	110005895-5	Luis Delizadas
2	JULIA ALICIA CABREDA CARRIOL	0700431604	Julia Delizadas
3	JENI JUDITH BARRIGA CABRERA	1103311914	Jeni Barriga
4	JINA ALICIA CABREDA CABRERA	1104377294	x. [Signature]
5	LUIS FERNANDO VALDEDE PALACIOS	1900082098	x. [Signature]
6	OTER LUIS CORDOBAS VIVANCO	1103326722	x. [Signature]
7	Cecilia Obello	11027603227	x. Cecilia Obello
8	NOPEY CUEVA POY	1102838389	x. Nepey Cueva
9	RODRIGO ROPERO GARRIDO	1102543350	x. [Signature]
10	AUGUSTO QUEVEDA	1100119831	x. Augusto Quevedo
11	Isolina Alvarado Pineda	110108228-5	x. Isolina Alvarado
12	Isaac Suarez Quevedo	1102537543	x. Isaac Suarez
13	Norma Sitia	1102460233	x. Norma Sitia
14	Franco Lima Ochoa	1102026182	x. Franco Lima
15	EULOGIO SARA JACOBERA	1101471223	x. Eulogio Sara
16	MARCELO CARLOS PERAZA	1102184262	x. Marcelo Peraza
17	JAIME LOZANO MORALES	1100148649	x. Jaime Lozano
18	MARGARITA ISABELA MORALES		Margarita Morales
19	Luis Merchán Merchán	1101413266	x. Luis Merchán
20	Carlo Juca	1100660578	x. Carlo Juca

ORD.	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
21	Deysi Viteri Halls	1102253330	x. <i>Deysi Viteri</i>
23	Camila	1101076261	x.
24	Jose Fouco Sadon.	1100237918	x. <i>Jose Fouco</i>
25	Blanca Torres.	1101342176.	x. <i>Blanca Torres</i>
26	Hiviel Cambicis	1102022397	x. <i>Hiviel Cambicis</i>
27	Gloria ORLANDO.	1102502205.	x. <i>Gloria Orlando</i>
28	Nelso Saunego Halls.	1101974853	x. <i>Nelso Saunego</i>
29	Luis Anheus Orlando.	1104310219	x. <i>Luis Anheus</i>
30	Guaciro Soto. Cuevas	1100466554	x. <i>Guaciro Soto</i>
31	Jorge Peña	1101886826	x. <i>Jorge Peña</i>
32	Rosa Cueva Carrasco	0701123283	x. <i>Rosa Cueva</i>
33	Jenny Chomba Perez.	110353355-3	x. <i>Jenny Chomba</i>
34	Fabrizio Ramiro Cabrera	1103787543	x. <i>Fabrizio Ramiro</i>
35	Suma Juayo Sibre	171684772-6.	x. <i>Suma Juayo</i>
36	Haximo Tauricola	1100066735	x. <i>Haximo Tauricola</i>
37	Hilda Gloria Labrada.	1101966487	x. <i>Hilda Gloria</i>
38	Veronica Ponce Ponce	1103108469.	x. <i>Veronica Ponce</i>
39	Gloria Almol Jirache.	171061881-8	x. <i>Gloria Almol</i>
40	Rosa Euzphe Digeno.	1101094751.	x. <i>Rosa Euzphe</i>
41	Hiviel Juayo Zamato	1100076940	x. <i>Hiviel Juayo</i>

ORD.	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
42	Luis Cruz. Jatoilo	1102947098	x
43	Manuel Chocho Puyzo	1100027380	x
44	Maria Suarez	1100411766	x
45	Jose Costello	1100018967	x
46	Yania Rojas	1101163385	x
47	Mauricio Potho Guano	1102028840	x
48	Pedro Emma Piuzo	1102168646	x
49	Conrado Vayzo Rey	1102119755	x
50	Carlos Sumbro. Rouzon	1101495713	x
51	ESGAR Celi Valarizo	1100102837	x
52	Hernan Valarizo	0812493053	x
53	Eudomilia Suarez Rouzon	170005229-1	x
54	Sofia Casero Vilca	0906676168	x
55	Omar Cobos. Vidanco	1102087960	x
56	Miguel Garcia Rouzon	1100205259	x
57	Honica Zamora Horochu	1102570845	x
58	Wain Montano Gonzalez	1102012745	x
59	Delia Ponce Beutiz	1102102520	x
60	Walter Cordova Quiñambo	110391644-9	x
61	Cecilia Rouzon Neungay	1103244941	x

## **ANEXO 5**

### **AGENDA DE ACTIVIDADES**

1. Taller de capacitación sobre estilos de vida saludable a los socios miembros del club.
2. Entrega de material educativo e informativo.
3. Control de peso y perímetro abdominal
4. Exámenes de laboratorio (glicemia, colesterol, triglicéridos)
5. Control de TA
6. Clasificación de los socios con riesgo de SM y ECD.
7. Pacientes en riesgo: controles periódicos por consulta externa.

Al término de la reunión se les informo que en los próximos días, serían convocados nuevamente para planificar diversas actividades concernientes con el proyecto, recibiendo el apoyo y las felicitaciones de los presentes.

Se les brindo un refrigerio a base de frutas y aguas aromáticas motivo de bromas del inicio del plan.

Se termina la sesión a las 18h00 de la tarde sin novedades

## **ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE**

**CONCEPTO DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE:** Es la manera de cómo la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que presentan riesgos para la salud, estando fuertemente vinculados al bienestar físico y mental. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento.

Incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajo, conductas sexuales, salud mental y el control de elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol, arteriosclerosis y obesidad. En las últimas décadas la prevalencia de las enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y estilos de vida poco sana está creciendo en muchos países.

En los medios urbanos disminuye con frecuencia el ejercicio físico y el gasto de energía, mientras que tienden a aumentar el consumo de tabaco y el stress.

Esto y otros factores de riesgo, así como el incremento de la esperanza de vida van unidos a una mayor prevalencia de la obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes Mellitus.

### **ALIMENTACIÓN SANA Y EQUILIBRADA:**

Es importante seguir estos cuatro pasos:

1. Ingerir tres comidas por día
2. Alimentación variada y elegir cada día un alimento de cada uno de los cuatro grupos siguientes.

- 🍽️ Leche (semi descremada o sin crema, yogurt, quesos con poca grasa)
  - 🍽️ Carnes, pescado, aves
  - 🍽️ Legumbres y frutas, crudas o cocidas
  - 🍽️ Pan, cereales, papas, legumbres secas
3. Limitar el uso de grasas saturadas (aquellas que se endurecen al enfriarse), utilizar margarinas vegetales poli-insaturada, y evitar el exceso de alimentos dulces.
  4. Beber cada día 1 litro a 1,5 litro de agua. Si se toma bebidas con alcohol hacerlo con moderación.

### **ACTIVIDAD FISICA:**

Es importante practicar ejercicio físico por lo menos 30 minutos por día la mayoría de los días de la semana, ya que la inactividad física es uno de los mayores factores de riesgo para la aparición de patologías.

El objetivo es integrar la actividad física en la vida cotidiana promovida a todas las edades y condiciones sociales, los beneficios se resumen en:

- 🍽️ Menor riesgo de morir por cardiopatía coronaria, especialmente derrame cerebral e infarto
- 🍽️ Menor riesgo de desarrollar diabetes, hipertensión y Ca de pulmón
- 🍽️ Mejor salud mental
- 🍽️ Mejor estructura ósea y de articulaciones
- 🍽️ Mejor funcionamiento corporal y mayor independencia en edad avanzada
- 🍽️ Mejor control de peso corporal

<b>GRUPO</b>	<b>ACTIVIDAD RECOMENDADA</b>	<b>ESPACIOS A UTILIZAR</b>
Niños	Juegos deportivos Caminatas Rotación deportiva Ocio y tiempo libre	Campo deportivo Salones, escuelas Club deportivo Medio acuático Medio Natural
Adolescentes	Juegos deportivos Condición física acorde a la edad Bicicleta, natación, trote Ocio y tiempo libre	Campo deportivo Colegio Club deportivo Ciclo vías Medio acuático Medio Natural
Adultos Sanos	Planificación de actividad física para la salud Mantenimiento y reacondicionamiento físico Juegos deportivos Ocio y tiempo libre	Pista atlética Ciclo rutas Club deportivo Ciclo vías Salones amplios Hogar
Adultos Mayores	Planificación de la actividad física para la salud Actividades individuales Actividades con elementos específicos Mantenimiento y aumento de la condición física Ocio y tiempo libre	Pista atlética Ciclo rutas Club deportivo Ciclo vías Salones amplios Hogar Medio Natural Medio acuático

### **SALUD SIN TABACO:**

1. El consumo de tabaco es el responsable de 4000.000 de muertes cada año.
2. La nicotina, es la responsable de dependencia del tabaco
3. El monóxido de carbono es tóxico.
4. Alquitranes son los que producen cáncer
5. Contiene sustancias irritables que producen daño al aparato respiratorio

Por todo esto:

-  No fume en su casa ni permita que otros lo hagan
-  No fume en presencia de los niños

- 🍷 Respete las áreas de fumadores y no fumadores
- 🍷 Considere el daño del tabaco para su salud.

Meta: Cesación completa, no exponerse a ambientes con humo de tabaco.

Siempre hemos utilizado la frase “tenga un estilo de Vida saludable”, **olvidándonos** que también implica una serie de actividades como:

- 🍷 Reír
- 🍷 Sentirse querido
- 🍷 Comer en familia
- 🍷 Salir a caminar
- 🍷 Compartir con los amigos
- 🍷 Compartir con la familia
- 🍷 Ser escuchado
- 🍷 Leer un libro
- 🍷 Dormir bien
- 🍷 Bailar

## **RESUMEN DEL TALLER DE CAPACITACION SOBRE LOS DIVERSOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN**

**Entidad Ejecutora:** Área Médica del Sindicato de Chóferes de Loja

**Fecha de Ejecución:** 17 de Mayo del 2010

**Lugar:** Sala de sesiones del S. CH. Loja

**Tiempo de desarrollo:** 09h00 a 12h00

**Expositor:** La maestrante

**Organizadora:** Dra. María Carpio

**Asistentes:** Médico, odontólogo, laboratorista, enfermeras, secretario general, contadora, auxiliares.

Este es una de las primeras actividades realizadas de nuestro proyecto de tesis dirigida al personal médico, paramédico y secretario general de la institución para evaluar sus conocimientos sobre el tema y a la vez capacitarlos para transmitir la información a los socios y familiares.

Al taller asistieron ocho personas, a las cuales se les realizó un pre-test de 10 minutos de duración; posteriormente se procedió al taller con la conformación de dos grupos de cuatro integrantes en cada uno para evaluar los diversos estilos de vida de cada uno de ellos y así poder visualizar equivocados conceptos del tema.

En el grupo N° 1 conformado por el secretario general, odontólogo, laboratorista y auxiliar de botiquín, manifestaron que en su dieta diaria era muy frecuente la comida chatarra, no practicaban ningún deporte, en ocasiones realizaban dietas no adecuadas a sus condiciones de vida; por lo que les parecía importante este tipo de capacitación ya que le llevaba a la reflexión de evitar malos hábitos alimentarios y el sedentarismo para prevenir así las enfermedades metabólicas.

En el grupo N 2 conformado por la auxiliar de laboratorio, el secretario, el jefe de

personal, y la contadora de la misma manera expresaron que ingerían grandes cantidades de comida chatarra, bebidas gaseosas, alimentos bien condimentados.

En ambos grupos se noto una necesidad de aclarar ciertos criterios que los tenían confundidos, como: combinar los alimentos consumiendo más carbohidratos que les genera energía pero obvian los ejercicios, aduciendo que el hacer diario les ayuda en alguna proporción; y así surgieron algunas interrogantes que se les fue esclareciendo.

De igual manera denotaron que tanto en ellos como sus familiares y personas allegadas tenían una mala información sobre las dietas y la importancia de cambiar sus rutinarios modos de vida, ya que luego de la ingesta de cualquier alimento tienden a realizar una siesta al mediodía, solo realizan deportes de manera esporádica un vez a la semana, fuman dos a tres tabacos diarios, ingieren alcohol de manera social (fiesta), no les gusta caminar, son dependientes del tiempo y les encanta picar “golosinas”.

Les agrado que la institución realice este tipo de proyecto, ya que muchas veces se cree realizar una dieta adecuada y al final no es solo eso sino también se debe cambiar nuestros modos de pensar no en totalidad pero sí en razón.

En las tabulaciones del pre-test a los asistentes encontramos que un 50% tienen una idea de conocimientos sobre la importancia de los estilos de vida saludables, el otro 50% desconoce, siendo favorable el taller de capacitación.

En el post-test se los evaluó nuevamente dando un 85% de conocimientos reafirmados, mientras un 15% fue negativo, tal vez por falta de interés en la atención.

Concluimos agradeciendo a los presentes por su colaboración y comprometimiento a ser voceros de toda la información aprendida para transmitirla a los demás.

## ANEXO 6

### HOJA DE EVALUACION DE CONOCIMIENTO

DEPARTAMENTO MÉDICO DEL SINDICATO PROVINCIAL  
"CHOFERES DE LOJA"

TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTILOS DE VIDA Y  
ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.

CONTESTE SI O NO SEGÚN CORRESPONDA A LAS SIGUIENTES  
PREGUNTAS

CUESTIONARIO	SI	NO
1.- Tiene conocimiento sobre los estilos de vida saludable		
2.- Conoce sobre las enfermedades crónico degenerativa		
3.- Cree que usted y su familia llevan un estilo de vida saludable.		
4.- Cree que el tabaco, sedentarismo, alcohol, obesidad son factores predisponente para enfermedades cardiovasculares		
5.- Sabe cuáles son las causas de Diabetes		
6.- Sabe cuáles son las causas de Hipertensión arterial		
7.- Realiza algún tipo de deporte durante la semana		
8.- Se da tiempo de comer a las horas y en familia		
9.- Le gusta ingerir comidas rápidas (hamburguesas, papas fritas, pollo frito)		
10.- Conoce lo nocivo de ingerir comidas rápidas para su vida y su salud.		

**SINDICATO PROVINCIAL DE CHOFERES DE LOJA  
DEPARTAMENTO MEDICO**

**TALLER DE CAPACITACION PARA “FOMENTAR ESTILOS DE VIDA  
SALUDABLE Y DISMINUIR ENFERMEDADES CRONICO  
DEGENERATIVAS”**

**AGENDA**

<b>HORA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLES</b>
08h00	Inscripciones	Maestranter
08h40	Inauguración del evento	Dr. Iván Ludeña
08h50	Pre test	Maestranter
09h00	Exposición del tema: “Estilos de vida saludable para prevenir enfermedades crónico degenerativas	Dr. Wagner Ríos. Médico Internista
10h00	Grupos de trabajo	Maestranter
10h40	Receso	
11h10	Análisis de los trabajos grupales para verificar sus debilidades	Integrantes de los grupos
11h25	Post test	Maestranter
12h00	Clausura	Lcdo. Jorge Apolo Secretario de Actas del S.P.CH.L.



## COMO EVITAR LAS ENFERMEDADES CON PROCESOS BÁSICOS Y SENCILLOS

1.- Creer que somos capaces de amarnos, cambiando nuestros estilos de vida desde un inicio para el final sea placentero



2.- Acudir por lo menos una vez al año a la consulta médica y concurrir a las campañas de salud, para controlar nuestra tensión arterial, peso, talla y perímetro abdominal



### 3 GRUPOS DE ALIMENTOS

#### GRUPO ROJO (PROTEÍNA, CALCIO)

Ayudan al crecimiento de nuestro cuerpo, forman el músculo, los huesos y los dientes.

##### PROTEÍNA

##### CALCIO



#### GRUPO AMARILLO (CARBOHIDRATO, GRASA)

Estos nos dan energía para realizar nuestras actividades.

##### CARBOHIDRATO

##### GRASA



#### GRUPO VERDE (VITAMINA)

Protegen a nuestro organismo, ayudan a su funcionamiento y nos protegen de las enfermedades.

##### VITAMINA A

##### VITAMINA C



**3.- Realizar ejercicios diarios (caminatas, aeróbicos)**



**El ejercicio junto a tu familia y/o amigos te ayuda a relajarte y desestresarte**

**4.- Cambiar los hábitos alimentarios, pensar que es lo bueno que debes llevar a tu paladar, pensando siempre en tu salud**



## ¡VAMOS A SABER SU PESO IDEAL!

Es muy importante saber cual es nuestro peso ideal. La obesidad es una causa de todas las enfermedades. Depende de la talla su peso ideal. Primero vamos a medir su talla y peso, luego aplicamos estos datos en la siguiente fórmula.

### < FÓRMULA PARA CALCULAR EL PESO IDEAL >

$$(TALLA [cm] - 100) \times 2 = PESO IDEAL (libra)$$

Ejemplo: María mide 155 cm de talla y pesa 140 libras.

Aplicamos a la fórmula

$$(155 \text{ cm} - 100) \times 2 = 110 \text{ libras}$$

María de acuerdo a su talla debe pesar 110 libras.

Calculemos el exceso de peso que tiene María con la siguiente fórmula.



### < FÓRMULA PARA SABER EL PORCENTAJE >

$$SU PESO \div PESO IDEAL \times 100 (\%) = \square \%$$

$$140 \div 110 \times 100 = 127 \%$$

### < TABLA DE PORCENTAJES DEL PESO NORMAL Y OBESIDAD >

100 % = PESO IDEAL

De 95 a 105 % = MUY BIEN [ $\pm 5\%$ ]

De 90 a 110 % = NORMAL [ $\pm 10\%$ ]

Más de 115 % = OBESIDAD [+15 %]

Menos de 85 % = FLACO [-15 %]

María pesa 27 % más que el peso ideal. Por eso ella tiene una obesidad. Pero ella puede pesar hasta:

### < FÓRMULA > PESO IDEAL $\times 1.1$ = Peso Máximo Normal (libras)

$$PESO IDEAL \times 0.9 = \text{Peso Mínimo Normal (libras)}$$

$$110 \times 1.1 = 121 \text{ libras} \quad 110 \times 0.9 = 99 \text{ libras}$$

María puede pesar desde 99 libras hasta 121 libras.

*Es saludable mantener el peso ideal para prevenir enfermedades.*

¡Ojo! Esta fórmula es para los adultos. No se puede aplicar a los niños

**5.- No importa la edad, todos merecemos vivir mejor, desde niños, adolescentes, jóvenes y adultos, nunca es tarde para tener una buena calidad de vida**

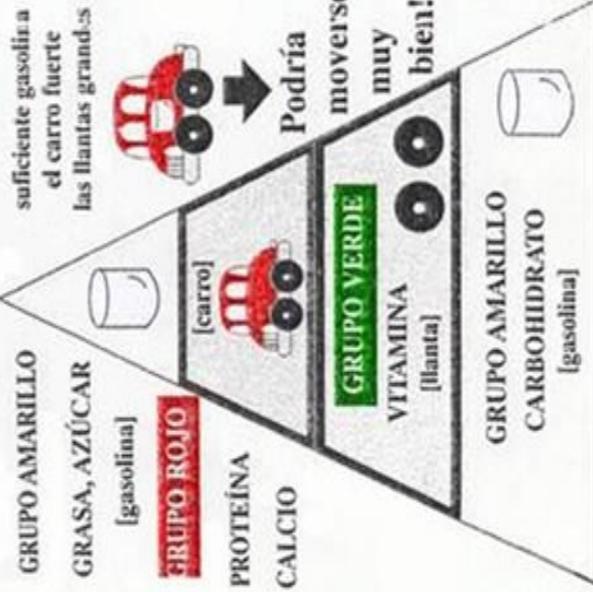


**“Dios nos dio la vida, llena e integra,  
es decisión de nosotros mantenerla así,  
o hacerla parte de la contaminación  
terrenal”**

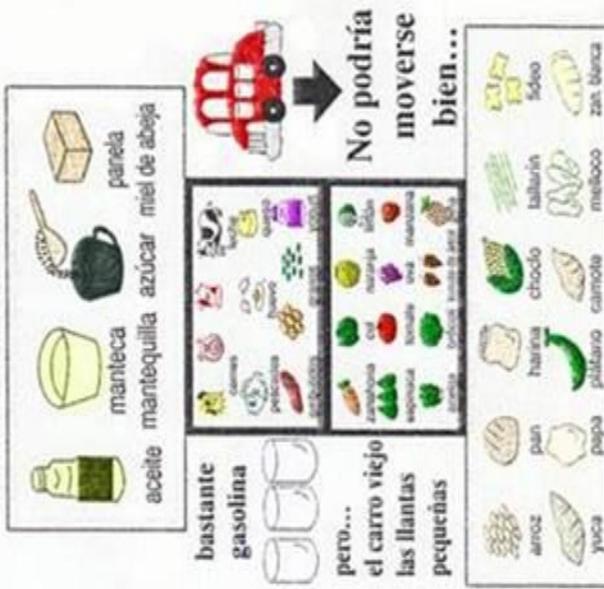
**VAMOS A COMER LA COMIDA  
BALANCEADA (VARIADA)**

La característica de la comida del Ecuador  
Los ecuatorianos comen mucho carbohidratos y  
grasas. Y comen pocas verduras.

**BIEN BALANCEADA**



**MAL BALANCEADA**



**6.- Los alimentos nutritivos son económicos y deliciosos, no los haga faltar en su mesa**



**RECUERDA:**

- **No es de dejar de comer, sino aprender a comer sano.**
- **El ejercicio diario te fortalece y ayuda a quemar calorías, así evitaremos esos rollitos molestos.**
- **El médico es tu amigo, acude a él cuando necesites orientación o tengas una enfermedad.**
- **Consume poca sal, grasas y azúcar.**
- **Ingiere líquidos, verduras, frutas y hortalizas.**

**DISFRUTAR EN FAMILIA ES LA MEJOR  
TERAPIA CONTRA EL STRESS**

***“No olvides, tu Salud;  
es tu identificación a  
lo largo de la vida,  
no la pierdas en un  
momento de saciedad,  
.....defiéndela”***

