UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLOGICA

TITULACIÓN DE MÉDICO

Estilos de vida en relación a Actividad Física y Alimentación en los Habitantes de la Zona 12 de la ciudad de Loja, durante Julio-Diciembre 2012

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.

AUTOR: Cuenca Poma, Mayra Jacqueline

Director(a): Astudillo Romero Rodrigo Xavier Dr.

Loja – Ecuador

2014

APROBACION DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACION

Doctor.

Rodrigo Xavier Astudillo Romero

DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

De mi consideración:

*El presente trabajo de fin de titulación: "*Estilos de vida en relación a Actividad Física y Alimentación en los Habitantes de la Zona 12 de la ciudad de Loja, durante Julio-Diciembre 2012*" realizado por: Cuenca Poma Mayra Jacqueline; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.*

Loja, 24 de Septiembre de 2014

f) ……
CI. 0103311445

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Mayra Jacqueline Cuenca Poma declaro ser autora del presente trabajo de fin de titulación *"*Estilos de vida en relación a Actividad Física y Alimentación en los Habitantes de la Zona 12 de la ciudad de Loja, durante Julio-Diciembre 2012*"* de la Titulación de Medico, siendo *Doctor Rodrigo Xavier Astudillo Romero* director del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de investigación, son de exclusiva responsabilidad

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

f. ……..
Autor: Mayra Jacqueline Cuenca Poma
Cédula: 1104496649

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con mucho amor a Dios, por haberme colmado de bendiciones y fortalezas necesarias para emprender un buen camino en la vida, iluminando mis pasos día a día y por ello he alcanzado cada meta propuesta.

A mis padres, porque confiaron en mí, por brindarme su apoyo incondicional, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, el amor infinito que siento por ustedes y el amor que ustedes me han demostrado, fue lo que me hizo ir hasta el final. A ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mi hermano, por ser tan especial y estar conmigo siempre, brindándome apoyo en los momentos más duros de mi vida, eres una de las personas más importantes para mí.

A mi Tía Luz Ibelia, a quien quiero como madre, gracias por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Mayra Jacqueline Cuenca Poma

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, como prioridad en mi vida, por su infinita bondad, y por haber estado conmigo en los momentos más difíciles y duros de mi vida, por darme salud, fortaleza, responsabilidad y sabiduría, por haberme permitido culminar un peldaño más de mis metas, y porque tengo la certeza y el gozo de que siempre será mi guía espiritual.

A mis Padres, Manuel y Julita por ser los mejores, por haber estado conmigo apoyándome en los momentos difíciles, por dedicar tiempo y esfuerzo para ser una mujer de bien, y darme excelentes consejos en mi caminar diario. A mi hermano, y tía Luz Ibelia que con su ejemplo y dedicación me han instruido para seguir adelante en mi vida profesional.

Mi reconocimiento y gratitud a las Autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Médico, a la Dra. Patricia Verónica González como Coordinadora de la Titulación de Medicina, y en especial al Dr. Rodrigo Xavier Astudillo Romero, por su valiosa y acertada orientación en la realización y culminación de este trabajo de investigación.

A mis profesores durante toda mi vida de profesional en formación quienes con sus sabios conocimientos y paciencia fueron quienes contribuyeron con un granito de arena para mi formación.

A las personas de la zona 12 de la Parroquia el Valle, ya que sin su apertura y ayuda incondicional no hubiese sido posible la obtención de tan valiosa información.

Mayra Jacqueline Cuenca Poma

INDICE

PORTADA …… i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR …….. ii
DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS ……..……... iii
DEDICATORIA…….. iv
AGRADECIMIENTO …….. v
ÍNDICE DE CONTENIDOS …… vi-viii
RESUMEN…… x

INTRODUCCIÓN..... 9
OBJETIVOS … 11
Objetivo general: 11
Objetivos específicos:..... 11
1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL. 12
1.1. CAPITULO 1 13
1.1.1. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN. 13
1.1.1.1. Antecedentes 13
1.1.1.2. Entorno Geográfico 13
1.1.1.3. Recursos 15
1.1.1.4. Ámbito Laboral 15
1.1.1.5. Entorno Socio- Cultural..... 15
1.1.1.6. Demografía..... 16
1.1.1.7. Salud 16
1.1.1.8. Infraestructura 17
1.1.1.9. Vestimenta 17
1.1.1.9.1. Prehistoria..... 17
1.1.1.9.2. Días modernos..... 17
1.1.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA CIUDAD DE LOJA 18
1.1.2.1. Perfil Epidemiológico de la Ciudad de Loja año 2011..... 18
1.1.2.1.1. Natalidad 18
1.1.2.1.2. Morbilidad 18
1.1.2.1.3. Mortalidad 19
1.1.2.2. Perfil Epidemiológico del área de la Salud N°3 de la ciudad de Loja.. 19
1.2. CAPITULO 2 21

1.2.1. ESTILOS DE VIDA COMO DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD, ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA 21

1.2.1.1. Estilos de vida saludables.- 21

1.2.1.2. Profesionales de Salud frente a un Estilo de vida Saludable 23

1.2.1.3. Estilos de vida y su Relación con algunos problemas de salud 24

1.2.1.3.1. Actividad física. 24

Efectos de carácter social 25

1.2.1.3.1.4. Calorías.- 28

1.3. CAPITULO 3 31

1.3.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS Y DISLIPIDEMIA . 32

1.3.1.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.- 32

1.3.1.1.1. Cambios en el Estilo de Vida que reduce la PA 34

1.3.1.1.2. Cambios de estilo de vida que reducen el riesgo de enfermedad Cardiovascular 34

1.3.1.2. DIABETES MELLITUS.- 35

1.3.1.2.1. El tratamiento 36

1.3.1.3. DISLIPIDEMIAS.- 37

1.3.2. El Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional ... 38

1.3.3. TEST DE ALIMENTACIÓN Y SALUD 39

2. METODOLOGÍA. 42

2.1. Tipo de estudio 43

2.2. Área de estudio 43

2.3. Universo. 43

2.4. Muestra 43

2.4.1. Tamaño de la muestra 43

2.4.2. Tipo de muestreo 43

2.4.2.1. Criterios de inclusión: 43

2.4.2.2. Criterios de exclusión: 44

2.4.2.2.1. Viviendas construidas después de que se realizó el último censo por el INEC. 44

2.4.2.2.2. Niños de la zona 12 y personas que no habiten en la zona 12 44

2.4.2.2.3. Personas con alteraciones en el hábito alimenticio, que no tengan horario o que consuman una dieta específica prescrita. 44

2.4.2.2.4. Personas que por alguna situación en especial no pueden hacer actividad física (discapacitados) ***44***
2.4.3. Métodos e instrumentos de recolección de datos ***45***
2.4.3.1. Métodos: ***45***
2.4.3.2. Instrumentos: ***45***
2.4.3.3. Procedimiento: ***45***
2.4.4. Plan de tabulación y análisis ***46***
3. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN. ***48***
4. DISCUSIÓN. ***59***
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. ***65***
5.1. CONCLUSIONES ***66***
5.2. RECOMENDACIONES. ***67***
6. BIBLIOGRAFÍA ***68***
7. ANEXOS ***71***

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. *Causas de Morbilidad de la Provincia de Loja 2011* ***18***
Cuadro 2. *Causas de Mortalidad de la Provincia de Loja 2011* ***19***
Cuadro 3. *Causas de Morbilidad en el Área N° 3* ***20***
Cuadro 4. *Equivalente Metabólico* ***27***
Cuadro 5. *Calorias Gastadas, Hora en las Actividades Físicas Comunes* ***29***
Cuadro 6. *Clasificacion de la HTA* ***33***
Cuadro 7. *Cambios en el estilo de vida y efecto sobre la PA*……..…… ***33***
Cuadro 8. *Clasificación de las Dislipidemias* ***38***
CUADRO. 9 *Puntuación del IPAQ* ***39***
CUADRO 10. *Puntuación de Dieta* ***40***
CUADRO 11. *Tipos de Dietas* ***40***
CUADRO 12. *Dieta Saludable Recomendable:* ***41***

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1 *Mapa del Área N° 3 …… 20*

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1*. Edad de la Población Estudiada* 49
TABLA N° 2. *Género de la Población Estudiada* 50
TABLA N°3. *Relación entre Edad de los Habitantes y Actividad Física.* 53
TABLA N°4. *Presencia o No de Enfermedades Crónicas* 51
TABLA N° 5. *Presencia de una o más Enfermedades Crónicas* 52
TABLA N° 6. *Realización de Actividad Física Alta, Moderada y Baja.* 54
TABLA N° 7. *Hábitos Alimenticios de los Habitantes* 55
TABLA N° 8. *Tipo de enfermedades en los habitantes de la zona.* 56
TABLA N°9. *Actividad Física Alta, Moderada, Baja y ECNT.* 57
TABLA N°10*. Dieta Equilibrada, Mejorable, Desequilibrada y ECNT.* 58

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. *Edad de LA Población Estudiada* *49*
Figura 2*. Genero de la Población* *50*
Figura 3. *Presencia o no de Enfermedad Crónica* *51*
Figura 4. *Presencia de una o más Enfermedad Crónica no Transmisible* *52*
Figura 5. *Relación entre Edad de los Habitantes y Enfermedades* *53*
Figura 6. *Realización de Actividad Física Alta, Moderada y Baja* *54*
Figura 7. *Hábitos Alimenticios de los Habitantes con E. C. no T. .* *55*
Figura 8. *Tipo de Enfermedades en los Habitantes de la Zona* *56*
Figura 9. *Actividad Física Intensa Moderada y Baja y Enfermedades de los Habitantes 57*
Figura 10. *Dieta Equilibrada, Mejorable y Desequilibrada y Enfermedad en la Población …* *58*

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con la finalidad de determinar la actividad física y los hábitos alimenticios como componentes de los estilos de vida y conocer presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles como: la hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias, en los habitantes de la zona 12 de la Parroquia el Valle.

La metodología utilizada, para obtener información de los sujetos en estudio, fue la encuesta, a través de la aplicación de un cuestionario y de test validados. Estudio de tipo transversal y de diseño cuantitativo, con una muestra de 134 habitantes de la zona. Pretende determinar el tipo de actividad física y los hábitos alimenticios de los habitantes, como componentes de estilos de vida. Los resultados se tabularon y se presentaron en frecuencias, porcentajes, tablas y gráficos.

El 100% de personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), el 67,1% realizan actividad física baja, 15,6% realizan actividad física moderada y 17,18% realizan actividad física alta. En relación con los hábitos alimenticios, 21,8% tienen una dieta adecuada; el 37,5 tienen una dieta mejorable; y el 40,6 una dieta desequilibrada.

PALABRAS CLAVES: actividad física, hábitos alimenticios, estilos de vida, enfermedades crónicas no trasmisibles, hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias

ABSTRACT

The present research was conducted in order to determine the physical activity and eating habits as components of lifestyles and know the presence of chronic non-communicable diseases such as hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia, among the inhabitants of zone 12 of the Valley Parish.

The methodology used to obtain information of the study subjects was the survey through a questionnaire and validated test. It is a cross-sectional study and quantitative design with a sample of 134 residents of the area. It aims to determine the type of physical activity and eating habits of the inhabitants, as components of lifestyles. The results are tabulated and presented in frequencies, percentages, tables and graphs.

Conclusions: 100% of people with NCDs (NCD), 67.1% carry low physical activity, 15.6% performed moderate physical activity and 17.18% high physical activity performed. Regarding eating habits, 21.8% have a proper diet; 37.5 have an improved diet; 40.6 and an unbalanced diet.

KEYWORDS: physical activity, eating habits, lifestyle, chronic non-communicable diseases, hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia

INTRODUCCIÓN

La práctica de estilos de vida saludables, permite el mejoramiento de las condiciones de vida y por ende una mejor calidad de vida. Sin embargo, estas prácticas y los cambios en los estilos de vida, en cualquier población o grupo, están influenciadas por factores ambientales, socioculturales, económicos y tecnológicos. En los últimos años, se han dado cambios en los perfiles demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos, observándose un incremento importante en el tamaño de la población urbana a causa de la migración. Éste incremento, expone a la población a cambios en las condiciones de vida y en los llamados "Estilos de Vida", cambios que han incrementado sustancialmente los factores de riesgo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, la mortalidad atribuible a éstas, y su demanda de los servicios de Salud. **(Sosa M., 1999)**

En la última década hemos evidenciado como las ciencias de la Actividad Física, los Deportes y la Recreación, han tenido un notable despunte, debido al notable incremento de enfermedades graves como las de tipo coronario, cuyos factores de riesgo si bien incluyen aspectos no modificables como por ejemplo la edad (incremento del riesgo de presentar un accidente cardiovascular a partir de 45 años en el hombre y 55 en la mujer) o la historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura; también encierran factores de riesgo modificables como la hipercolesterolemia, el tabaquismo, la tensión arterial elevada, una diabetes mal controlada, la hipertrigliceridemia, la obesidad o sobrepeso, el estrés y la inactividad física. **(Morales, 2007)**

La actividad física tiene un rol importante en la prevención, control y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares por su influencia sobre varios factores de riesgo coronario, lo que constituye una medida costo/beneficio muy positiva. El sedentarismo está directamente relacionado y condiciona, la aparición o el mantenimiento, de otros factores de riesgo como obesidad, hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias. **(Morales, 2007)**

Ésta es la razón que ha despertado mi interés en éste tema de investigación. Considero de gran importancia y relevancia el conocer cómo influye la práctica de los Estilos de Vida en los habitantes de la zona 12 de la parroquia El Valle del Cantón Loja, en su salud y en la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los malos hábitos comportamentales.

Uno de los objetivos fundamentales de la Atención Primaria en Salud es la modificación de conductas de la población, tanto para cambiar estilos de vida que amenazan el bienestar individual, como para lograr sentirnos saludables. En nuestra labor diaria como estudiantes de medicina humana, esto se ha convertido en un desafío de primera línea. Además la información que será recopilada, me permitirá a más de identificar los principales problemas y necesidades de los habitantes de la zona mencionada; proponer alternativas de solución frente a los problemas relacionados con el estilo de vida encontrados en ellos. **(Sosa M., 1999)**

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el nivel de actividad física y los hábitos alimenticios como componentes del estilo de vida en los habitantes de la zona 12 de la ciudad de Loja mediante un estudio descriptivo con la finalidad de conocer su relación con la presencia de enfermedades crónicas.

Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de actividad física practicada en la población de la zona 12 de la ciudad de Loja.
- Determinar los hábitos alimenticios en la población de la zona 12 de la ciudad de Loja.
- Establecer la relación entre la actividad física y los hábitos alimenticios con la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias.

1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

1.1. Capítulo 1.

1.1.1. Características geográficas y demográficas de la población.

1.1.1.1. Antecedentes

La provincia de Loja, conocida como la Centinela del Sur, se sitúa al final del callejón interandino en la parte suroeste del País, es la más austral y una de las 11 que conforma la región Andina. Posee una superficie de 11.100 km^2 y la conforman 16 cantones, que cuentan con diversidad de climas, alturas y costumbres. Loja, es reconocida por una diversidad de factores: económicos, políticos pero sobre todo culturales, (artes, costumbres, gastronomía, etc.)

La ciudad de Loja, fue fundada en dos ocasiones: la primera en 1546 y la segunda, y definitiva el 8 de diciembre de 1548 por el capitán Alonso de Mercadillo, con el nombre de “Inmaculada Concepción de Loja”. El origen del nombre se debe a que su colonizador fue nativo de Loja de España. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos hay 185.000 habitantes. Por su desarrollo y ubicación geográfica fue nombrada sede administrativa de la región sur comprendida por las provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe,

1.1.1.2. Entorno Geográfico

El cantón Loja, el de mayor extensión territorial provincial con 1.869 km2, una altitud aproximada de 2100 metros sobre el nivel del mar. El Cantón Loja se encuentra ubicado al Sur del Ecuador en la parte oriental de la Provincia del mismo nombre, limitada al norte con el Cantón Saraguro al Sur y Este con la Provincia de Zamora Chinchipe y al Oeste con la parte alta de la Provincia de El Oro y los Cantones de Catamayo, Gonzanamá y Quilanga.

El clima ecuatoriano es en general diverso y variado, debido en gran medida a que se encuentra atravesado por la cordillera de los Andes lo que genera diferentes regiones climáticas. Tiene un clima templado andino a excepción de los meses de

junio y julio, meses en los que se presenta una llovizna tipo oriental con vientos alisios. En la ciudad de Loja las temperaturas fluctúan entre los 12° y 21° grados Celsius, siendo la temperatura promedio 16°C.

Según el estudio Geo-Loja realizado por Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y el Municipio de Loja (2007), en los últimos 40 años, la temperatura de la ciudad se ha elevado en 0.7ºC, habiéndose registrado en los años 2003 - 2004 las temperaturas más altas, las cuales han llegado a los 28ºC.

En la Parroquia El Valle de la Provincia de Loja, se encuentran innumerables restaurantes que ofrecen las comidas típicas de Loja, especialmente el cuy asado acompañado de papás cocinadas, la cecina con yuca y la gallina "cuyada" preparada con los mismos condimentos que el cuy, todos los platos acompañados del tradicional ají de pepa de zambo y el aguardiente de caña.

Los límites de la Parroquia son, *Al norte*: con la quebrada las lágrimas, Motupe, Zalapa y San Agustín. *Al Sur:* la calle París, Avenida Zoilo Rodríguez, Daniel Álvarez Burneo, Avenida Orillas del Zamora, Puerta de la Ciudad, sigue hasta la Gran Colombia pasa a la Avenida 8 de Diciembre hasta la Calle Beatriz Cueva de Ayora. *Al Este:* San Cayetano, Chile, Virgen Pamba, Amable María. *Al Oeste:* hasta Carigán, subiendo por Cisol

La zona numero 12 perteneciente a la parroquia urbana El Valle, consta con un total de 4618 habitantes, 2410 mujeres y 2208 hombres, con un número de 1234 viviendas, está constituida por 9 sectores, cada uno con su respectivo número de manzanas, se la considera central y en ella están el conservatorio de música Salvador Bustamante Celi, el Colegio de Abogados, el Hospital Oncología Solca Núcleo de Loja, el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja el cual actualmente cuenta con servicios de especialidad con acceso para toda la población; y la Iglesia, la cual conserva los muros y distribución originales, que lleva por nombre San Juan de Dios. Pocos años después de la Fundación de Loja, los indígenas del sector, con la supervisión de los españoles, construyen

artesanalmente esta iglesia de estilo colonial, que mantiene relación con las construcciones del sector.

1.1.1.3. Recursos

Según el INEC (2010) en la Región Sierra, el 40.0% de la superficie está dedicada a las Unidades de Producción Agropecuaria (UPA); el 25.44% están dedicadas a Pastos Cultivados y apenas el 8.58% y el 5.98%, a Cultivos transitorios y permanentes, respectivamente. Esta región a pesar de que los agricultores se dedican a la explotación de una diversidad de especies y variedades de cultivos de ciclo corto, supera en el uso y manejo de los Pastos para la producción ganadera.

1.1.1.4. Ámbito Laboral.

Según los datos observados en los habitantes de la zona 12 podemos decir que la mayoría de ellos, se dedican a trabajos de oficina: profesores, secretarias, cajeras de banco, etc; y en 30% de los habitantes de la población se dedican a labores de la construcción y del campo como es la agricultura y la ganadería.

1.1.1.5. Entorno Socio- Cultural

En el caso de la provincia de Loja, según el censo 2010 (INEC), el mayor porcentaje de habitantes se consideran mestizos (90.02%), seguido por quienes se consideran blancos (3.62%), indígenas (3.40%) y afro ecuatorianos (1.27%). En el Cantón el porcentaje de mestizos es parecido, 87.69%, seguido del 5.41% de blancos, luego un 2.48% de indígenas, un 2.14% de montubios y finalmente el 1.22% de afro ecuatorianos. Es evidente la mezcla de etnias y culturas ya que se incluye montubia, en un porcentaje considerable de la población. En la zona estudiada podemos observar un 85% de los habitantes de raza mestiza, seguidos por 10% indígenas, 3% blancos, 2% afroecuatorianos.

1.1.1.6. Demografía

La provincia de Loja se encuentra entre el grupo de provincias con menor tasa de crecimiento poblacional, como resultado de la migración: Según el International Organisation of Employers (IOE) el 16% de los inmigrantes en España pertenecientes a Ecuador son de Loja.

En lo que respecta al Cantón, la población total es de 214.855 habitantes, de los cuales el 51.84% son mujeres y el 48.15% restante son hombres, algo que no representa una diferencia considerable. Su densidad poblacional es de, 115 hab/km² encontrándose en el grupo de cantones con aumento constante en la tasa de crecimiento debido a la absorción de población de otros cantones. El 79.25% de la población se ubica en el área urbana y el 20.75% restante en el área rural, existiendo una variación mínima pero digna de considerar con relación al censo del 2001 (INEC), en el que 67.7% era urbano y el restante 32.2% rurales.

La Parroquia el Valle, cuenta con un total de 30695 habitantes de los cuales 14772 son hombres y 15923 son mujeres, 8 zonas, las cuales son zona 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13, las viviendas ocupadas en esta zona es de 7553, con una superficie de 13.1 km^2, con una densidad de 2347 Hab/Km^2, una plaza que mantiene viva la tradición y cultura lojana. Junto a la plaza se encuentra la hermosa Iglesia San Juan de El Valle, construida poco después de la fundación de Loja, no se tiene información sobre el año de construcción de este hermoso Templo Colonial; la información que se tiene es de las remodelaciones realizadas en los últimos años por los Párrocos: José M. Rodríguez. P. Kolednik y Cngo. Carlos A. Erreis.

1.1.1.7. Salud

La provincia de Loja presenta el 46.59% en infraestructura de salud con relación a la división zonal a la que pertenece, de acuerdo al Departamento Sanitario de la Dirección Provincial de Salud de Loja, 76.7% de las instituciones que brindan servicios médicos son privados y los 23.2% restantes son del sector público. Así mismo según el departamento de RRHH de la misma institución el Cantón cuenta

con 2.8% profesionales médicos, 1.57% enfermeras y 0.64% odontólogos por cada 10.000 habitantes

1.1.1.8. Infraestructura

La zona cuenta con los servicios básicos tales como: agua potable, luz eléctrica, y red telefónica además para el desplazamiento local se cuenta con el SITU (Servicio Integrado de Transporte Urbano) y de la disponibilidad de cooperativas de Radio Taxis.

1.1.1.9. Vestimenta

1.1.1.9.1. Prehistoria.

La vestimenta desde inicios hasta el fin de este período dependía del tipo de cultura y región. En general las mujeres utilizaban vestidos largos con chales, esta se caracterizó por la producción de estas prendas de vestir (chales o mantas), y bastantes collares, los hombres igualmente vestidos hasta las rodillas con cinturones y una corona de plumas entre los miembros de la realeza y altos miembros militares.

1.1.1.9.2. Días modernos

Los hombres y mujeres del cantón, conservan algunas vestimentas de nuestros antepasados, pero le han incorporado algunas cosas más como el uso de pantalones de tela en mujeres, sus faldas son un poco más altas, ponchos de colores, utilizan trenzas y un poncho en el que a veces lo utilizan para cargar a sus bebes en la espalda. Los hombres utilizan pantalón de tela, con camisas o camisetas, la mayoría de la población ya no usa sombrero como lo hacían nuestros antepasados. Estas vestimentas son diferentes por cada zona, ya que podemos observar que en otras zonas la vestimenta de las mujeres es con telas finas, zapatos de tacón uniformes de las empresas que trabajan, los hombres utilizan ternos muy finos, corbatas y zapatos de charol.

1.1.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA CIUDAD DE LOJA

1.1.2.1. Perfil Epidemiológico de la Ciudad de Loja año 2011.

1.1.2.1.1. Natalidad

De cada 10000 partos, 6604 niños nacen vivos de los cuales 59.79% son hombres y 49.21% son mujeres; el 73.76% de las madres reciben asistencia profesional ya sea de médico, obstetra o enfermera en tanto que el 23. 27% restante no reciben asistencia profesional, son atendidas por auxiliares de enfermería, comadronas y otras personas.

1.1.2.1.2. Morbilidad

Según el perfil epidemiológico 2011, de la provincia de Loja, tenemos las 10 causas principales de enfermedad por las que fueron afectados los lojanos:

CUADRO N° 1. Causas de Morbilidad de la Provincia de Loja 2011

Población 451490			
Nro.	**CAUSAS DE MORBILIDAD**	**Frecuencia**	**Tasa x 1000 Hab.**
1	Infección Respiratoria Aguda	68524	152
2	Parasitosis	35618	79
3	Infección de Tracto Urinario	12235	27
4	Enfermedad Diarreica Aguda	14717	33
5	Enfermedades Ostemusculares	8762	19
6	Vaginitis	5415	12
7	Hipertensión Arterial	5072	11
8	Desnutrición	3698	8
9	Enfermedades de la Piel	3645	8
10	Gastritis	2709	6
Fuente: archivos de Estadísticas de las 13 áreas de la Salud Elaboración: Proceso de Control y Mejoramiento de la salud Pública			

Podemos observar que la séptima causa de morbilidad en la provincia de Loja es la Hipertensión Arterial las cuales generaron 5072 visitas al médico, lo que presenta una tasa de 11 por cada 1000 habitantes. Esto es de mucha importancia ya que está asociada a la aparición de otras enfermedades como es la Diabetes mellitus, Dislipidemias y Obesidad principalmente. La segunda causa es la parasitosis con 35618 causas, con una tasa de 79 por cada 1000 habitantes

1.1.2.1.3. Mortalidad

CUADRO N° 2. Causas de Mortalidad de la Provincia de Loja 2011

N°	PROVINCIA DE LOJA	TOTAL	%
1	Neumonía	123	5,97
2	Enfermedades Hipertensivas	103	5,00
3	Insuficiencia Cardiaca, Complicaciones y Enfermedades mal definidas	91	4,42
4	Enfermedades Isquémicas del Corazón	82	3,98
5	Diabetes Mellitus	79	3,84
6	Enfermedades Cerebrovasculares	76	3,69
7	Neoplasias a Malignidad de Estomago	61	2,96
8	Cirrosis y otras Enfermedades del Hígado	48	2,33
9	Afectaciones Orgánicas en el Periodo Prenatal	46	2,23
10	Causas mal definidas	45	2,19
	Causas mal Definidas	550	26,71
	Resto	755	63,33
	TOTAL	2059	100

Fuente: archivos de Estadísticas de las 13 áreas de la Salud
Elaboración: Proceso de Control y Mejoramiento de la salud Pública

La hipertensión arterial, siendo la segunda causa de muerte con el 5%, ha cobrado con la vida de 103 lojanos. La tercera causa de muerte es la Insuficiencia Cardíaca, Complicaciones y Enfermedades Mal Definidas con un total de 91 defunciones (4.42%). La Diabetes mellitus siendo la quinta causa de muerte, ha cobrado con la vida de 79 lojanos (3,84%).

1.1.2.2. Perfil Epidemiológico del área de la Salud N°3 de la ciudad de Loja

1.1.2.2.1. Aspecto Físico y Geográfico del Área de Salud N° 3

El Área de Salud Nº 3 se encuentra ubicada al norte de la ciudad de Loja, limita al norte con el área 10 (Saraguro), al sur con la calle Guaranda y Juan de Alderete (Área 1), por el este con la provincia de Zamora Chinchipe y por el oeste con las Áreas 1 y 4. Políticamente está conformada por 4 parroquias: 1 urbana El Valle y 3

rurales San Lucas, Jimbilla y Santiago con un total de 119 barrios, distribuidos de la siguiente manera:

- Parroquia El Valle (urbana) 41 barrios
- Parroquia San Lucas (rural) 46 barrios
- Parroquia Jimbilla (rural) 9 barrios
- Parroquia Santiago (rural) 23 barrios

Está atendida por 9 unidades operativas ubicadas en las diferentes comunidades urbanas y rurales: la jefatura de área funciona en el Centro Nº 3 que es el de mayor complejidad, a nivel urbano funcionan 4 unidades son los Subcentros de Salud de: San Cayetano, Consacola, Belén y Motupe; en el sector rural se encuentran los Subcentros de Salud de Jimbilla, Santiago y San Lucas.

A esta área también la jefatura del área ha firmado convenios de colaboración y apoyo interinstitucional con tres policlínicos militares: Cabo Minacho, Miguel Iturralde y Brigada de Infantería Nº 7, así como con el Dispensario Ramiro Palacios del Albergue Julio Villarroel por lo tanto son 14 Unidades de Salud las que pertenecen al área

FIGURA 1. MAPA DEL ÁREA N° 3

CUADRO N° 3. Causas de Morbilidad en el Área N° 3

Población 54.638			
Nro.	**CAUSAS DE MORBILIDAD**	**Frecuencia**	**Tasa x 1000 Hab.**
1	Infección Respiratoria Aguda	9515	174
2	Parasitosis	5437	100
3	Enfermedad Diarreica Aguda	1149	21
4	Infección de Vias Urinarias	1096	20
5	Vaginitis	642	12
6	Hipertensión Arterial	504	9
7	Desnutrición Calórica	377	7
8	Candidiasis de Vulva y vagina	360	7
9	Candidiasis de la Piel	357	7
10	Diabetes	326	6
Fuente: archivos de Estadísticas de las 13 áreas de la Salud Elaboración: Proceso de Control y Mejoramiento de la salud Pública			

1.2. Capítulo 2

1.2.1. Estilos de vida como determinantes del proceso salud enfermedad, alimentación y actividad física

Los estilos de vida no saludables como el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales, son factores de riesgo de obesidad, y además son un grave factor de riesgo para la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer. **(Hernandez, 2007)**

El desequilibrio que se produce cuando el consumo de alimentos supera la realización de actividad física en el individuo, lleva un aumento de peso corporal y consecuentemente a aparición de enfermedades. **(Luz Elena, 2001)**

1.2.1.1. Estilos de vida saludables.

Se los ha definido como los procesossociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. **(Luz Elena, 2001)**

Los estilos de vida, de cada individuo están dados por factores de riesgo, los cuales van a depender de los hábitos alimenticios, y de las costumbres que adopta cada persona en el ámbito familiar. Ésta protección tiene mucha relación con la dieta que consumen y con la realización de actividad física. Se mencionan algunos de los estilos de vida saludable:

- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y no dedicar a actividades que mantengan todo el tiempo sentado o la mayoría del tiempo sentado.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica**. (Luz Elena, 2001)**

El éxito para tener un estilo de vida saludable es el compromiso individual y social que cada uno asume, teniendo en cuenta que el éxito de una buena salud está en el propio cuidado y sobre todo el saber emplear el tiempo libre en la realización de actividades que nos lleven a un consumo de gasto energético mayor al consumo de alimentos. **(Hernandez, 2007)**

La alimentación saludable consiste en consumir diariamente una cantidad adecuada y variada de alimentos, con el fin de obtener todas las sustancias nutritivas que el cuerpo humano necesita para su adecuado funcionamiento. **(Hernandez, 2007)**
Todos los alimentos contienen un u otra proporción de nutrientes, por ejemplo, las frutas y verduras son ricas en vitaminas y minerales, los productos de origen animal contienen proteínas de buena calidad. Por lo que se puede decir que una alimentación variada consiste en incluir en nuestra dieta una variedad de nutrientes

que aporten con equilibradas cantidades de vitaminas, minerales y proteínas a nuestro organismo y de esta manera adquirir una buena salud.
Existen dos clases de nutrientes que el organismo necesita:

- **Macronutrientes:** carbohidratos, proteínas, grasas y fibra dietética son necesarios en cantidades mayores.
- **Micronutrientes**: vitaminas y minerales, son necesario en cantidades menores. **(Hernandez, 2007)**

1.2.1.2. Profesionales de Salud frente a un Estilo de vida Saludable

Uno de los objetivos principales que todos los profesionales de salud deberíamos tener es el desarrollo, mejora y mantenimiento de la salud a través de la actividad física. Esta nueva perspectiva orientada hacia la salud, obliga al personal a promover una serie de hábitos asociados a un Estilo de Vida Saludable. **(Becoña Iglesias & otros, 2004)**

Los hábitos saludables más importantes para lograr este objetivo son:

- *Una Alimentación equilibrada*: las necesidades nutritivas de las personas están cubiertas por una dieta normal y equilibrada (desayuno copioso, fruta a media mañana, almuerzo adecuado, merienda rica en lácteos y cena frugal).
- *La práctica de Actividad Física*: debe estar integrada en un programa de ejercicio con la finalidad de crear un estilo de vida saludable, es decir, mejorar la calidad de vida del sujeto, previniendo el desarrollo de ciertas enfermedades o volver a padecer alguna.
- *Descansos y Esfuerzos adecuados*: la alternancia de esfuerzo y descanso, es lo que llevará a conseguir importantes mejoras en la condición física y por tanto, en la salud. En cuanto a las horas de sueño, deben dormir al menos entre 7-8 horas, para que se restablezca el equilibrio corporal.
- *Higiene Personal*: una correcta higiene personal es el mejor método para prevenir muchas enfermedades, especialmente las transmisibles. **(Becoña Iglesias & otros, 2004)**

1.2.1.3. Estilos de vida y su Relación con algunos problemas de salud.

Actualmente se dice que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Se muestran evidencias de las principales causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del individuo. Se mencionan a continuación dos de los principales estilos de vida, que actualmente están tomando mucha importancia en el desarrollo de un mal estilo de vida en la población a nivel mundial**. (Gonzalez Espinosa, 2003)**

1.2.1.3.1. Actividad física.

1.2.1.3.1.1. Definición: "cualquier movimiento corporal asociado con la contracción muscular que incrementa el gasto de energía por encima de los niveles de reposo, todos los movimientos de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas**" (Ibáñez G., 2012)**. En relación con la salud, la actividad física es fundamental en la adquisición y en el mantenimiento de la condición física aeróbica.

Los efectos positivos de la actividad física son múltiples y variados, gracias a esta práctica diaria conseguiremos un desarrollo íntegro de todas las capacidades de las personas. Los efectos positivos que tendrá la actividad física sobre la salud personal se dan en tres dimensiones: **(Rivera Muñoz, 2008)**

<u>Efectos de carácter fisiológico</u>

La actividad física va a potenciar la salud física de las personas gracias fundamentalmente a la mejora de la condición física.

- ✓ A nivel cardiovascular: el ejercicio físico va a mejorar la circulación sanguínea, aumentar la capilarización y el hematocrito, hipertrofiar el miocardio, reducir la frecuencia cardiaca, etc. También va a contrarrestar enfermedades

cardiocirculatorias como pueden ser: Arteriosclerosis, Hipertensión, Isquemias, Cardiopatías coronarias, etc.

- ✓ A Nivel endocrino: el ejercicio físico mejora la regulación de este sistema gracias a la liberación y uso de determinadas hormonas, como es el caso de la Insulina. Por otro lado, gracias a la práctica de actividad física podemos contrarrestar enfermedades como la diabetes y la obesidad, basándonos en un programa de ejercicios adaptado a las características de cada individuo y también, mediante la regulación hormonal y el metabolismo.
- ✓ A nivel del aparato locomotor: la actividad física actúa sobre los huesos, músculos y articulaciones, creando hipertrofia muscular, mejorando la densidad ósea e incrementando la elasticidad muscular, la resistencia de los tendones y la movilidad articular. Además, el ejercicio físico va a contrarrestar el problema del sedentarismo y las atrofias musculares que éste acarrea, así como la osteoporosis, las lumbalgias, osteoartritis, las alteraciones posturales (esclerosis), etc. **(Rivera Muñoz, 2008)**

Efectos de carácter social

El deporte es un fenómeno social que sirve de vehículo para la práctica del ejercicio físico. Sin duda, es un excelente medio de comunicación, interacción e integración personal y social, transmite y potencia valores como la cooperación, el respeto, la superación y además, ofrece una ocupación activa del tiempo libre. En general, la actividad físico-deportiva mejora las relaciones interpersonales contribuyendo a la integración de los sujetos en su comunidad y sociedad. **(Rivera Muñoz, 2008)**

1.2.1.3.1.2. Beneficios de la actividad física para la salud

El organismo humano, como consecuencia del entrenamiento físico regular, presenta en sus diferentes aparatos y sistemas modificaciones morfológicas y funcionales que denominamos adaptaciones, las cuales van a permitir prevenir o retrasar la aparición de determinadas enfermedades y mejorar la capacidad de realizar un esfuerzo físico. Una persona entrenada será capaz de correr a la parada

del autobús sin cansarse demasiado, subir las escaleras del bus sin llegar jadeando, jugar con sus hijos con mayor vitalidad e incluso desafiar a sus amigos a un partido de su deporte favorito. **(Escalante, 2011)**

En la actualidad hay evidencias suficientes que prueban que aquellos que llevan una vida físicamente activa pueden obtener una larga lista de beneficios para su salud, como son los siguientes:

- Disminución del riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares
- Disminución del riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer. Ca de colon y mama.
- Prevención y/o retraso del desarrollo de hipertensión arterial, y mejora del control de la tensión arterial en hipertensos.
- Mejora del perfil de los lípidos en sangre.
- Disminución del riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 (DMNID).
- Mejora de la digestión y la regulación del ritmo intestinal.
- Incremento de la utilización de la grasa corporal y ayuda en el control del peso.
- Mantenimiento y mejora de la fuerza y la resistencia muscular, aumentando la capacidad funcional para realizar otras actividades necesarias en la vida diaria.
- Mantenimiento de la estructura y función de las articulaciones. La actividad física de intensidad moderada puede ser beneficiosa para las personas diagnosticadas de artrosis.
- Combate el estrés. Ayuda a liberar tensiones y a conciliar el sueño, mejorando su calidad.
- Ayuda a establecer unos hábitos de vida cardio saludables en los niños y a combatir los factores (obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.) que favorecen el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta.
- La actividad física en general y de forma especial aquella en la que se soporta peso, es esencial para el desarrollo normal del hueso durante la infancia y para alcanzar y mantener el pico de masa ósea en adultos jóvenes. Es una forma de tratamiento de la osteoporosis en el mayor.
- Ayuda a controlar y mejorar la sintomatología y el pronóstico en numerosas enfermedades crónicas (cardiopatía isquémica, hipertensión arterial,

enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Obesidad, diabetes, osteoporosis, etc.). **(Gil-Antuñano, 2007)**

- Existen pruebas científicas concluyentes de que una dieta saludable y una actividad física adecuada (alrededor de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada unos cinco días a la semana) desempeñan un papel importante en la prevención de estas enfermedades. Además, se calcula que aproximadamente el 80% de las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes de tipo 2 y el 40% de los cánceres pueden prevenirse mediante intervenciones económicas y costo eficaces que actúan sobre los factores de riesgo primarios. **(Mundial, 2008)**

1.2.1.3.1.3. Equivalente metabolico

Un método utilizado para describir el esfuerzo físico en un paciente sano es el Equivalente Metabólico (MET). **El MET** es una expresión de energía que mejor simula la cantidad de energía que expele un cuerpo al realizar una determinada actividad física y su valor numérico o energético es de 3.5 ml O2 / kg de peso corporal/minuto o 1Kcal/Kg de peso corporal/ hora. Sin duda alguna el MET se ha convertido en la medida de descripción de la carga de trabajo realizada en un esfuerzo físico. **(Bentz Brugal, 2011)**

CUADRO N° 4. Equivalente Metabólico

Actividad física baja (aproximadamente < 3 MET).- es la cantidad de energía (oxígeno) que el cuerpo utiliza cuando se está sentado tranquilamente.	**Actividad física moderada (aproximadamente 3-6 MET).-** Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco	**Actividad física intensa (aproximadamente > 6 MET).-** Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca
➢ Leer un libro	➢ Caminar a paso rápido	➢ Correr
➢ Ver televisión	➢ Bailar;	➢ Ascender a paso rápido o trepar por una ladera
➢ Planchar	➢ Jardinería	➢ Desplazamientos rápidos en bicicleta
➢ Limpiar los polvos	➢ Tareas domésticas	➢ Aerobicos
➢ Andar o pasear 3 -4 Km/hora	➢ Caza y recolección tradicionales	➢ Natación rápida
➢ Afeitarse, lavarse, vestirse	➢ Participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos	➢ Deportes y juegos competitivos (fútbol, voleibol, basket, tennis,)
➢ Conducir automóvil	➢ Trabajos de construcción generales (hacer tejados, pintar, etc.)	➢ Trabajo intenso con pala o excavación de zanjas

➢ Trabajo de oficina, sentada en escritorio.	➢ Desplazamiento de cargas moderadas (< 20 kg)	➢ Desplazamiento de cargas pesadas (> 20 kg)

(www.alimentacion-sana.org, 2013)

A menudo se utilizan los equivalentes metabólicos (MET) para expresar la intensidad de las actividades físicas. Los MET son la razón entre el metabolismo de una persona durante la realización de un trabajo y su metabolismo basal. **(Bentz Brugal, 2011)**

1.2.1.3.1.4. Calorías.

La caloría es la unidad con que se mide la energía que cada alimento proporciona al cuerpo humano para realizar diferentes acciones, es decir, es el combustible que nuestro organismo necesita para vivir y poder permanecer activo. Todos los alimentos tienen cierta cantidad de calorías, por ejemplo: 1 gramo de carbohidratos tiene 4 calorías (kilocalorías), 1 gramo de proteínas tiene 4 calorías, 1 gramo de grasa tiene 9 calorías; alcohol 7 **(Departamento de Comunicación, 2008)**

Caloría es la unidad térmica equivalente a la cantidad de calor necesaria para elevar la temperatura de un gramo de agua en un grado Celsius, de 14,5 a 15,5°C, a la presión normal. Pero como el valor resulta muy pequeño, en nutrición, la palabra correcta a utilizar es kilocaloría (Kcal), también se emplean los kilojulios (kJ). **1 Kcal. = 1.000 Cal. = 4.184 kJ. (Departamento de Comunicación, 2008)**

El gasto energético, que se calcula de unas 24 kcal por kilo de peso del individuo (con variables por complexión, sexo o estado nutricional entre otras cosas), sumamos las necesidades para afrontar la actividad física diaria, trabajo, deportes, labores domésticas, etc. El consumo calórico de la actividad física se mide como actividad mínima o sedentarismo, actividad moderada y actividad intensa. Las necesidades energéticas diarias dependen de cada individuo, además de depender de la actividad física y del estado de salud, hay otros factores que marcan las necesidades de cada uno. Pero en general están condicionadas por la suma del gasto energético producido por el metabolismo basal, el efecto termogénico de los alimentos (la digestión), la actividad física y la injuria o enfermedad. Nuestro

organismo es capaz de almacenar la energía que no consumimos y lo hace en forma de grasas, de ahí surge el exceso de peso, de un consumo de calorías mayor al que nuestro organismo necesita. De igual forma, si se consumen menos calorías de las que gastamos, se refleja en una pérdida de peso o adelgazamiento. **(Ruscalleda, 2009)**

CUADRO N° 5. Calorias gastadas por hora en las actividades físicas comunes

Actividad Física moderada	**Calorias aproximadas/30min para personas de 154 libras**	**Calorias /hr aproximadas para personas de 154 lb.**
Caminar senderos montañosos	185	370
Trabajo de jardinería moderado	165	330
Bailar	165	330
Ciclismo <10mpm	145	290
Caminar 3,5mph	105	280
Levantar pesas	110	220
Ejercicios de estiramiento	90	180
Barrer la casa	165	330
Actividad física vigorosa	**Calorias/30min aproximadamente para personas de 154 lb**	**Calorías/hr. Aproximadas para personas de 154 lb**
Correr trotar 5mph	295	590
Ciclismo >10mph	295	590
Nadar(estilo libre lento)	255	510
Aeróbicos	240	480
Caminar 4,5mph	230	460
Levantar pesas (esfuerzo vigoroso)	220	440
Basketboll	220	440

(Unidenses, 2008)

1.2.1.3.2. Hábitos Alimenticios

1.2.1.3.2.1. Definición:

Se consideran como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas. **(López Nomdedeu, 2011)**

Una alimentación inadecuada o desequilibrada puede dar origen a trastornos y enfermedades de mayor o menor gravedad, es importe destacar que la actividad física contribuye en el mejoramiento del estado de salud y a prevenir la ganancia excesiva de peso; existiendo una estrecha relación entre la alimentación actividad física y estilo de vida. **(Campos, 2012)**

Una buena alimentación saludable contribuye tener buena salud, la misma contiene una variedad de frutas y verduras, cereales integrales, productos lácteos descremados o semidescremados, y alimentos que contengan proteínas, como carnes magras, aves sin piel, pescado y mariscos, alimentos procesados de soya, nueces, semillas, frijoles y arvejas (guisantes) una buena pauta es tratar de llenar la mitad del plato con frutas y verduras. **(Salud, 2012)**

1.2.1.3.2.2. Malos Hábitos Alimenticios

Entre los hábitos alimentarios el consumo excesivo, de alimentos ricos en grasa saturadas tales como hamburguesas, hot dogs, picaditas, papas fritas, panes blandos, carnes trituradas, bebidas refrescantes, etc, por su contenido hipercalórico, hiperproteico y con elevado contenido graso. Se ve actualmente que este tipo de dieta es todavía consumida por algunas instituciones como por ejemplo la Escuela Damerval Ayora, Filomena Mora de Carrión, La Porciúncula, de manera abundante en la población infantil, en los adolescentes, en personas que por sus horarios de trabajo no les permite acudir a sus domicilios a consumir una verdadera comida nutritiva, muy extendidos en nuestro país especialmente los fines de semana, días festivos, así como en diferentes celebraciones. El consumo de estos alimentos, de manera esporádica, no presenta mayores problemas en el conjunto de una dieta variada, más bien el problema se presenta cuando el consumo es reiterado, el cual puede generar hábitos alimentarios inadecuados y alteración del estado de salud en las personas. **(Moreno Quirantes, 2009)**

La obesidad tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo más importante la parte ambiental o conductual, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta (malos hábitos nutricionales) y el gasto energético (sedentarismo). Los cambios demográficos y culturales han afectado el comportamiento de las personas de diversas formas. El esclarecimiento del papel e influencia de estos factores es fundamental para desarrollar estrategias preventivas efectivas y coherentes. La obesidad ha sido reconocida como un importante problema nutricional y de salud en la mayoría de los países industrializados, en los países con economías en transición, e incluso en determinadas áreas urbanas en los países en

desarrollo, el aumento progresivo de la obesidad se ha descrito como un problema emergente en los últimos años. **(Moreno Quirantes, 2009)**

Los estilos de vida no saludables que son modificables por la conducta como el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales, contribuyen a la aparición de sobrepeso corporal y obesidad, que constituye un factor de riesgo para el inicio de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer. El desarrollo científico-técnico ha permitido el mejoramiento de las condiciones de vida, la humanización de las condiciones de trabajo y la facilitación de las tareas domésticas. Este hecho, unido a la existencia de insuficientes políticas de salud en función de los cambios enunciados propicia el incremento del sedentarismo. La obesidad es reconocida como un importante problema nutricional y de salud a nivel mundial y su aumento progresivo se describe como un problema emergente en los últimos años**. (Molina, 2010)**

1.3. Capítulo 3

Durante la infancia y adolescencia se suele mantener un nivel de actividad física suficiente a través del juego y de la práctica de diferentes deportes. Pero las oportunidades de realizar ejercicio físico disminuyen a medida que nos hacemos adultos. Debido a los grandes inventos de los últimos tiempos, que suponen adelantos y comodidades en todos los campos, se ha producido una reducción drástica de la cantidad de actividad física que es necesaria hacer tanto en las labores cotidianas de la casa, como en los desplazamientos (carro, autobús) o en el trabajo y en el tiempo de ocio. En cualquiera de los países del mundo llamado desarrollado, los indicadores de actividad física muestran cifras realmente desalentadoras. Según distintas estadísticas el sedentarismo afecta entre un 40 a un 60 % de la población, y sólo 1 de cada 5 individuos alcanza el mínimo de actividad recomendado para la salud. **(Gil-Antuñano, 2007)**

El cambio en el estilo de vida en las últimas décadas plantea cada vez más retos al sector salud. Niños, jóvenes, adultos y personas de la tercera edad ya no realizan actividades físicas, ni ejercicio y sus actividades recreativas son videojuegos, celulares, televisión y computadora, es decir, todo se reduce a una pantalla. “Se estima que en promedio, un niño pasa frente a una pantalla más de 10 horas, lo ideal y saludable es que no gasten más de 120 minutos frente a la televisión en el día. **(Nieto, 2012)**. Estudios revelan que a mayor número de horas, mayor riesgo de ser obeso o tener colesterol elevado e hipertensión. **(Gil-Antuñano, 2007)**

1.3.1. Hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia

La modificación de aspectos determinantes en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la pandemia Sobrepeso-Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión y Dislipidemias permiten, una variación positiva en los indicadores de salud de la población, lo que incidirá en los costos por consulta debido a la gran cantidad de pacientes que se deben atender por las patologías de etiología crónica. **(Baglivo, 2003)**

Las enfermedades crónicas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, afectando a todos los estratos de la sociedad y redundan en dos tipos de costos: la reducción de la productividad del individuo y de su capacidad de generar ingresos. Además, obligan a un uso más intenso de servicios de salud muy especializados. La prevalencia y los costos de las enfermedades crónicas son extraordinariamente altos. **(Baglivo, 2003)**

1.3.1.1. Hipertensión arterial.- La Hipertensión Arterial se define como una elevación sostenida de los niveles de la presión sanguínea por encima de los valores considerados normales.

CUADRO N° 6. Clasificación de la HTA

				Inicio Terapia	
Clasificación PA	PAS* mmHg	PAD* mmHg	Estilos de Vida	Sin indicación clara	Con indicación clara (ver Tabla 8)
Normal	**<120**	y < 80	Estimular	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado***
Prehipertensión	**120-139**	ó 80-89	Si		
HTA: Estadío 1	**140-159**	ó 90-99	Sí	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC ó combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes***. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC) según sea necesario
HTA: Estadío 2	**>160**	ó >100	Sí	Combinación dos fármacos en la mayoría** (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó BCC)	

(Baglivo, 2003)

A medida que transcurren los años, los vasos sanguíneos tienden a hacerse rígidos, aumentando la presión de la sangre, el ejercicio ayuda a reducir la presión y a mantener flexibles los vasos y las arterias. La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares. **(Agüero, 2011)**

CUADRO N° 7. Cambios en el estilo de vida y efecto sobre la presión arterial

Cambio	**Recomendación**	**Reducción estimada de la PAS**
Reducción del peso	Mantener el peso ideal (IMC 20-25 kg/m2)	Entre 5 y 20 mmHg por una reducción de 10 kg de peso
Restricción del consumo de sal	Reducir la ingesta a cifras por debajo de 100 mmol/día (6 g de sal; una cucharada de café)	2-8 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo por debajo de 210 g semanales (30 g/día) en hombres y 140 g semanales (20 g/día) en mujeres	2-4 mmHg
Adopción de la dieta DASH*	Dieta rica en frutas, verduras y productos lácticos desnatados con reducción de la grasa total y especialmente saturada	8-14 mmHg
	Práctica habitual (al menos 5 días a la semana) de ejercicio aeróbico (por ejemplo, caminar	

Ejercicio físico	deprisa durante al menos 30-45 minutos)	4-9 mmHg
*Los efectos de la dieta DASH sólo se han probado en EE.UU. y son comparados con los de la dieta típica americana. Las características de la dieta DASH son similares aunque no idénticas a la dieta mediterránea que está asociada con una protección frente a la enfermedad cardiovascular.		

Dieta DASH (dietary approach to stop hypertension) enfoque dietetico para detener la hipertensión (Sosa-Rosado, 2010)

1.3.1.1.1. Cambios en el Estilo de Vida que reduce la PA

- Reducción de peso
- Restricción del consumo de sal
- Limitación del consumo de alcohol
- Aumento de la actividad física
- Aumento del consumo de frutas y verduras
- Reducción del consumo de grasa total y grasa saturada

1.3.1.1.2. Cambios de estilo de vida que reducen el riesgo de enfermedad Cardiovascular

- Abandono del tabaco
- Reducción del consumo de grasa total y grasa saturada
- Adopción de una dieta mediterránea. **(Ortiz Machado, 2003)**

En el origen de HTA, influyen tanto factores personales y ambientales (edad, hábitos alimentarios y estilo de vida) como los genéticos: la tensión arterial tiende a elevarse con la edad, es también más frecuente que aparezca si la persona es obesa, lleva una dieta rica en sal y pobre en potasio (pobre en verduras, frutas y frutos secos, legumbres, cereales integrales), bebe elevadas cantidades de alcohol, no realiza actividad física, o sufre de estrés psicológico.

Prácticamente en el 90 % de los casos la hipertensión es primaria o de causa desconocida y, en menos de un 10 %, secundaria a otros procesos relacionados con alteraciones de origen renal, cardiovascular o del sistema endocrino. Hasta el momento, sólo se sabe que existen diferentes factores que aumentan el riesgo de hipertensión arterial. **(Ortiz Machado, 2003)**

- La herencia: una persona cuyos padres han tenido hipertensión arterial es más susceptible de desarrollarla.
- Las personas de raza negra tienen más posibilidades de desarrollar esta enfermedad que los blancos.
- Los varones tienen mayor riesgo que las mujeres hasta la edad de 55 años; a partir de esta edad sus riegos se igualan. A partir de los 75 años, las mujeres tienen más posibilidades de desarrollar hipertensión arterial.
- La edad: la tensión arterial tiende a subir con la edad, y por ello los ancianos tienen más riesgo de desarrollar hipertensión arterial.
- La sensibilidad a la sal: un consumo excesivo de sal causa hipertensión arterial en algunas personas.
- La obesidad y el sobrepeso.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Uso de anticonceptivos orales y otros medicamentos (esteroides anabolizantes, antiinflamatorios no esteroideos, descongestivos nasales, eritropoyetina, etc)
- Sedentarismo **(Ortiz Machado, 2003)**

1.3.1.2. Diabetes mellitus.- De acuerdo con la American Diabetes Association (ADA), la diabetes es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas. Existen muchos procesos fisiopatogénicos involucrados en su aparición, que varían desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia a la acción de la insulina. La base de todas las alteraciones metabólicas es la acción deficiente de la insulina sobre los tejidos blanco. Esto último se debe a la secreción inadecuada de insulina o a la disminución de la respuesta tisular en alguno de los distintos puntos de la compleja vía de la hormona. La diabetes afecta a entre el 5 y el 10% de la población general, esta variación depende de los estudios consultados. Debe tenerse en cuenta que se estima que por cada paciente diabético conocido existe otro no diagnosticado. Su frecuencia aumenta significativamente con la edad y también con el exceso de peso y la vida sedentaria, por estos motivos se espera un

importante aumento del número de diabéticos en los próximos decenios. **(Marcano Pasquier, 2013)**

1.3.1.2.1. El tratamiento de la diabetes se sustenta en seis pilares básicos, de los cuales solamente mencionaremos a tres, que son los que nos servirán para el objeto de nuestro estudio:

- ✓ Plan de alimentación: Un plan de alimentación va más allá de lo que entendemos por una dieta. Debe ser un proyecto individualizado a las necesidades de cada persona, sus preferencias y debe contemplar objetivos relacionados con la consecución de un peso óptimo, situación laboral, disponibilidades etc.
- ✓ Plan de ejercicio físico: Presenta las mismas características de individualización que la alimentación en cuanto a preferencias, objetivos etc. Lo ideal es alcanzar al menos 30 minutos diarios de ejercicio físico activo y preferentemente aeróbico. **(Zavala V., 2011)**
- ✓ Hábitos generales de higiene

El desarrollar hábitos que permitan una vida regular y ordenada, con horarios de comidas y de sueño regulares, horarios para el ejercicio físico pautado etc. Son sumamente aconsejables.

El equipo de profesionales que trata a un paciente con Diabetes, deberá establecer de acuerdo con el propio paciente, las pautas y objetivos a alcanzar en cada una de estas áreas, ajustándose todo lo posible a las preferencias del propio paciente y haciéndole partícipe de los objetivos y resultados obtenidos, buscando la forma más factible de remover obstáculos y promover actitudes que permitan alcanzar un buen control. **(Sociedad Española de Hipertensión, 2011)**

- ✓ Medicación
- ✓ Plan de Autocontrol
- ✓ Controles periódicos.

1.3.1.3. Dislipidemias.- se refiere a la presencia de anormalidades en la concentración de grasas en sangre (Colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y LDL). Por lo cual es preciso medir la concentración de estos en sangre. Si la concentración de triglicéridos es mayor de 150mg/dl, su colesterol mayor de 200mg/dl o el colesterol HDL menor a 40 mg/dl podríamos dar un diagnostico seguro de dislipidemias. **(cardiovascular, 2005)**

La mayoría de los adultos de 20 años en adelante son los que reportan mayor incidencia en estas patologías, debido al estilo de vida y lo difícil que es para ellos ejercer un cambio en sus hábitos alimenticios y de actividad física. Estos factores junto con el consumo excesivo de grasas y azúcares, consumo excesivo de alcohol, algunos medicamentos, factores genéticos hereditarios, sobrepeso y ciertas patologías (diabetes, hipotiroidismo, enfermedades cardiovasculares). **(cardiovascular, 2005)**

El principal tratamiento para las dislipidemias es la dieta; evitar el consumo excesivo de alimentos ricos en azucares como jugos, refrescos, pan, tortilla, arroz, pastas, etc., incrementar a la dieta diaria la ingesta de grasas insaturadas como el aguacate, aceite de oliva y las almendras que son grasa de origen vegetal, las cuales son excelentes para evitar la acumulación de ácidos grasos saturados en las paredes arteriales. **(Salgado S, 2010)**

Se debe evitar las grasas de origen animal y alimentos fritos o que contengan, altos contenidos de grasas animales, no ingerir más de una copa de alcohol al día se debe incrementar la actividad física de manera constante mediante caminata a ritmo moderado, esto con la finalidad de evitar dislipidemias, infartos, obesidad y otras patologías. Esta actividad es de 30 minutos diarios, lo cual favorece considerablemente la reducción de LDL en incrementa los niveles de HDL en sangre. Actualmente, la dislipidemias, hipertensión arterial, diabetes mellitus y

obesidad tienen mayor riesgo de mortalidad o de complicaciones cuando se asocian a dislipidemias. **(Salgado S, 2010)**

CUADRO N° 8. Clasificación de las Dislipidemias

SEGÚN ETIOLOGÍA	SEGÚN TIPO	SEGÚN SEVERIDAD
Primaria: Trastorno primario genético	Hipercolesterolemia pura	Leve
Secundario: Manifestación de una enfermedad	Hipertrigliceridemia pura	Moderada
	Dislipidemia mixta	Severa

(cardiovascular, 2005)

1.3.2. El Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional

Los Cuestionarios Internacionales de Actividad Física (IPAQ, por sus siglas en inglés) contienen un grupo de 4 cuestionarios a partir de la actividad física relacionada con el trabajo, ocio o tiempo libre, trabajo, hogar. El propósito de los cuestionarios es proveer instrumentos comunes que pueden ser usados para obtener datos internacionalmente comparables relacionados con actividad física relacionada con salud. Los cuestionarios internacionales sobre actividad física (IPAQ) comprenden una serie de 4 cuestionarios, para nuestro estudio se aplicó el teste basado en el tiempo y el tipo de actividad física que la persona realizó de la siguiente manera: **(Serón, 2010)**

Incluyendo todas las actividades intensas que la persona realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo

normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos. **(Serón, 2010)**

Con este test se busca averiguar los tipos de actividad física que hace la gente en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los últimos 7 días. Le pedimos que por favor responda a cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Piense acerca de las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndose de un lugar a otro, o en su tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte. **(Mantilla, 2007)**

CUADRO N° 9. Puntuación del IPAQ

Cuestionario IPAQ Nivel de Actividad Física	Criterio
Baja	Sin actividad reportada o no incluye en los niveles moderado o alto
Moderada	Cualquiera de los siguientes: a. Actividad intensa ≥ 3 días, al menos 20 minutos al día. b. Actividad moderada y/o caminata al menos 30 minutos, ≥ 5 días. c. Cualquier combinación de caminata, moderada o intensa, llegando a 600 METs-min/semana ≥ 5 días
Intensa	Cualquiera de los siguientes: a. Actividad intensa al menos 3 días acumulando 1500 METs - min/semana b. Cualquier combinación de caminata. Moderada o intensa, acumulando 300 METs - min/semana ≥ 7 días

(Mantilla, 2007)

1.3.3. Test de alimentación y salud

Maite Zudaire, nutricionista y una de las autoras del análisis de 'Eroski Consumer'. En sus estudios ha demostrado la asociación entre la alimentación y los niveles de colesterol, concentración de azúcares, ácido úrico, etc. Es decir, una mala alimentación puede influir en una mayor predisposición a enfermedades como la Obesidad, Diabetes, Hipertensión Arterial y Dislipidemias. **(Maite, *2008*)**

El equipo de nutricionistas ha comprobado que hay que mejorar ciertos aspectos dietéticos concretos, se debe trabajar en ofrecer más variedad de alimentos básicos, como las verduras y los pescados. Es muy importante insistir en la preparación culinaria de los mismos, ya que los fritos, los rebozados y los empanados son demasiado habituales en los menús de las familias actualmente, incluso en algunos la presencia de frituras es casi diaria, lo que repercute en platos excesivamente grasos y calóricos, y en una pobre propuesta culinaria. . **(Maite, 2008)**

CUADRO N° 10. Puntuación de Dieta

RESULTADO	
<10	Desequilibrada
11-20	Mejorable
21-27	Adecuada

(Maite, 2008)

CUADRO N° 11. TIPOS DE DIETAS

DIETA EQUILIBRADA.- es aquella que reúne los nutrientes necesarios para una buena alimentación. Consume entre 2000-2500 calorías en el día.	**Desayuno:** 1 tostada, 1 vaso de jugo, 1 taza de café con leche, 1 yogurt, 1 fruta todo a elección **Almuerzo:** 1 porción de carne magra, 1 porción de pastas, 1 porción de pollo a la plancha, 1 ensalada de verduras variadas, 1 fruta, 1 tostada, agua o jugo licuado de frutas. **Merienda:** 1 yogurt, 1 fruta, 1 té con leche, 1 vaso de jugo, 1 tostada untada con queso crema y mermelada; 1 porción de arroz con pollo, 1 porción de carne con puré, 1 porción de pescado hervido, 1 porción de tallarines al pesto
DIETA MEJORABLE.-	**Desayuno:** ½ taza de leche descremada, 1 rebanada de pan integral con 1 cucharada de queso para untar light. **Media Mañana:** 1 manzana, 1 yogurt light **Comida:** ¼ de pollo al horno con verduras al vapor, Gelatina dietética y 1 durazno **A media tarde:** 1 yogurt light, 3 galletas integrales con queso para untar light. **Cena:** Ensalada de apio y espinaca, 1 papa pequeña al horno, Puré de manzana con canela y crema light
DIETA DESEQUILIBRADA.- es aquella que reúne todo tipo de desfasajes para una buena alimentación. Consume menos de 1500 calorías diarias.	**Desayuno:** Huevos fritos con patacones fritos y coca cola, 1 hot-dog con Coca-Cola, 1 lata de cerveza, 1 Coca-Cola con papas fritas de paquete **Almuerzo:** 1 combo de McDonald o cualquier cadena alimenticia fatal, 1 sándwiches de mortadela, 1 coca-cola, 1 plato de papas fritas y salchichas o hamburguesas **Merienda:** 1 barra de chocolate, 1 emparedado de jamon y queso, 1 cerveza o coca-cola Cena: 1 plato de arroz con mayonesa, 1 trozo de pollo con picantes, 1 hamburguesa con queso

(Alimentación, 2003)

CUADRO N° 12. DIETA SALUDABLE RECOMENDABLE:

Alimentos	Frecuencia de consumo recomendada	Alimentos	Frecuencia de consumo recomendada
Verduras hortalizas	Al menos dos veces al día, una en ensalada	Carnes	3-4 veces/semana
Arroz	1-3 veces/semana	Pescados	3-4 veces/semana
Pasta	2-4 veces/semana	Huevos	3-4 veces/semana
Patatas	3-4 veces/semana	Frutas	2-3 al día
Legumbres	2-3 veces/semana	Leche y derivados (yogur, queso, cuajada…)	2-3 al día
		Pan	Diario, en cada comida

(Bartrina, 2007)

2. METODOLOGÍA.

2.1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo, con enfoque transversal y diseño cuantitativo, siendo este el más adecuado para los objetivos que persigue el presente trabajo de investigación.

2.2. Área de estudio

La presente investigación se realizó en la zona 12 de la Parroquia El Valle área urbana de la ciudad de Loja,

2.3. Universo.

Se tomó como universo a la población de la zona 12 de la parroquia El Valle, datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo 2010, consta un total de 1234 viviendas y 4618 personas.

2.4. Muestra

2.4.1. Tamaño de la muestra

La muestra se tomó del total de habitantes de la Zona 12 de la parroquia El Valle, cuya muestra se obtendrá con el programa StatsCalc:

1. Tamaño de Universo: 4618
2. Error máximo aceptable: 5%
3. Porcentaje estimado de la muestra: 10%
4. Nivel deseado de confianza: 95
5. Tamaño de Muestra: 134

2.4.2. Tipo de muestreo

La muestra es de tipo probabilístico por conglomerados, ya que se seleccionó grupos por edades, se excluye los niños

2.4.2.1. Criterios de inclusión:

4.4.2.1.1. Viviendas que estén habitadas y que algunos o todos sus miembros sean personas mayores de 18 años o adultos.

4.4.2.1.2. Personas identificadas con enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión y dislipidemias.

2.4.2.2. Criterios de exclusión:

2.4.2.2.1. Viviendas construidas después de que se realizó el último censo por el INEC.

2.4.2.2.2. Niños de la zona 12 y personas que no habiten en la zona 12.

2.4.2.2.3. Personas con alteraciones en el hábito alimenticio, que no tengan horario o que consuman una dieta específica prescrita.

2.4.2.2.4. Personas que por alguna situación en especial no pueden hacer actividad física (discapacitados)

4.4.2.3. Opercianalización de Variables.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	MEDICIÓN
Hábitos Alimenticios.	Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con la alimentación.	✓ Raciones de fruta que consume cada día ✓ Número de veces por semana que consume legumbre ✓ Número de veces por semana que consume alimentos lácteos ✓ Porciones de verdura consumidas en el día ✓ Número de veces por semana que consume pescado ✓ Número de veces por semana que consume huevo ✓ Frecuencia de consumo de carnes rojas ✓ Frecuencia de consumo de comida rápida ✓ Frecuencia de consumo de alientos de repostería y pastelería ✓ Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas ✓ Tipo de grasa utilizada para cocionar los alimentos ✓ Cantidad de agua que bebe diariamente ✓ Número de veces por semana que consume alimentos preparados fuera del hogar.	✓ <10 desequilibrado ✓ 11-20 Mejorable ✓ 21-27 Adecuada
Actividad Física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exige gasto de energía	✓ Actividad física en el trabajo o quehaceres domésticos ✓ Actividad física en el desplazamiento cotidiano ✓ Actividad física en el tiempo libre	➢ Bajo ➢ Moderado ➢ Intenso
Enfermedades crónicas no transmisibles	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta	✓ Diabetes. ✓ Hipertensión arterial ✓ Dislipidemias	➢ Presenta. ➢ No presenta. ➢ Presenta. ➢ No presenta. ➢ Presenta. ➢ No presenta.

CUADRO N° 13. INDICADORES Y VARIABLES

2.4.3. Métodos e instrumentos de recolección de datos

2.4.3.1. Métodos:

Los métodos que se utilizaron en la investigación fueron: la aplicación de encuesta para así obtener información de los sujetos en estudio a través de una encuesta basada en que tipos de alimentos consumen los habitantes; y otra encuesta valorando el tiempo y la intensidad que los habitantes se dedican a realizar algún tipo de actividad en la semana.

2.4.3.2. Instrumentos:

Los test que se utilizaron fueron:

- ✓ Test de Alimentación y Salud: valoramos una dieta saludable en los habitantes de la zona en estudio, creado por la revista española "erosky consumer", el 28 de mayo en la X edición del día nacional de la nutrición. **(Zudaire, 2011).**
- ✓ Cuestionario de Actividad física IPAQ: aplicado a cada habitante de la zona lo que nos permitió conocer el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física con el fin de valorar su nivel, este es un cuestionario internacional de actividad física creado por Organización Mundial de Salud versión 2002 (Serón, 2010)

2.4.3.3. Procedimiento:

El estudio se realizó en un período de 12 meses desde Julio 2012 a Julio 2013, partiendo de la aprobación del proyecto de investigación, hasta el informe final de los resultados a las autoridades de la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja. Desde su inicio se realizó revisiones bibliográficas para ampliar los conocimientos del tema en estudio.

La presente investigación está dirigida a obtener información relacionada con los estilos de vida en sus componentes: actividad física y hábitos alimenticios.

Se realizó un oficio dirigido a la Dirección Provincial de Salud de Loja, para que se facilite información acerca del perfil epidemiológico de la ciudad.

En primer lugar se ha considerado determinar el universo, que para la presente investigación se ha delimitado en la zona 12 de la ciudad de Loja, cabe mencionar

que el universo se considerará, como la cantidad total de habitantes de la zona en estudio. Una vez determinado el universo, se procederá a determinar el tamaño de la muestra en función de los métodos estadísticos, para lo cual se utilizará el programa StatCalc.

Una vez conocido el tamaño muestral se derivaró a la recolección de información relacionada con las variables motivo de interés, entre los que podemos mencionar actividad física en adolescentes y adultos, hábitos alimenticios; para tal efecto se ha considerado el uso de test especializados y cuestionario para la evaluación de cada una de las variables consideradas (Ver Anexos).

Para el objetivo referente a la relación con el nivel de actividad física y hábitos alimenticios, se identificará a los adolescentes y adultos que realicen y no realicen actividad física, y que tenga buenos y malos hábitos alimenticios con la posible patología que estos grupos presenten.

La encuesta y los test se realizaron a las personas identificadas quienes ayudarán a tener información acerca de los hábitos alimenticios y nivel de actividad física, presentes en la población.

Estos instrumentos fueron sometidos a prueba piloto, donde se tomaron personas al azar, comprendidas entre las edades a estudiar, el cual permitió conocer la tendencia de las variables consideradas. Esto con la finalidad de verificar la confiabilidad de los resultados que proporcionarán antes de la respectiva recolección de datos.

La recolección de la información se la realizó los fines de semana, respetando los horarios de alimentación; el responsable de la recolección fue el investigador de dicha tesis quien concentró sus esfuerzos en la organización de resultados y desarrollo de conclusiones producto del análisis de información y la realización de informe final.

2.4.4. Plan de tabulación y análisis

La investigación no tuvo conflictos de interés, comerciales, ni éticos. Para la tabulación y análisis de los datos recolectados se utilizó el programa Excel 2011, y

los resultados fueron representados en tablas y gráficos realizados en el programa Excel 2010. Los datos obtenidos se mantendrán dentro de la confidencialidad y anonimato, ningún aspecto fue contra la dignidad humana, se procuró no profundizar en aspectos que no estén dentro de los objetivos de estudio.

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

3. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN.

DATOS GENERALES

TABLA N° 1. EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA DEL ÁREA 12 DE LA PARROQUIA EL VALLE

EDAD	N° de Habitantes	PORCENTAJE
18 – 20	6	4 %
21 – 30	12	9%
31 – 40	23	17%
41 – 50	59	44%
51 – 60	15	11%
61 - 65	19	14%
TOTAL	**134**	**100%**

FUENTE: Encuesta a los habitantes de la zona

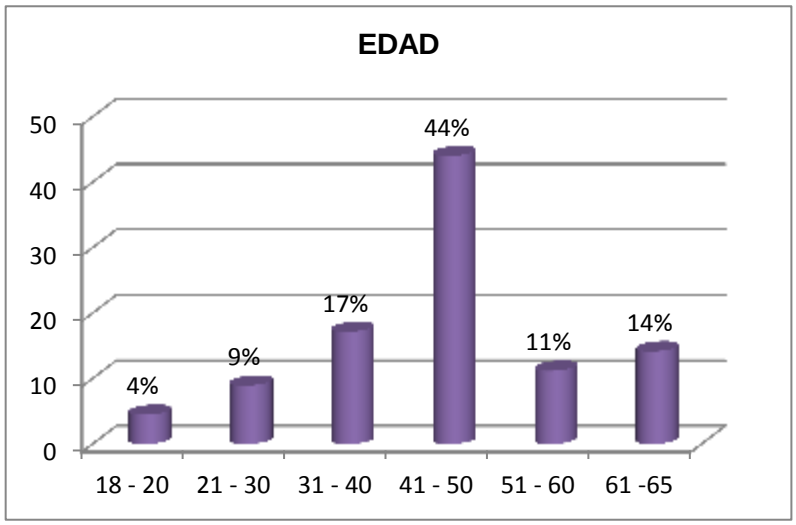

FIGURA 1. Edad de LA Población Estudiada
FUENTE: Encuesta a los habitantes de la zona

La información proporcionada de los habitantes de la zona permite determinar que la mayor parte de la población está entre los 41-50 años (44,0%); y el menor número de población encuestada esta entre los 18–20 años (4,5%).

TABLA N° 2. GÉNERO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL ÁREA DE LA PAROQUIA EL VALLE.

GENERO	N° de Habitantes	PORCENTAJE
MASCULINO	39	29%
FEMENINO	95	71%
TOTAL	134	100%

Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

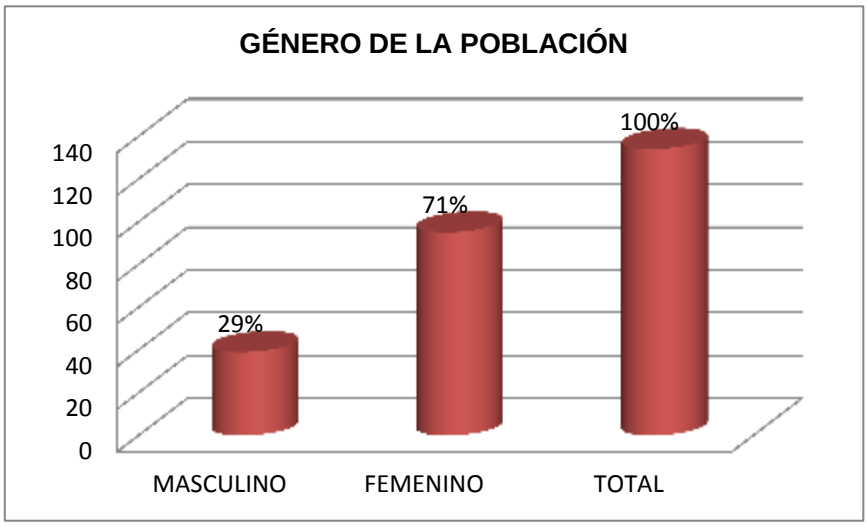

Figura 2. Genero de la Población
Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

La información proporcionada permitió determinar que el 71% de las personas investigadas son de sexo femenino, y el 29% son de sexo masculino.

TABLA N° 3. PRESENCIA O NO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

ENFERMEDADES	PRESENCIA DE ENFERMEDAD CRÓNICA	PORCENTAJE
SI	64	48
NO	70	52
TOTAL	134	100

FUENTE: Encuesta a los habitantes de la zona

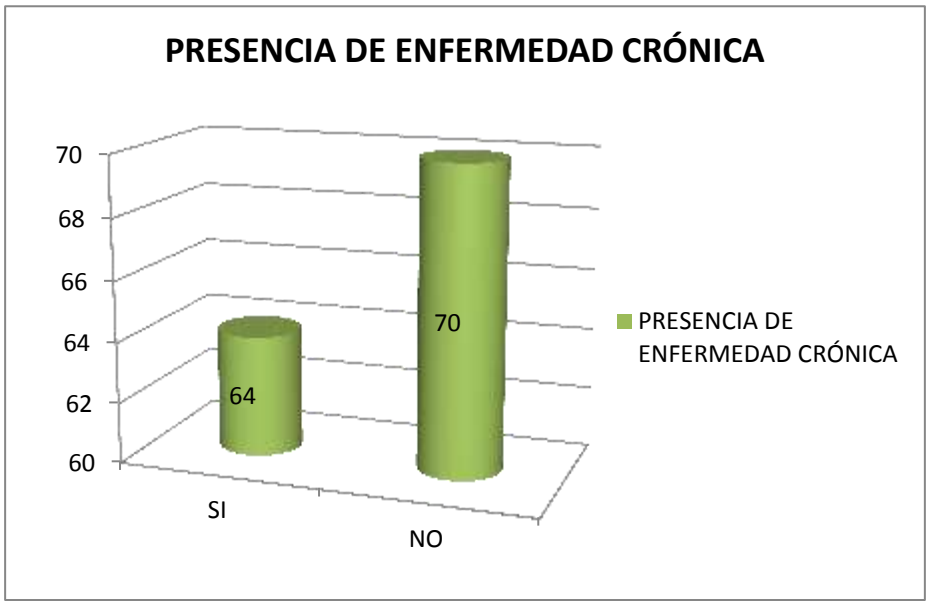

Figura 3. Presencia o no de Enfermedad Crónica
Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

La información proporcionada permitió determinar que el 48% de la población presenta Enfermedades Crónicas no Transmisibles (Diabetes, Hipertensión, Dislipidemias), y en el 52% de los habitantes no presentan.

TABLA N° 4. PRESENCIA DE UNA O MÁS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES

ENFERMEDADES CRÓNICAS	N° HABITANTES	PORCENTAJE
ENF. CRON SOLA	46	72%
MÁS DE UNA ENF. CRÓN	18	28%
TOTAL	64	100%

Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

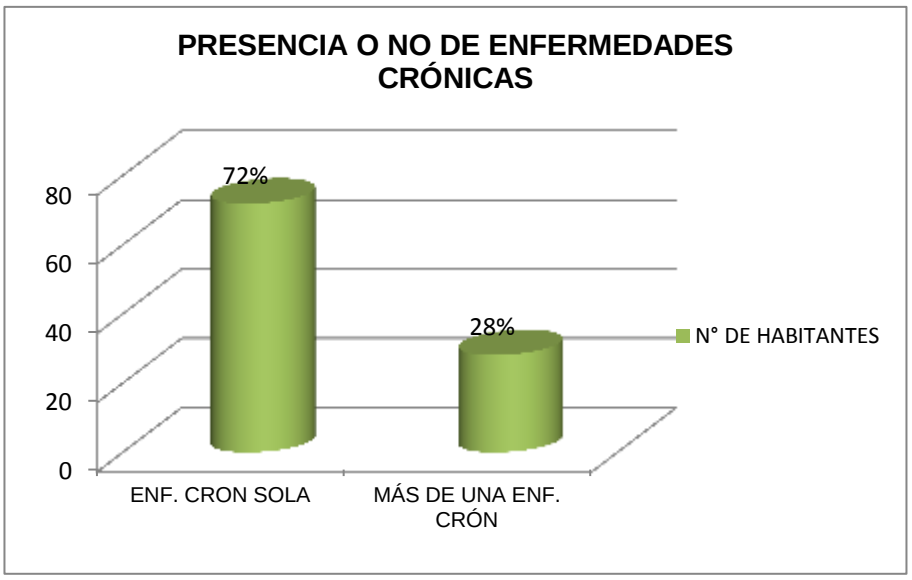

Figura 4. Presencia de una o más Enfermedad Crónica no Transmisible
Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

La información proporcionada permitió observar que de las 64 personas que tienen Enfermedades Crónicas no Transmisibles el 72% tienen una sola enfermedad mientras que el 28% (18 personas) tienen más de una enfermedad.

TABLA N° 5. Relación entre Edad de los Habitantes y Enfermedades.

EDAD	N° POBLACIÓN	Enfermedades %
18 - 20	0	0
21 - 30	5	8
31 - 40	10	16
41 - 50	35	55
51 - 60	6	9
61 -65	8	13
TOTAL	64	100

Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

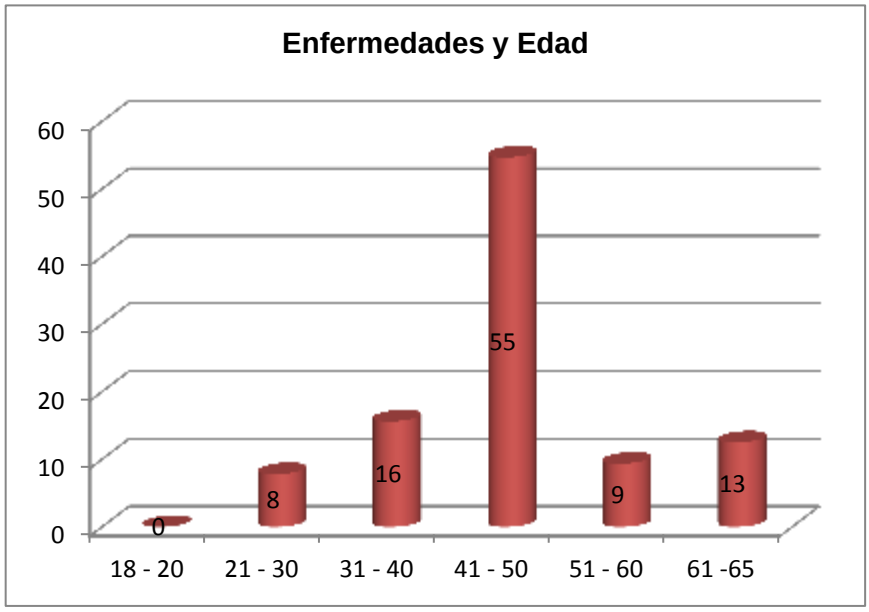

Figura 5. Relación entre Edad de los Habitantes y Enfermedades
Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

La información proporcionada permitió observar que el 55% de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles tienen entre 41-50 años; mientras que aquellos personas entre 18-20 años no tiene enfermedades.

Resultado 1. ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS HABITANTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, DE LA ZONA.

TABLA N° 6. REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA ALTA MODERADA Y BAJA.

TIPO DE ACTIVIDAD	N° DE HABITANTES	PORCENTAJE
ACT. FÍS. ALTA	7	11%
ACT. FÍS. MODER.	14	22%
ACT. FÍS. BAJA	43	67%
TOTAL	64	100%

Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

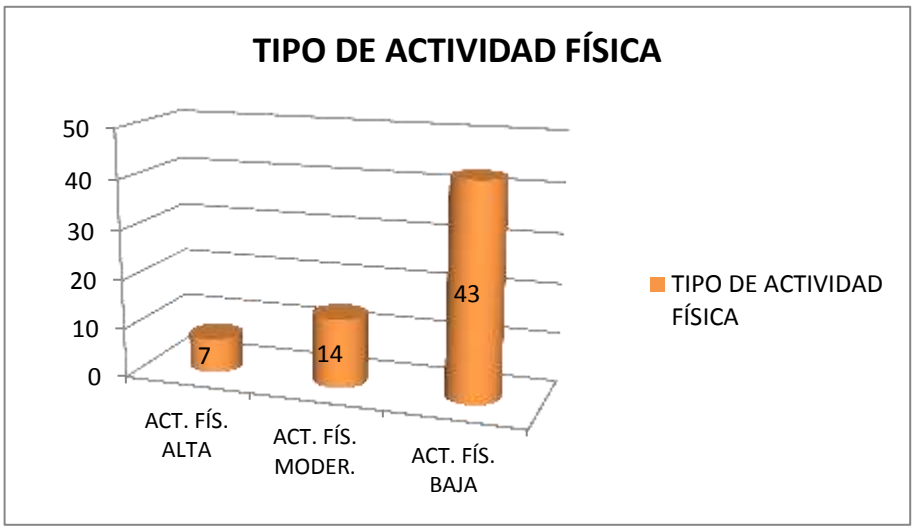

Figura 6. Realización de Actividad Física Alta, Moderada y Baja
Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

En la población investigada podemos observar que del total de personas con Enfermedades Crónicas, el 67% realiza actividad física baja, el 22% realizan actividad moderada, y el 11% realizan actividad física alta.

Resultado 2. HÁBITOS ALIMENTICIOS

TABLA N° 7. HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LOS HABITANTES CON ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES DE LA ZONA.

ENFERMEDADES CRÓNICAS	TIPO DE DIETA	PORCENTAJE
EQUILIBRADA	14	22%
MEJORABLE	24	38%
DESEQUILIBRADA	26	41%
TOTAL	64	100%

Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

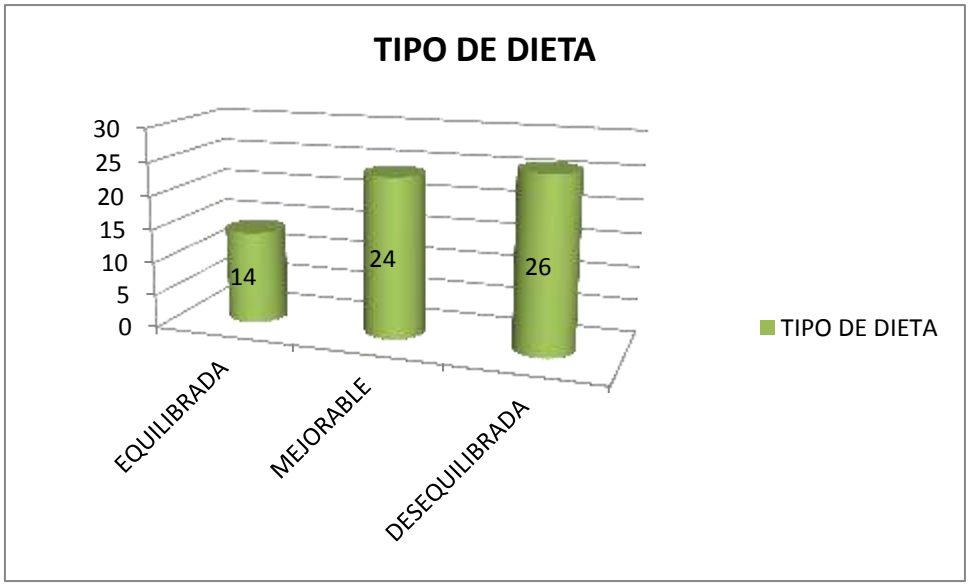

Figura 7. Hábitos Alimenticios de los Habitantes con Enfer. Crónicas no Trasmisibles
Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

La información proporcionada permitió determinar que el 41% de la población con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, tiene una dieta desequilibrada, el 38% tienen una dieta mejorable, y el 22% tienen dieta equilibrada.

Resultado 3. RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD FÍSICA Y HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LOS HABITANTES DE LA ZONA.

TABLA N° 8. Tipo de enfermedades en los habitantes de la zona.

ENFERMEDADES CRÓNICAS	CASOS ECNT	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS	17	27%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	9	14%
OBESIDAD	7	11%
DISLIPIDEMIA	13	20%
HTA + DM	5	8%
HTA + DISLIPIDEMIAS	4	6%
HTA + OBESIDAD	1	2%
DM+ DISLIPIDEMIA	4	6%
DM + OBESIDAD	3	5%
DISLIPIDEMIA + OBESIDAD	1	2%
TOTAL	64	100%

Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

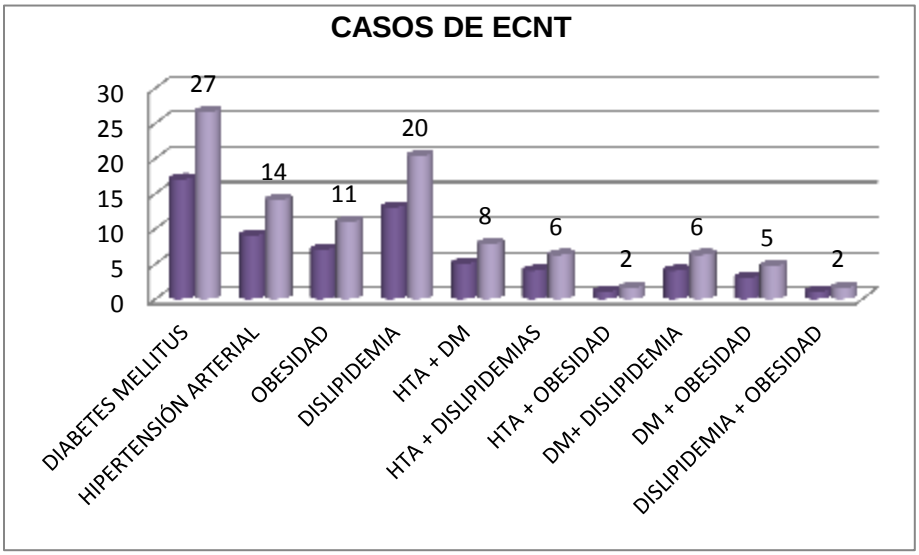

Figura 8. Tipo de Enfermedades en los Habitantes de la Zona
Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

La información proporcionada permitió observar que el 27% (17 personas) tienen Diabetes Mellitus, el 20% Dislipidemias, el 11% Obesidad, el 14% Hipertensión Arterial, y el 29% más de una enfermedad.

TABLA N° 9. ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA, MODERADA, BAJA Y ENFERMEDADES DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA 12.

ENFERMEDADES	Intensa %		Moderada %		Baja %		TOTAL
DIABETES MELLITUS	2	12	3	18	12	71	17
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0	0	4	44	5	56	9
DISLIPIDEMIA	5	38	1	8	7	54	13
OBESIDAD	0	0	3	43	4	57	7
HTA + DM	0	0	0	0	5	100	5
HTA + DISLIPIDEMIAS	0	0	0	0	4	100	4
HTA + OBESIDAD	0	0	0	0	1	100	1
DM+ DISLIPIDEMIA	0	0	0	0	4	100	4
DM + OBESIDAD	0	0	2	67	1	33	3
DISLIPIDEMIA + OBESIDAD	0	0	1	100	0	0	1
TOTAL	**7**		**14**		**43**		64
PORCENTAJE	**10,9**		**21,9**		**67,2**		**100**

Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

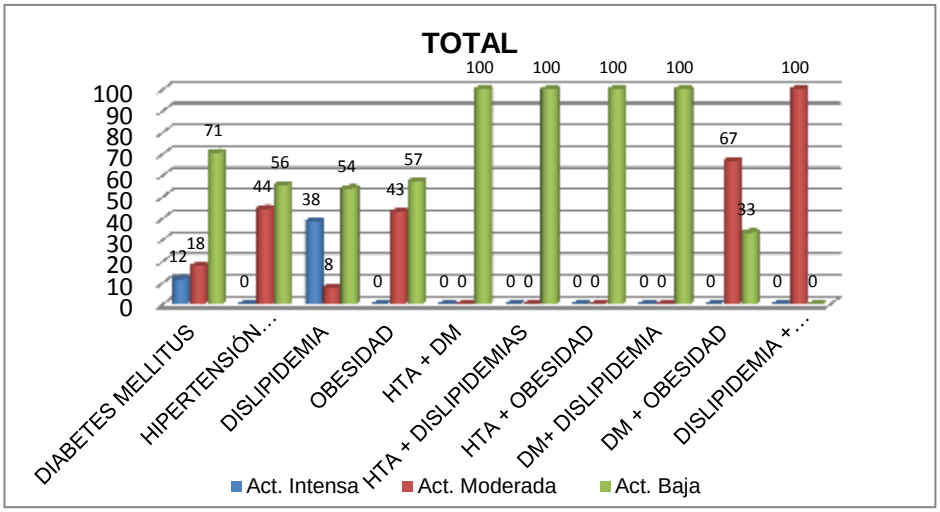

Figura 9. Actividad Física Intensa Moderada y Baja y Enfermedades de los Habitantes
Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

La información proporcionada permitió observar que el 67,2% del total de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles realizan un nivel bajo de actividad física, esto se evidencia con un porcentaje casi igual para todas las enfermedades mencionadas en el estudio; seguido por el 21,9% que realizan una moderada actividad física, de los cuales el mayor número está en las personas con DM + OBESIDAD; y solamente el 10,9% se encuentran en la categoría de intensa actividad física, estas son personas con DISLIPIDEMIAS.

TABLA N° 10. DIETA EQUILIBRADA, MEJORABLE Y DESEQUILIBRADA, Y ENFERMEDADES DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA 12.

ENFERMEDADES	Equilibrada %		Mejorable %		Desequilibrada %		TOTAL
DIABETES MELLITUS	3	18	7	41	7	41	17
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	3	33	4	44	2	22	9
OBESIDAD	5	71	0	0	2	29	7
DISLIPIDEMIA	3	23	6	46	4	31	13
HTA + DM	0	0	1	20	4	80	5
HTA + DISLIPIDEMIAS	0	0	2	50	2	50	4
HTA + OBESIDAD	0	0	0	0	1	100	1
DM+ DISLIPIDEMIA	0	0	1	25	3	75	4
DM + OBESIDAD	0	0	2	67	1	33	3
DISLIPIDEMIA + OBESIDAD	0	0	1	100	0	0	1
TOTAL	14	22	24	38	26	41	64
PORCENTAJE TOTAL	21,875		37,5		40,625		

Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

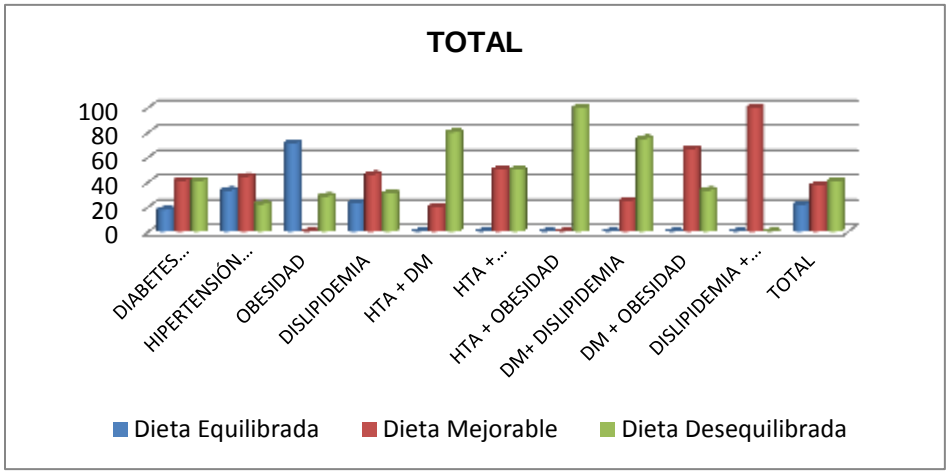

Figura 10. Dieta Equilibrada, Mejorable y Desequilibrada y Enfermedad en la Población
Fuente: Encuesta a los habitantes de la zona

Los habitantes de la zona 12 de la ciudad de Loja cuyas patologías se encuentran dentro del estudio, los que consumen una dieta desequilibrada representan el 40,6% (26 personas) la mayor parte de ellos con HT +OBESIDAD; HTA+DISLIPIDEMIAS; los que consumen una dieta mejorable son el 37,5% (24 personas), la mayoría de ellos con DISLIPIDEMIA + OBESIDAD; DISLIPIDEMIA +DM. Las personas que con una dieta equilibrada son del 22% (14 personas) la mayoría de ellas con OBESIDAD.

4. DISCUSIÓN.

El propósito del presente estudio fue identificar los niveles de ejercicio físico, y el consumo de alimentos en los habitantes de la zona 12 de la Parroquia El Valle de la Provincia de Loja.

Los resultados encontrados en relación con el nivel de ejercicio físico evidencian una población con un nivel de actividad física bajo. Prevalece el ejercicio físico bajo y moderado con una frecuencia semanal escasa, (no realizan ejercicio al menos 30 minutos por 3 ocasiones en la semana, realizan menos de lo estimado por la OMS).

La investigación realizada ha demostrado que en los habitantes de la zona 12 de la parroquia el Valle se encontró una incidencia del 48% (64 persona) que tienen enfermedades crónicas no transmisibles de las cuales 17 personas tienen DM, 13 personas HTA; 9 personas Obesidad; 7 personas Dislipidemias, y 18 personas presenta la asociación de dos o más de estas enfermedades, y el 52% (70 personas) no tienen enfermedades crónicas.

El Ministerio de Sanidad de los EEUU, en el año de 1996 en su informe sobre el Control de Enfermedades en actividad física y salud demostraron un antes y un después de la relación entre actividad física y salud, especialmente en los beneficios que proporciona el realizar actividad física activa. La Organización Mundial de la Salud en el año 2004 luego de una serie de investigaciones aprobó la Estrategia Mundial en la cual dedujo que las principales causas de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, están los malos hábitos y la escaza actividad física en los habitantes. **(AFS, 2013)**

Se observa en nuestra investigación, el 40,6% de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, tienen una dieta desequilibrada, el 37,5% dieta mejorable, y solamente el 21,8% de la población tienen dieta equilibrada, de la misma manera con la actividad física el 67,18% de la población con enfermedades crónicas no transmisibles, realiza actividad física baja, que el 15,6% realizan actividad física moderada, y solamente el 17,18% de la población con enfermedades crónicas realizan actividad física intensa.

Con estos datos obtenidos podemos deducir que la investigación sobre los estilos de vida en los habitantes de la zona 12 de la parroquia el Valle, nos sirvió para determinar que en la población general se realiza actividad física baja; las personas sin diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles realizan actividad física mayormente moderada, y las personas con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles realizan actividad física baja.

En un estudio realizado en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud en Chile, se encontró que el 49% (187) no realiza ningún tipo de actividad física, además de esto el 72% (274) no realiza ninguna actividad recreativa. Por esta misma quietud y falta de actividad física, el adulto mayor tiene cambios en su composición corporal, perdiendo fundamentalmente masa magra, y dando lugar a la mayor aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. **(Hernandez Perez, 2008)**

En esta investigación podemos observar que la mayor parte de las personas investigadas están entre los 41 y 50 años, seguido por las de 51 a 60 años. Tienen una baja actividad física y una dieta alimenticia rica en grasas y carbohidratos, consumen pocos alimentos a base de vegetales, frutas, proteínas, lo que podemos ver reflejado en los porcentajes obtenidos; mientras los hábitos alimenticios son malos, tienen más posibilidades de adquirir alguna enfermedad crónica no transmisible.

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuye a la mortalidad mediante un pequeño número de desenlaces (diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral). La evolución natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia. Entre ellas se encuentran el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones anormales de los lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico. **(Cordova & otros, 2008)**

Diversos estudios respecto al tema, uno de ellos realizado en Estados Unidos en 84.941 enfermeras durante 16 años, concluyen que el 91% de los casos de diabetes son atribuibles a hábitos de alimentación y actividad física, otro estudio realizado en Finlandia en 522 personas a los cuales se les intervino consejerías en estilos de vida saludables, por un tiempo de 3,2 años se estableció que el 58% disminuía en la incidencia de diabetes mellitus**. (Fuentes L, 2010)**

Estudios recientes, trataron de relacionar el tiempo de ocio, ocupación doméstica, traslado, deporte en cuanto a actividad física, para lo cual se tomó una muestra de 29.139 pacientes de 15 años en delante, de 29 países, a los cuales se les paso individualmente el IPAQ, teniendo como resultados que la actividad física en su tiempo de ocio fue positivamente asociada con la salud que relataban e inversamente con obesidad, dislipidemias, diabetes mellitus e hipertensión. **(Pérez Soto, 2012)**

Investigaciones llevadas a cabo por compañías aseguradoras norteamericanas y europeas, han mostrado que la frecuencia de mortalidad debido a ciertas enfermedades crónicas, ha aumentado extraordinariamente gracias al exceso de peso; por ejemplo, la diabetes mellitus en un 400% y las enfermedades cardiovasculares en un 162%. El estilo de vida físicamente activo, mejora las sensaciones de bienestar general y la salud, lo que hace al sedentarismo, uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en la población general, hoy día, se considera como uno de los problemas más importantes que tienen las autoridades de la salud. Los cambios sociales en los últimos 20 años han generado mayores índices de sedentarismo en niños y jóvenes con respecto a generaciones anteriores y es este comportamiento sedentario adoptado durante la niñez que da paso a la aparición de enfermedades crónica durante la vida adulta. **(Villarreal Ramírez, 2003)**

Es de mucha importancia que tengamos presente que los hábitos alimenticios y la actividad física son los principales factores en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, depende de cómo nosotros llevemos estos en nuestra vida diaria, contribuirán de manera importante en la aparición de las mismas, cabe

recalcar que a muchas de estas patologías está ligada otros factores de riesgo como son alcoholismo, genética, raza, herencia, entre otros.

Un estudio similar al muestro realizado mediante la aplicación del IPAQ en Brasil recientemente muestra Abu-Omar y Rütten (2008), la relación del tiempo de ocio, ocupacional, doméstico y de traslados o transporte en cuanto a actividad física se refiere con los indicadores de salud europeos. Para ello, obtuvieron una muestra de 29.193 sujetos de 15 años en adelante, de los 27 países miembros de la Unión Europea a los cuales se les pasó individualmente el IPAQ. Los resultados muestran que la actividad física en su tiempo de ocio fue positivamente asociada con la salud que relataban e inversamente con obesidad, podemos ver resultados similares obtenidos en nuestro estudio. **(Soto Pérez, 2012)**

Estudios realizados del IPAQ en la ciudad de Chile proporcionan información sobre algunos datos que describen el hábito de actividad física, en los cuales evidencian que el 38,5% realiza actividad física en el tiempo libre (sin diferencia por sexo o edad), con respecto al uso de vehículos motorizados para trasladarse al trabajo, a la iglesia o al mercado hacer las compras es del 81,1%, un 6% utilizan bicicleta 6,2% (13% de hombres y 3,5% de mujeres); y el 66,3% camina por lo menos 10 minutos seguidos para trasladarse de un lugar a otro en un día cotidiano. Finalmente, puede destacarse el promedio de 209 minutos diarios que se ocupan en estar sentado en un día de semana similar a los 204 minutos en promedio que se gastan en estar sentado en un día de fin de semana (es decir aproximadamente 3 horas y media al día). **(Serón, 2010)**

El presente estudio de investigación nos muestra que la mayoría de las personas son sedentarias ya que utilizan vehículos motorizados para trasladarse de un lugar a otro, el tiempo que ellos caminan diariamente no es más de 10 a 15 minutos lo que los incluye dentro de un nivel de actividad física baja, pasan la mayoría del tiempo sentados en un escritorio, ya que se dedican a trabajos como secretarias de bancos, costureras, en trabajos de oficinas, se constata que no utilizan los 30 minutos diarios que recomienda el IPAQ.

Un estudio realizado en la ciudad de la Habana Cuba en el 2008, muestra la incidencia de la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, se observó un incremento de su frecuencia a medida que aumenta la edad, estas personas no se dedican a actividades que exija el esfuerzo o algún tipo de actividad, este es el caso de la HTA con una frecuencia del 52,6 % en el grupo 65-69 y del 63,6 en 80 y más, las enfermedades del corazón, con una frecuencia del 28,9 %. Algunas ENT como la DM mantuvieron un comportamiento similar en los diferentes grupos de edades, podemos observar valores similares de resultados obtenidos en este estudio, ya que se puede observar que la población tiene una gran incidencia de hipertensión arterial asociado a diabetes mellitus. **(Guerra Llibre, 2008)**

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. Conclusiones

✓ La mayor parte de los habitantes de la zona, con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles realizan actividad física baja, mientras que la actividad física alta es de práctica baja.

✓ Con respecto a los hábitos alimenticios, el 29,1% (39 personas) tienen una dieta equilibrada o adecuada; el 36,6% (49 personas) tienen una dieta moderada o mejorable; y el 34,3% (46 personas) tienen una mala dieta o desequilibrada.

✓ Entre las personas con enfermedades Crónicas no Transmisibles, existe un predominio en el número de personas que realizan actividad física baja y moderada (82,78%), sobre las que realizan actividad física intensa (17,18%).

✓ Con los hábitos alimenticios se puede concluir que el 78.3% de la población tiene una dieta entre mejorable y desequilibrada y el 22% tienen una dieta equilibrada.

.

5.2. Recomendaciones.

- Promocionar la actividad física entre niños y jóvenes, de forma que cuando lleguen a la edad adulta mantengan hábitos de vida saludables.
- Desarrollar políticas poblacionales y estrategias efectivas encaminadas a la promoción de la actividad física y a la prevención de los estilos de vida sedentarios
- La recomendación para los adolescentes es practicar actividad física durante al menos 60 minutos al día cinco o más días por semana
- Según el programa del Ministerio de Salud Pública: Educación Alimentaria Nutricional, podemos apoyar e incentivar la modificación de los bares de las escuelas y colegios y de las universidades, incorporando alimentos saludables para evitar que el consumo de gaseosas, snacks, panchos, golosinas, alfajores, entre otros alimentos de alta densidad energética. Fortaleciendo estrategias como, charlas a los propietarios de los bares, trípticos, pancartas, hojas volantes, concientizando a los padres de familia y a los alumnos con charlas también informándoles sobre la gravedad a la que puede llevar el consumo excesivo de grasas saturadas.
- Brindar asesoramiento nutricional a los padres, en especial a aquellos cuyos hábitos alimenticios están basados en un déficit (frutas, vegetales, proteínas) o exceso (grasas, snacks, comidas chatarras, sodas) de algún macro o micronutriente, para que puedan ayudar a sus hijos a tener una correcta alimentación para un adecuado crecimiento y desarrollo, evitando enfermedades por carencia o exceso nutricional.
- Recomiendo retomar los juegos en conjunto y el ejercicio aérobico, como la pelota, correr y saltar, es decir, todo lo que los niños solían hacer.

BIBLIOGRAFÍA

1. AFS, P. (2013). Posgrado en Actividad Física y Salud. *Universidad de Coruña EEUU*.

2. Agüero, M. J. (2011). Hipertensión Arterial: su relación con los hábitos alimentarios en pacientes con sobrepeso y obesidad. *CONGRESO LATINOAMERICANO DE SALUD PÚBLICA* .

3. Alimentación, O. d. (2003). FAO/OMS presentan informe sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. *FAOSALA DE PRENSA*.

4. Baglivo, H. P. (2003). Clasificación de la hipertensiónarterial en base a la definición del NC VII y las guías de las Sociedades Europeas de Hipertensión Arterial y Cardiología 2003. *Rev. Arg. Anest* , 61, 6: 341-345.

5. Bartrina, J. A. (2007). ALIMENTACIÓN SALUDABLE. *MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO / AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN*, 66.

6. Becoña Iglesias, E., & otros, y. (2004). Prevención de los Estilos de Vida Saludables. *ALAPA*, 9-10.

7. Bentz Brugal, F. E. (2011). CONSIDERACIONES SOBRE EL EQUIVALENTE METABOLICO (MET). *Rehabilitek*.

8. Campos, N. (2012). Alimentación y actividad física, factores relacionados con el estilo de vida de los universitarios. *Psicopedia*, 2322 - 8652.

9. Chile, E. U. (2007). ntervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Chilena Pediatrica*, 76-83.

10. Cordova, A. J., & otros, y. (2008). Chronic non-communicable diseases in Mexico: epidemiologic synopsis and integral prevention. *Salud Pública de México*, 0036-3634.

11. Departamento de Comunicación, T. (2008). Qué son las calorías y de dónde se obtienen. *Diabetes Hoy*.

12. Fuentes L, L. (2010). Efectos de una intervención integral en la reducción de factores de riesgo cardiovascular en mujeres con sobrepeso u obesidad de la Región de Los Ríos. *Revista Medica de Chile*, 0034-9887.

13. Gil-Antuñano, N. (2007). Actividad física, salud y calidad de vida. *Estrategia NAUS*.

14. Hernandez Perez, F. D. (2008). Algunos factores de riesgos conocidos en enfermedades crónicas no transmisibles. *Gaceta Medica Espirituana*, 10-12.

15. Ibáñez G., A. (2012). ACTIVIDAD FISICA Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. *Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported.*

16. López Nomdedeu, C. (2011). Nutrición Saludable y Prevencion de los Trastornos Alimentarios. *Subdirección de Epidemiología,Promoción y Educación para la Salud de la Dirección General de Salud Pública*, 26.

17. Luz Elena, M. S. (2001). LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: COMPONENTE DE LA CALIDAD DE VIDA. *Servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación. Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación - FUNLIBRE Costa Rica*.

18. Maite, Z. (2008). Expertos en diversas áreas de la medicina presentan un Test que puede detectar de forma rápida y eficaz cualquier alteración . *Eroski Consumer*.

19. Marcano Pasquier, R. J. (2013). Diabetes mellitus: Definición, diagnóstico y clasificación. *Medicina Preventiva Santa Fe*.

20. Molina, A. G. (2010). HEALTH BENEFITS OF PHYSICAL ACTIVITY IN OLDER PEOPLE. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 10* , 1577-0354.

21. Morales, M. (2007). Guia del Paciente con Trastornos Lipidicos. *INGESA*, 10.

22. Moreno Quirantes, A. J. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 0864-3466.

23. Mundial, O. M. (2008). Prevención de las Enfermedades no Transmisibles en el lugar de trabajo a través del regimén alimentario y actividad física. *committed to improving the state of the world*, 3.

24. Nieto, J. A. (07 de Abril de 2012). Seis de cada 10 personas no tienen suficiente actividad física: OMS. *CNNMéxico*, pág. http://mexico.cnn.com/.

25. Ortiz Machado, O. (2003). Hipertensión Arterial y Colesterol. *Cartilla de Divulgación*, 28-36.

26. Pérez Soto, J. J. (2012). Medición de la Actividad Física Mediante el International Physic Activity Questionaire (IPAQ) en Estudios Españoles e Internacionales. *Revista Electrónica Actividad Física y Ciencias*, 11.

27. Rivera Muñoz, D. (2008). La salud y la calidad de vida. Actividades físicas . *Revista Digital - Buenos Aires* , 127.

28. Ruscalleda, C. (07 de Enero de 2009). Qué son las Calorias. *Alimentación Sana*.

29. Salgado S, M. (2010). ALIMENTACION COMO MÉTODO PREVENTIVO DE DISLIPIDEMIAS EN ADULTOS. *Laureate International Universities*, 4-5.

30. Salud, C. d. (2012). Actividad física: la importancia de adoptar un estilo de vida activo. *Promoción y Educación para la Salud*, 9838.

31. Serón, P. y. (2010). Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad medida en poblacion Chilena. *Revista Medica Chile*, 1233 - 1234.

32. Sociedad Española de Hipertensión. (30 de Enero de 2011). *Diabetes*. Recuperado el 30 de Marzo de 2009, de GeoSalud: http://www.seh-lelha.org/

33. Soto Pérez, J. J. (2012). Medicion de la Actividad Física Mediante el International Physical Activity Questionaire (IPAQ) En Estudios Españoles e Internacionales. *Revista Electrónica Actividad Física y Ciencia*s, 11 -12.

34. Villarreal Ramírez, S. M. (2003). Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión. *Revistas Chilena en Salud*, 1409-1259.

35. www.alimentacion-sana.org. (12 de 02 de 2013). La Dieta en la Hipertensión. Lima, Perú.

36. Zavala V., A. (2011). Bases del tratamiento de la diabetes. *Fundación Escuela para la formación y actualización en Diabetes y Nutrición*.

6. ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
TITULACIÓN DE MÉDICO

ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN LOJA

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

A. DATOS GENERALES:

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

B. EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA:

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

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

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

C. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

17. **¿Cuántas veces por semana consume usted alimentos lácteos (leche, queso, yogurt)?**
    ( ) Nunca ( ) 2 a 3 veces ( ) Todos los días
18. ¿**Cuántas porciones de frutas consume en el día?**
    ( ) Ninguna ( ) 1 a 2 porciones ( ) 3 o más porciones
19. **¿Cuántas porciones de verduras (habas, soja, rábanos, zanahoria, papas, camote, remolacha, acelga, col, espinaca, lechuga, brócoli, coliflor, calabaza, pepino, tomate) consume en el día? Se entiende por porción una taza en crudo y media taza en cocinado.**
    ( ) Ninguna ( ) 1 a 2 porciones ( ) 3 o más porciones
20. ¿**Cuántas veces por semana consume leguminosas frescas?**
    ( ) Nunca ( ) 2 a 3 veces ( ) Todos los días
21. **¿Cuántas veces por semana consume leguminosas secas** (garbanzos, lentejas)**?**
    ( ) Nunca ( ) 2 a 3 veces ( ) Todos los días
22. **¿Cuántas veces por semana consume pescado?**
    ( ) Ninguna ( ) 1 vez ( ) 2 o más veces
23. **¿Cuántas veces por semana consume huevos?**
    ( ) Ninguna ( ) 1 vez ( ) 2 o más veces
24. **¿Cuántas veces por semana consume carnes rojas (carne de res)**

( ) Ninguna ( ) 1 vez ( ) 2 o más veces

25. **¿Con qué frecuencia consume comidas rápidas? (pizza, hamburguesas, papas fritas, etc.)**
( ) Nunca ( ) 1 a 2 veces por semana ( ) 3 o más veces por semana
26. ¿**Con qué frecuencia consume alimentos de repostería o pastelería?**
( ) Nunca ( ) 1 a 2 veces por semana ( ) 3 o más veces por semana
27. **¿Con qué frecuencia consume bebidas azucaradas? (colas, jugos comerciales)**
( ) Nunca ( ) 1 a 2 veces por semana ( ) 3 o más veces por semana
28. **¿Qué tipo de grasa utiliza para preparar los alimentos?**
( ) Aceites vegetales ( ) Manteca
29. **¿Qué cantidad de agua consume diariamente?**
( ) < 2 vasos ( ) 2 a 5 vasos ( ) > 5 vasos
30. **¿Cuántas veces por semana consume alimentos preparados fuera de casa?**
( ) Nunca ( ) 1 a 2 veces por semana ( ) 3 o más veces por semana

D. ENFERMEDADES CRÓNICAS

31. **¿Usted ha sido diagnosticado en alguna ocasión de alguna de las siguientes enfermedades?**
a) ( ) Diabetes mellitus
b) ( ) Hipertensión arterial o presión alto
c) ( ) Hipertrigliceridemia o hipercolesterolemia (colesterol o triglicéridos altos)
d) ( ) Obesidad o sobrepeso
e) ( ) Otra enfermedad crónica. Mencione ¿Cuál? ……

Para ser llenado por el encuestador:
Fecha: …. / …. / 2013 Zona: ……..