



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MÉDICO

**Estilos de vida en relación a actividad física y alimentación en los habitantes
de la zona 15 de la ciudad de Loja, durante julio-diciembre del 2012**

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

AUTOR: Peña Alejandro, Carlos Andrés

DIRECTORA: Buele Maldonado, Norita Angelita, Dra

LOJA-ECUADOR

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Doctora.

Norita Angelita Buele Maldonado

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de titulación: Estilos de vida en relación a actividad física y alimentación en los habitantes de la zona 15 de la ciudad de Loja, durante julio-diciembre del 2012 realizado por: Carlos Andrés Peña Alejandro, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por lo que se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Octubre del 2014.

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Carlos Andrés Peña Alejandro declaro ser autor del presente trabajo de fin de titulación: Estilos de vida en relación a actividad física y alimentación en los habitantes de la zona 15 de la ciudad de Loja, durante julio-diciembre del 2012, de la titulación de Médico, siendo la Dra. Norita Angelita Buele Maldonado directora del presenta trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.

Autor: CARLOS ANDRÉS PEÑA ALEJANDRO

Cédula:110434354-4

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico de manera especial a mis padres, pilares fundamentales y fuente de mi inspiración, ya que con su esfuerzo y sabios consejos me han permitido obtener un logro más en mi vida; a mis abuelos, uno de los cuales ya no está conmigo, pero sé que desde el cielo cuida siempre de mí; a mis hermanos, sobrinos, tíos, primos, por tener la suficiente confianza en mí y darme ánimos en momentos difíciles. Sin olvidarme de mis compañeros de universidad, en especial a mis amigas Tanya y Gladys por brindarme su amistad incondicional y desinteresada; además no puedo dejar de nombrar a mis maestros universitarios y de secundaria de manera especial al Padre Valentín, excelente docente de mi recordado colegio Calasanz. A todo el personal del Área de Salud #4 Catamayo, quienes desinteresadamente me apoyaron para enriquecer mis conocimientos para la formación de mi vida profesional, por tenerme paciencia y sobre todo mucha confianza durante el tiempo de estancia en dicha institución; y, a todas aquellas personas que de forma directa o indirecta estuvieron apoyándome para el cumplimiento de este anhelo tan deseado.

Carlos Andrés Peña Alejandro

AGRADECIMIENTO

Es muy largo el camino que he recorrido hasta el momento, es por esto que expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, en cada uno de sus docentes y personal administrativo, en especial al Departamento de Ciencias de la Salud por todas las enseñanzas brindadas durante mi formación profesional, a cada una de sus autoridades y de manera muy especial a la Dra. Norita Buele Maldonado, por su valiosa y acertada orientación en la realización y culminación de este trabajo de investigación.

Agradezco de manera muy especial a las autoridades y a todo el personal administrativo, médico y de enfermería del Área de Salud #4 Catamayo; quienes me apoyaron arduamente para que realice mis pasantías desde el inicio de mi carrera. Así mismo a todos los habitantes de la Zona 15 de la Ciudad de Loja, cuya colaboración y predisposición fueron la base y sustento de este trabajo, a mis compañeros y amigos de aulas con los cuales aprendí de la vida y de medicina y a todas las personas que de una u otra forma colaboraron para la realización de este trabajo.

Un agradecimiento sincero a toda mi familia, pues ellos me han brindado el incentivo y algunas veces el consuelo durante estos años de estudio que ahora terminan. Todo lo alcanzado hasta ahora no podría ser sin la voluntad y bendición de Dios, gracias de todo corazón por permitirme elegir este camino que me ha enseñado tanto y que aún me queda mucho por recorrer.

Con especial cariño y gratitud,

Carlos Andrés Peña Alejandro

INDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
Índice de contenidos.....	vi
Índice de tablas.....	viii
Índice de gráficos.....	ix

DESARROLLO DE LA TESIS

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	5
1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	6
1.1. Capítulo 1: Características geográficas y demográficas de la población.....	7
1.1.1. Loja.....	7
1.1.2. Zona 15.....	8
1.2. Capítulo 2: Estilos de vida como determinantes del proceso salud enfermedad, Alimentación y Actividad física.....	9
1.2.1. Actividad física.....	9
1.2.1.1. Historia.....	9
1.2.1.2. Definición.....	9
1.2.1.3. Subcategorías de la actividad física.....	10
1.2.1.4. Medición de la actividad física.....	11
1.2.1.5. Niveles de actividad física.....	13
1.2.2. Hábitos alimenticios.....	13
1.2.2.1. Definición.....	13
1.2.2.2. Importancia.....	14
1.2.2.3. Tipos de hábitos alimenticios.....	15

1.2.2.4.	Tipos de dieta.....	15
1.2.2.5.	Aceptación de los alimentos.....	16
1.3.	Capítulo 3: Relación de la actividad física y práctica de hábitos alimentarios con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.....	17
2.	METODOLOGÍA.....	22
3.	RESULTADOS E INTERPRETACIÓN.....	26
4.	DISCUSIÓN.....	39
	CONCLUSIONES.....	42
	RECOMENDACIONES.....	43
	BIBLIOGRAFÍA.....	44
	ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	24
Tabla 2. Edad de la población estudiada del área 15 de la parroquia Sucre.....	27
Tabla 3. Género de la población estudiada del área 15 de la parroquia Sucre.....	27
Tabla 4. Realización de actividad física.....	28
Tabla 5. Tipo de dieta en la población de la zona 15 de la parroquia Sucre.....	29
Tabla 6. Diagnóstico de enfermedades crónicas.....	30
Tabla 7. Tipos de enfermedades crónicas.....	31
Tabla 8. Actividad física intensa y presencia de enfermedades crónicas.....	33
Tabla 9. Actividad física moderada y presencia de enfermedades crónicas.....	34
Tabla 10. Actividad física baja y presencia de enfermedades crónicas.....	35
Tabla 11. Dieta desequilibrada y presencia de enfermedades crónicas.....	36
Tabla 12. Dieta mejorable y presencia de enfermedades crónicas.....	37
Tabla 13. Dieta adecuada y presencia de enfermedades crónicas.....	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Género de la población estudiada del área 15 de la parroquia Sucre.....	28
Gráfico 2. Realización de actividad física.....	29
Gráfico 3. Tipo de dieta en la población de la zona 15 de la parroquia Sucre.....	30
Gráfico 4. Diagnóstico de enfermedades crónicas.....	31
Gráfico 5. Tipos de enfermedades crónicas.....	32
Gráfico 6. Actividad física intensa y presencia de enfermedades crónicas.....	33
Gráfico 7. Actividad física moderada y presencia de enfermedades crónicas.....	34
Gráfico 8. Actividad física baja y presencia de enfermedades crónicas.....	35
Gráfico 9. Dieta desequilibrada y presencia de enfermedades crónicas.....	36
Gráfico 10. Dieta mejorable y presencia de enfermedades crónicas.....	37
Gráfico 11. Dieta adecuada y presencia de enfermedades crónicas.....	38

RESUMEN

El proyecto de investigación fue de tipo descriptivo, con enfoque transversal y diseño cuantitativo con el objetivo de determinar la actividad física y práctica de hábitos alimenticios como componentes del estilo de vida en los habitantes de la zona 15 de la Ciudad de Loja con la finalidad de conocer su relación con la presencia de enfermedades crónicas. Para la obtención de la información se aplicó test validados sobre actividad física y hábitos alimenticios. La muestra fue tomada del total de habitantes de la zona 15 de la parroquia Sucre, que es de 134 habitantes. Para la tabulación y análisis se utilizó el programa estadístico Epi Info 7 versión 7.0.9.7 año 2012, y los resultados serán representados en tablas y gráficos realizados en el programa Microsoft Office Excel 2011. Se evidenció que la actividad física de tipo moderada o intensa asociada a una dieta de tipo mejorable o adecuada, tiene un efecto beneficioso para evitar la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles.

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

ABSTRACT

The research project was descriptive, transversal and quantitative design approach in order to determine the physical and practical activity of eating habits as lifestyle components in the residents of the area 15 of the City of Loja in order to about your relationship with the presence of chronic diseases. To obtain validated test information on physical activity and eating habits was applied. The sample was taken from the total population of the area 15 of the Sucre parish, which is 134 inhabitants. The statistical program Epi Info 7 version 7.0.9.7 2012, and the results are represented in tables and graphics in Microsoft Office Excel 2011 program was evident was used for tabulation and analysis of physical activity of moderate or severe type associated a proper diet improved or type, has a beneficial effect to prevent the onset of chronic noncommunicable diseases.

KEYWORDS: Lifestyle, eating habits, physical activity, chronic disease, Loja

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida es una expresión usada de manera genérica, equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir “estar en el mundo”, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales, en su forma más llana el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir. (Guerrero, 2010)

Según la Organización Panamericana de la Salud, las enfermedades cardiovasculares, deben ser consideradas como un problema de salud prioritario en América, con enormes repercusiones sociales y económicas. El médico, tiene gran parte de responsabilidad en cuanto a la educación de los enfermos con enfermedades crónicas no transmisibles en la prevención de hábitos de salud y autocuidados, brindando la oportunidad de recibir una mejor atención en relación a la educación para el cumplimiento de sus cuidados y el cambio en sus hábitos de vida. (OPS, 2007)

Es así, que la actividad física se ha mostrado como un hábito de vida que se relaciona con una menor incidencia de morbilidad cardiovascular. El ejercicio es parte de un esfuerzo planificado e intencionado, que pueden incluir actividades como andar a paso ligero, bicicleta, aeróbicos, y quizás algunas aficiones activas como la jardinería y los deportes competitivos.(EUFIC, 2008)

La actividad física regular de moderada intensidad ha demostrado claramente ser un factor protector de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes tipo 2, osteoporosis, obesidad, cáncer de colon, cáncer de seno, ansiedad y depresión. (Kaleta, 2009). En décadas anteriores una transición económica ha contribuido a cambiar de perfil epidemiológico de las enfermedades, reduciendo las enfermedades de índole infeccioso y un aumento en las relacionadas con el estilo de vida. (Sanabria-Ferrand, 2009)

Para mantenernos sanos y fuertes es importante tener una alimentación adecuada. No sólo interesa la cantidad o porción de los alimentos que ingerimos, sino también su calidad, (Ezzati M, 2009) tomando en cuenta que los alimentos son los únicos que proporcionan energía y diversos nutrientes necesarios para crecer sanos y fuertes y poder realizar las actividades diarias. (Visser, 2007)

El significado que hemos asignado a la comida ha cambiado de manera radical con el tiempo, adaptándose continuamente a nuevos modelos sociales y culturales.(Garaulet, 2008) Todos los alimentos contienen nutrientes, pero es importante conocer cuáles

contiene cada uno de ellos, para combinarlos en cada comida y evitar que alguno de ellos falte. (Shetty, 2009) Los alimentos naturales obviamente tienen mayor cantidad y calidad en sus nutrientes. (OMS, 2012)

El desarrollo científico-técnico y el nivel de industrialización, ha dotado al hombre de artículos electrodomésticos que le hacen la vida «más confortable»; pero menos saludable, tales como los controles remotos para operar la televisión, videojuegos, computadoras, etc., facilitando el sedentarismo, que unido a una alimentación no saludable, favorecida por el hecho de que la industria elabora y oferta a bajos precios la «comida chatarra», de alto poder energético, rico en grasas trans-saturadas, que predisponen a desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. (Castillo, 2009)

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas; (OPS, 2007) que se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: consumo de tabaco, dietas malsanas, inactividad física y el uso nocivo del alcohol. (OMS, 2010) En el 2002, representaban 44% de las defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años de edad y provocaron dos de cada tres defunciones en la población total. (OMS, 2012).

En definitiva, conocer el grado de actividad física, los hábitos alimentarios, de los habitantes de la zona 15 de la parroquia Sucre de la Ciudad de Loja, permitirá orientar las diferentes campañas de promoción de la salud con el fin de diseñarlas, programarlas y adaptarlas al máximo posible, teniendo en cuenta las características y problemáticas propias de los habitantes, en los diferentes grupos de edad y el nivel sociocultural.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar la actividad física y práctica de hábitos alimenticios como componentes del estilo de vida en los habitantes de la zona 15 de la Ciudad de Loja mediante un estudio descriptivo con la finalidad de conocer su relación con la presencia de enfermedades crónicas.

Objetivos Específicos.

- Caracterizar la actividad física practicada en la población de la zona 15 de la Ciudad de Loja.
- Caracterizar la práctica de hábitos alimenticios en la población de la zona 15 de la Ciudad de Loja.
- Establecer la relación de la actividad física y práctica de hábitos alimenticios con la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias.

1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Capítulo I: Características geográficas y demográfica de la población.

1.1.1. Loja.



La Ciudad de Loja, se encuentra situada al sur de Ecuador, conocida como la Capital Musical y Cultural. Su fundación fue el 8 de Diciembre de 1548 por el Capitán Alonso de Mercadillo.

Tiene un clima templado andino a excepción de junio y julio meses en los que se presenta una llovizna tipo oriental, el clima es más bien templado, con temperaturas que fluctúan entre 16 y 21°C. Posee una altitud de 2100 metros sobre el nivel del Mar.

1.1.1.1. Población.

Según el Instituto Nacional de Estadística 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.

La Ciudad se levanta en medio del delta que forman los ríos Malacatos y Zamora. Sus añejas calles recuerdan su pasado colonial, con sus iglesias y rincones, su economía se basa en la agricultura, ganadería, industria y comercio.

1.1.1.2. Características de la población.

Se encuentra constituida por 4 parroquias urbanas: El Sagrario, Sucre, El Valle y San Sebastián. Además constituida por 13 parroquias rurales: Chantaco, Chuquiribamba, El

Cisne, Gualiel, Jimbilla, Malacatos, Quinara, San Lucas, Sanatiago, San Pedro de Vilcabamba, Taquil, Vilcabamba(Victoria) y Yangana.

Loja tiene características muy especiales que le dan una propia identidad, es una región de la patria ecuatoriana donde el desafío permanente de una naturaleza agreste y dura ha forjado un tipo de hombre abierto a la solidaridad, a la creatividad cultural y a la lucha solidaria por la supervivencia y el progreso.

En Loja existen actividades de ocupación y producción como la agricultura, ganadería, comercio, minería y pequeña industria. (UTPL, 2007)

1.1.1.3. Límites.

Al norte con el Cantón Saraguro, al sur y este con la Provincia de Zamora Chinchipe, al oeste con parte de la Provincia de El Oro y los Cantones Catamayo, Gonzanamá y Quilanga.

1.1.2. Zona 15.

La zona 15 perteneciente a la parroquia urbana Sucre está constituida por 8 sectores, cada uno con su respectivo número de manzanas, como lugar de referencia se encuentra frente al Colegio Nacional Adolfo Valarezo. (Ver Anexo 4).

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

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

La calidad de vida depende directamente del medio natural y su calidad. La valoración sobre la salud no solo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y trabajo, se muestran los cambios sociales del modo y estilo de vida de la población y su relación con el proceso salud-enfermedad, así como los cambios del modo y estilo de vida que ayudan a promover salud y prevenir enfermedades. (Guerrero, 2010)

1.2.1. Actividad física.

1.2.1.1. Historia.

1.2.1.1.1. La actividad física en la antigua Grecia.

La actividad física tuvo sus inicios en la antigua Grecia, en la cual la práctica del ejercicio físico adquirió tal importancia que con el tiempo proliferaron los gimnasios y palestras donde se preparaban los atletas de todas las ciudades griegas. (Sanchez, 2008)

La importancia dada a los beneficios que estas prácticas tenían para el cuerpo humano se observaba en el progreso del ejercicio, cuyo seguimiento contribuiría a conservar la salud, teniendo en cuenta aspectos tales como: la edad de las personas, su condición física, los vientos, las estaciones del año y la situación individual de cada sujeto. (Koukouvou, 2008)

En siglos anteriores, los deportes y las actividades físicas alcanzaron un grado de importancia tal, que solo se lo puede comparar con lo que sucede en la actualidad. Sin embargo esto es sólo aplicable a los estratos más altos de la sociedad, ya que como se sabe, a través de los documentos literarios y artísticos, en el mundo griego había grandes diferencias sociales, y solo los mejor posicionados económicamente podían disfrutar de los placeres y beneficios que el deporte les brindaba. (García, 2009)

1.2.1.2. Definición.

La actividad física es considerada como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos los mismos que exigen gasto de energía. (OMS, 2012)

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

tareas domésticas y de actividades recreativas. (MSP, 2009). La actividad física se puede realizar prácticamente en cualquier sitio y no requiere equipo necesariamente.

A continuación se hará una descripción de las características de la actividad física con sus dimensiones y con su categorización. De entrada empezaremos con las dimensiones donde se desenvuelve la actividad física, siendo estas las actividades ocupacionales, de casa, de transporte y de tiempo libre, esta última subdividida en actividades deportivas, recreativas, de entrenamiento o de ejercicio. (Katch, 2008)

Luego de estas dimensiones podemos categorizar la actividad física según sus propiedades sea esta mecánica o metabólica. En la primera se tiene en cuenta si la tensión de la contracción muscular genera movimiento, dicho de otra manera, si existe contracción isométrica, en la cual no hay cambio de la longitud del músculo, es decir no hay movimiento, o si por el contrario existe contracción isotónica que genera una tensión constante durante el ejercicio dinámico suponiendo la presencia de movimiento. (Katch, 2008)

1.2.1.3. Subcategorías de la Actividad Física.

1.2.1.3.1. Ejercicio.

En cuanto a ejercicio, es un concepto discutido en la literatura desde principios del siglo XX, esto se dio porque no existía una verdadera distinción entre este y Actividad Física. Así mismo el ejercicio era relacionado con ejecuciones vigorosas de actividades físicas aeróbicas y competitivas, en consecuencia eran difíciles de mantener como estrategia para promover salud. Sólo hasta los años 90, se dejó de usar el término ejercicio como genérico de todos los tipos de actividad. (Fielding, 2009)

Algo semejante al término de actividad física, ocurre con el término ejercicio o su equivalente, “entrenamiento físico”, a este lo podemos definir como “una subcategoría de la actividad física, siendo planeado, estructurado y repetitivo, además de tener como propósito mejorar y mantener uno o más de los componentes de la aptitud física”, (Fielding, 2009) (Katch, 2008); si bien tampoco es la única concepción de lo que es, esta parece ser a juicio propio una definición integral. No obstante consideramos importantes otras definiciones, las cuales no se alejan considerablemente de la primera: “Es una actividad física de tiempo libre, dirigida con la intención de desarrollar aptitud física”, (Hahn, 2008), o “cualquier actividad que involucre la generación de fuerza por los músculos activados, incluyendo actividades de la vida diaria, trabajo, recreación, y deportes competitivos”. (Hillsdon, 2009)

Ahora bien, cabe añadir las características típicas del ejercicio, las cuales envuelven una amplia gama de poder de producción metabólica. En particular, el ejercicio relacionado con la aptitud física y salud, requieren un ritmo discreto o moderado de transformación de energía potencial metabólica, es decir se trabaja a intensidades moderadas, esto con motivo de proveer aptitud física aeróbica o cardiovascular. Por último y contrariamente, el ejercicio de entrenamiento competitivo, particularmente requieren de altas intensidades que desarrollan fuerza y poder máximo. (Speack, 2010). En resumen tanto una actividad física, como un ejercicio físico adecuado, pueden mejorar o mantener la aptitud física, lo que los convierte en un componente central de la salud y el bienestar. (Katch, 2008) (Hillsdon, 2009)

1.2.1.3.2. Deporte.

Debemos hacer notar qué es una subcategoría de la actividad física, especializada, de carácter competitivo que requiere de entrenamiento físico y que generalmente se realiza a altas intensidades. Además está reglamentada por instituciones y organismos estatales o gubernamentales. De modo que su objetivo principal no es el de mejorar o mantener salud, en definitiva esta hecho principalmente para competir. (Koukouvou, 2008)

1.2.1.3.3. Aptitud Física.

Se define como la habilidad para llevar a cabo tareas diarias con vigor, sin fatiga indebida y con suficiente energía para disfrutar del tiempo libre empleado y encarar situaciones de emergencia, (Hahn, 2008) y también como un estado caracterizado por la habilidad para realizar actividades diarias con vigor, y una demostración de las características y capacidades que están asociadas con un bajo riesgo de desarrollar enfermedades hipocinéticas. (Hillsdon, 2009)

1.2.1.4. Medición de la Actividad Física.

Las mediciones de la actividad física para propósitos de la promoción de la salud se hacen usualmente a través de un autoinforme, mediante la realización de cuestionarios, entrevistas y encuestas. (Welk, 2008)

1.2.1.4.1. Componentes medibles de la actividad física..

La actividad física es un grupo complejo de conductas, con posibles mediciones provenientes de su duración, frecuencia, intensidad o entorno. Dentro de las conductas de la actividad física que se podrían medir útilmente en los estudios de la promoción de la salud se incluyen (Addy, 2009) (ACSM, 2008) (Brown, 2008):

- 1) Cuán a menudo se realiza actividad física: las mediciones de frecuencia se expresan normalmente en un marco de tiempo definido. Por ejemplo, un período recordado recientemente podría ser la semana pasada o una “semana normal”, en un día hábil

normal y un día del fin de semana; en las últimas 2 semanas. Para períodos recordatorios a largo plazo, el mes pasado; el año pasado; toda una vida o el patrón de actividad física en el curso de vida.

- 2) Duración de la actividad física por sesión, expresada como el tiempo total por día; o por marco de tiempo escogido (normalmente se informa como un promedio u horas y minutos totales de actividad física).
- 3) Intensidad de la actividad: basada en la intensidad autopercebida; o en gastos energéticos específicos que se asocian con actividades específicas (Ainsworth et al., 2000). Las actividades se pueden clasificar como livianas, moderadas o vigorosas, según sus valores de gastos energéticos asignados (éstos se señalan como valores MET que es la unidad de medida del índice metabólico, o múltiples de gasto energético en reposo basal).
- 4) Tipo de actividad: algunos instrumentos consultan sobre cada actividad física o deporte específico ejecutado; otros consultan sobre categorías de actividad más amplias, como actividades de intensidad moderada, actividades de intensidad vigorosa (normalmente éstas proporcionan ejemplos de actividades dentro de cada categoría).
- 5) Campos o entornos donde se ejecuta la actividad: se describe el lugar o entorno donde se realiza la actividad; se podría desarrollar una tipología como:
 - i) Actividad física durante el tiempo libre (AFTL), la cual normalmente es actividad realizada para ejercitarse o para recrearse:
 - (1) Actividad organizada como deporte en equipo o individual, recreación organizada o grupos para caminar, clases en el gimnasio.
 - (2) Deporte recreativo no organizado, actividad física como caminar para ejercitarse o por recreación, actividad física eventual en la vida diaria, “vida activa”.
 - ii) Actividad ocupacional: energía gastada mediante el trabajo, ocupaciones.
 - iii) Entorno doméstico: incluye jardinería, trabajo en el patio, tareas domésticas, cuidado de niños.
 - iv) Traslado activo hacia el trabajo y desde éste: actividad física relacionada con el transporte, incluyendo caminar o andar en bicicleta, para llegar a lugares o venir de éstos.
 - v) Otro gasto energético eventual, como usar escaleras en lugar de ascensores en edificios.

- vi) Mediciones de tiempo dedicado en “entornos de conducta sedentaria” (tiempo que se ocupa sentado en el trabajo, viendo televisión, uso del computador/ tiempo frente a la pantalla, leyendo).

1.2.1.5. Niveles de Actividad Física.

Los METs son unidades de medida del índice metabólico y se define como la cantidad de calor emitido por una persona en posición de sentado por metro cuadrado de piel. El indicador de actividad física se expresa tanto de manera continua, en MET-minutos/semana, como de manera categórica, clasificando el nivel de actividad física en bajo, moderado o alto. Los METs son una forma de calcular los requerimientos energéticos, son múltiplos de la tasa metabólica basal y la unidad utilizada, MET-minuto, se calcula multiplicando el MET correspondiente al tipo de actividad por los minutos de ejecución de la misma en un día o en una semana, es así como en el presente trabajo se expresa en MET-minuto/semana. (Serón P. e., 2010)

1.2.1.5.1. Alto:

- Reporte de 7 días en la semana de cualquier combinación de caminata, o actividades de moderada o alta intensidad logrando un mínimo de 3000 MET-min/semana.
- Ó cuando se reporta actividad vigorosa al menos 3 días a la semana alcanzando al menos 1500 MET-min/semana.

1.2.1.5.2. Moderado:

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

1.2.1.5.3. Bajo:

- Se define cuando el nivel de actividad física del sujeto no esté incluido en las categorías alta o moderada.

1.2.2. Hábitos alimenticios.

1.2.2.1. Definición.

Se pueden definir 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. (Shetty, 2009)

1.2.2.2. Importancia.

Para mantenernos sanos y fuertes es muy importante tener una alimentación adecuada. No sólo interesa la cantidad o porción de los alimentos que ingerimos, sino también su calidad, ya que ambas influyen en el mantenimiento adecuado de nuestra salud. Para poder elegir el menú más saludable necesitamos saber qué nutrientes nos aporta cada alimento. (Ezzati M, 2009)

Hay que tomar en cuenta que los alimentos son lo único que proporciona energía y diversos nutrimentos necesarios para crecer sanos y fuertes y poder realizar las actividades diarias. (Visser, 2007)

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

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

El significado que hemos asignado a la comida ha cambiado de manera radical con el tiempo y ha ido adaptándose continuamente a nuevos modelos sociales y culturales. El progreso tecnológico e industrial y los modernos estilos de vida han alterado sustancialmente nuestros ritmos y hábitos dietéticos, dando lugar a una verdadera revolución en un corto espacio de tiempo. Esta revolución afecta a la población en general en sus diferentes etapas. (Garaulet, 2008)

Todos los alimentos contienen nutrimentos, pero es importante conocer cuáles contiene cada uno de ellos, para combinarlos en cada comida y evitar que alguno de ellos falte. (Shetty, 2009) Los alimentos naturales obviamente tienen mayor cantidad y calidad en sus nutrimentos. (OMS, 2012)

1.2.2.3. Tipos de Hábitos Alimenticios.

Los hábitos inconvenientes se pueden tomar en cuenta como la explicación a los problemas de nutrición, debido a que dañan la salud al ser deficientes o excesivos; por lo que deben combatirse mediante opciones viables. Entre los hábitos inconvenientes se pueden mencionar los siguientes (Perisse, 2009):

- 1) El consumo frecuente o excesivo de alimentos preparados que cuentan con ingredientes cuya ingestión debería moderarse como los pasteles, los cuales son ricos en ácidos grasos saturados, colesterol, sacarosa y sodio.
- 2) La monotonía en la dieta.
- 3) El uso frecuente de técnicas culinarias inapropiadas como las comidas fritas y la reutilización del aceite.
- 4) La alimentación sólida de los bebés basada en un solo alimento.
- 5) La postura extrema de alimentación sin consumo de carnes o por alimentos particulares cuyo consumo se exagera.

1.2.2.4. Tipos de dieta.

1.2.2.4.1. Desequilibrada: Son aquellas que no aportan los requerimientos mínimos de energía y/o todos o algún tipo de nutriente que el cuerpo necesita para su correcto funcionamiento; o que se excede en el aporte de energía o nutrientes. (Zudaire, 2011)

1.2.2.4.2. Mejorable: Se considera aquella dieta que se encuentra entre la dieta desequilibrada y la adecuada, la misma que puede no aportar adecuadamente los requerimientos mínimos de energía ni los requerimientos nutricionales de la persona. (EUFIC, 2008)

1.2.2.4.3. Adecuada: Se considera la que proporciona energía y todos los nutrientes esenciales para satisfacer los requerimientos nutricionales de la persona, evitando las deficiencias y los excesos. Puede conseguirse eligiendo una variedad de alimentos que incluya los de diferentes grupos: cereales, frutas, hortalizas, aceites, lácteos, carnes, pescado, huevos, azúcares, entre otros. (Torres, 2008)

1.2.2.5. Aceptación de los alimentos.

El significado que hemos asignado a la comida ha cambiado de manera radical con el tiempo y ha ido adaptándose continuamente a nuevos modelos sociales y culturales. El progreso tecnológico e industrial y los modernos estilos de vida han alterado sustancialmente nuestros ritmos y hábitos dietéticos, dando lugar a una verdadera revolución en un corto espacio de tiempo. Esta revolución afecta a la población en general en sus diferentes etapas. (Garaulet, 2008)

El estado nutricional es uno de los factores más importantes en la determinación del estado de salud de la población, está en correspondencia directa con el grado de seguridad alimentaria que poseen los integrantes de la misma, que se alcanza cuando todas las personas tienen, en todo momento, un acceso físico y económico a suficientes alimentos nutritivos para satisfacer debidamente sus necesidades nutricionales, sus gustos y preferencias alimentarias, a fin de llevar una vida activa y sana. (Visser, 2007)

1.3. Capítulo III: Relación de la actividad física y práctica de hábitos alimenticios con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas. A pesar de su rápido crecimiento y su distribución no equitativa, la mayor parte del impacto humano y social que causan cada año las defunciones relacionadas con las enfermedades no transmisibles podrían evitarse mediante intervenciones bien conocidas, costoeficaces y viables. (OPS, 2007) (OMS, 2012)

Actualmente, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En el 2002, representaban 44% de las defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años de edad y provocaron dos de cada tres defunciones en la población total. (OPS, 2007)

Las enfermedades crónicas contribuyeron a casi 50% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en la región. La carga de morbilidad crónica puede ser aún mayor de lo que indican estas estadísticas teniendo en cuenta de que el número de notificaciones de fallecimientos es considerablemente inferior al real. Las enfermedades crónicas más frecuentes y las de mayor importancia para la salud pública en la región son las siguientes: enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. La “transición nutricional” en nuestra región se caracteriza por un escaso consumo de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres. A esto se suma un consumo relativamente alto de alimentos ricos en grasas saturadas y trans saturadas, azúcares y sal, como la leche, las carnes, los cereales refinados y los alimentos procesados. (OPS, 2007)

Estas características de la alimentación constituyen un factor clave que genera un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Las encuestas de población de América Latina y el Caribe indican que, en el 2002, entre el 50% y 60% de los adultos y entre el 7% y 12% de los niños menores de 5 años de edad exhibían sobrepeso o eran obesos. En Chile y México, las encuestas nacionales del 2004 indicaron que el 15% de los adolescentes eran obesos. La prevalencia del sobrepeso en los adultos es de 45% y 65% en Canadá y los Estados Unidos de América, respectivamente. (OPS, 2007)

Las enfermedades no transmisibles se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el

consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. Los principales efectos de estos factores de riesgo recaen cada vez más en los países de ingresos bajos y medios y en las personas más pobres en todos los países, como reflejo de los determinantes socioeconómicos subyacentes. (OMS, 2010)

La influencia de estas conductas de riesgo y de otras causas metabólicas y fisiológicas de la epidemia mundial de enfermedades no transmisibles abarca lo siguiente (OPS, 2007) (OMS, 2010)(Galarza, 2011):

- **Tabaquismo:** alrededor de 6 millones de personas mueren a causa del tabaco cada año, tanto por el consumo directo como por el pasivo. Hacia 2030 esa cifra aumentará hasta los 7,5 millones, lo que representará el 10% del total de muertes. Se estima que el tabaquismo causa aproximadamente el 71% de los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y alrededor del 10% de las enfermedades cardiovasculares. La mayor incidencia de tabaquismo entre los hombres se da en los países de ingresos medios bajos; para el total de la población, la prevalencia de tabaquismo es más elevada en los países de ingresos medios altos.
- **Sedentarismo:** aproximadamente 3,2 millones de personas mueren a causa del sedentarismo cada año. Las personas con poca actividad física corren un riesgo entre un 20% y un 30% mayor que las otras de morir por cualquier causa. La actividad física regular reduce el riesgo de padecer depresión, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer de mama o colon. El sedentarismo es más frecuente en los países de ingresos altos, pero actualmente también se detectan niveles muy altos del problema en algunos países de ingresos medios, sobre todo entre las mujeres.
- **Uso nocivo de alcohol:** aproximadamente 2,3 millones de personas mueren a causa del uso nocivo del alcohol cada año, lo que representa alrededor del 3,8% de todas las muertes que tienen lugar en el mundo. Más de la mitad de dichas muertes son provocadas por enfermedades no transmisibles como cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática. Si bien el consumo per cápita entre la población adulta es mayor en los países de ingresos altos, alcanza un nivel similar en los países de ingresos medios altos muy poblados.
- **Dieta no saludable:** el consumo de fruta y verdura en cantidades suficientes reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y cáncer colorrectal. La mayoría de las poblaciones consumen niveles de sal mucho más

elevados que los recomendados por la OMS para prevenir enfermedades; un consumo elevado de sal es un factor determinante que aumenta el riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Las cardiopatías están relacionadas con un consumo elevado de grasas saturadas y ácidos grasos trans. El consumo de alimentos malsanos está creciendo rápidamente en entornos con escasos recursos. Los datos disponibles sugieren que la ingesta de grasas ha aumentado rápidamente en los países de ingresos medios bajos desde la década de los ochenta.

- **Hipertensión:** se estima que la hipertensión causa 7,5 millones de muertes, lo que representa alrededor del 12,8% del total. Es un factor de riesgo muy importante de las enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de hipertensión es similar en todos los grupos, aunque en general es menor en las poblaciones de ingresos altos.
- **Sobrepeso y la obesidad:** al menos 2,8 millones de personas mueren cada año por sobrepeso u obesidad. El riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes crece paralelamente al aumento del índice de masa corporal (IMC). Un IMC elevado aumenta asimismo el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer. La prevalencia de sobrepeso es mayor en los países de ingresos medios altos, pero también se detectan niveles muy elevados en algunos países de ingresos medios bajos. En la Región de Europa, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región de las Américas de la OMS, más de la mitad de las mujeres presentan sobrepeso. La mayor prevalencia del sobrepeso entre lactantes y niños pequeños se observa en las poblaciones de ingresos medios altos, mientras que el mayor aumento del sobrepeso se detecta en el grupo de ingresos medios bajos.
- **Hipercolesterolemia:** se estima que la hipercolesterolemia causa 2,6 millones de muertes cada año; aumenta el riesgo de padecer cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales. La hipercolesterolemia es más frecuente en los países de ingresos altos.
- **Infecciones relacionadas con el cáncer:** al menos 2 millones de casos de cáncer anuales, el 18% de la carga mundial de cáncer, pueden atribuirse a ciertas infecciones crónicas; y esa proporción es sustancialmente mayor en los países de ingresos bajos. Los principales agentes infecciosos son el virus del papiloma humano, el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C y *Helicobacter pylori*. Dichas infecciones pueden prevenirse en gran medida con vacunas y medidas para evitar la transmisión, o bien pueden tratarse.

Por ejemplo, la transmisión del virus de la hepatitis C se ha frenado mucho entre las poblaciones de ingresos altos, pero no en muchos países con escasos recursos.

Estamos en una sociedad en la que prima la inactividad ya que más del 60% de la población mundial adulta no realiza actividad física. (Morente, 2009) En Ecuador, apenas el 1% de los ciudadanos realizan actividad física, según el Ministerio del Deporte, luego de desarrollar una serie de análisis y diagnósticos, han determinado que existen varias causas por las cuales la gente no realiza actividad física. Ya que el sedentarismo ha aumentado de modo espectacular en las últimas décadas, porque se ha reducido el trabajo manual, y caminar ya no es un modo común de transporte. (MSP, 2009)

La actividad física realizada de forma continuada disminuye el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas (cardiovasculares, cáncer de colon y de mama, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, osteoporosis y depresión). (Rodríguez, 2011)

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. (OMS, 2012)

La realización de actividad física de forma inadecuada es un factor independiente del riesgo de enfermedad coronaria, el 12% de la mortalidad total en los EEUU está relacionada con la falta de actividad física habitual y el sedentarismo se correlaciona con el doble de riesgo de padecer cualquier problema coronario. (Borotia, 2008)

En las sociedades desarrolladas el consumo energético atribuible al ejercicio físico se limita, en gran medida, al obtenido en las actividades desarrolladas en el tiempo libre, debido a la disminución progresiva del gasto empleado en las actividades vinculadas al trabajo (por mecanización de éste) y en las actividades cotidianas, propiciado por el uso de medios de transporte, ascensores, compra por Internet, etc. (Gonzalez, 2007)

Esto se debe en parte a la insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. El aumento del uso de los medios de transporte "pasivos" también ha reducido la actividad física. (OMS, 2012)

Numerosos estudios confirman la influencia positiva de la actividad física sobre la salud. Reduce la mortalidad por el conjunto de todas las causas y el riesgo de padecer enfermedades crónicas como hipertensión, enfermedad coronaria, osteoporosis, algunos tipos de cáncer y algunas enfermedades mentales. (Sobejano, 2009)

En Ecuador 6 de cada 10 muertes se deben a enfermedades crónicas no transmisibles, 3 de estas son consecuencia de enfermedades cardiovasculares, por lo que se ha evidenciado un incremento en los últimos tres años; es así que la hipertensión pasó de 142 casos por 100.000 habitantes a 1.451, mientras que la diabetes mellitus pasó de 63 a 652 por 100.000 habitantes. (MSP, 2010)

Es importante considerar, sin embargo, que un análisis integral de la situación de salud es observar indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población. La nueva concepción de salud obliga a pensar, que ésta es el resultado de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales, que de una u otra forma influyen en los estilos de vida de cada persona. (Alcalde, 2008)

2. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de estudio.

El presente proyecto es tipo descriptivo, con enfoque transversal y de 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 15, perteneciente a la parroquia Sucre del Cantón Loja, que se encuentra ubicado al sur del Ecuador, limitando al Norte con la zona 16, al Sur con las zonas 20 y 21, al Este con las zonas 14, 21 y 22, y al Oeste con las zonas 8, 16 y 17.

2.3. Universo.

Se tomó como universo a la población de la zona 15 de la parroquia Sucre, que según el censo de 2010 tienen un total de 1025 viviendas y una población de 3943 personas.

2.4. Muestra.

2.4.1. Tamaño de la muestra.

La muestra fue tomada del total de habitantes de la Zona 15 de la parroquia Sucre, cuya muestra se obtendrá con el programa StatsCalc:

1. Tamaño de Universo: 3943
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.

El muestreo fue de tipo probabilístico

2.4.2.1. Criterios de inclusión:

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

2.4.2.2. Criterios de exclusión:

- Viviendas construidas después del último censo 2010 por el INEC.
- Niños y personas que no habiten en la zona 15.
- Personas con alteraciones en el hábito alimenticio.
- Personas que por alguna situación en especial no pueden hacer actividad física.

2.5. Operacionalización de variables.

Tabla 1: Operacionalización de variables.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	MEDICIÓN
Hábitos Alimenticios	Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con la alimentación	- Consumo de fruta, porciones de verduras, agua por día. - Consumo de alimentos, lácteos, leguminosas frescas y secas, pescado, huevos, carnes rojas por semana. - Frecuencia de consumo de comidas rápidas y de repostería	21 - 27: Dieta es adecuada 11 - 20: Dieta mejorable < 10: Dieta desequilibrada
Actividad Física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exige gasto de energía	- Actividades al aire libre. - Actividades domesticas cotidianas. - Actividades en el trabajo.	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.

Fuente: Operacionalización de variables
 Elaboración: Peña, 2013

2.6. Métodos e instrumentos de recolección de datos.

2.6.1. Métodos.

El método que se utilizó en la presente investigación fue la encuesta a través de la aplicación de test validados como instrumentos de recolección de datos.

2.6.2. Instrumentos.

Los test que se utilizaron fueron:

- Test de Alimentación y Salud: nos permita valorar una dieta saludable en los habitantes de dicha zona. (Zudaire, 2011)
- Cuestionario de Internacional de Actividad física: será aplicado a cada habitante de la zona nos permitirá conocer el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física con el fin de valorar su nivel. (Serón, 2010)

2.7. Procedimiento.

La presente investigación está dirigida a obtener información relacionada con los estilos de vida en sus componentes: actividad física y hábitos alimenticios. Se consideró determinar el universo que para la presente investigación se ha delimitado en la zona 15 de la Ciudad de Loja, como la cantidad total de habitantes de la zona en estudio. Una vez determinado el universo, se procedió a determinar el tamaño de la muestra en función de los métodos estadísticos, para lo cual se ha utilizará el programa StatCalc.

Para el cumplimiento de los objetivos, se identificó a los adolescentes y adultos que realicen y no realicen actividad física, y que tengan buenos y malos hábitos alimenticios, con la posible patología que éstos grupos presenten.

Estos instrumentos fueron sometidos a prueba piloto, para lo cual se realizó a personas al azar dentro de la Ciudad de Loja, donde se conoció la tendencia del comportamiento de las variables consideradas con la finalidad de calibrar los test y verificar la confiabilidad de los resultados que ellos proporcionan antes de realizar la recolección de datos.

2.8. Plan de tabulación y análisis.

Para la tabulación y análisis correspondiente de los datos recolectados se utilizó el programa estadístico Epi Info 7 versión 7.0.9.7 año 2012, y los resultados fueron representados en tablas y gráficos realizados en el programa Microsoft Office Excel 2011. El análisis se realizó de acuerdo a los resultados obtenidos en la tabulación relacionados con la revisión bibliográfica previa sobre el tema de la presente investigación.

3. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

3.1. Datos Generales.

La presente investigación se efectuó en la población de la zona 15 perteneciente a la parroquia Sucre de la Ciudad de Loja, en donde se encontraron los siguientes resultados.

TABLA 2: Edad de la población estudiada del área 15 de la parroquia Sucre.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 – 20	12	8,95%
21 – 30	51	38,06%
31 – 40	26	19,40%
41 – 50	22	16,42%
51 – 60	14	10,45%
61 - 65	9	6,72%
TOTAL	134	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

Se puede observar que de toda la población estudiada de la zona antes mencionada, existe un predominio de las familias con rango de edad de entre 21 y 50 años (73.88%) (Tabla 2).

TABLA 3: Género de la población estudiada del área 15 de la parroquia Sucre

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	70	52,20%
Masculino	64	47,80%
TOTAL	134	100.0%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

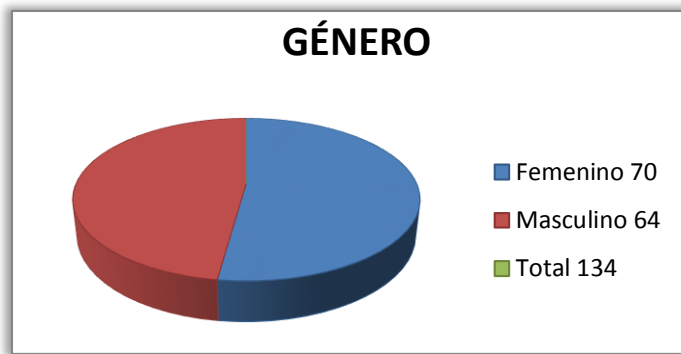


Gráfico 1. Género de la población estudiada del área 15 de la parroquia Sucre.

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

Clásicamente el género femenino es el predominante (52,20%) (Tabla 3) de toda la población en estudio, esto justifica que aún se sigue manteniendo los antecedentes culturales en las familias, ya sea porque las personas del sexo femenino, se dedican a las labores cotidianas, permaneciendo así más tiempo en sus hogares.

3.2. Resultado 1: Caracterización de la actividad física efectuada por la población de la zona 15 de la Ciudad de Loja.

Tabla 4. Realización de actividad física.

TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INTENSA	37	27,61%
MODERADA	37	27,61%
BAJA	60	44,78%
TOTAL	134	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

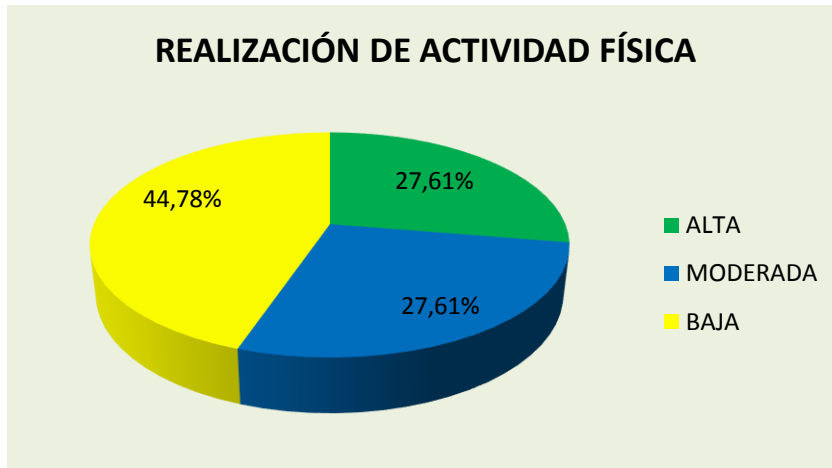


Gráfico 2. Realización de actividad física.

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

Del total de la población estudiada se observa que la realización de actividad física corresponde con gran predominio a la actividad física baja que abarca a 60 personas lo que equivale al 44.78% (Tabla 4); seguida de la actividad física intensa y moderada que corresponde al 27.61% cada una (Gráfico 2). Cabe recalcar que los diferentes tipos de actividad física realizada por la población equivalen a su gran mayoría a personas del sexo masculino.

3.3. Resultado 2: Caracterización de la práctica de hábitos alimenticios en la población de la zona 15 de la Ciudad de Loja.

Tabla 5. Tipo de dieta en la población de la zona 15 de la Ciudad de Loja.

TIPO DE DIETA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESEQUILIBRADA	15	11,19%
MEJORABLE	113	84,33%
ADECUADA	6	4,48%
TOTAL	134	100%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

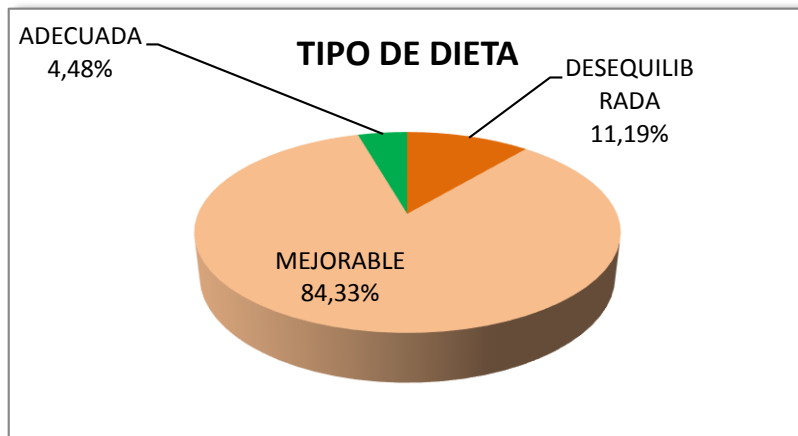


Gráfico 3. Tipo de dieta en la población de la zona 15 de la Ciudad de Loja.

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

Se puede observar que en la población estudiada existe en su gran mayoría habitantes que tienen una dieta tipo mejorable que son 113 personas que corresponde al 84.33% (Tabla 5); y, tan sólo únicamente los que tienen una dieta tipo adecuada equivale al 4.48% (Gráfico 3).

3.4. Resultado 3: Relación de la actividad física y práctica de hábitos alimenticios con la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias.

Tabla 6. Diagnóstico de enfermedades crónicas.

ENFERMEDADES CRÓNICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	47	35,07%
NO	87	64,93%
TOTAL	134	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

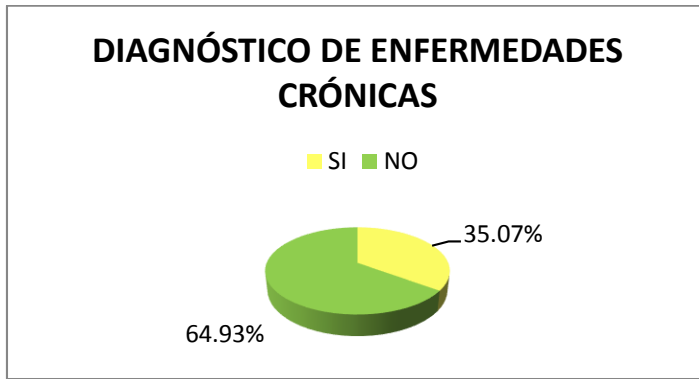


Gráfico 4. Diagnóstico de enfermedades crónicas.

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

Se puede observar que en la zona de estudio únicamente existen 47 personas que han sido diagnosticados de algún tipo de enfermedad crónica que corresponde al 35.07% (Tabla 6), y la población restante que es de 87 habitantes que no han sido diagnosticados de ningún tipo de enfermedad crónica que equivale al 64.93% (Gráfico 4).

Tabla 7. Tipos de enfermedades crónicas.

ENFERMEDADES CRÓNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	8	17,02%
DIABETES MELLITUS	7	14,89%
DISLIPIDEMIAS	20	42,55%
OBESIDAD	12	25,53%
TOTAL	47	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

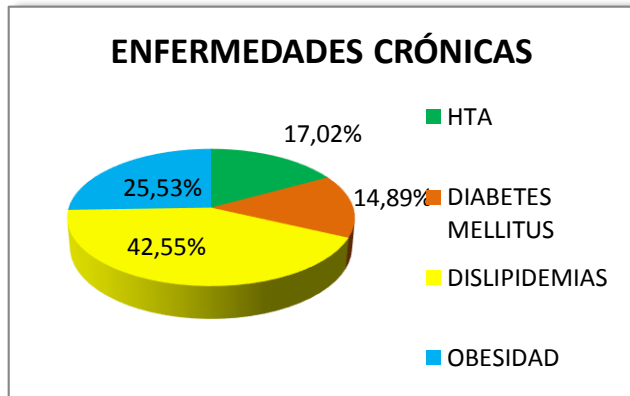


Gráfico 5. Tipos de enfermedades crónicas.

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

De toda la población estudiada de la zona 15 de la Ciudad de Loja, son únicamente 47 personas que han sido diagnosticados de algún tipo de las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemias.

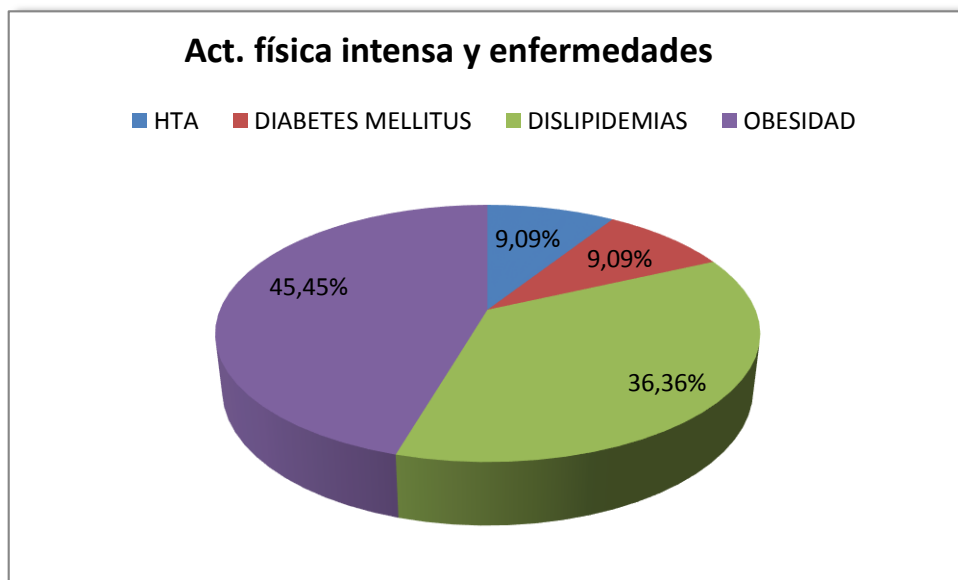
Es así que del universo de la población que han sido diagnosticada de enfermedades crónicas que son 47 habitantes, tiene una mayor proporción de dislipidemias que corresponden al 42.55% (Tabla 7); y, la población de menor proporción corresponde a diabetes mellitus que equivale al 14.89% (Gráfico 5).

Analizando las encuestas de éstas personas nos podemos fijar que en su mayoría corresponden a aquellos que poseen una dieta desequilibrada y una actividad física de tipo baja, que constituye un factor de riesgo potencialmente modificable que debería recibir mayor énfasis en los actuales esfuerzos para reducir el impacto de la enfermedad coronaria cardiaca en la sociedad.

Tabla 8. Actividad física intensa y presencia de enfermedades crónicas.

ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	1	9,09%
DIABETES MELLITUS	1	9,09%
DISLIPIDEMIAS	4	36,36%
OBESIDAD	5	45,45%
TOTAL	11	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

**Gráfico 6. Actividad física intensa y presencia de enfermedades crónicas.**

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

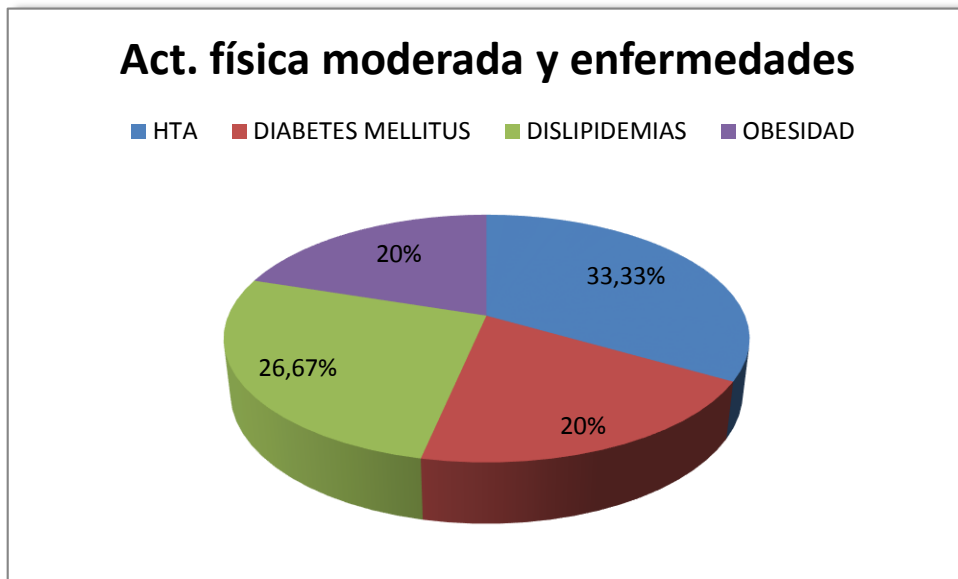
Se puede observar que de las 47 personas que han sido diagnosticadas de algún tipo de enfermedades crónicas, únicamente 11 personas realizan actividad física intensa, evidenciándose que corresponde en su mayoría a 5 personas que tienen obesidad lo que equivale al 45.45% (Tabla 8); y, 1 persona que tiene diabetes mellitus e hipertensión arterial que equivale al 9.09% cada una. (Gráfico 6).

Tabla 9. Actividad física moderada y presencia de enfermedades crónicas.

ACT. FÍSICA MODERADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	5	33,33%
DIABETES MELLITUS	3	20,00%
DISLIPIDEMIAS	4	26,67%
OBESIDAD	3	20,00%
TOTAL	15	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Peña, 2013

**Gráfico 7. Actividad física moderada y presencia de enfermedades crónicas.**

Fuente: Encuesta

Elaboración: Peña, 2013

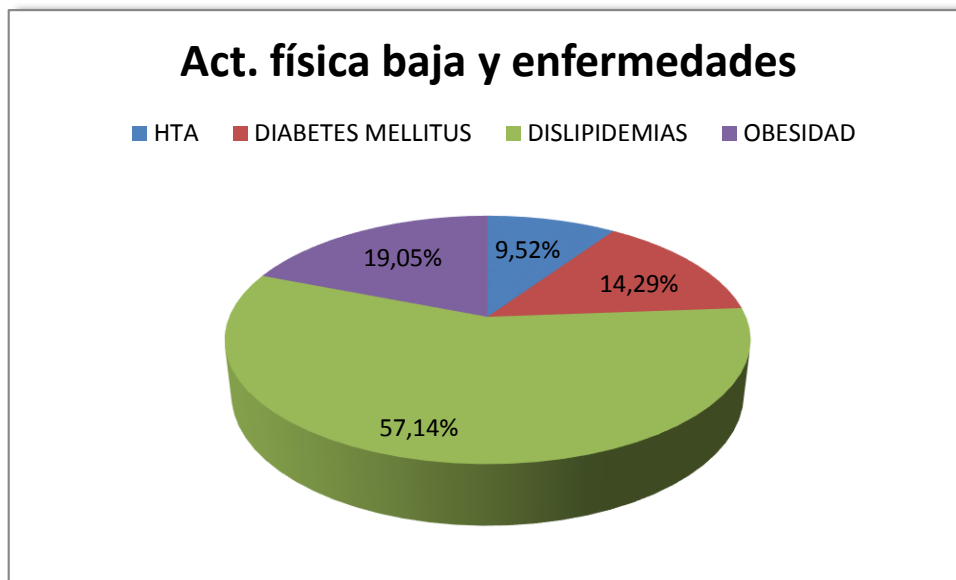
Se puede observar que de las 47 personas que han sido diagnosticadas de algún tipo de enfermedades crónicas, únicamente 15 personas realizan actividad física moderada, evidenciándose que corresponde en su mayoría a 5 personas que tienen hipertensión arterial lo que equivale al 33.33% (Tabla 9); y, 3 personas que tienen obesidad y diabetes mellitus que equivale al 20% cada una. (Gráfico 7).

Tabla 10. Actividad física baja y presencia de enfermedades crónicas.

ACTIVIDAD FÍSICA BAJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	2	9,52%
DIABETES MELLITUS	3	14,29%
DISLIPIDEMIAS	12	57,14%
OBESIDAD	4	19,05%
TOTAL	21	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Peña, 2013

**Gráfico 8. Actividad física baja y presencia de enfermedades crónicas.**

Fuente: Encuesta

Elaboración: Peña, 2013

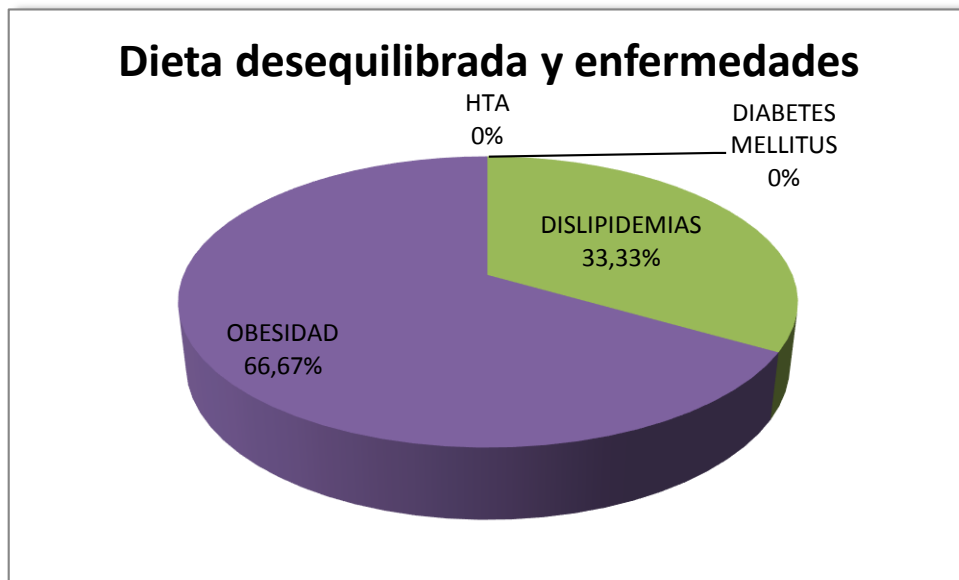
Se puede observar que de las 47 personas que han sido diagnosticadas de algún tipo de enfermedades crónicas, únicamente 21 personas realizan actividad física baja, evidenciándose que corresponde en su mayoría a 12 personas que tienen dislipidemias lo que equivale al 57.14% (Tabla 10); y, 2 personas que tienen hipertensión arterial que equivale al 9.52% (Gráfico 8).

Tabla 11. Dieta desequilibrada y presencia de enfermedades crónicas.

DIETA DESEQUILIBRADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	0	0,00%
DIABETES MELLITUS	0	0,00%
DISLIPIDEMIAS	2	33,33%
OBESIDAD	4	66,67%
TOTAL	6	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Peña, 2013

**Gráfico 9. Dieta desequilibrada y presencia de enfermedades crónicas.**

Fuente: Encuesta

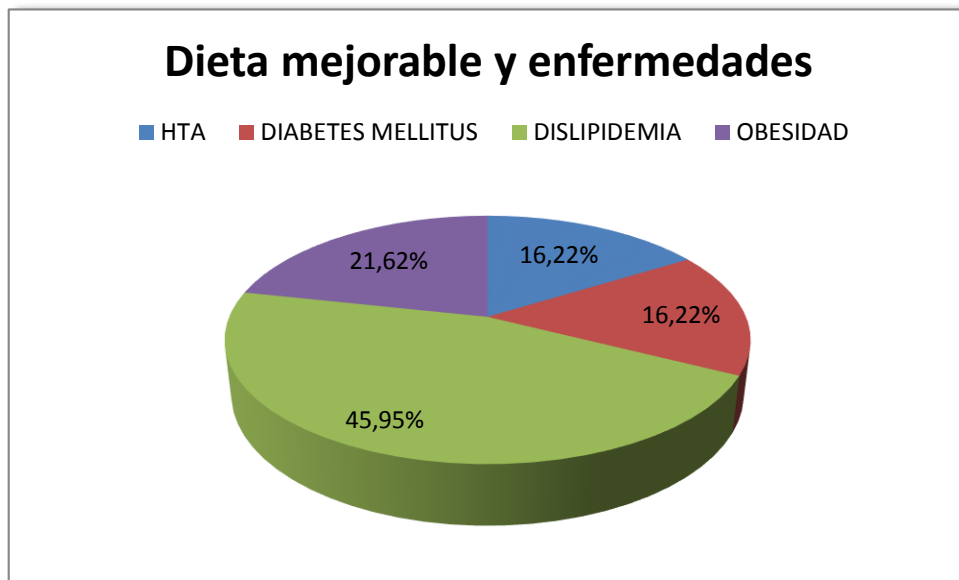
Elaboración: Peña, 2013

Se puede observar que de las 47 personas que han sido diagnosticadas de algún tipo de enfermedades crónicas, únicamente 6 personas tienen una dieta de tipo desequilibrada, evidenciándose que corresponde en su mayoría a 4 personas que tienen obesidad lo que equivale al 66.67% (Tabla 11), 2 personas que tienen dislipidemias que equivale al 33.33% (Gráfico 9), y no existe ninguna persona que tiene hipertensión arterial ni diabetes mellitus.

Tabla 12. Dieta mejorable y presencia de enfermedades crónicas

DIETA MEJORABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	6	16,22%
DIABETES MELLITUS	6	16,22%
DISLIPIDEMIA	17	45,95%
OBESIDAD	8	21,62%
TOTAL	37	100,00%

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

**Gráfico 10. Dieta mejorable y presencia de enfermedades crónicas.**

Fuente: Encuesta
Elaboración: Peña, 2013

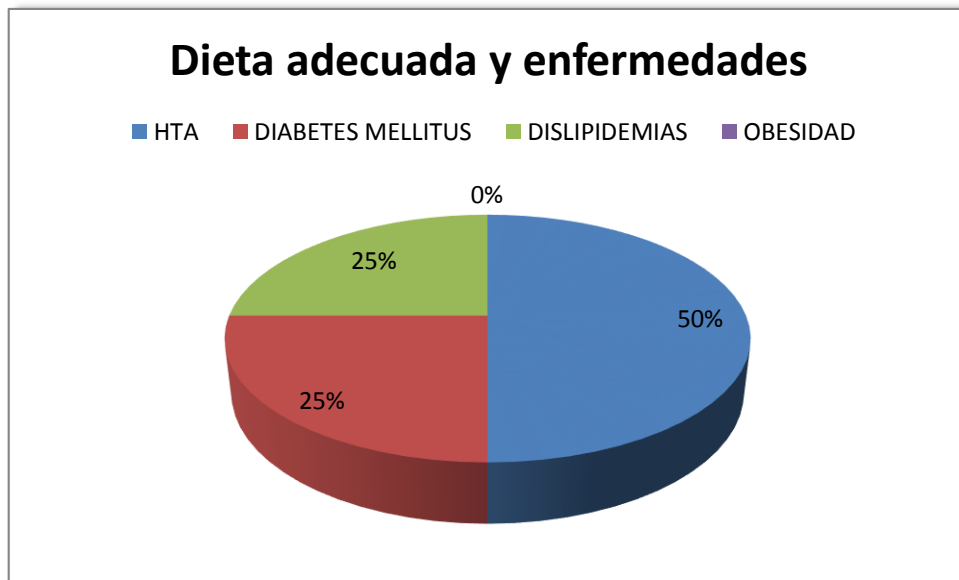
Se puede observar que de las 47 personas que han sido diagnosticadas de algún tipo de enfermedades crónicas, únicamente 37 personas tienen una dieta de tipo mejorable, evidenciándose que corresponde en su mayoría a 17 personas que tienen dislipidemia lo que equivale al 45.95% (Tabla 12; y, 6 personas tienen diabetes mellitus que equivale al 16.22% (Gráfico 10).

Tabla 13. Dieta adecuada y presencia de enfermedades crónicas.

DIETA ADECUADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	2	50,00%
DIABETES MELLITUS	1	25,00%
DISLIPIDEMIAS	1	25,00%
OBESIDAD	0	0,00%
TOTAL	4	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Peña, 2013

**Gráfico 11. Dieta adecuada y presencia de enfermedades crónicas.**

Fuente: Encuesta

Elaboración: Peña, 2013

Se puede observar que de las 47 personas que han sido diagnosticadas de algún tipo de enfermedades crónicas, únicamente 4 personas tienen una dieta de tipo adecuada, evidenciándose que corresponde en su mayoría a 2 personas que tienen hipertensión arterial lo que equivale al 50% (Tabla 13), 1 persona que tiene diabetes mellitus y dislipidemia que equivale al 25% cada una (Gráfico 11); y, no hay ninguna persona con obesidad (Tabla 13).

4. DISCUSIÓN

Del total de la población estudiada se observa que la realización de actividad física corresponde con gran predominio a la actividad física baja (44.78%); seguida de la actividad física intensa (27.61%) y moderada (27.61%).

Comparando con un estudio realizado en Colombia en el año 2005 se observa que el 90.6% corresponde a la realización de actividad física baja; seguida de actividad física intensa que es de 7.5% y de actividad física moderada que corresponde al 5.65%. (Gómez, 2008)

Cabe recalcar que el nivel de actividad física global es un indicador que comprende la totalidad de la actividad física realizada en 4 dominios básicos: tiempo libre, jornadas laborales, actividades del hogar y transporte y desplazamientos; en este caso son realizados en su gran mayoría por personas del sexo masculino.

Se puede observar que en esta población existe en su gran mayoría habitantes que tienen una dieta tipo mejorable (84.33%); seguido de una dieta tipo desequilibrada (11.19%), y tan sólo únicamente los que tienen una dieta tipo adecuada equivale al (4.48%).

Según un estudio realizado en el año 2008, en la que se evaluó los diferentes hábitos alimentarios de la Zona urbana de Guadalajara-México; se evidencia que al igual que nuestro estudio poseen una dieta de tipo mejorable en una proporción del 63.7%; seguido de la dieta de tipo desequilibrada que corresponde al 19.4%, y tan solo únicamente el 16.9% tienen una dieta tipo adecuada o saludable. (Macedo, 2008)

Únicamente 47 personas han sido diagnosticados de algún tipo de enfermedades crónicas no transmisibles, es así que existe mayor proporción de dislipidemias y obesidad que corresponden al 42.55% y 25.53% respectivamente. La población restante corresponde a enfermedades como hipertensión arterial que equivale al 17.02%; y, la diabetes mellitus que equivale al 14.89%.

En un estudio longitudinal de cinco años en el que se investigó la asociación entre la actividad física con el riesgo de aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, se ha demostrado que dicho riesgo era significativamente menor para los individuos con el nivel más alto de actividad física en comparación con los sujetos que mostraban los niveles más bajos de actividad física. (Addy, 2009)

La realización de una actividad física regular de intensidad moderada o alta ha sido identificada como un factor protector frente a hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y algunos tipos de cáncer (colon, próstata, ovario y endometrio). (Gómez, 2008)

Una nutrición sana es uno de los principales factores del estilo de vida y de la prevención de enfermedades crónicas. Por su influencia en el desarrollo mental y físico de las personas, es un factor determinante de la capacidad para trabajar y de la expectativa de vida. (Díaz, 2008)

Según estudios realizados en países subdesarrollados indican que, en las últimas décadas, ha existido un pequeño aumento o una muy modesta disminución en la ingesta energética total de grasa y la participación en la actividad física en tiempo libre es baja, pero se ha mantenido relativamente constante. Sin embargo, un incremento en la dependencia de la tecnología ha reducido de forma sustancial la actividad física relacionada con el trabajo y el gasto energético necesario para las actividades comunes de la vida diaria. (Ezzati M, 2009)

CONCLUSIONES

- La actividad física es practicada en su gran mayoría por personas del sexo masculino, evidenciándose así que en su mayor proporción tienen una práctica de actividad física de tipo bajo, lo que se debe a que pasan la mayor parte del tiempo en sus labores diarias, lo que les dificulta tener un hábito adecuado de realización de actividad física.
- La práctica de hábitos alimenticios, está dada por una dieta de tipo mejorable; es así, que en la dieta no sólo se consideran los alimentos que la conforman, sino también los hábitos y costumbres que determinan la forma, el momento y el orden en que se consumen los alimentos.
- La aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, está determinada por la mala práctica de los estilos de vida, tanto en actividad física y hábitos alimenticios; es decir una práctica de actividad física de tipo baja con la dieta de tipo desequilibrada y mejorable, son considerados como unos de los principales factores de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas.

RECOMENDACIONES

- Promover campañas de salud, a través de la cual se haga concientizar a la población en lo que se refiere a estilos de vida en los componentes de actividad física y hábitos alimenticios.
- Establecer una red de trabajo en equipo, en las que se involucre a autoridades locales y nacionales, acerca de la mala práctica de hábitos alimenticios y de ésta manera disminuir el ascenso de la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Implementar programas de salud, en los cuales se evalúe periódicamente, mediante encuestas los estilos de vida, principalmente actividad física y hábitos alimenticios, con la finalidad de evitar oportunamente el aparecimiento de enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACSM. (2008). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining fitness in healthy adults. *Medicine and Science in Sports* , 7-10.
2. Addy, C. (2009). Associations of perceived social and physical environmental supports with physical activity and walking behaviour. *American Journal of Public Health* , 440-443.
3. Alcalde, J. e. (2008). Sistema de Salud en Perú. *Revista de Salud pública de Mexico* , 12-16.
4. Boratia, A. (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Revista Española de Cardiología* , 514-528.
5. Brown, W. e. (2008). Test retest reliability of four physical activity measures used in populations. *Journal of Sports Science and Medicine* , 205-215.
6. Castillo, J. (2009). El síndrome metabólico, una epidemia silenciosa, Habana-Cuba. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* , 1-9.
7. Cornatosky, M. e. (2009). Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la provincia Catamarca, Argentina. *Revista Diaeta* , 11-17.
8. Diaz, M. (2008). Patron Alimentario de estudiantes universitarios: Comparación entre culturas. *Revista Española de Nutrición Comunitaria* , 8-11.
9. EUFIC. (2008). *The European Food Information Council*. Recuperado el 19 de Agosto de 2012, de http://www.eufic.org/sp/heal/img/Review_n10.pdf.
10. Ezzati M, V. H. (2009). Repensar el "enfermedades de la abundancia" paradigma: los patrones globales de riesgos nutricionales en relación con el desarrollo económico. *PLoS Med* .
11. Fielding, J. (2009). Frequency of worksite health promotion activities. *American Journal of Public Health* , 16-20.
12. Galarza, M. (07 de Octubre de 2011). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 01 de Julio de 2012, de Ministerio de Salud Pública: http://www.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=52&Itemid=244&limitstart=36
13. Garaulet, M. (2008). Obesidad y ciclos de vida del adulto, España. *Revista Española Nutricional Comunitaria* , 150-155.
14. Garcia, G. (2009). *El cuerpo humano y su descripción en los tratados*. Madrid: Ediciones Clásicas.
15. Gómez, L. e. (2008). Nivel de actividad física global en la población adulta de Bogotá (Colombia). Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria* , 206-213.

16. Gonzalez, A. e. (2007). Hábitos dietéticos y actividad física en el tiempo libre en sujetos con exceso ponderal. *Endocrinology nutrition* , 241-248.
17. Guerrero, L. e. (2010). Estilo de vida y salud. *Revista de Artículos arbitrarios* , 12-17.
18. Hahn, C. (2008). Inactivity and the physical environment in two regional. *Health Promotion Journal of Australia* , 43-45.
19. Hillsdon, M. e. (2009). A systematic review of physical activity promotion. *Sports Medicine* , 84-89.
20. Kaleta, D. e. (2009). Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health* , 122-127.
21. Katch, F. (2008). Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. 11-20.
22. Koukouvou, G. e. (2008). Quality of life, psychological and physiological changes. *Journal of rehabilitation medicine* , 36-41.
23. Macedo, M. e. (2008). Hábitos alimentarios de la Zona Urbana de Guadalajara-México. *Antropo* , 29-41.
24. Morente, H. e. (2009). La actividad física y las enfermedades comunes no contagiosas. *The International Journal of Medicine* , 59-64.
25. MSP. (2009). Recuperado el 04 de Julio de 2012, de <http://www.msp.gov.ec/>
26. MSP. (2009). *Actividad Física y Deporte*. Recuperado el 04 de Julio de 2009, de <http://www.msp.gov.ec/>
27. MSP. (16 de Septiembre de 2010). *Centro de publicaciones del Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 03 de Julio de 2012, de Centro de publicaciones del Ministerio de Salud Pública: http://www.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=114:vida-activa-y-alimentacion-sana-aseguran-el-manana&catid=52:edusalud&Itemid=244)
28. OMS. (2010). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010.
29. OMS. (07 de Abril de 2012). Recuperado el 05 de Julio de 2012, de <http://mexico.cnn.com/salud/2012/04/07/seis-de-cada-10-personas-no-tienen-suficiente-actividad-fisica-oms>
30. OMS. (2012). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. *Actividad Física* .
31. OPS. (2007). *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas*. Washington D.C: OPS.

32. Perisse, J. F. (2009). El efecto de los ingresos y la estructura de la dieta. *FAO News/Nut* , 1-10.
33. Rodriguez, G. e. (2011). Influencia de determinantes socio-demográficos en la adherencia a las recomendaciones de actividad física en personas de entre 15 y 74 años de edad. *Revista Española de Salud Pública* , 351-362.
34. Sanabria-Ferrand, P. e. (2009). Estilos de vida saludables en profesionales colombianos de la salud. Estudio exploratorio. *Revista Médica* , 207-217.
35. Sanchez, J. (2008). Definición y Clasificación de Actividad Física y Salud. *PubliCE Standard* .
36. Serón, P. e. (2010). Nivel de actividad física a través del cuestionario internacional de actividad física en población chilena. *Scielo* , 1232-1239.
37. Serón, P. e. (2010). Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población chilena. *Revista medica Chile* , 1232-1239.
38. Shetty, J. (2009). La epidemiología y los factores determinantes de la obesidad en los países desarrollados y en desarrollo. *Int J Nutr Res Vitam* , 157-162.
39. Sobejano, I. e. (2009). Estudio poblacional de actividad física en tiempo libre. Navarra-España. *Revista Gaceta Sanitaria* , 127-132.
40. Speack, B. (2010). From Exercise To Physical Activity Holistic Nursing Practice. *Medicine & science in sports & exercise* , 24-28.
41. Torres, M. (2008). *La dieta equilibrada*. Madrid.
42. UTPL. (2007). *Guía Turística de Loja y su provincia*. Loja: Utpl-Loja.
43. Visser, R. (2007). Hábitos alimentarios en la cuenca del Caribe y las regiones Centro y Suramericana, Cuba. *Revista Cubana alimentaria y nutricional* , 174-185.
44. Welk, G. (2008). Physical activity assessments for health-related research. *Human Kinetics*.
45. Zudaire, M. (26 de Mayo de 2011). *Erosky consumer*. Recuperado el 24 de Agosto de 2012, de http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/alimentos_a_debate/2007/08/08/165870.php

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Loja, 10 de septiembre de 2012

ASIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TESIS

Dra. Patricia González G., COORDINADORA DE LA TITULACIÓN DE MÉDICO (e) y Dra. Jana Bobokova, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD (e), luego de haber aprobado el tema de tesis titulado: **Diagnostico Local sobre la práctica de estilos de vida de los habitantes de la zona 15 de la ciudad de Loja, en el periodo Julio-Diciembre 2012**, correspondiente al (la) egresado(a): **Peña Alejandro Carlos Andres**

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

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



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



Anexo 2

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	SI ()	NO ()
		Si la respuesta es no

correr, caminar rápido, trotar, jugar fútbol, básquet, indor, volley durante al menos 10 minutos consecutivos?	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:

Anexo 3

Aplicación de encuestas en la zona 15



Aplicación de encuestas en la zona 15



Aplicación de encuestas en la zona 15



Aplicación de encuestas en la zona 15



Tanque de agua perteneciente a la zona 15



Unidad de Policía Comunitaria SAN VICENTE, de la zona 15



Unidad de Policía Comunitaria SAN VICENTE, de la zona 15



Canchas deportivas y juegos infantiles de la zona 15

Anexo 4

