



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE MÉDICO

Estilos de vida en relación a actividad física y alimentación en los habitantes de la zona 4 de la Ciudad de Loja, durante julio-diciembre 2012.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Iñiguez Ochoa, Diana Salomé

DIRECTOR: Astudillo Romero, Rodrigo Xavier, Dr.

LOJA-ECUADOR

2017



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor.

Rodrigo Xavier Astudillo Romero

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación **Estilos de vida en relación a actividad física y alimentación en los habitantes de la zona 4 de la ciudad de Loja, durante julio-diciembre 2012**, realizado por **Diana Salomé Iñiguez Ochoa**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2017

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Diana Salomé Iñiguez Ochoa, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Estilos de vida en relación a actividad física y alimentación en los habitantes de la zona 4 de la ciudad de Loja, durante julio-diciembre 2012.”, de la Titulación de Médico, siendo el Dr. 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 investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 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 o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f).....

Autor: Diana Salomé Iñiguez Ochoa

Cédula: 1104864333

DEDICATORIA

Mi profundo agradecimiento hacia mi madre Lucía que es la base fundamental en mi vida, mi razón de ser, que con su amor y cariño a carta cabal, me ha guiado por este largo camino, con esfuerzos, consejos, con altos y bajos, días de tristeza y alegría; llanto y risas, quien conjuntamente con mi padre Franco han sabido tener la fortaleza, paciencia, sacrificio y perseverancia para ayudarme a alcanzar éste sueño.

De igual manera a mi hermano Pablo, una de las personas más correctas que he conocido, que a pesar de su discapacidad auditiva me ha enseñado que no hay meta que no se pueda cumplir sin trabajo duro y varios sacrificios no se llega a ningún lado, al igual que la humildad; que con la confianza brindada hacia mí, en mis conocimientos médicos ha sabido llenarme de inspiración e ilusión que seré siempre su médico de cabecera. A mi sobrina Alfonsina, mi paciente favorita, que con su dulzura y calidez me ha enseñado que ser médico es una de las más valiosas carreras en el mundo, ya que con mi ejemplo espero servirle de inspiración para que ella también se incline hacia esta noble carrera, llenándome así mismo de orgullo e ilusión, en ser su médico favorito, su propia heroína.

A mi hermana Viviana, le agradezco profundamente, a pesar de nuestras diferencias he aprendido que gracias a su ejemplo que nunca es tarde para cumplir tus sueños, simplemente hay que saber esperar por ellos y con su gran ejemplo he tenido la mejor de las suertes para poder terminar este trabajo con el mayor de los éxitos.

Sin olvidar mencionar mi agradecimiento a la persona que ha cuidado de mí desde el día que nací, que sin ser familia de sangre, ha sido parte de mi familia de corazón, Aurora; tus ocurrencias y consejos, han sido parte importante en mi vida, llenándome de felicidad; al igual que a Melissa, que con sus locuras diarias, dándome lindos momentos que me han sido de infinita ayuda en la obtención de este título.

Finalmente agradecer a mis mejores amigos, Ivanova, Alejandra, Madeleine, y Cristhian por su incondicional amistad, a mi grupo de amigas por tantos años de amistad, a mi compañera favorita Sole Soto y Cristhian Gallo, mi ángel, este triunfo es dedicado para ustedes también.

Diana Salomé

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios tantas bendiciones que él me ha brindado, ya que sin sus bendiciones no hubiera podido alcanzar esta meta, a mi Familia que me ha dado todo el apoyo para culminar con mi carrera

A la Universidad Técnica Particular de Loja por permitirme realizar mis estudios profesionales, a través de la Educación Presencial.

De manera especial, mi sincero agradecimiento al Doctor Xavier Astudillo Romero, por haber guiado y orientado acertadamente mi trabajo de fin de titulación y por haber sido un gran mentor a lo largo de mi carrera.

Finalmente agradezco a todas las personas que de una u otra manera colaboraron conmigo hasta la culminación de mi trabajo.

Diana Salomé.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS	
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	5
CAPÍTULO I	
1. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1 Estilos de vida como determinantes del proceso salud enfermedad en alimentación y actividad física.....	7
1.1.1 Estilos de vida saludables.....	7
1.1.2 Componentes y determinantes del estilo de vida con la salud.....	7
1.1.3 Adopción de estilos de vida saludables.....	8
1.2 Identificación de los estilos de vida saludables.....	10
1.2.1 Actividad física.....	10
1.2.1.1 Actividad Física como un hábito de estilo de vida.....	11
1.2.1.2 Beneficios de la actividad física	11
1.2.1.3 Métodos de evaluación de la Actividad Física.....	12
1.2.1.4 Actividad física y enfermedades crónicas no transmisibles.....	13
1.2.2 Hábitos Alimenticios.....	14
2. Actividad física y hábitos alimenticios como factores de riesgo para la presencia de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Dislipidemia.....	18
2.1 Actividad física y hábitos alimenticios como factor de riesgo para Diabetes Mellitus.....	20
2.2 Actividad física y hábitos alimenticios como factor de riesgo para Hipertensión Arterial (HTA).....	22
2.3 Actividad física y hábitos alimenticios como factor de riesgo para Dislipidemia.....	23
1.2.3 Índice de masa corporal (IMC).....	23
CAPÍTULO II	
3. DISEÑO METODOLÓGICO	25
3.1 Tipo de estudio	26
3.2 Área de estudio.....	26
3.3 Universo.....	26
3.4 Muestra.....	26

3.4.1	Tamaño de la muestra	26
3.4.2	Tipo de muestreo	26
3.4.2.1	Criterios de inclusión	27
3.4.2.2	Criterios de exclusión	27
3.4.3	Operacionalización de variables	27
3.4.4	Métodos y procedimientos para la recolección de la información.....	28
3.4.5	Plan de tabulación y análisis	29
CAPÍTULO III		
4.	RESULTADOS E INTERPRETACIÓN.....	34
4.1	Resultado 1: Actividad física	34
4.2	Resultado 2: Hábitos alimenticios	34
4.3	Resultado 3: Enfermedades Crónicas	35
5.	DISCUSIÓN	38
6.	CONCLUSIONES	40
7.	RECOMENDACIONES.....	41
8.	BIBLIOGRAFÍA	42
9.	ANEXOS	45

ÍNDICE DE TABLAS

- **Tabla 1:** Actividad física en los habitantes de la zona 4 de la parroquia El Valle..... 31
- **Tabla 2:** Presencia de enfermedades crónicas incluidas en el estudio en los habitantes de la zona 4 32
- **Tabla 3:** Actividad física baja y enfermedades en los habitantes de la zona 4 33
- **Tabla 4:** Dieta adecuada y enfermedades en los habitantes de la zona 4 34
- **Tabla 5:** Dieta desequilibrada y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 4 36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- **Gráfico 1:** Dieta de los habitantes de la zona 4 de la parroquia el valle 31
- **Gráfico 2:** Enfermedades crónicas diagnosticadas en los habitantes de la zona 4 ..32
- **Gráfico 3:** Actividad física moderada y enfermedades en los habitantes de la zona 4 33
- **Gráfico 4:** Dieta mejorable y enfermedades en los habitantes de la zona 4 35
- **Gráfico 5:** Estado nutricional de los habitantes con enfermedades crónicas de la zona 4.....39

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó para determinar la actividad física y los hábitos alimenticios de la población de la zona 4 de la parroquia El Valle de la ciudad de Loja mediante un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo y con corte transversal con el objetivo de averiguar su relación con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

El universo estuvo constituido por 3969 sujetos y el tamaño de muestra fue 134 personas, en la cual se aplicó el Test de Alimentación y Salud y el Global Physical Activity Questionnaire (QPAQ).

Los resultados revelan que hubo una mayor prevalencia de los sujetos que realizan actividad física baja, y se obtuvo que la dieta que más predominó fue la dieta mejorable aunque la desequilibrada obtuvo un porcentaje considerable.

Se encontró que la Dislipidemia fue la enfermedad con mayor prevalencia dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles y que los sujetos en investigación presentaron un IMC dentro de los parámetros normales aunque si hay presencia de Obesidad y Sobrepeso.

PALABRAS CLAVES: Actividad física, Hábitos Alimenticios, Enfermedades Crónicas, IMC.

ABSTRACT

This research was conducted to determine the physical activity and eating habits of the population of Zone 4 of the parish El Valle of the city of Loja through a descriptive study in order to determine their relationship with the presence of Non-transmissible chronic diseases.

The universe was constituted by 3969 people and a sample of 134 individuals in which, the Test for Food and Health and the Global Physical Activity Questionnaire (QPAQ) was applied.

The results revealed that there was a higher prevalence in people who practiced low physical activity, and we obtained that the diet that predominated was the improvable diet, otherwise we obtained a considerable percentage of unbalanced diet.

We found that dyslipidemia was the disease with the higher prevalence in the chronic non-transmissible diseases and the individuals in the present investigation showed a BMI between the normal parameters even though there is the presence of Obesity and Overweight.

KEY WORDS: Physical activity, Eating Habits, Chronic Diseases, BMI

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se pretende relacionar los hábitos alimenticios y la actividad física de los habitantes de la Zona 4 de la Parroquia El Valle de la Ciudad de Loja y el impacto de que estos tienen en la salud de cada una de las personas, encontrándose ante la problemática que si existe la posibilidad de una modificación de estos hábitos y el aumento de la mala práctica de los estilos de vida, los cuales constituyen efectivamente factores de riesgo para la aparición de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad y Dislipidemias.

En el primer capítulo habla sobre el marco teórico en donde brevemente se explicará sobre las definiciones de las diferentes variables propuestas en los objetivos. El segundo capítulo trata sobre el diseño metodológico de la presente investigación y el tercer capítulo es sobre el análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

Esta investigación es importante ya que podemos determinar factores de riesgo que afectan a la salud de la población de la ciudad de Loja dependiendo de sus hábitos alimenticios y actividad física.

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. (De la Cruz Sánchez, 2009)

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aportó una definición más concreta de estilo de vida relacionado con la salud, acordando, durante la XXXI Reunión del Comité Regional para Europa, que es "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales". (De la Cruz Sánchez, 2009)

La actividad física se vincula al concepto de salud y calidad de vida como una estrategia o intervención efectiva que permite mejorar la autopercepción, el nivel de satisfacción de las necesidades individuales y colectivas, y los beneficios reconocidos que esta trae desde lo biológico, psicosocial y cognitivo. Por lo cual se convierte en una herramienta efectiva para mejorar la calidad de vida de la población. (Vidarte, 2011)

Los hábitos alimenticios de la población han sido demarcados gracias a la intervención de varios factores externos como la cultura, religión, costumbres, nivel socioeconómico y educativo.

Debido al cambio del estilo de vida en las 3 últimas décadas, muchos de los hábitos alimentarios y la práctica regular de actividad física se han visto modificados de manera perjudicial para la salud de la población en general, la mayoría de la población no tiene conocimiento de hábitos nutricionales adecuados y muchos de ellos no tienen tiempo para realizar actividad física.

Las enfermedades crónicas han venido incrementándose en su incidencia y prevalencia no solo en Ecuador, sino también en todo el mundo; siendo éstas enfermedades la causa de un mayor índice de mortalidad; siendo así que en el año 2013 se registraron 63.104 defunciones generales, las principales causas de muerte son la Diabetes mellitus y enfermedades hipertensivas, con 4.695 y 4.189 casos respectivamente, según la información del Anuario de Nacimientos y Defunciones publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y dentro de estos datos estadísticos mencionaron que las enfermedades hipertensivas son la segunda causa de defunción para las mujeres y tercera para los hombres, categorizándose como un problema de salud importante en nuestra sociedad.

En pocas palabras, en el presente estudio está hecho para conocer el grado de actividad física, la dieta tomando en cuenta los hábitos alimenticios de los habitantes de la Zona 4 de la Ciudad de Loja, así mismo dar a conocer los datos obtenidos para una modificación de malos hábitos alimenticios y poca actividad física incentivando a una campaña de promoción de la salud para evitar diferentes patologías en distintos grupos de edad y nivel cultural.

La presente investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal para los objetivos que persiguió el proyecto.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la actividad física y práctica de hábitos alimenticios como componentes del estilo de vida en los habitantes de la zona 4 de la ciudad de Loja con la finalidad de conocer la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Objetivos específicos

- Describir el grado de actividad física practicada en la población de la zona 4 de la ciudad de Loja.
- Distinguir la práctica de hábitos alimenticios en la población de la zona 4 de la ciudad de Loja.
- Identificar la presencia enfermedades crónicas no transmisibles tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y dislipidemias en la población de la zona 4 de la ciudad de Loja.
- Describir el IMC de la población estudiada.

CAPÍTULO I
MARCO TEÒRICO

1.1 Estilos de vida como determinantes del proceso salud enfermedad en alimentación y actividad física.

1.1.1 Estilos de vida saludables.

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en la actualidad. (De la Cruz Sánchez, 2009)

Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectivos y conductas de riesgo. (Guerrero Montoya, 2010)

1.1.2 Componentes y determinantes del estilo de vida con la salud.

De forma sinónima vienen a utilizarse los conceptos “hábitos de vida”, “estilo de vida” y “estilo de vida relacionado con la salud” refiriéndose, esta última acepción, a aquellas conductas habituales que se ha demostrado que ejercen una influencia en la salud de los individuos (como la cantidad de actividad física habitual, alimentación, etc.).

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

- Poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista, actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque pueden ser sus determinantes.
- Continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, “hábito”.
- Asociación y combinación entre conductas de forma consistente. (De la Cruz Sánchez, 2009)

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas.

La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales.

La segunda perspectiva parte de aspectos sociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno.

Durante el desarrollo humano se establecen múltiples transacciones entre ambos contextos y se establecen patrones adaptativos de conducta, anteriormente denominados hábitos de vida, que conforman en conjunto el “estilo de vida relacionado con la salud”, determinados por cada uno de estos factores. (De la Cruz Sánchez, 2009)

1.1.3 Adopción de estilos de vida saludables.

Hay una amplia evidencia de correlación entre determinados estilos de vida saludables y la disminución de las principales enfermedades crónicas y la mortalidad por cualquier causa.

Las intervenciones conductuales son las más recomendadas para promover cambios hacia conductas más saludables, e incluyen: valoración de las conductas, establecimiento de metas, aumento de concienciación, superación de barreras, gestión efectiva del estrés,

reestructuración cognitiva, prevención de recaídas y provisión de apoyo, y tratamiento adecuados.

Según éste, cambiar una conducta es un proceso durante el cual las personas se mueven a través de una serie de etapas o estadios.

Las intervenciones que intentan ayudar a las personas a adoptar (o mantener) un estilo de vida saludable comparten una serie de principios comunes. (Marquéz Molías, 2009)

Algunos de ellos son:

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

Para intentar explicar por qué las personas se comportan de una manera determinada es importante conocer los modelos y teorías del cambio de conductas en salud, ya que nos proporcionan algunos elementos claves para comprender los mecanismos subyacentes y la manera de intervenir en los estilos de vida relacionados con la salud. (Bennassar Veny, 2011)

El estilo de vida es uno de los factores que condicionan o modifican el estado de salud de una población, en general, la adopción de un estilo de vida saludable puede reducir la presencia de enfermedades crónicas y en sí reducir la mortalidad global.

La socialización del estilo de vida puede ser considerada como un proceso por el cual las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen su estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas con el mismo. Este proceso implica el aprendizaje de roles relacionados con los estilos de vida y las conductas de salud específicos de una sociedad. (Bennassar Veny, 2011)

1.2 Identificación de los estilos de vida saludables.

Un estilo de vida saludable está integrado por un conjunto de factores que deben funcionar de forma armoniosa y completa. Se ha demostrado que las variables que son más influyentes en un estilo de vida saludable son: los hábitos alimenticios, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y los comportamientos sexuales siendo las variables más importantes en la presente investigación la actividad física y los hábitos alimenticios. (Bennassar Veny, 2011)

1.2.1 Actividad Física.

La actividad física es definida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que resultan en gasto energético. (Serón, Muñoz, & Lanas, 2010)

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

Mientras que el término "ejercicio físico" se utiliza para indicar la actividad física que es programada, estructurada y repetitiva que produce un mayor o menor consumo de energía, y cuyo principal objetivo es la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la forma física. (Bennassar Veny, 2011)

Tanto el ejercicio físico como la actividad física se definen por 4 componentes: tipo (modalidad del ejercicio), intensidad (consumo energético por unidad de tiempo), frecuencia (número de

veces que se realiza la actividad física durante una semana) y duración (tiempo durante el cual se realiza la actividad física). (Bennassar Veny, 2011)

1.2.1.1 Actividad Física como un hábito de estilo de vida.

Los avances tecnológicos y en el transporte (multitud de ingenios mecánicos que nos hacen la vida más cómoda pero más sedentaria como por ejemplo, los ascensores y las escaleras mecánicas) han provocado que las personas reduzcan progresivamente su actividad física en las actividades de la vida diaria, disminuyendo el gasto energético asociado a ello y por tanto, se conviertan en sedentarios. (Bennassar Veny, 2011)

La organización mundial de la salud sitúa al sedentarismo como una de las principales causas de muerte y factor de riesgo para la mayoría de enfermedades, se debe entender que la actividad física es una necesidad, que brinda beneficios para la salud. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2014)

1.2.1.2 Beneficios de la actividad física

El vínculo entre actividad física y los beneficios sobre la salud son ampliamente conocidos. Así como, que el sedentarismo provoca problemas importantes de salud y se convierte en el germen de muchas enfermedades, tanto de forma directa como indirecta. (Bennassar Veny, 2011)

La actividad física regular y en niveles adecuados:

- Mejora el estado muscular y cardiorrespiratorio;
- Mejora la salud ósea y funcional;
- Reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y colon y depresión;
- Reduce el riesgo de caídas y de fracturas vertebrales o de cadera; y
- Es fundamental para el equilibrio energético y el control de peso. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2014)

La actividad física regular es una parte importante del estilo de vida saludable que comporta beneficios que contribuyen al bienestar de las personas en los ámbitos físico, psíquico y social.

Las personas que presentan un estilo de vida activo tienen tasas más bajas de mortalidad y una mayor longevidad que las que mantienen una actividad sedentaria. (Bennassar Veny, 2011)

1.2.1.3 Métodos de evaluación de la Actividad Física.

Entre los instrumentos existentes para medir la actividad física se puede mencionar el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), el cual ha sido utilizado en diversos estudios internacionales y se ha evaluado su validez y confiabilidad sugiriéndose su uso en diferentes países e idiomas, además de ser propuesto por la OMS como un instrumento a utilizarse para vigilancia epidemiológica a nivel poblacional.

Este instrumento aporta información sobre gasto energético estimado en 24 horas, en las distintas áreas de la vida diaria; tiene la ventaja de ser aplicable a grandes muestras de distintos niveles socioeconómicos dada su simplicidad tanto en la administración como en la obtención de los puntajes. (Serón, Muñoz, & Lanas, 2010)

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de gasto energético en distintas actividades de la vida diaria y la frecuencia de distintos niveles de actividad física en la población de la Zona 4 de la ciudad de Loja.

El IPAQ mide el nivel de actividad física a través de preguntas en cuatro dominios: laboral, doméstico, de transporte y del tiempo libre y se clasifica en niveles de actividad física alto, moderado y bajo.

Se habla de nivel de actividad física alto, cuando hay un reporte de 7 días en la semana de cualquier combinación de caminata, o actividades de moderada o alta intensidad logrando un mínimo de 3.000 MET-min/semana; o cuando se reporta actividad vigorosa al menos 3 días a la semana alcanzando al menos 1.500 MET-min/semana.

Así mismo se habla de nivel de actividad física moderado cuando hay un reporte de 3 o más días de actividad vigorosa por lo menos 20 minutos diarios o cuando se reporta 5 o más días de actividad moderada y/o caminata al menos 30 minutos diarios; o cuando se describe 5 o más días de cualquier combinación de caminata y actividades moderadas o vigorosas logrando al menos 600 MET-min/semana. Y se habla de nivel de actividad física bajo cuando el nivel de actividad física del sujeto no esté incluido en las categorías alta o moderada.

1.2.1.4 Actividad física y enfermedades crónicas no transmisibles.

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

La inactividad física es un importante problema de salud en todo el mundo, especialmente en los países desarrollados. La literatura médica demuestra claramente los efectos beneficiosos de la actividad física sobre varios resultados de salud, incluida la mortalidad por enfermedad cardiovascular y por todas las causas. A pesar de que existen riesgos asociados con el ejercicio en algunos pacientes, los beneficios superan a los riesgos en la mayoría de los pacientes. (Peterson, 2016)

La inactividad física ha sido identificada como el cuarto factor de riesgo de la mortalidad mundial (6 % de las muertes en todo el mundo). Sólo la superan la hipertensión (13 %), el consumo de tabaco (9 %) y el exceso de glucosa en sangre (6 %). El sobrepeso y la obesidad son responsables del 5 % de la mortalidad mundial. (Collazos & Desloovere, 2010)

La inactividad física está aumentando en muchos países, lo que incrementa la carga de enfermedades no transmisibles y afecta a la salud general en todo el mundo. Las personas con un nivel insuficiente de actividad física tienen entre el 20% y el 30% más de riesgo de muerte que las personas que realizan al menos 30 minutos de actividad física moderada la mayoría de días de la semana. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2014)

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

Aconsejar a los pacientes sobre el ejercicio puede ser un reto, ya que muchos pacientes tienen diferentes barreras percibidas para hacer ejercicio. Por lo tanto, puede ser necesario un enfoque individualizado para la prescripción de ejercicio para lograr un cambio de comportamiento. (Peterson, 2016)

Grandes estudios observacionales sugieren que el ejercicio regular reduce el riesgo de mortalidad por cualquier causa para la mayoría de las personas, incluyendo hombres y mujeres, así como las poblaciones más jóvenes y mayores. (Peterson, 2016)

1.2.2 Hábitos Alimenticios.

Los hábitos alimenticios se definen como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación y que dependen de las condiciones sociales, ambientales, religiosas-culturales y económicas. Incluyen el tipo de alimentos que se comen, como los combinan, preparan, adquieren, a qué hora y en donde comen. Por ello la alimentación es distinta dependiendo de unos lugares a otros. (Campo Briz, 2011)

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

La prevalencia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT, es una carga sustancial no sólo para los sistemas de salud, sino también para las estructuras sociales y

familiares, debido a la dependencia que producen. En los últimos años, datos aportados por numerosos estudios epidemiológicos en diversos países, han puesto de manifiesto la relación existente entre morbi-mortalidad por ECNT y factores alimentarios nutricionales, independientemente de factores predisponentes. (Cornatosky, 2009)

De los 10 factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, 5 están estrechamente relacionados con la alimentación.

La dieta adecuada es en la que los alimentos son adquiridos en las cantidades requeridas para las diferentes personas teniendo en cuenta la condición personal.

Llevar una alimentación equilibrada consiste en ingerir muchos alimentos, sino también es importante la calidad de la misma y esta sea variada.

Es importante pensar que no se puede disfrutar de una vida saludable comiendo unos pocos alimentos. La variación es lo idóneo desde el punto de vista del bienestar, permitiéndonos esto disfrutar, además, de la riqueza de los distintos sabores, olores y aromas. (de Torres, 2007)

El primer condicionante para que la dieta sea correcta y nutricionalmente equilibrada es que estén presentes en ella la energía y todos los nutrientes necesarios y en las cantidades adecuadas y suficientes para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona y evitar deficiencias. Este primer criterio puede conseguirse fácilmente eligiendo una dieta variada que incluya alimentos de diferentes grupos (cereales, frutas, hortalizas, aceites, lácteos, carnes,...), pues los nutrientes se encuentran amplia y heterogéneamente distribuidos en los alimentos y pueden obtenerse a partir de muchas combinaciones de los mismos. Esto ya es suficiente garantía de equilibrio nutricional. (Carbajal, 2012)

Una alimentación correcta, variada y completa, una dieta equilibrada cuyo modelo más reconocido es la dieta mediterránea, cuyas características principales son: alto consumo de productos vegetales (frutas, verduras, legumbres, frutos secos), pan y otros cereales (siendo el trigo el alimento base), el aceite de oliva como grasa principal, el vinagre y el consumo regular de vino en cantidades moderadas, permitiendo así proporcionar lo que el cuerpo

necesita para cubrir necesidades biológicas básicas y por otro, previene o al menos reduce el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad crónica no transmisible.

En la presente investigación el tipo de dieta que se valoró en los habitantes de la Zona 4 de la Parroquia El Valle de la Ciudad de Loja, se evaluó el consumo diario de diferentes alimentos, dentro de los cuales tenemos: frutas, verduras, legumbres, carnes blancas como pescado y pollo, huevo carnes rojas, así también como postres, comida rápida, bebidas con alto contenido de azúcar y alimentos consumidos fuera del hogar.

Los diferentes alimentos, que se agrupan según su aporte nutritivo característico, deben consumirse en una cantidad determinada a lo largo de la semana, para conseguir una dieta equilibrada. (Dapcich, 2004)

Se tiene que tomar en cuenta que una dieta equilibrada tiene un consumo diario de:

- ✓ Pan, cereales, cereales integrales, arroz, pasta, patatas: 4-6 raciones/día
- ✓ Leche, yogur, queso: 2 - 4 raciones/día
- ✓ Verduras y hortalizas: Al menos 2 raciones/día
- ✓ Frutas: Al menos 3 raciones/día
- ✓ Aceite de oliva: 3 - 6 raciones/día
- ✓ Agua: 4 - 8 raciones/día

La dieta mejorable es la descrita como la que no es compatible con una dieta adecuada ni tampoco una dieta desequilibrada, tiene características y recomendaciones de una dieta que se puede mejorar.

Dieta mejorable se basa en la ingesta de:

- ✓ Lácteos 2 a 3 veces por semana
- ✓ 1 – 2 porciones de fruta al día
- ✓ 1 – 2 porciones de verdura al día

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

Gran parte de la población ecuatoriana sigue o ha seguido una dieta eventualmente y casi siempre por su cuenta, sin asesoramiento profesional.

Una dieta desequilibrada es aquella que no proporciona la cantidad requerida de varios alimentos que se necesitan para mantener una buena salud, tampoco posee todos los grupos alimenticios y los nutrientes se encuentran en cantidades insuficientes para que el organismo pueda realizar sus funciones. Puede que este desequilibrio sea por consumo excesivo de varios alimentos sin regular la cantidad del alimento para que sea adecuado para la persona que lo ingiere.

Las dietas que suelen seguir son desequilibradas e incompletas pudiendo llevar en el mejor de los casos a una recuperación de peso y a incremento del mismo y en el peor de los casos, a desórdenes en la salud de la persona, produciendo cambios en el estado de ánimo, estreñimiento, enfermedades cardiovasculares, fatiga etc.

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

- ✓ Ninguna cantidad de lácteos a la semana.
- ✓ Poca o ninguna porción de fruta al día.

- ✓ Poca o ninguna porción de verdura al día.
- ✓ Poca o ninguna porción de leguminosas frescas o secas a la semana.
- ✓ Ninguna porción de pescado a la semana.
- ✓ Consumo de comida rápida, repostería-pastelería y bebidas azucaradas comerciales 3 o más veces por semana.
- ✓ Utilización de manteca para cocción de los alimentos.
- ✓ Menos de 2 vasos de agua al día.
- ✓ Consumo de alimentos fuera de casa 3 o más veces por semana.

1.2.3 Índice de masa corporal (IMC).

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

2. Actividad física y hábitos alimenticios como factores de riesgo para la presencia de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Dislipidemia.

El cuerpo del ser humano está preparado para moverse, más aún, tiene la necesidad de hacerlo. No obstante, a pesar de esta necesidad, la práctica de actividad física en la población es cada vez menos frecuente. (Escalante, 2011)

La actividad física regular de intensidad moderada (como caminar, montar en bicicleta o hacer deporte) tiene varios beneficios para la salud. Realizar algún tipo de actividad física como por ejemplo, en el caso de las amas de casa, realizar quehaceres domésticos, es mejor que no realizar ninguna. Volviéndose los pacientes más activos a lo largo del día de formas relativamente simples podemos alcanzar fácilmente los niveles recomendados de actividad física.

Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos:

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

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). (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2014)

Estos bajos niveles de práctica de actividad física conllevan el sedentarismo de buena parte de la población, lo que unido a unos hábitos alimentarios nada idóneos han provocado el aumento alarmante de diferentes patologías (obesidad, enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico...) que, en algunos casos, se han convertido en un auténtico problema de Salud Pública. (Escalante, 2011)

La Organización Panamericana de la salud en su estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud afirma que la actividad física se vincula al concepto de salud y calidad de vida como una estrategia o intervención efectiva que permite mejorar la autopercepción, el nivel de satisfacción de las necesidades individuales y colectivas y los beneficios reconocidos que esta trae desde lo biológico, social y cognitivo, además de ser un factor de protección para prevenir, en general, la instauración de enfermedades crónicas (Vidarte, 2011) lo cual es muy importante para cada una de las personas, que corrigen su

régimen alimentario y adaptan un actividad física, a un mejor desarrollo dentro del desarrollo de su vida cotidiana.

La dieta y la nutrición son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida. Está bien establecida su función como factores determinantes de enfermedades no transmisibles crónicas, y eso los convierte en componentes fundamentales de las actividades de prevención como nos menciona la OMS en su versión del año 2014.

Conocer qué componentes de la dieta desempeñan un papel importante en la prevención de enfermedades permitirá desarrollar acciones de educación nutricional encaminadas a modificar el patrón alimentario de la población hacia dietas más equilibradas, saludables y cardioprotectoras (Córdoba & Cabezas, 2012) evitando así el desarrollo de enfermedades tales como Dislipidemias, Obesidad y Sobrepeso, las cuales se encuentran dentro del presente estudio.

La situación alimentaria y nutricional del Ecuador refleja la realidad socioeconómica; el potencial productivo y la capacidad de transformar y comercializar los alimentos que satisfagan los requerimientos nutricionales de la población a todo nivel. La producción de alimentos y el rendimiento de los principales productos de consumo, su relación con los mercados (de productos, de trabajo y financieros) son importantes para establecer el potencial que la seguridad alimentaria y nutricional ofrece a la sociedad ecuatoriana como una estrategia de desarrollo. (Organization, 2010)

Obesidad y sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial, con más de 1.000 millones de personas adultas con sobrepeso, de las que 300 millones son obesas. (Córdoba & Cabezas, 2012)

2.1 Actividad física y hábitos alimenticios como factor de riesgo para Diabetes Mellitus

Cuando no se trata, la diabetes mellitus se reconoce por el aumento crónico de la concentración de glucosa en la sangre (hiperglucemia). Esto va acompañado algunas veces de síntomas de intensa, micción profusa, pérdida de peso y estupor, que culminan en coma y muerte cuando no se administra un tratamiento efectivo. Con menos frecuencia, los síntomas observados son mucho menos graves y no despiertan sospechas; a veces no existen. La

glucemia elevada y otras anomalías bioquímicas son el resultado de la producción o acción deficiente de la insulina, hormona que controla el metabolismo de la glucosa, las grasas y los aminoácidos. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2014)

La clasificación de la diabetes está definida por tres tipos según su etiología: diabetes mellitus tipo I (DM1), diabetes mellitus tipo II (DM2) y diabetes gestacional. Dentro de la DM2 tenemos que es una enfermedad crónica, que se caracteriza principalmente por niveles altos de glucosa en sangre, debido a una resistencia insulínica o por una secreción insuficiente de la misma, siendo esta patología más común que la DM1 y se relaciona muy estrechamente con factores de riesgo modificables por la persona como obesidad o sobrepeso, inactividad física y regímenes alimenticios hipercalóricos que tienen un valor nutricional bajo.

La diabetes contribuye como factor de riesgo al desarrollar enfermedades cardiovasculares, el 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedades cardiovasculares.

El ejercicio se está promoviendo cada vez más como parte del régimen terapéutico para la diabetes mellitus. Además de sus beneficios cardiovasculares, el ejercicio también puede mejorar el control glucémico. El efecto beneficioso sobre el control glucémico resulta en gran medida del aumento de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. (McCulloch, 2015)

El ejercicio tiene efectos tanto a corto plazo como a largo plazo. Cuando una persona hace ejercicio, los músculos utilizan inicialmente la glucosa en el músculo y más tarde se convierten glucógeno muscular en glucosa para proporcionar energía.

El efecto neto es una reducción gradual en la absorción de glucosa en el músculo combinada con la estimulación de la lipólisis y la absorción de ácidos grasos libres aumentada por el músculo. (McCulloch, 2015)

La prescripción de ejercicio físico debe individualizarse y adaptarse a condiciones tales como: edad, estado de salud, sexo, es importante aconsejar la práctica regular de actividad física lo que puede influir en la adopción de otros hábitos: disminución en el consumo de tabaco, alcohol, alimentación saludable.

En varios estudios epidemiológicos se ha demostrado que la prevalencia de diabetes es baja en ciertas poblaciones que mantienen su estilo de vida tradicional y que la modernización de éste y la alimentación, así como la migración a zonas urbanas, se relacionan con la mayor prevalencia de diabetes no insulino-dependiente.

Malos hábitos alimenticios con una nutrición excesiva pueden conllevar a la obesidad que puede inducir resistencia a la acción de la insulina de varias maneras. En algunos casos contribuye a reducir el número de receptores de insulina en las células de unión, pero casi siempre provoca resistencia a la insulina por medio de cambios posteriores a la etapa de los receptores, disminuyendo, por ejemplo, el transporte de glucosa o impidiendo el metabolismo intracelular de la glucosa. (OMS, Diabetes Mellitus, 1985)

2.2 Actividad física y hábitos alimenticios como factor de riesgo para Hipertensión Arterial (HTA).

Tanto la actividad física y los hábitos alimenticios mantienen un alto interés en investigaciones epidemiológicas, dando lugar a la determinación de que efectivamente, si estos no son llevados adecuadamente, se convierten en factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, siendo una de ellas la Hipertensión Arterial.

La hipertensión es uno de mayores problemas de salud pública a nivel mundial. El tratamiento farmacológico por si solo es insuficiente para tratar con éxito este padecimiento por lo que el ejercicio se ha convertido en una forma de tratamiento de la hipertensión arterial. (Moraga, 2008)

A largo plazo los regímenes de actividad física (en la mayoría de los estudios) han tenido un efecto beneficioso sobre la presión sanguínea sistémica y por lo tanto puede reducir la incidencia de la hipertensión. (Kaplan, 2016)

Al paciente hipertenso se le debe orientar y motivar a realizar ejercicio físico para que mejore su presión arterial y disminuya sus factores de riesgo coronario. El ejercicio ha demostrado ser una buena herramienta terapéutica. Se ha visto que pacientes hipertensos físicamente activos tienen menor tasa de mortalidad que los sedentarios. Investigaciones recientes han demostrado que el ejercicio aeróbico está asociado con una reducción de

4,9/3,7 mmHg en la presión arterial en pacientes hipertensos, descenso que no varía según la frecuencia o intensidad del ejercicio, sugiriendo así, que todas las formas son efectivas. (Moraga, 2008)

Las personas con un estilo de vida saludable y actividad física estructurada, adquieren beneficios sobre la presión arterial y la capacidad cardiorrespiratoria, además de ello, las personas con tendencia o presencia de HTA deben seguir las recomendaciones de realizar ejercicio programado. (Rodríguez, 2012)

La mayoría de la gente consume demasiado sodio a través de la sal (una media de 9 g a 12 g de sal diarios) y no consume suficiente potasio. Un consumo elevado de sal e insuficiente de potasio (menos de 3,5 g) contribuye a la hipertensión arterial, que, a su vez, incrementa el riesgo de enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular

Las dietas insalubres y la falta de actividad física están entre los principales factores de riesgo para la salud en todo el mundo. (OMS, 2015)

El papel de la dieta parece ser esencial en la prevención de la hipertensión; esto incluye pérdida de peso, restricción de sodio, dieta con un elevado consumo de vegetales y frutas conocida como dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), ingesta de alcohol restringida (dos tragos al día en hombres y un trago en mujeres, para aquellas personas que suelen tomar) y ejercicio aeróbico regular (30 minutos de actividad física durante la mayoría de los días por semana). Se ha determinado que una reducción de 3 mmHg en la presión sistólica puede reducir la mortalidad por infarto en un 8 % y en un 5 % de la enfermedad cardiovascular. (Esquivel, 2010)

2.3 Actividad física y hábitos alimenticios como factor de riesgo para Dislipidemia.

Toda persona con concentraciones elevadas de LDL colesterol debe cambiar su estilo de vida, estos cambios consisten en la reducción del consumo de grasas saturadas y colesterol mayor actividad física y reducción de peso, teniendo claro que la actividad física y la alimentación saludable son intervenciones necesariamente interrelacionadas.

La práctica regular de la actividad física y el ejercicio producen reducción el riesgo de mortalidad por enfermedades cardíacas, así mismo de tener un segundo infarto en personas que ya han presentado uno anteriormente y mejora el perfil lipídico reduciendo los niveles de triglicéridos en suero y aumenta la lipoproteína de alta densidad (HDL), con efectos variables sobre el colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (LDL), colesterol, y lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). (Douglas, 2016)

Objetivos generales para el tratamiento dietético son modificar los aspectos relacionados con la alimentación y la actividad física que afectan el colesterol LDL mediante la promoción de estilos de vida saludables para contribuir a mejorar los niveles de colesterol, así mismo mantener el balance entre la ingesta de alimentos y el gasto de energía (actividad física), para lograr un peso corporal adecuado que permita normalizar el perfil lipídico.

Las recomendaciones para la prevención primaria de Enfermedades Cardiovasculares se basan en la reducción en la ingesta de grasas saturadas y de colesterol, reduciendo así el riesgo de la enfermedad cardiovascular y dichas recomendaciones se basan en cuatro principios:

1. Plan de Alimentación Saludable.
2. Alcanzar y mantener un perfil lipídico dentro de los límites normales.
3. Alcanzar y mantener un peso saludable.
4. Mantener la presión arterial entre los valores normales.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal.

3.2 Área de estudio

La presente investigación se realizó en la zona urbana de la ciudad de Loja número 4, que limita al Norte con la zona 3, al Sur con la zona 10, al Oeste con la zona 5 y 6 de la parroquia Sucre del cantón Loja y al Este con la provincia de Zamora Chinchipe que se encuentra ubicada al Sur del Ecuador.

3.3 Universo

El universo estuvo constituido por 3969 sujetos que habitaban en la Zona 4 de la parroquia El Valle de la ciudad de Loja en el año 2012. Datos que fueron obtenidos del censo en el año 2010.

3.4 Muestra

3.4.1 Tamaño de la muestra

Se realizó el cálculo del tamaño de muestra con el programa StatsCalc.

- Tamaño de Muestra: 134
- Error máximo aceptable: 5%
- Porcentaje estimado de la muestra: 10%
- Nivel deseado de confianza: 95

3.4.2 Tipo de muestreo

La muestra es de tipo probabilístico, del subtipo conglomerado o por área, en la que se escogieron unidades muestrales dentro un grupo de personas que son parte de la Zona 4 de la ciudad de Loja.

3.4.2.1 Criterios de inclusión:

Personas mayores de 18 años o adultos que habitaban en la zona 4 de la parroquia el Valle de la ciudad de Loja y que en el periodo en el que se desarrolló la investigación se encontraban presentes y accedieron a participar de la investigación.

3.4.2.2 Criterios de exclusión:

Personas mayores de 18 años que a pesar de habitar en la zona 4 durante el periodo que se desarrolló la investigación se encontraron fuera de la ciudad.

3.4.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	MEDICIÓN
Actividad Física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exige gasto de energía	<ul style="list-style-type: none">• Baja• Moderada• Intensa	<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia• Porcentaje
Hábitos Alimenticios.	Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con la alimentación.	<ul style="list-style-type: none">• < 10 Dieta Desequilibrada.• 11-20 Dieta mejorable.• 21-27 Dieta Adecuada.	<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia• Porcentaje
Enfermedades crónicas no transmisibles	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta	<ul style="list-style-type: none">• Diabetes.• Hipertensión arterial• Obesidad• Dislipidemias	<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia• Porcentaje
IMC	Es un indicador de la relación entre el peso y la	<ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia ponderal: < 18.5	<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia• Porcentaje

	<p>talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo normal: 18.5 – 24.9 • Sobrepeso: $> o = 25.0 - 29.9$ • Obesidad: $> o = 30.0$ • Obesidad tipo I: 30.0 – 34.9 • Obesidad tipo II: 35.0 - 39.9 • Obesidad tipo III: $> o = 40.0$ 	
--	---	---	--

3.4.4 Métodos y procedimientos para la recolección de la información

Para comenzar la investigación se realizó la búsqueda de información bibliográfica para ampliar los conocimientos del tema en estudio.

Para la recolección de información se aplicaron dos instrumentos en el domicilio de cada sujeto los fines de semana, respetando los horarios de alimentación y su privacidad; estos instrumentos fueron los siguientes: para evaluar el grado de actividad física se aplicó el cuestionario de Actividad Física IPAQ creado y validado por Organización Mundial de Salud versión 2012 (Serón P. , 2010) lo que permitió conocer el nivel de actividad física de los sujetos investigados y para evaluar los hábitos alimenticios se aplicó el Test de Alimentación y Salud para evaluar el tipo de dieta que los sujetos presentaron, ya sea una dieta equilibrada, mejorable o desequilibrada; el test fue creado por la revista española “Eroski Consumer”.

Así mismo se acudió a los hogares de los sujetos, con una balanza y un metro para valorar el peso y la talla con el fin de calcular su IMC en el horario de la mañana.

La persona responsable de la recolección de datos fue el investigador donde concentraron sus esfuerzos en la organización de los resultados y el desarrollo de las conclusiones producto del análisis de la información y la realización del informe final.

3.4.5 Plan de tabulación y análisis

Para la tabulación y análisis correspondiente de los datos recolectados de esta investigación que fue de origen cuantitativo, se representó en frecuencia y porcentaje en tablas y gráficos realizados en el programa Microsoft Office Excel 2010. Los datos obtenidos se encuentran dentro de la confidencialidad y anonimato, ningún aspecto va en contra de la dignidad humana, se procurará no profundizar en aspectos que no estén dentro de los objetivos de estudio.

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

CAPÍTULO III
RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

5.1 Resultado 1: Actividad física

Tabla 1. Actividad física en los habitantes de la zona 4 de la Parroquia El Valle.

ACTIVIDAD FÍSICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	3	2,24
MODERADA	50	37,31
BAJA	81	60,45
TOTAL	134	100

Fuente: Encuestas.

Elaboración: La autora.

Analizando la realización de actividad física se obtuvo que, el 60,45 % de los sujetos encuestados realizan una actividad física baja, el 37,31 % moderada y solo un 2,24 la realizan alta como se muestra en la Tabla 1.

5.2 Resultado 2: Hábitos alimenticios

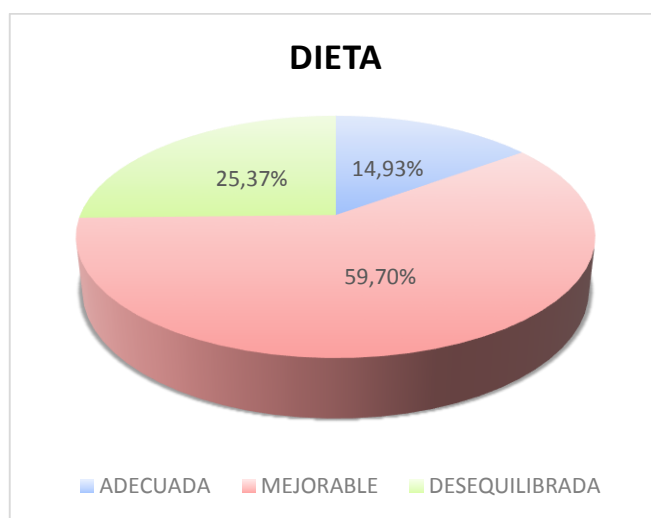


Gráfico 1. Actividad física en los habitantes de la zona 4 de la parroquia El Valle.

Fuente: Encuestas

Elaboración: La autora.

En cuanto a los hábitos alimenticios se obtuvo que el 59,70 % de las personas que participaron en la investigación tienen una dieta mejorable, seguido de los que tienen una dieta desequilibrada que fue el 25,37 % mientras que el 14,66 % realizan una dieta adecuada, tal como se muestra en el Gráfico 1.

5.3 Resultado 3: Enfermedades Crónicas

Tabla 2: Presencia de enfermedades crónicas incluidas en el estudio en los habitantes de la zona 4

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No refiere enfermedad crónica	68	50,75
Refiere enfermedad crónica	66	49,25
TOTAL	134	100

Fuente: Encuestas
Elaboración: La Autora

Las enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes estudiados se comportaron de la siguiente manera: un 49,25% de los habitantes refieren haber sido diagnosticados con alguna ECNT, y el 50,75% no refiere haber sido diagnosticados alguna enfermedad, como se observa en la Tabla 2.

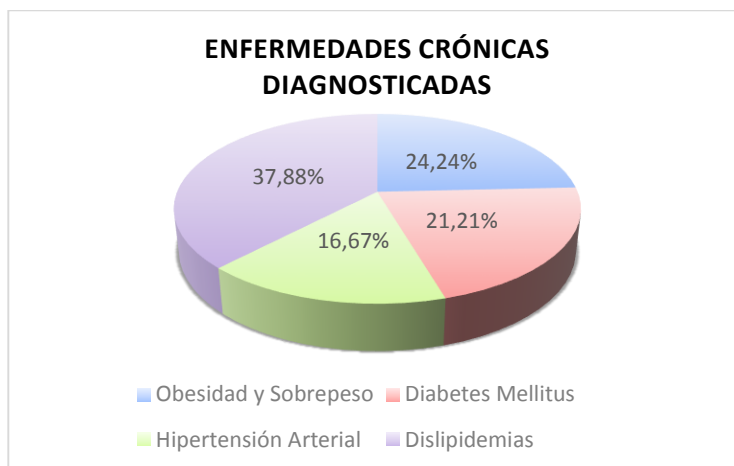


Gráfico 2: Enfermedades Crónicas diagnosticadas en los habitantes de la zona 4.

Fuente: Encuestas
Elaboración: La Autora.

Continuando con el análisis, hemos obtenido que dentro de los sujetos que refieren haber sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica no transmisible; obtuvimos que el 37,88 % fueron diagnosticados con Dislipidemias, el 24,24 % con Obesidad o Sobrepeso, el 21,21 % con Diabetes Mellitus, y finalmente el 16,67 % con Hipertensión Arterial, tal como se muestra en el Gráfico 2.

Tabla 3. Actividad física baja y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 4.

ENFERMEDAD	ACTIVIDAD FÍSICA BAJA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Obesidad y Sobrepeso	11	23,40
Diabetes Mellitus	9	19,15
Hipertensión Arterial	8	17,02
Dislipidemias	19	40,43
TOTAL	47	100

Fuente: Encuestas.

Elaboración: La autora.

De las personas encuestadas que refirieron haber sido diagnosticadas con una enfermedad crónica y realizaron actividad física baja: en primer lugar, con un 40,43 %, estuvieron los pacientes con Dislipidemias, seguido de un 23,40 % de los pacientes con Obesidad y Sobrepeso; con un 19,15 % con Diabetes Mellitus y finalmente con un 17,02 % los pacientes que refirieron haber sido diagnosticados con Hipertensión Arterial como se puede observar en la Tabla 3.

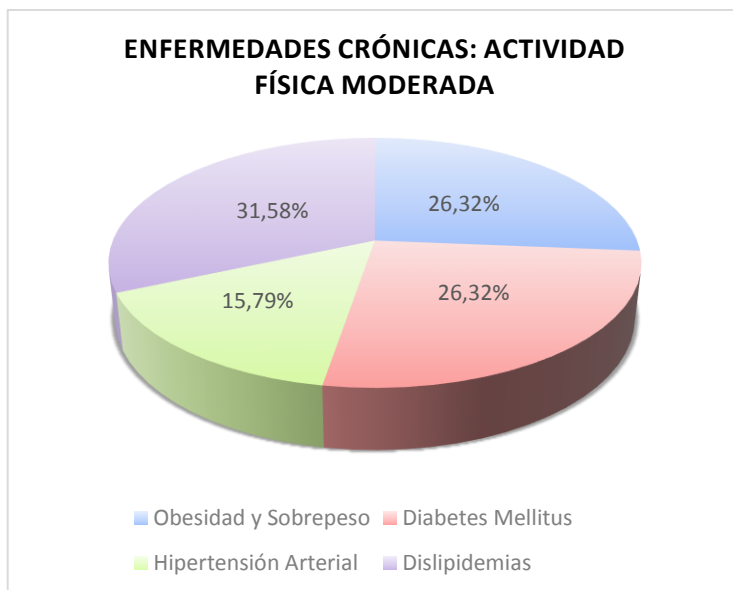


Gráfico 3. Actividad física moderada y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 4.

Fuente: encuestas

Elaboración: La autora

Dentro de los pacientes que refirieron padecer de una enfermedad crónica y que su actividad física fue moderada; el más alto porcentaje (31,58 %) corresponde a personas diagnosticadas con Dislipidemia, seguido de los pacientes con Diabetes Mellitus y Obesidad y Sobrepeso con un 26,32 % respectivamente y el 15,79 % corresponde a personas con Hipertensión Arterial, tal como se muestra en el Gráfico 3.

Tabla 4. Dieta adecuada y enfermedades en los habitantes de la zona 4

ENFERMEDAD	DIETA ADECUADA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Obesidad y Sobrepeso	0	0
Diabetes Mellitus	3	60
Hipertensión Arterial	2	40
Dislipidemias	0	0
TOTAL	5	100

Fuente: Encuestas

Elaboración: La autora.

De los habitantes que mantienen una Dieta Adecuada y refieren haber sido diagnosticados de una enfermedad crónica dentro del estudio, el 60 % corresponde a personas con Diabetes Mellitus, mientras que el 40 % corresponde a personas con Hipertensión Arterial tal como se muestra en la Tabla 4.

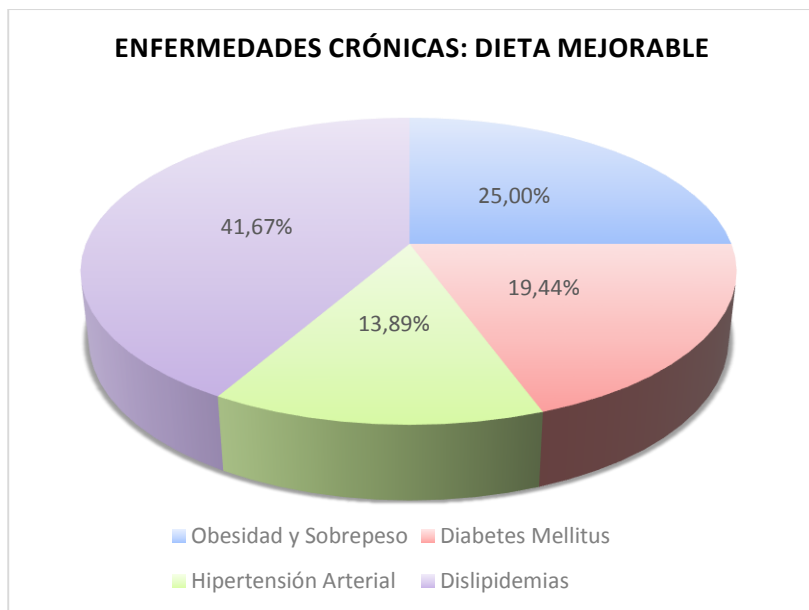


Gráfico 4. Dieta mejorable y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 4.

Fuente: encuestas

Elaboración: La autora.

De los habitantes que tienen Dieta Mejorable y refieren una enfermedad crónica, el 41,67 % corresponde a personas con Dislipidemias, mientras que el 13,89 % corresponde a personas con Hipertensión Arterial, tal como se muestra en el Gráfico 8.

Tabla 5: Dieta desequilibrada y enfermedades crónicas en los habitantes de la zona 4.

ENFERMEDAD	DIETA DESEQUILIBRADA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Obesidad y Sobrepeso	7	28
Diabetes Mellitus	4	16
Hipertensión Arterial	4	16
Dislipidemias	10	40
TOTAL	25	100

Fuente: Encuestas.

Elaboración: La autora.

De los habitantes que tienen Dieta Desequilibrada y refieren una enfermedad crónica, el 40 % corresponde a personas con Dislipidemias, con un 28 %, pacientes con Obesidad y Sobrepeso, mientras que el 16 % corresponde a personas con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, tal como se observa en la Tabla 5.

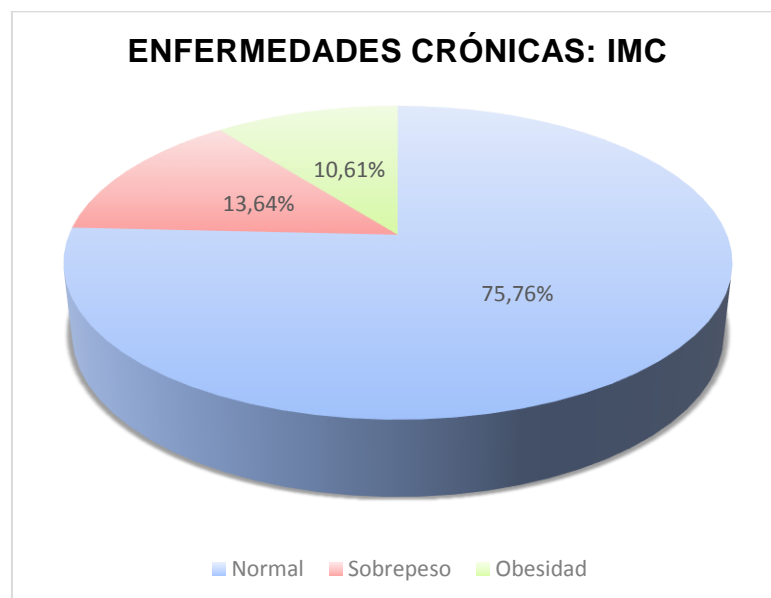


Gráfico 5. IMC de los habitantes con enfermedades

crónicas.

Fuente: encuestas

Elaboración: La autora.

Los habitantes que han sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica, su IMC se comportó de la siguiente manera: teniendo como mayor prevalencia, con un 75,76 %, un IMC normal, seguido de Sobrepeso, con un 13,64 % y pacientes con Obesidad en un 10,61 % según el estudio realizado.

DISCUSIÓN

El presente estudio es en base a la actividad física, hábitos alimenticios en relación a la presencia de enfermedades crónicas tales como Diabetes Mellitus, Hipertensión, Obesidad y Dislipidemias en la zona 4 de la Parroquia El Valle, el cual permitió identificar el nivel de intensidad de actividad física que realizan los habitantes, así mismo de los hábitos alimenticios y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles diagnosticadas.

La realización de actividad física en los sujetos que participan en la investigación se comportó de la siguiente manera: dentro de los habitantes que realizan actividad física alta obtuvimos el 2,24 %, de actividad física moderada el 37,31 %, y actividad física baja un 60,45 %, comparando éste resultado con un estudio realizado en la ciudad de Bogotá, Colombia en el que se demostró que los niveles de actividad física en dicha población fue similar en cuanto a que, en dicho estudio, la mayoría de las personas realizan actividad física baja, pero difiere de la presente investigación, en que hay un mayor porcentaje de personas que realizan actividad física alta y en menor proporción la realización de una actividad física moderada, pero debido a que hay un bajo porcentaje en ambos estudios de actividad física alta esto se consideraría un problema para el área de salud. (Gómez, 2005)

Los hábitos alimentarios han cambiado notablemente en los últimos años, no sólo en nuestro país sino también en el país de Chile y en toda Latinoamérica, demostrándose así en un estudio realizado en dicho país en el que se destacó un bajo consumo de frutas, lácteos, pescados y un alto consumo de azúcares simples y grasas en todos los grupos etarios, cambio, lo que se traduce en que ha habido un cambio en el tipo de dieta, teniendo porcentaje considerable la presencia de dieta desequilibrada en la población lo cual que desató un disparo en el diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles (Pino, 2011)

Asimismo, en consideración con el tipo de dieta adquirida en la población investigada en el presente estudio, el 59,7 % maneja una dieta mejorable, el 25,3% una dieta desequilibrada y solamente el 14,9 % una dieta adecuada. Se puede decir que en la población estudiada

podemos observar el mayor porcentaje de habitantes que consumen una dieta mejorable, que se relaciona en una manera significativa con la presencia de enfermedades crónicas.

Al realizar las encuestas pudimos constatar que ingesta alimenticia son en porciones excesivas, ricas en carbohidratos y grasas, es decir una dieta desequilibrada, en un 25,3% como ya se mencionó previamente, teniendo esto, relación con un estudio que fue realizado en la ciudad de Ibarra, en el que concluyeron que éste tipo de dieta produce un riesgo de sufrir problemáticas como la obesidad que en los momentos actuales según OMS es un problema de salud pública a nivel mundial. (Vaca, 2011)

Las cifras indican una prevalencia de sedentarismo (actividad física baja) lo que incide en un mayor riesgo cardiovascular, sumado este riesgo a la prevalencia de enfermedades crónicas, tales como dislipidemias teniendo un 37,88 % acompañado en segundo lugar con Obesidad y Sobrepeso con un 24,24 % en el presente estudio, lo que se relaciona con el estudio realizado en la ciudad de Ibarra (Ecuador) previamente mencionado.

El mayor porcentaje de habitantes en esta investigación, posee una dieta mejorable la cual podría beneficiar a los habitantes para disminuir los niveles lipídicos en sangre lo que es un buen factor pronóstico en la disminución de aparición de Dislipidemias y reducción del peso corporal en habitantes con Obesidad y Sobrepeso para así empobrecer estos factores de riesgo para padecer coronariopatías.

CONCLUSIONES

1. Según las encuestas realizadas en esta investigación, el mayor porcentaje de la población encuestada, tiene una actividad física baja, siendo este un factor de riesgo para la aparición o exacerbación de enfermedades crónicas no transmisibles.
2. Sobre hábitos alimenticios, tenemos que el mayor porcentaje de la dieta practicada fue la dieta mejorable según la valoración de las encuestas, una cantidad menor lleva una dieta desequilibrada y muy pocas personas llevan una dieta adecuada, lo cual determina un factor de riesgo importante dentro la población estudiada.
3. Dentro de las enfermedades crónicas no trasmisibles identificadas se obtuvo que la mayoría de los habitantes padecen Dislipidemias, seguido de Obesidad y Sobrepeso y en menor porcentaje Diabetes Mellitus y en último lugar con los habitantes que padecen Hipertensión Arterial.
4. Los sujetos que fueron diagnosticados con una enfermedad crónica, analizamos su IMC, donde predominaron los sujetos con un IMC dentro de parámetros normales aunque en menor cuantía se encontraron obesos y sujetos con sobrepeso en dicha población.

RECOMENDACIONES

- Propiciar el desarrollo de iniciativas comunitarias que contribuyan a mejorar la actividad física de los habitantes de la zona 4 de la ciudad de Loja y de la misma manera hacer especial énfasis en la creación campañas que puedan brindar un cambio en sus estilo de vida en beneficio de su salud para la prevención del desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Realizar más actividades de promoción de salud en los que se pueda optimizar la práctica de hábitos alimenticios involucrando de esta manera a toda la población para la prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Se debería incentivar a un cambio o mejoramiento de la dieta, con la adaptación de una dieta mediterránea, ya que es la más completa, para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles.
- Impulsar programas de salud que pueden ser instaurados en distintos puestos de salud, para evaluar ininterrumpidamente los estilos de vida de la población, tanto de actividad física como de hábitos alimenticios, con la finalidad de ser capaces de diagnosticar a tiempo cualquier alteración de los mismos y disminuir el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Es recomendable poder realizar una investigación de la misma índole, en una población más grande para poder tener datos epidemiológicos más completos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bennassar Veny, M. (2011). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: La Universidad como entorno promotor de salud*. Obtenido de https://www.academia.edu/6223906/Estilos_de_vida_y_salud_en_estudiantes_universitarios_la_universidad_como_entorno_promotor_de_la_salud._Miguel_Bennasar_Veny
- Campo Briz, M. (2011). Hábitos Alimentarios de la Población Adolescente Autóctona e inmigrante en España. España.
- Carbajal, Á. (2012). Dieta Equilibrada. *Manual de Nutrición y Dietética*, 1 - 21.
- Collazos, V., & Desloovere, P. (2010). OMS PHYSICAL ACTIVITY FOR HEALTH. *GLOBAL RECOMMENDATIONS ON PHYSICAL ACTIVITY FOR HEALTH*, 10-38.
- Córdoba, R., & Cabezas, C. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *ELSEVIER*, 16-21.
- Cornatosky, M. (2009). Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina. *Scielo*, 11- 17.
- Dapcich, V. (2004). Guía de la alimentación saludable. *Sociedad Española de Nutrición Comunitaria*, 8 - 22.
- De la Cruz Sánchez, E. D. (2009). ESTILO DE VIDA ERLACIONADO CON LA SALUD. 1-9.
- de Torres, M. L. (2007). La dieta equilibrada. *Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación*, 1 - 19.
- Douglas, P. (2016). El ejercicio y su forma de prevención de enfermedades cardiovasculares. *UpToDate*.
- Escalante, Y. (2011). ACTIVIDAD FÍSICA, EJERCICIO FÍSICO Y CONDICIÓN FÍSICA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA . *Revista Española de Salud Pública*, 325-328.
- Esquivel, V. (2010). Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Costa Rica Salud Pública* , 42-46.

- Francisco Polledo, J. J. (2012). *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Obtenido de Promoción de la salud Glosario: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- GAD Loja. (2014). *Plano de la Ciudad de Loja*. Loja.
- Gobierno Autónomo Descentralizado de Loja. (2016).
- Gómez, L. (2005). Nivel de actividad física global en la población adulta de Bogotá (Colombia). Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 206 - 213.
- Guerrero Montoya, L. R. (2010). ESTILO DE VIDA Y SALUD. *EDUCERE*, 13-19.
- INEC. (2016).
- Kaplan, N. (2016). El ejercicio en el tratamiento y prevención de la Hipertensión. *UpToDate*.
- Marquéz Molías. (2009). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Grupo de educación para la salud PAPPs*, 79-85.
- McCulloch, D. (2015). Los efectos del ejercicio en adultos con Diabetes Mellitus. *UpToDate*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación. España.
- Moraga, C. (2008). Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Costarricense de Cardiología*, 19-23.
- OMS. (1985). Diabetes Mellitus. 7 - 26.
- OMS. (febrero de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
- OMS. (Septiembre de 2015). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
- Organization, F. (2010). *Nutrición y Protección del Consumidor*. Obtenido de Perfiles de Nutrición por País: http://www.fao.org/ag/AGN/nutrition/ECU_es.stm
- Peterson, D. (2016). The benefits and risks of exercise. *UpToDate*.
- Pino, J. (2011). CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR CONDUCTAS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN USUARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. *Revista Chilena de Nutrición*, 41 - 51.
- PNUMA, GAD Loja, & Naturaleza y Cultura Internacional. (2007). Perspectivas del Medio Ambiente: GEO LOJA. 35-47.
- Rodriguez, G. (2011). INFLUENCIA DE DETERMINANTES SOCIO-DEMOGRÁFICOS EN LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA EN

- PERSONAS DE ENTRE 15 Y 74 AÑOS DE MADRID. *Revista Española Salud Pública*, 351-362.
- Rodríguez, M. (2012). La actividad física en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. *INTERSEDES Revista Electrónica de las Sedes Regionales de la Universidad de Costa Rica*, 2215-1458.
- Serón, P. (2010). Nivel de actividad física a través del cuestionario internacional de actividad física en población chilena. *SCIELO revista médica de chile*, 1232-1239.
- Serón, P., Muñoz, S., & Lanas, F. (2010). Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población Chilena. *Revista Médica Chile*, 1232-1239.
- UNL. (2013). "Vulnerabilidad a nivel municipal del cantón Loja". Loja.
- Vaca, J. (2011). Hábitos alimentarios y su relación con los factores sociales y estilo de vida en los profesionales del volante de la coop. 28 de septiembre de la ciudad de Ibarra. *UTN*, 1 - 15.
- Vidarte, J. A. (2011). Actividad Física: Estrategia de Promoción de la Salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 202-218.
- Zudaire, M. (26 de Mayo de 2011). *Eroskyi consumer*. Recuperado el 5 de Marzo de 2013, de http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/alimentos_a_debate/2007/08/08/165870.php

ANEXOS

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:
	SI ()	NO ()

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 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		

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) Dislipidemias (colesterol o triglicéridos altos)
 - d) Obesidad o sobrepeso
 - e) () Otra enfermedad crónica. Mencione ¿Cuál?.....

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



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Loja, 10 de septiembre de 2012

ASIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TESIS

Dra. Patricia González G., COORDINADORA DE LA TITULACIÓN DE MÉDICO (e) y Dra. Jana Bobokova, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD (e), luego de haber aprobado el tema de tesis titulado: **Diagnostico Local sobre la práctica de estilos de vida en la población de la zona 4 de la ciudad de Loja, en el periodo Julio-Diciembre 2012**, correspondiente al (la) egresado(a): **Iñiguez Ochoa Diana Salome**

Le asignamos como Director de Tesis al (la) doctor(a): **Xavier Astudillo**

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



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

