



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

*Área de la Salud Humana*

**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**“PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA Y  
MORBILIDAD DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL  
ISIDRO AYORA DE LOJA”**

*TESIS DE GRADO PREVIA  
A LA OBTENCIÓN DE  
TÍTULO DE MÉDICO  
GENERAL .*

**AUTORA:**

*Adriana Elizabeth Castillo Torres*

**DIRECTORA:**

*Dra. Elvia Ruiz*



SERIE 17 DERECHOS RESERVADOS

**LOJA - ECUADOR**

**2013**

## CERTIFICACIÓN

Dra. Elvia Ruiz  
DIRECTORA DE TESIS

### CERTIFICA.-

Que el trabajo de investigación: “PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA Y MORBILIDAD DE LOS MÉDICOS /AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA”, presentado por Sta. Adriana Elizabeth Castillo Torres, previo a optar el grado de Médico General, ha sido elaborado bajo mi dirección y una vez revisado prolijamente su contenido, autorizo su presentación ante el tribunal correspondiente.

Loja, Octubre 2013.



Dra. Elvia Ruiz

DIRECTORA DE TESIS

## AUTORIA

Yo ADRIANA ELIZABETH CASTILLO TORRES, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual

**Autor:** Adriana Elizabeth Castillo Torres

**Firma:** .....

**Cédula:** 1104113541

**Fecha:** 01 de Noviembre del 2013

## CARTA DE AUTORIZACION

Yo Adriana Elizabeth Castillo Torres, declaro ser autora de la tesis titulada: "PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA Y MORBILIDAD DE LOS MÉDICOS /AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA" , como requisito para optar al grado de: Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en redes de información del país y extranjero, con las cuales tenga un convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los cuatro días del mes de noviembre del dos mil trece, firma el autor.



**Autora:** Adriana Elizabeth Castillo Torres

**Cédula:** 1104113541

**Dirección:** Algarrobos y Gobernación de Mainas

**Correo electrónico:** [adrianacastillo01121989@gmail.com](mailto:adrianacastillo01121989@gmail.com)

**Teléfono:** 2102785

**Celular:** 0995221235

### DATOS COMPLEMENTARIOS:

**Director de tesis:** Dra. Elvia Ruíz

**Tribunal de grado:** Dr. Richard Jiménez

Dr. Edwin Jaramillo

Dr. Ernesto Ortiz

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo con mucho cariño a mis queridos y amados padres Nohemi y Victor, que gracias a su constante trabajo y sacrificio me brindaron su apoyo para culminar mi carrera universitaria; a mis hermanos y sobrinos, por su apoyo, a mis familiares y amigos que de una u otra manera me apoyaron en mi vida estudiantil.

## **AGRADECIMIENTO**

Manifiesto mi gratitud infinita a la Universidad Nacional de Loja, por haberme dado la oportunidad de superarme.

A las autoridades del plantel, por haber tenido tan acertada visión al poner al frente de esta noble Institución a catedráticos, pese al sin número de dificultades que conlleva la dirección de una Institución Educativa.

Agradezco a mi distinguida profesora Dra. Elvia Ruiz por tener la paciencia, por su tiempo y conocimiento, haciendo suyos mis logros que a la brevedad posible, se dio el trabajo de revisar el desarrollo de la presente tesis.

Mi más sincero agradecimiento y gratitud a Dios que me guió para poder realizar mi trabajo.

A mi familia por tener la paciencia y ayuda moral para poder alcanzar los objetivos propuestos de la presente tesis

# 1. TITULO:

PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE  
ESTILOS DE VIDA Y MORBILIDAD DE  
LOS MÉDICOS /AS DEL HOSPITAL  
ISIDRO AYORA DE LOJA



## **2. RESUMEN: SUMMARY**

## 2. RESUMEN

Este estudio presenta las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida de médicos/as del Hospital Isidro Ayora de Loja, a partir de un estudio, descriptivo y transversal. Se describen las prácticas y creencias de estilos de vida saludables de 86 médicos en seis dimensiones del estilo de vida: condición y actividad física; y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño.

Para esto se aplicó el Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida M. Arrivillaga, i. C. Salazar e i. Gómez (2002). Se encontró que el personal médico encuestado presenta prácticas deficientes en lo que respecta a condición y actividad física; y deporte, hábitos alimenticios y sueño. Cabe recalcar que las creencias en todas las dimensiones estudiadas son de muy alto y alto nivel. Existe un alto porcentaje, de sobrepeso 39,5% y obesidad 9,3% que corresponde a cerca de la mitad de los médicos/as

La enfermedad crónica más frecuente encontrada en los médicos/as se encuentra la obesidad con un porcentaje de 9,3%, seguido de hipertensión arterial en porcentaje de 4,8% y diabetes con un 1,1%.

La deficiencia en la práctica de actividad física, deporte y hábitos alimenticios, resulta un problema relevante si se considera que los estilos de vida sedentarios, malos hábitos alimenticios se relaciona con las diez principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo,

**PALABRAS CLAVE:** Creencias, salud, estilos de vida.

## SUMMARY

This study presents the practices and beliefs related to the lifestyle of Loja's doctors, Isidro Ayora Hospital doctors, from a study, descriptive and transversal. It describes the practices and beliefs of healthy lifestyles of 86 doctors in six dimensions of lifestyle: condition, physical activity and sport, leisure, self-care and medical care, eating habits, consumption of alcohol, tobacco and other drugs, and sleep.

To achieve this we applied the practices and beliefs questionnaire on lifestyle M. Arrivillaga, i. C. Salazar and i. Gomez (2002). It was found a high or very high presence of favorable beliefs to health in all the evaluated dimensions. It was also found that doctors are deficient in practice lifestyles that have to do with: condition, physical activity and sport, eating and sleeping habits. The most common chronic diseases are found in medical obesity and hypertension followed by diabetes.

The deficiency in the practice of sport and physical activity and eating habits, it is a major problem considering that the sedentary lifestyles and unhealthy eating habits are one of the ten leading causes of mortality and morbidity in the world, so I recommend creating an institutional policy that encourages physical and recreational activities among health staff, particularly doctors working in the Hospital Isidro Ayora of Loja. Along with the continuous training and lectures nutrition staff to establish healthy eating patterns among doctors in order to prevent overweight or obesity and thus reduce the risk of developing it.

**KEYWORDS:** Beliefs , health, lifestyles.

# 3. INTRODUCCIÓN

### 3. INTRODUCCIÓN

Se entiende por estilos de vida a "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 prácticas y creencias basadas en la experiencia y conocimientos recopilados a lo largo de la vida (Goodman, 1982). Sean positivos o negativos y basándose en condición y actividad física; y deporte, tiempo de ocio, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y sueño; que deben considerarse dada su importancia como determinante de la salud.

Es innegable que la prevención de la enfermedad y promoción de la salud son dos temas de alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en el mundo actual, por lo que intervenir en los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, de tal forma que cada vez es más frecuente que los médicos recomienden a sus pacientes la modificación de ciertas conductas que atentan contra su salud.

Pero, ¿qué pasa cuando son los mismos profesionales de la salud quienes presentan estilos de vida inadecuados? Se supone que al tener pleno conocimiento de la relación entre comportamiento y salud, así como de la etiología de las enfermedades y su tratamiento, se trataría de personas que evitarían conductas que atentan contra la salud.

El presente trabajo surge de las circunstancias observadas tales como presencia de médicos con sobrepeso, hábito tabáquico y etílico y sedentarismo, a más de la importante prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en nuestro medio y la escasez de datos informativos a cerca de morbilidad médica, y la influencia que ejercen sobre los usuarios de los servicios de salud, he considerado la importancia de realizar la presente investigación con el fin de identificar las prácticas y creencias acerca de los estilos de vida en los médicos del Hospital Isidro Ayora, proporcionando cifras indicativas acerca de la realidad de los médicos en cuanto a estilos de vida y morbilidad; de esta manera contar con el sustento científico para relacionar las prácticas y creencias adoptadas por nuestros médicos y la morbilidad que presentan.

Por lo anteriormente expuesto se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal en un grupo de 86 personas; con el objetivo general de determinar las prácticas y creencias sobre estilos de vida en los médicos/as del Hospital Isidro Ayora de Loja, y su relación con la morbilidad que presentan, y como objetivos específicos: Identificar las prácticas y creencias referidas a condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y sueño, en los médicos/as del Hospital Isidro Ayora de Loja; determinar el IMC; establecer las patologías que padecen los médicos/as del Hospital Isidro Ayora de Loja; relacionar las prácticas y creencias de estilos de vida y la morbilidad previamente diagnosticadas en los médicos/as del Hospital Isidro Ayora de Loja. Para el cumplimiento de los objetivos trazados se aplicó el Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga, Salazary Gómez, 2002).

Ahora sería necesario considerar el hecho de el principal problema con el que nos enfrentamos es la deficiencia en la práctica de actividad física y el deporte y hábitos alimenticios, esto resulta un problema relevante si se considera que los estilos de vida sedentarios, malos hábitos alimenticios se relaciona con las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo y que en el estudio sobre la Carga Global de Enfermedad se estima que la inactividad física representa la octava causa de muerte en el mundo y supone un 1% de la carga total de enfermedad, medida como DALY (disability adjusted life years), o años de vida ajustados por discapacidad en el mundo.

Por lo que se recomienda crear políticas institucionales que fomente la actividad físico- recreativa entre el personal de salud, especialmente médicos y residentes que laboran en el Hospital Isidro Ayora de Loja, así como la capacitación continua y charlas por personal de nutrición para establecer patrones de alimentación saludables entre los médicos con el fin de prevenir sobrepeso u obesidad y así disminuir el riesgo de padecerlo

## **4. REVISION DE LITERATURA**

## **4. REVISION DE LITERATURA**

### **4.1. ESTILOS DE VIDA**

Los Estilos de Vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. (Del Aguila, Consultor OPS/OMS 2012). El conjunto de hábitos y conductas que modulan nuestra actividad cotidiana y rigen nuestra forma de afrontar los requerimientos, exigencias y retos que se nos presentan durante las diferentes etapas de nuestra vida. (Prat, 2007)

Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades. (Del Aguila, OPS/OMS 2012)

Los estilos de vida constituyen uno de los determinantes que más influyen en el estado de salud de una población, ya que en el origen de muchas enfermedades se encuentran conductas poco saludables, como una dieta inadecuada, el consumo de sustancias tóxicas, el sedentarismo etc. (World Health Organization WHO, 2009), por lo tanto las conductas en el marco de la salud se pueden considerar como saludables o no saludables. Ellas determinan un estilo de vida de riesgo o por el contrario de protección.

#### **4.1.1. IMPORTANCIA DEL ESTILO DE VIDA PARA LA SALUD**

Los niveles de salud de las personas están determinados por cuatro factores esenciales: herencia genética (influencia 27%), medio ambiente o entorno en el que se vive (19%), sistema sanitario (11%), y en cuarto lugar el estilo de vida individual que representa el 43% y es por lo tanto el primer aspecto que debe considerarse dada su importancia cuantitativa como determinante de salud. (Pratt, 2007)

La importancia del tema radica en que su control o influencia depende esencialmente de nosotros mismos. Patrones de conducta basados en promover determinados hábitos saludables y en eliminar ciertas costumbres



nocivas configuran un estilo de vida que positiva o negativamente pueden condicionar la salud. (Pratt, 2007).

Por lo tanto la salud está condicionada al estilo de vida en general con el que viven los individuos, en él están reflejados los hábitos estables, las costumbres y conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas. Un buen estilo de vida es ejemplarizante y puede favorecer su difusión social.

Numerosos estudios sugieren que los estilos de vida pueden prevenir la aparición de enfermedades en grupos poblacionales y las investigaciones se han centrado en indagar acerca del impacto de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en el estilo de vida de las personas y su relación con el mantenimiento de la salud y la aparición de la enfermedad. (Pratt, 2007)

Un ejemplo son los estudios realizados en los Estados Unidos, en donde los estilos de vida no óptimos de millones de adultos y de niños se traducen en una epidemia de obesidad y en un incremento del riesgo para la aparición de enfermedades crónicas. Muestran que la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles ha ido en aumento a nivel mundial durante los últimos años y ya alcanza la mitad de la carga total de morbilidad. Si bien los países desarrollados se mantienen estables alrededor del 80% para adultos, en los países de renta media o baja sigue creciendo debido a los cambios en la estructura demográfica de la población y en la distribución de prácticas de estilos de vida y factores de riesgo. (CASAMITANA Y ALONSO, 2007)

En una muestra de 656 jóvenes universitarios entre los 18 y 24 años de edad, Vickers et al. Investigaron la posible relación entre el consumo de tabaco, la actividad física, los estilos de respuesta, encontrando que los consumidores de tabaco en comparación con los no consumidores, presentaban más altas frecuencias de depresión, menor actividad física y preocupaciones por el peso. Igualmente, que los consumidores depresivos utilizaban el tabaco para elevar sus estados de ánimo.

En cuanto al consumo de alcohol, de tabaco y de otras drogas y bebidas como parte el estilo de vida de jóvenes universitarios, Arrivillaga et al. (Cali Colombia), encontraron que el 50% de los estudiantes presentaba un estilo de vida poco

saludable en esta dimensión. Las prácticas que identificaron como no saludables fueron las del consumo de más de tres gaseosas en la semana (73,8%), consumo de licor al menos dos veces a la semana (53%), consumo de más de dos tazas de café al día (55,2%) y fumar (51,9%), resaltando que sólo el 16% de los estudiantes prohíbe que fumen en su presencia.

#### **4.1.2. FACTORES CONDICIONANTES DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES**

Específicamente los estilos de vida saludables está integrado por una conjunción de factores que deben funcionar en forma armoniosa y completa (Prat, 2007), incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto. Se refieren a formas cotidianas de vivir que aplican para el funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño. (Pratt, 2007)

#### **4.1.3. FACTORES INDIRECTOS QUE PUEDEN INFLUIR FACILITANDO LA ADOPCIÓN Y SEGUIMIENO DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

El aprovechamiento de las posibilidades que actualmente ofrecen conocimientos médicos a favor de una vida sana está condicionado por factores sociales, de índole educativa y cultural. Una dotación de recursos intelectuales sólida y variada, facilita los esfuerzos dirigidos a cambiar nuestras conductas. En consecuencia todas aquellas iniciativas y actividades destinadas al fomento de la educación sanitaria de la población en relación con este tema resultan de gran relevancia social. (Prat, 2007)

#### **4.1.4. PRÁCTICAS, CREENCIAS Y SALUD**

Las creencias, actitudes y otras variables son motivadores importantes del comportamiento, una vez que la persona las ha adquirido. Las personas con el paso del tiempo van presentando comportamientos diferentes, sin embargo,

algunas de esas prácticas y creencias parecen permanecer iguales durante años y, proporcionan coherencia y predictibilidad a muchos de esas conductas. Estos términos se han utilizado de modo profuso, tan libremente y con la cualidad de real, que algunas veces puede que hayamos olvidado que son entidades abstractas, muy difíciles de apresar y que no pueden observarse directamente, aunque sí inferirse.

Green et al. (1980) definieron una creencia como: "Una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero: la fe, confianza y verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencia. Las declaraciones de creencias orientadas hacia la salud incluyen declaraciones como: "yo no creo que los medicamentos funcionen"; "si esta dieta no le surte efecto, estoy seguro de que no funcionará conmigo"; "el ejercicio no hará diferencia alguna"; "cuando te llega tu hora, te llegó y no hay nada que hacer al respecto". Esto es, una creencia es algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad es o no verdad en términos objetivos. Las creencias tienen al menos tres características que las definen como tales (Greene y Simons-Morton, 1988). Primero, otras personas pueden clasificarlas de falsas o verdaderas, al margen del valor de certeza que le otorga el que las posee. Segundo, las creencias tienen un elemento cognoscitivo, o lo que la persona sabe o cree saber al respecto. Tercero, las creencias tienen un componente afectivo, que hace referencia al valor o grado de importancia que tiene una determinada creencia para un individuo en una situación dada.

Se propusieron para definir práctica, es la de: "una organización de creencias relativamente perdurable sobre un objeto o situación que nos predispone a responder de alguna manera preferencial" (Rokeach, 1966). De acuerdo con este planteamiento, las prácticas consisten en una serie de creencias que interactúan con otras, predisponiéndonos a actuar o responder a alguna situación de manera predecible.

Nadie niega la dificultad de modificar las creencias que explican los comportamientos de salud y, pero el panorama actual es bien distinto al de otros momentos. Hace un siglo, la gente enfermaba a causa de la carencia de agua potable, alimentos contaminados o el contacto con otras gentes enfermas. Una vez que ellos enfermaban, basaban sus expectativas de curación en los cuidados médicos. La duración de la mayoría de las enfermedades era más bien corta (ej., neumonía, difteria); una persona moría o se curaba en cuestión

de semanas. La gente sentía una responsabilidad muy limitada de cara a contraer una enfermedad porque creían que las bacterias y los virus que causaban la mayoría de las enfermedades era imposible evitarlos. Sin embargo, durante las últimas décadas del siglo XX, tal punto de vista ha quedado obsoleto (Brannon y Feist, 1992).

Ahora bien, todavía se puede apreciar que mucha gente mantiene una actitud pasiva hacia su salud y enfermedad. Como consecuencia de ello, esos individuos presentan sobrepeso, fuman, abusan del alcohol, no hacen ejercicio con regularidad y evitan los chequeos (reconocimientos médicos).

Acuden única y exclusivamente al médico cuando se sienten enfermos, depositando todas sus esperanzas de curación en manos de la medicina moderna, que les curará en cuestión de horas. No obstante, se aprecia que cada vez son más las personas que adoptan una actitud activa respecto a su salud, reflejándose ello en la práctica de estilos de vida saludables. Ellos se implican activa y responsablemente con estilos de vida que mejoren o mantenga su salud. Han hecho cambios relacionados con su salud que se traducirán en una reducción del riesgo de morir, un incremento en la expectativa de vida y una adecuada calidad de vida.

Si bien los profesionales de la salud deben poner gran interés para facilitar el cambio a comportamientos de salud concretos a largo plazo, no deben olvidar las creencias y prácticas que explican los comportamientos de salud, así como otro tipo de variables internas, que radican en la persona y que también han sido adquiridas mediante el aprendizaje, que muchas veces, se debe anteponer su cambio a los comportamientos meramente observables, para que finalmente se produzcan los mismos.

#### **4.1.5. MÉDICOS Y ESTILOS DE VIDA**

Diversos estudios han mostrado que los médicos y médicas tienen estilos de vida más saludables y tasas de mortalidad más bajas que la población general, incluso cuando se los compara con personas de su misma posición socioeconómica. Este hecho está especialmente bien documentado en lo referente al consumo de tabaco. El estudio de la salud de las médicas de los EEUU (Women Physician's health Study), por ejemplo, ha mostrado que sólo un 4% de las médicas fumaban, mientras que lo hacían un 8% de las mujeres de

su misma clase social y un 25% de las mujeres de la población general (Frank E. y Cols., 1998; Frank E., 2007). Además, las conductas de los médicos relacionadas con la salud parecen afectar a las actitudes de los pacientes y su motivación por cambiar su estilo de vida.

Es innegable que la prevención de la enfermedad y promoción de la salud son dos temas de alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en el mundo actual. Tampoco es sorpresa el hecho, que la conducta de las personas esté directamente relacionada con estos temas. Por lo tanto el intervenir en los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, de tal forma que cada vez es más frecuente que los médicos recomienden a sus pacientes la modificación de ciertas conductas que atentan contra su salud. (Smith TW, Orleans CT. 2007)

Pero, ¿qué pasa cuando son los mismos profesionales de la salud quienes presentan estilos de vida inadecuados? Se supone que al tener pleno conocimiento de la relación entre comportamiento y salud, así como de la etiología de las enfermedades y su tratamiento, se trataría de personas que evitarían conductas que atentan contra la salud. Sin embargo no siempre es así, siendo frecuente encontrar médicos fumadores, bebedores, sedentarios, obesos, etc. Al parecer, para algunos de ellos no es un problema recomendar hábitos de vida saludable que ellos mismos no ponen en práctica. El problema no termina con el reconocimiento de esta incoherencia y por el contrario se extiende a sus consecuencias. (Sanabria-Ferrand 2007)

Al respecto, Erika Frank ha aportado evidencias empíricas que demuestran que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables, tienen mayor probabilidad de recomendar y de inducir en sus pacientes hábitos igualmente saludables y de tener mayor éxito en el seguimiento de sus recomendaciones, contrario a aquellos de hábitos no saludables, que tienden a practicar una medicina curativa en lugar de preventiva y que probablemente son poco escuchados por sus pacientes cuando les recomiendan comportamientos que evidentemente, ellos tampoco practican. De ahí que el tema de los estilos de vida cobra mayor importancia cuando se trata de profesionales de la salud, pues el impacto sobre la salud pública es doble: además de impactar a un

grupo en particular, los estilos de vida de dicho grupo recaen en las acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos.

Como se mencionó al comienzo, muchos suponen que los profesionales de la salud, en especial los médicos y las enfermeras, al ser personas estudiosas de los factores que determinan la salud de un individuo, practiquen con mayor frecuencia comportamientos que promueven la salud y evitan la enfermedad, presentando por lo tanto, una morbilidad y mortalidad menores a las de la población general.

Pero al respecto hay estudios que desvirtúan esta creencia, como el de Frank et al. que encontraron que los médicos norteamericanos tenían mayor edad en el momento de morir, comparados con abogados y otros profesionales, a pesar de que era más probable que murieran de enfermedades cerebro vasculares, accidentes y suicidio, por lo que la baja tasa de mortalidad o la mayor longevidad no serían indicadores suficientes del buen estado de salud y de estilos de vida saludables en estos profesionales.

Hay datos que sugieren que los estilos de vida representativos de los médicos y de cada especialidad se han convertido en determinantes para seleccionar la carrera, incluso más, que aspectos como la tradición, el salario, el prestigio o la duración de la misma.

Los estudiantes norteamericanos por ejemplo, prefieren hoy en día la radiología y la anestesiología, a la medicina familiar, a la ginecología o a la cirugía general, influyendo en su decisión el nivel de control que perciben de su propio estilo de vida, tales como cantidad de tiempo libre, posibilidades de realizar actividades de ocio y recreación, tiempo para compartir con la familia y la posibilidad de controlar el número de horas que semanalmente se gastan en las actividades profesionales (Dorsey R, Jarjoura D, Rutecki G. 2005).

#### **4.1.6. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. A continuación exponemos algunos de los más importantes:

### **Condición y actividad física; y deporte:**

**La condición física:** forma física o aptitud física (en inglés “physical fitness”) es un conjunto de atributos físicos y evaluables que tienen las personas y que se relacionan con la capacidad de realizar actividad física.

De esta forma, la OMS define la condición física como “la habilidad de realizar adecuadamente trabajo muscular”, que implica la capacidad de los individuos de abordar con éxito una determinada tarea física dentro de un entorno físico, social y psicológico.

Según Bouchard (2006) asocia la condición física con la salud, este concepto se plantea orientado hacia dos metas como son el rendimiento del individuo y hacia la salud que afecta favorable o no a los hábitos de actividad física

Los componentes de la condición física que se mencionan con más frecuencia pueden dividirse en dos grandes grupos. Uno, relacionado con la salud, compuesto por la resistencia cardiorrespiratoria, resistencia muscular, fuerza muscular, composición corporal y flexibilidad y un segundo conjunto que se relaciona con el rendimiento deportivo, compuesto por la agilidad, el equilibrio, la coordinación, la velocidad, la potencia y el tiempo de reacción. (Cruz Ernesto 2007)

Morfológico	Composición corporal	Cantidad y distribución de la grasa corporal	Sobrepeso, obesidad, enfermedades cardiovasculares y metabólicas
	Densidad ósea	Contenido mineral de los huesos	Osteoporosis
	Flexibilidad	Capacidad funcional de las articulaciones de alcanzar su máxima amplitud de movimiento	Rigidez articular, acortamiento muscular
Muscular	Fuerza	Capacidad de los músculos de generar tensión	Debilidad, alteraciones musculares articulares
	Potencia	Capacidad de generar tensión por unidad de tiempo	Falta de potencia
	Resistencia	Capacidad de mantener la fuerza durante un periodo de tiempo prolongado	Fatiga precoz, alteraciones musculares y articulares
Cardiorrespiratorio	Resistencia cardiorrespiratoria	Capacidad para realizar tareas vigorosas, con grandes masas musculares implicadas, durante un tiempo prolongado	Pérdida funcional, enfermedades cardiovasculares y respiratorias
	Presión arterial	Presión normal de la sangre en las arterias	Hipertensión, enfermedades cardiovasculares
Metabólico	Tolerancia a la glucosa	Capacidad de metabolizar la glucosa y regularla mediante la insulina	Intolerancia a la glucosa, diabetes del adulto
	Metabolismo de las grasas	Capacidad de metabolizar las grasas y de regular su concentración en sangre (triglicéridos, colesterol, lipoproteínas, etc.)	Hiperlipemias, aterosclerosis
Motor	Agilidad y coordinación	Capacidad de utilizar los sentidos y los sistemas de control nervioso para realizar movimientos precisos	Mayor riesgo de accidentes
	Equilibrio	Capacidad de mantener el equilibrio en situaciones estáticas o dinámicas	Falta de equilibrio, mayor riesgo de accidentes

Tabla 1 Componentes y factores de la condición física  
(Cruz Ernesto 2007)

**Actividad física:** Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. (OMS, 2013)

Un nivel adecuado de actividad física regular:

- 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.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT, (OMS 2013) recomienda que:

- Los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad



moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

- La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
- Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

Estas recomendaciones se aplican a todos los adultos sanos de 18 a 64 años, salvo que coincidan dolencias médicas específicas que aconsejen lo contrario. También se aplican a las personas que estando en ese margen de edad sufren enfermedades crónicas no transmisibles no relacionadas con la movilidad, tales como hipertensión o diabetes.

**Deporte:** Se define “deporte” como cualquier modalidad de actividad física que contribuya al buen estado físico, al bienestar mental y a la interacción social. Entre esas modalidades de actividad física se encuentran el juego, la recreación, el deporte informal –organizado o competitivo– y los juegos o deportes autóctonos. (UNICEF 2007)

Los deportes son actividades físicas, que pueden realizarse voluntariamente por fines recreativos y competitivos o que pueden hacerse a nivel profesional. Las actividades de tipo deportivo, están organizadas con base en ciertas reglas, conocidas por sus practicantes. Algunas de estas actividades pueden ser practicadas en equipo, como por ejemplo el fútbol, el volibol o el baloncesto. Estos son ejemplos de deportes colectivos o de equipo. Pero otras actividades deportivas solo pueden practicarse de forma individual, como por ejemplo las carreras atléticas, las competencias de natación, las artes marciales, entre otras. Estos son deportes individuales. A veces, en un deporte individual se puede competir como equipo, como cuando hay competencias de relevos en atletismo o natación o cuando se tiene equipos de ciclismo. Pero también hay otras actividades parecidas a los deportes, en su aspecto normativo y en cómo

se llevan a cabo, pero que tienen otras características y fines como por ejemplo los juegos recreativos, competitivos, juegos cooperativos y predeportivos. El hábito de jugar, no debería perderse, conforme se avanza en edad. Al jugar, se puede lograr niveles bastante altos de gasto energético, según la intensidad con la que se esté desarrollando la actividad y el tipo de acciones motrices que haya que cumplir. Además, se estimulan muchos aspectos cognitivos y socioafectivos, que benefician integralmente a quien se mueve jugando. (Fuster, v., y j. Corbella, 2006)

Pero hay que tener cuidado con los excesos al jugar. Existe una conducta que es conocida como la del deportista de fin de semana o deportista ocasional. Estas personas acostumbran hacer actividades deportivas de alta intensidad una o dos veces por semana. Lo malo es que pretenden hacer de una sola vez, el equivalente a toda la actividad física de la semana. Eso es peligroso, pues hacer una alta carga de actividad de golpe, sin un proceso de acondicionamiento físico que permita soportarla, podría facilitar el desarrollo de lesiones e incluso de accidentes cardiovasculares. (Vilella, 2007)

Practicar una actividad deportiva, puede resultar muy gratificante, si se hace con cuidado tomando en cuenta la capacidad física de cada uno y evitando sobre esforzarse. La competición excita a las personas y produce emociones positivas intensas, que no se sienten haciendo otras actividades como caminar o andar en bicicleta. La emoción de jugar o de hacer deporte, es diferente y especial. Pero para poder practicar un deporte, formalmente, hay que tener condiciones físicas previas. (Vilella, 2007)

**Tiempo De Ocio:** El término ocio queda definido por el Diccionario de la lengua Española de cuatro modos primero cesación del trabajo inacción o total omisión de la actividad, segundo tiempo libre de una persona, tercero diversión u ocupación reposada especialmente en obras de ingenio, cuarto obras de ingenio que no forma parte en los ratos que le dejan libre sus principales ocupaciones. El ocio es un tiempo de recuperación personal para superar el cansancio o para no caer en el mismo cuando desempeñamos nuestra tarea diaria.

La OMS (2007) considera el tiempo de ocio algo esencial para el correcto desarrollo del ser humano. Básico para su equilibrio psíquico y social. Incluso

se ha llegado a demostrar que el correcto disfrute de ese tiempo previene enfermedades, aumenta la creatividad y proporciona una mejor calidad de vida, así las vacaciones y el tiempo libre son necesarios para la supervivencia estable de los seres humanos. No sólo debemos esperar a las vacaciones sino que diariamente debemos darnos pequeños placeres para hacer más eficaz nuestro rendimiento. Un momento más amplio de ruptura con el trabajo es imprescindible para evitar alteraciones físicas y emocionales. Descansar hace que rindamos más cuando trabajamos". Y descansar no es matar el tiempo contemplando cómo pasan las horas sin hacer nada, sino que hablamos de un tiempo que debe ser ocupado por otro tipo de actividades, de valores que nos reporten algo que nos permita regenerarnos de la fatiga mental que supone el trabajo. (Hidalgo 2011)

Hay que buscar un equilibrio entre tiempo de trabajo y tiempo de ocio, que no quiere decir que sea mitad de tiempo para uno y otro, sino que cada persona ha de saber el tiempo que necesita de descanso, de ocio para estar después en las condiciones adecuadas para el trabajo o estudio.

Esta distribución de tiempo entre trabajo y ocio depende también de diversos factores: la edad, el momento del curso académico, no es lo mismo estar a final de curso que a principio del mismo. Es conveniente que cada persona sepa qué actividades son las que le producen mayor descanso y recuperación personal, tiene que conocer su propio perfil para actuar en coherencia con él. (Hidalgo, 2011)

### **Autocuidado y cuidado médico:**

Según Coppard, el auto cuidado consiste en que las personas adquieren la responsabilidad para manejar por si mismas su salud conjuntamente, cuando ello sea necesario, con profesionales de la salud, así como con otros profesionales y fuentes de información.

El auto cuidado se debería aplicar tanto al individuo sano como al enfermo. Para el individuo sano es importante para mantener su estado de salud. Para el individuo enfermo lo es para recuperar o mejorar su estado de salud.

El autocuidado debería ser un hábito de toda la vida y también un aspecto de la cultura. Si esto es verdad cabe que nos preguntemos: ¿Nos han formado para

ejercer el autocuidado?: En muchos casos posiblemente la respuesta sea que no. (Tobón, 2006)

También nos podemos preguntar si en nuestro medio hay cultura para el autocuidado: y nuevamente es probable que la respuesta sea que no. Para poder ejercer el auto cuidado yo decido por mí mismo y por mi familia estar sano y manejar los problemas de salud que tenga basándome en el conocimiento de dichos problemas y en la información disponible.

En la relación autocuidado-cultura, los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales. Esto se debe a que las estructuras que guían los comportamientos suelen ser muy complejas. Es así como los comportamientos en salud están manejados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, de las cuales hacen parte las supersticiones y los mitos contruidos alrededor del cuidado de la salud. A su vez, el mundo simbólico, comprende estructuras de pensamiento y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad, y desde donde se justifican los eventos que ocurren en la vida cotidiana. En las representaciones sociales, los mitos ocupan un lugar preponderante como instrumento explicativo de hechos y fenómenos que ocurren en ausencia de explicaciones de base científica. (Tobón, 2006)

Según Malinowski B, los mitos manifiestan, resaltan y codifican las creencias y salvaguardan las claves morales con reglas prácticas para guiar el comportamiento humano. Además, estos se articulan con componentes científicos y configuran un sistema de pensamiento lógico, desde donde se interpretan los fenómenos naturales y sociales, así estos no correspondan siempre con las verdades científicas

**Hábitos alimenticios:** En términos de efectos en la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas, han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo, a los estragos derivados del exceso, en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia (ej., la diabetes). (Estruch, 2007)

Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (ej., minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos. Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales. (Estruch, 2007)

Según cifras oficiales de la OMS (2006), en el mundo cerca de 34 millones de personas mueren cada año por enfermedades crónicas no transmisibles que son ocasionadas por alimentación inadecuada, además afirman que un aproximado del 5% de estas vidas podrían ser salvadas si solo se alimentaran de forma adecuada.

Cabe señalar que entre los hábitos alimenticios más recomendables para implantar, se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, aumento del consumo de leche, patatas y especialmente verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, reducir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol. Esto es, nuestra dieta para que sea equilibrada debe aportarnos todos los nutrientes básicos y la fibra necesaria a nuestras necesidades, a base de ingerir diversos alimentos de los cuatro grupos básicos: cereales, frutas y vegetales, productos lácteos y carnes y pescados (Estruch, 2007)

Por último, la mayoría de la gente que come saludablemente no necesita consumir suplementos vitamínicos u otros nutrientes. Sin embargo, algunas poblaciones especiales, como por ejemplo las mujeres embarazadas, necesitan una cantidad extra de nutrientes, que aunque se pueden proporcionar introduciendo modificaciones en su dieta, es recomendable que tomen suplementos (ej., hierro) (Estruch, 2007)).

**Consumo de alcohol, Tabaco y otras drogas:** Uno de los tres problemas que más preocupan a nuestros ciudadanos son las drogas. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. (Joan Caballeria y Antoni Gual, 2007)

Una de las muchas clasificaciones existentes en el ámbito de las drogodependencias contempla la diferenciación entre drogas legales e ilegales. Las sustancias legales son aquellas que su venta y consumo está permitido por la ley. El tabaco y el alcohol son el ejemplo por excelencia de esta categoría de drogas institucionalizadas, además de ser las más consumidas por la población y las que generan más problemas sociosanitarios. (Santiago Nogué y Montserrat Amigó, 2007).

Tanto las drogas legales como las ilegales representan un peligro potencial para la salud. Sin embargo, las drogas ilegales presentan ciertos riesgos a diferencia de las legales, sin tener en cuenta los efectos farmacológicos. Por ejemplo, este tipo de sustancias pueden ser vendidas como un tipo de droga cuando realmente son otra; contienen otro tipo de sustancias que pueden ser por sí mismas peligrosas para la salud; falta de medidas higiénicas durante la administración; el consumidor no tiene asegurada la dosis por motivos económicos o de demanda y un largo etcétera. También son un foco de problemas de índole social, pues los consumidores producen inseguridad ciudadana, tráfico de drogas, crímenes, robos, etc. Otros problemas importantes que generan las mismas son de tipo laboral y económico. (Cristina Esquinas y Carlos Agustí, 2007)

**Sueño:** El sueño es una función biológica fundamental baste sólo recordar que pasamos durmiendo aproximadamente un tercio de nuestra existencia. El sueño es esencial en nuestras vidas y no sólo por la cantidad de tiempo que dedicamos a dormir sino también por la significación que atribuimos a una noche de descanso y el efecto que el sueño tiene en nuestra salud. (Revista Colombiana de Psicología, 2005)

La cuestión de cuántas horas de sueño son realmente necesarias para encontrarse bien ha sido bastante debatida desde hace tiempo. Algunos autores asumían una relación entre las “ideales 7 u 8 horas de sueño” y la salud o bienestar físico y mental, mientras otros enfatizaban que cada persona debía satisfacer su “cuota de sueño individual.” A pesar de esta disparidad de opiniones, investigaciones recientes parecen sugerir que la desviación de un patrón de sueño intermedio, que implique dormir unas 7-8 horas, se asocia al padecimiento de consecuencias negativas para la salud (Miró, Iáñez & Cano, 2002).

## **4.2. ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Las enfermedades no transmisibles - o crónicas - son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. (OMS, 2013)

Las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan típicamente por:

- ausencia de microorganismo causal
- b) factores de riesgo múltiples
- c) latencia prolongada
- d) larga duración con períodos de remisión y recurrencia
- e) importancia de factores del estilo de vida y del ambiente físico y social
- f) consecuencias a largo plazo (minusvalías físicas y mentales)

### **4.2.1. FACTORES DE RIESGO QUE PRODUCEN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

El consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las ENT o las causan directamente. (OMS, 2012)

- El tabaco se cobra casi 6 millones de vidas cada año (más de 600 000 por la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones en 2030.
- Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.
- Aproximadamente 1,7 millones de muertes son atribuibles a un bajo consumo de frutas y verduras.
- La mitad de los 2,3 millones<sup>2</sup> de muertes anuales por uso nocivo del alcohol se deben a ENT.

### **4.2.2. CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

La OMS, (2007-2010) y algunas instituciones médicas presentan como ECNT a las siguientes enfermedades:

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/m<sup>2</sup>).

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.

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. (OMS 2008)

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido:

- Aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes.
- Descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación. (OMS 2012)



Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como:

- Enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción;
- Diabetes
- Trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante),

El sobrepeso y la obesidad, así como sus enfermedades no transmisibles asociadas, son en gran parte prevenibles. Para apoyar a las personas en el proceso de realizar elecciones, de modo que la opción más sencilla sea la más saludable en materia de alimentos y actividad física periódica, y en consecuencia prevenir la obesidad, son fundamentales unas comunidades y unos entornos favorables. (OMS 2012)

En el plano individual, las personas pueden:

- Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos;
- Limitar la ingesta de azúcares;
- Realizar una actividad física periódica
- Lograr un equilibrio energético
- Peso normal

Enfermedades cardiovasculares (ECV), es decir, del corazón y de los vasos sanguíneos, son: La cardiopatía coronaria, enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio). Las enfermedades cerebrovasculares, enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro. Las arteriopatías periféricas, enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores. (OMS 2012)

Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de ateromas en las paredes de los vasos sanguíneos

que irrigan el corazón o el cerebro. Los AVC también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre.

Las causas más importantes de cardiopatía y AVC son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los principales factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular.

Los efectos de las dietas malsanas y de la inactividad física pueden manifestarse por aumentos de la tensión arterial, el azúcar y las grasas de la sangre, sobrepeso u obesidad. Estos “factores de riesgo intermediarios” pueden medirse en los centros de atención primaria y señalan un aumento del riesgo de sufrir infarto de miocardio, AVC, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones. (OMS 2012)

Está demostrado que el cese del consumo de tabaco, la reducción de la sal de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física regular y la evitación del consumo nocivo de alcohol reducen el riesgo de ECV. El riesgo cardiovascular también se puede reducir mediante la prevención o el tratamiento de la hipertensión, la diabetes y la hiperlipidemia.

También hay una serie de determinantes subyacentes de las enfermedades crónicas, es decir, "las causas de las causas", que son un reflejo de las principales fuerzas que rigen los cambios sociales, económicos y culturales: la globalización, la urbanización y el envejecimiento de la población. Otros determinantes de las ECV son la pobreza y el estrés.

La OMS (2012) ha identificado intervenciones muy costoeficaces para prevenir y controlar las ECV, cuya aplicación es factible incluso en entornos con escasos recursos.

Es posible reducir el riesgo de ECV realizando actividades físicas de forma regular; evitando la inhalación activa o pasiva de humo de tabaco; consumiendo una dieta rica en frutas y verduras; evitando los alimentos con muchas grasas, azúcares y sal, manteniendo un peso corporal saludable y evitando el consumo nocivo de alcohol.

Diabetes: según la OMS (2012) es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

- Diabetes de tipo 1: (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual.
- Diabetes de tipo 2: (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.
- Diabetes gestacional: es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.

La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular. La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión. (OMS 2012)

La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Un 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa.

La neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes. Aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos.

En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes. (OMS 2012)

Es un aumento de glucosa en sangre que modifica el funcionamiento del cuerpo. En esta enfermedad la glucosa no puede ingresar a la célula por lo que la priva de un combustible muy importante para su funcionamiento. Puede deberse a que los receptores encargados de ingresar la glucosa a la célula no sirvan o no reconozcan a la glucosa y por ende la célula no la pueda utilizar para producir energía. Este cambio metabólico es muy problemático y puede llegar a ser grave si no se le da un manejo y control adecuado. Esto se puede lograr comenzando a llevar una dieta adecuada y realizar actividad física todos los días. Ya se ha visto en estudios científicos que el ejercicio puede ayudar a que los receptores celulares puedan en cierta forma reactivarse para mantener un nivel de glucosa en sangre estable.

Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones se debe: (OMS, 2012)

- Alcanzar y mantener un peso corporal saludable.
- Mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.
- Consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas.
- Evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

Cáncer: es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. (OMS, 2008)

El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13% del total) ocurridas en todo el mundo en 2008. Los principales tipos de cáncer son los siguientes: (OMS, 2008)

- pulmonar (1,37 millones de defunciones);
- gástrico (736 000 defunciones);
- hepático (695 000 defunciones);
- colorrectal (608 000 defunciones);
- mamario (458 000 defunciones);
- cervicouterino (275 000 defunciones).

Más del 70% de las defunciones por cáncer se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere los 13,1 millones en 2030.

Según la OMS el consumo de tabaco y alcohol, la dieta malsana y la inactividad física son los principales factores de riesgo de cáncer en todo el mundo.

Más del 30% de las defunciones por cáncer podrían evitarse modificando o evitando los principales factores de riesgo, tales como: (OMS 2008)

- el consumo de tabaco;
- el exceso de peso o la obesidad;
- las dietas malsanas con un consumo insuficiente de frutas y hortalizas;
- la inactividad física;
- el consumo de bebidas alcohólicas;
- las infecciones por PVH y VHB;
- la contaminación del aire de las ciudades;
- el humo generado en la vivienda por la quema de combustibles sólidos.
- El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa del 22% de las muertes mundiales por cáncer en general, y del 71% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón. En muchos países de ingresos bajos, hasta un 20% de las muertes por cáncer son debidas a infecciones por VHB o PVH.

Enfermedad pulmonar crónica (EPOC): según la OMS la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no es una sola enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. Los términos más familiares 'bronquitis crónicas' y 'el enfisema' son utilizado no más largo, pero ahora se incluyen en la diagnosis de la EPOC. (OMS, 2012)

Los factores de riesgo son:

- Tabaquismo
- Contaminación del aire en locales cerrados (por ejemplo a causa del combustible de biomasa usado para cocinar y como medio de calefacción)
- Contaminación del aire exterior
- Polvos y productos químicos (vapores, sustancias irritantes y gases) en el medio laboral

Enfermedades neurológicas crónicas, son las que sus signos y síntomas persisten durante años, se resaltan las siguientes: Demencias (Alzheimer, D, Cuerpos de Lewy, Demencia Vasculare, Demencia Fronto-temporal, Otras demencias degenerativas y secundarias), Accidente Cerebrovascular (ACV) (Ictus), Esclerosis Múltiple, Trastornos del Movimiento: Enfermedad de Parkinson, Parálisis Supranuclear Progresiva, Enfermedad de Huntington, Distonía, Gilles de la Tourette , Espasticidad, Secuelas de traumatismos craneales o espinales, Cefaleas y otras algias faciales, Epilepsia, Patología Neuromuscular: Miopatías, Neuropatías, ELA, Miastenia Gravis, Polio y Síndrome postpolio, Parálisis cerebral infantil, Secuelas de cirugía cerebral o medular, Daño cerebral focal, Daño Cerebral Difuso, Dolor crónico.(Cotlear 2011).

Sin embargo, la prevalencia de las ENT en la región no solo se debe al envejecimiento de los habitantes, sino también a la exposición de la población a factores de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades. (OMS, 2008)

# **5. METODOLOGIA**

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

El tipo de investigación realizado es descriptivo y transversal

- La investigación es descriptiva porque se llegó a conocer las situaciones, y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas.
- Es de tipo transversal describió variables, y su análisis en un momento dado

### **5.2. ÁREA DE ESTUDIO:**

El estudio se realizó dentro de las instalaciones del Hospital Isidro Ayora de Loja, ubicado en Avenida Iberoamericana y Juan José Samaniego, barrio Sevilla de Oro, parroquia Sucre.

### **5.3. UNIVERSO:**

Personal médico que labora en los diferentes servicios del Hospital Isidro Ayora de Loja, que en total fueron 92.

### **5.4. MUESTRA**

La muestra fue de 86 médicos los mismos que se encontraron laborando en el hospital Isidro ayora de Loja, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

### **5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

1. Médicos que laboran en los diferentes servicios del hospital Isidro ayora de Loja.
2. Haber aceptado participar en el presente estudio.



## 5.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Médicos que no se encuentran laborando en el hospital Isidro ayora de Loja al momento de realizar la encuesta.
2. Médicos que se niegan a participar en la presente investigación.

## 5.7. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCEDIMIENTO

### Técnica:

**Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (M. Arrivillaga, i. C. Salazar e i. Gómez 2002)**

La recolección de datos se realizó mediante el Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida M. Arrivillaga, i. C. Salazar e i. Gómez 2002. (ANEXO 1), que se entregó a todos aquellos médicos que laboran en el Hospital Isidro Ayora de Loja, que cumplieron criterios de inclusión y exclusión. El instrumento utilizado está formado por 104 ítems distribuidos en dos subescalas: prácticas (60 ítems) y creencias (44 ítems). El cuestionario evaluó seis dimensiones del estilo de vida: condición y actividad física; y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño. Su formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro alternativas con un rango de «siempre» a «nunca» y de «totalmente de acuerdo» a «totalmente en desacuerdo», respectivamente. El formato de respuesta es de tipo Likert o también denominada método de evaluaciones sumarias, se compone de una afirmación a la cual se responde escogiendo una de las cuatro alternativas, que reflejan el grado de acuerdo con la afirmación planteada; en este caso el rango varía de «siempre» a «nunca» y de «totalmente de acuerdo» a «totalmente en desacuerdo», respectivamente.

Escalas	
Prácticas	Creencias
Siempre	Totalmente de acuerdo
Frecuentemente	De acuerdo
Algunas veces	En desacuerdo
Nunca	Totalmente en desacuerdo

El instrumento fue validado por jueces y mediante una prueba piloto; y fueron aplicados bajo el consentimiento informado de los sujetos de investigación. (Arrivillaga, Salazary), así como la aplicación de la misma en la investigación “Creencias Relacionadas Con El Estilo De Vida De Jóvenes Latinoamericanos” realizada por el Grupo de Investigación «Psicología, Salud y Calidad de Vida».

Las categorías de calificación establecidas para el cuestionario de sobre estilos de vida fueron las siguientes:

Prácticas: muy saludable (MS), saludable (S), poco saludable (PS) y no saludable (NS).

Instrumento para establecer la frecuencia de las enfermedades crónicas previamente diagnosticadas teniendo esta información sustento científico al tratarse de personal médico. En la encuesta se utilizó un listado de seis trastornos crónicos (Obesidad, Enfermedades cardiovasculares, Diabetes, Artritis, Cáncer, Enfermedades neurológicas crónicas y Enfermedad pulmonar crónica (OMS, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010)

Instrumento para establecer el IMC: 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/m<sup>2</sup>).

La definición de la OMS es la siguiente:

- Normal 18,50 - 24,99
- Sobrepeso  $\geq 25,00$
- Obesidad  $\geq 30,00$

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. Con los datos obtenidos en la encuesta se procedió al cálculo del IMC y realizar la clasificación pertinente tomando en cuenta la clasificación de la OMS.

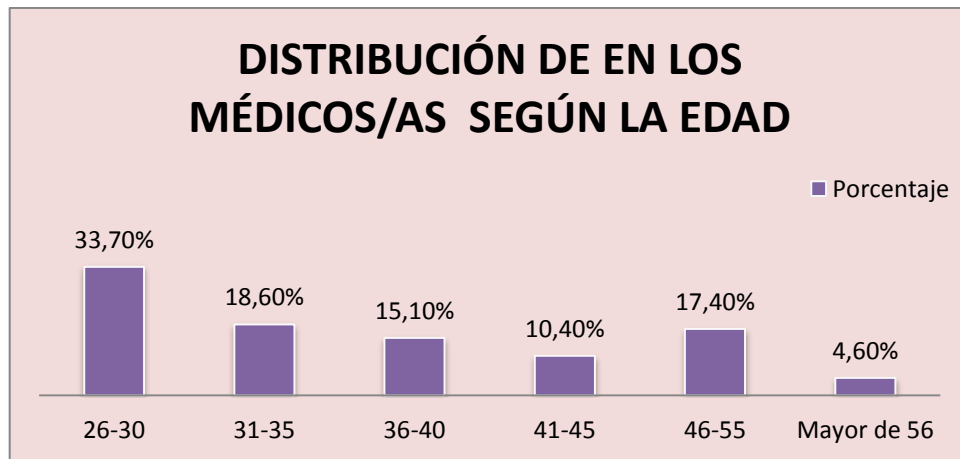
# 6. RESULTADOS

## 6. RESULTADOS

El número total de médicos/as incluidos en el estudio fue de 86, con una tasa de respuestas del 93% (86/92).

**FIGURA N°1**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013**



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).

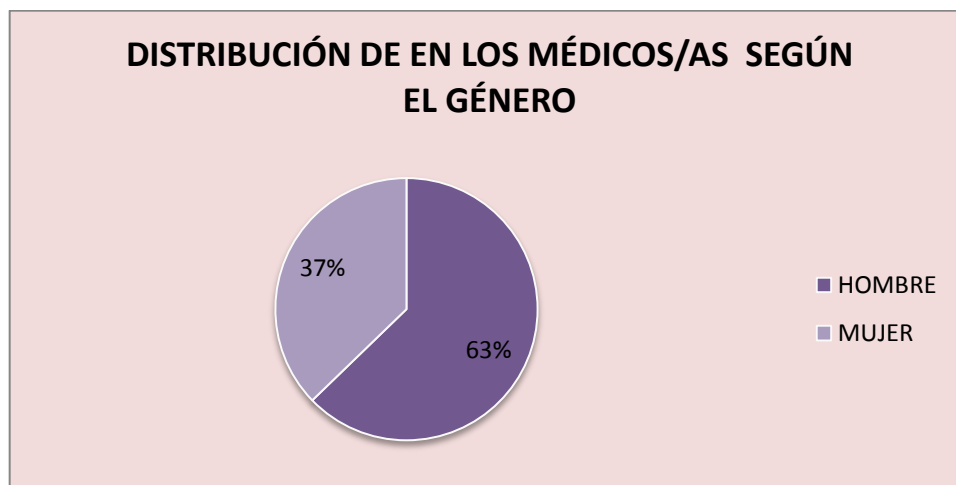
Elaborado por: Adriana Castillo

### INTERPRETACION:

La mayoría de los médicos/as encuestados está en el grupo etario comprendido entre 26-30 años con un 33,7%, seguido de un 18,6% en las edades comprendidas entre 31-35 años.

## FIGURA N°2

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GÉNERO DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013



Fuente CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).

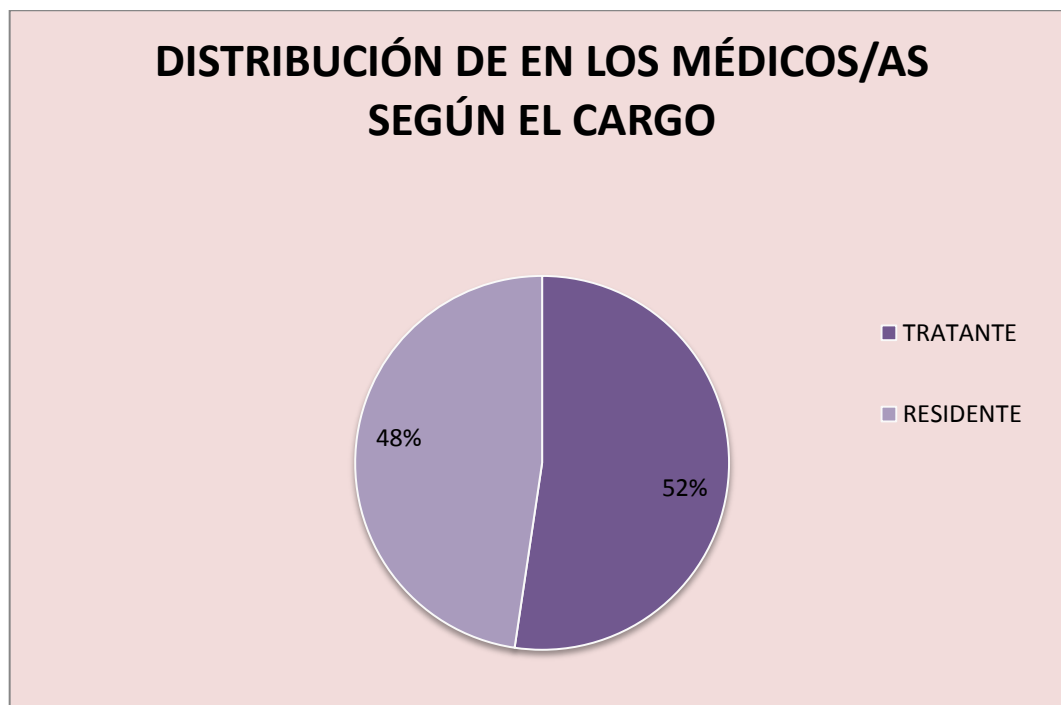
Elaborado por: Adriana Castillo

## INTERPRETACION

De un total de 86 médico/as encuestados 54 corresponden al sexo masculino y 32 al sexo femenino, resultando un porcentaje del 62,7% y 37,2% respectivamente.

### FIGURA N°3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CARGO DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL  
ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

#### INTERPRETACION:

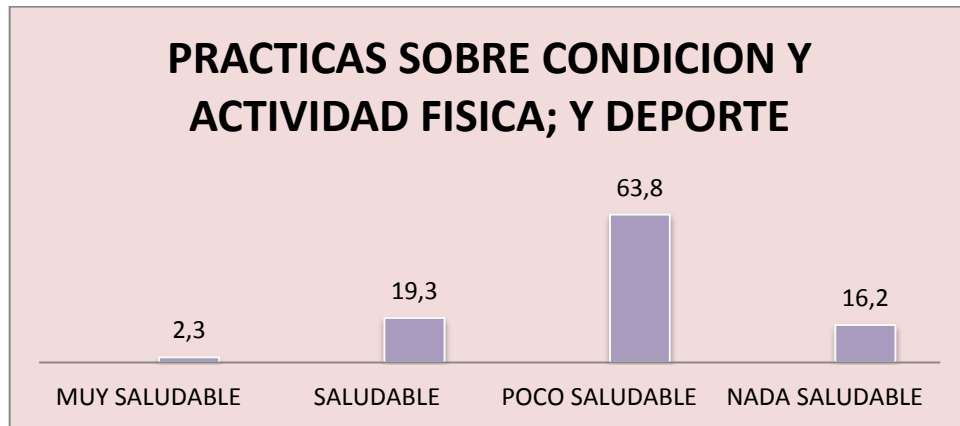
De un total de 86 médicos/as el 52,3% (45) corresponde a médicos tratantes especialistas y el 47,6% son médicos residentes, al momento del estudio el Hospital no cuenta con médicos posgradistas.

## RESULTADOS SOBRE PRÁCTICAS SOBRE ESTILOS DE VIDA

Se evaluó seis dimensiones condición y actividad física; y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño.

### FIGURA N° 4

PRÁCTICAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A CONDICION Y ACTIVIDAD FÍSICA; Y DEPORTE, DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

### INTERPRETACION

En cuanto a condición y actividad física; y deporte se observó que el 63,8% (53) realiza prácticas poco saludables, y el 19,7% (17) tiene prácticas saludables y el 16,2% (14) tiene practicas nada saludables.

**TABLA N° 1**

**PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A CONDICION Y ACTIVIDAD  
FÍSICA; Y DEPORTE, PRACTICADOS POR LOS MÉDICOS/AS DEL  
HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013**

<b>CONDICION Y ACTIVIDAD FÍSICA; Y DEPORTE</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>FRECUENTEMENTE</b>	<b>ALGUNASVECES</b>	<b>NUNCA</b>
Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte	2,4%	18,6%	40,6%	37,3%
Termina el día con vitalidad y sin cansancio	9,3%	33,7%	51,2%	5,8%
Mantiene el peso corporal estable	1,2%	20,9%	54,7%	23,3%
Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco	0%	19,8%	67,4%	12,8%
Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo	1,2%	9,3%	81,3%	8,3%
Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	0%	16,3%	73,3	10,5%

**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

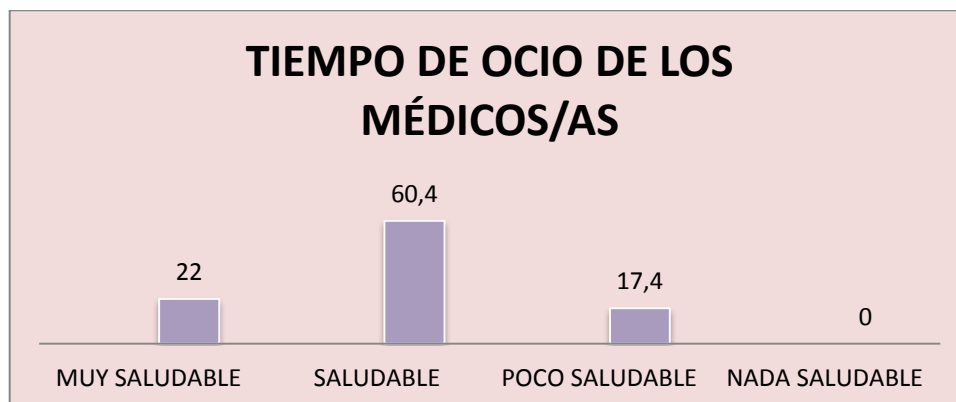
**INTERPRETACION:**

Los médicos/as encuestados/as presentan prácticas de condición y actividad física; y deporte con frecuencia de “algunas veces” en todos los parámetros evaluados con predominio en “práctica de ejercicios que ayuden a estar tranquilo” con un porcentaje de 81%; seguido de “participación en programas y actividades físicas bajo supervisión” 73%.



### FIGURA N°5

PRACTICAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A TIEMPO DE OCIO DE  
LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

#### INTERPRETACION:

En tiempo de ocio se evidencia que un poco más de la mitad 60,4% (52) tiene estilos de vida “saludables”, mientras que el 22% (19) tiene estilos de vida “muy saludables” y el 17,4% (15) estilos “poco saludables”.

**TABLA N°2**

**PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A TIEMPO DE OCIO DE LOS  
MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013**

<b>TIEMPO DE OCIO</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>FRECUENTEMENTE</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>NUNCA</b>
Practica actividades físicas de recreación	25,6%	53,5%	20,9%	0%
Incluye momentos de descanso en su rutina diaria	19,8%	66,3%	13,9%	0%
Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre	27,9%	46,5%	25,6%	0%
En su tiempo libre realiza actividades de recreación	23,2%	60,5%	16,3%	0%
Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales	14%	75,6	10,5%	0%

**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).

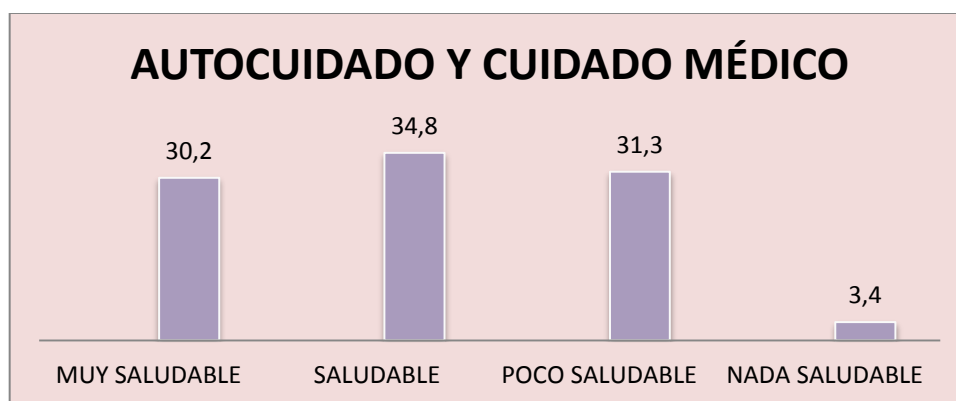
Elaborado por: Adriana Castillo

**INTERPRETACION:**

En lo que se refiere a tiempo de ocio los/as médicos/as encuestados/as presentan prácticas saludables “frecuentemente” en más de la mitad en todos los ítems evaluados, predominando las “prácticas que incluyen parte del tiempo libre para actividades académicas o laborales” con un 75,6% y “momentos de descanso en su rutina” con un 66,3%.

### FIGURA N° 7

PRÁCTICAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A AUTOCUIDADO Y  
CUIDADO MÉDICO DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA  
DE LOJA PERIODO 2013



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

### INTERPRETACION

En lo que respecta a autocuidado y cuidado médico se observa que el 34,8% (30) tiene practicas saludables, 31,3% (27) poco saludables y el 30,2 (26) muy saludables.

**TABLA N° 3**

**PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL AUTOCUIDADO Y  
CUIDADOMÉDICO DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA  
DE LOJA PERIODO 2013**

<b>AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>FRECUENTEMENTE</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>NUNCA</b>
Va al odontólogo por lo menos una vez al año	39,5%	41,9%	18,6%	0%
Va al médico por lo menos una vez al año	34,9%	48,8%	16,3%	0%
Cuando se expone al sol, usa protectores solares	25,6%	32,6%	32,6%	9,3%
Evita las exposiciones prolongadas al sol	20,9%	20,9%	39,5%	18,6%
Chequea al menos una vez al año su presión arterial	30,2%	37,2%	32,6%	0%
Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento	31,3%	34,9%	33,7%	0%
Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año	25,6%	27,9%	41,9%	4,7%
Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales	33,7%	34,9%	31,3%	0%
Consume medicinas sin prescripción médica	30,2%	34,9%	34,9%	0%
Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos	39,5%	44,1%	16,3%	0%
Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas	20,9%	25,6%	47,7%	5,8%

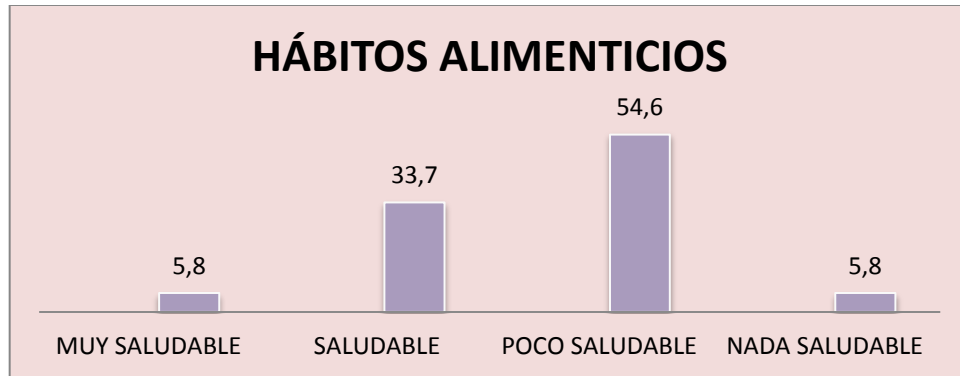
**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

**INTERPRETACION:**

Las prácticas de estilos de vida respecto a autocuidado y cuidado médico son practicadas “frecuentemente” en la mayoría de los ítems en estudio, excepto en las prácticas de “utilización de protectores solares cuando se expone al sol” y en el “uso de medidas de protección al realizar actividades físicas” en los que “algunas veces” se toma las medidas antes mencionadas.

**FIGURA N° 8**

**PRACTICAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A HÁBITOS  
ALIMENTICIOS DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE  
LOJA PERIODO 2013**



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

**INTERPRETACION:**

En los hábitos alimenticios el personal médico encuestado tiene prácticas de estilos de vida poco saludables en su mayoría con un 54,6% (47), seguido de prácticas saludables 33,7% (29) y en su menor proporción practicas muy saludables y nada saludables con un 5,8% (5) cada uno.

**TABLA N° 4**

**PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL AUTOCUIDADO Y  
CUIDADO MÉDICO DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA  
DE LOJA PERIODO 2013**

HÁBITOS ALIMENTICIOS	SIEMPRE	FRECUENTE MENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?	11,6%	54,7%	32,6%	1,1%
Añade sal a las comidas en la mesa?	3,4%	30,2%	59,3%	7,0%
Añade azúcar a las bebidas en la mesa?	2,3%	38,4	50%	9,3%
Consume más de cuatro gaseosas en la semana?	3,4%	31,4%	57%	8,1%
Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?	9,3%	33,7%	54,7%	2,3%
Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?	5,8%	36,0%	52,3%	5,8%
Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?	5,8%	30,2%	58,1%	5,8%
Come pescado y pollo, más que carnes rojas?	8,1%	37,2%	51,2%	3,4%
Come carne más de cuatro veces a la semana?	4,7%	33,7%	54,7%	7,0%
Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)	4,7%	32,6%	55,8%	7,0%
Consume productos ahumados?	2,3%	27,9%	60,4%	9,3%
Mantiene un horario regular en las comidas?	7,0%	37,2%	51,2%	4,7%
Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?	2,3%	27,9%	60,4%	9,3%
Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?	9,3%	41,8%	46,5%	2,3%
Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o Químicos (colorantes y preservativos)?	2,3%	33,7%	54,7%	9,3%
Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)?	10,5%	34,9%	53,55	1,1%

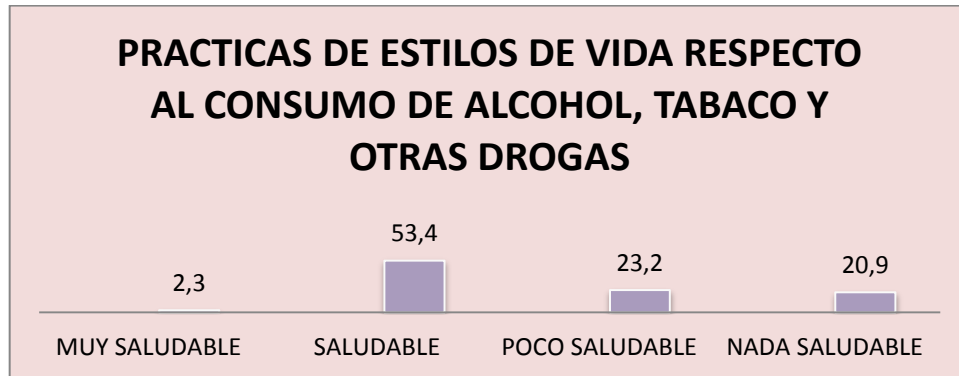
**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

**INTERPRETACION:**

Se observa que más de la mitad del personal encuestado presenta hábitos alimenticios saludables “algunas veces”, con mayor porcentaje en “consumo de productos ahumados” y la “realización de dietas y métodos que prometen una rápida y fácil pérdida de peso” con porcentajes de 60,4%.

### FIGURA N° 9

PRACTICAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, Y OTRAS DROGAS DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

#### INTERPRETACIÓN:

En las prácticas de estilos de vida respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se observa que el 53,4% (46) tiene prácticas saludables, el 23,2% (20) poco saludables, seguido de prácticas nada saludables con 20,9% (18) y en mínima cantidad muy saludables 2,3% (2).

**TABLA N°5**

**PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013**

<b>PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>FRECUENTE MENTE</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>NUNCA</b>
Fuma cigarrillo o tabaco?	2,3%	24,4%	51,2%	22,1%
Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana?	4,7%	66,3%	16,3%	12,8%
Prohíbe que fumen en su presencia?	0	25,6%	15,1%	59,3%
Consume licor al menos dos veces en la semana?	9,3%	61,6%	11,6%	17,4%
Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?	0%	100%	0%	0%
Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?	2,3%	25,6%	48,8%	23,3%
Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, achis, entre otras)?	0%	0%	0%	100%
Consume más de dos tazas de café al día?	2,3%	51,2%	24,4%	22,1%
Consume más de tres coca-colas en la semana?	0	15,1%	53,5%	31,4%

**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).

Elaborado por: Adriana Castillo

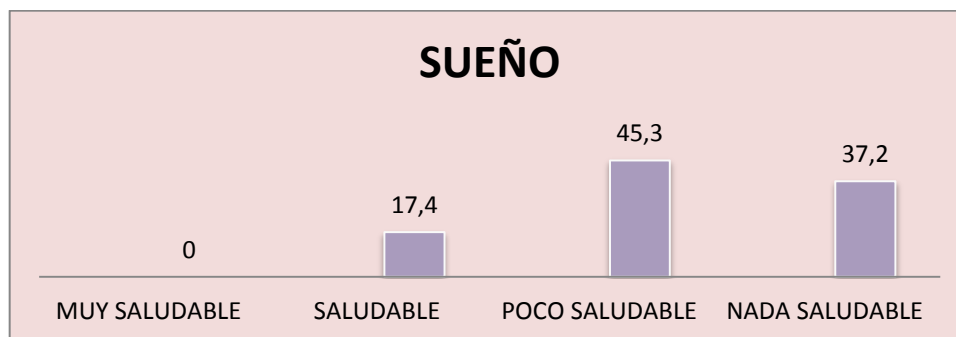
## INTERPRETACIÓN

En relación con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas los médicos estudiados fuman “algunas veces” en porcentaje de 51,2%; el 66,3% fuma más de media cajetilla en la semana; el 59,3% nunca prohíbe que fumen en su presencia. El 100% cuando empieza a beber, Frecuentemente puede reconocer en que momento parar; el 48,8% consume licor o alguna droga frente a situaciones de angustia o problemas. El 100% no consume drogas, el 51,2% frecuentemente consume más de dos tasas de café en el día, el 53,5% algunas veces consume más de tres coca-colas en la semana.



**FIGURA N° 10**

**PRACTICAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL SUEÑO DE LOS  
MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013**



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

#### INTERPRETACIÓN:

En la práctica de estilos de vida en lo respecta al sueño se observa que la mayoría de médicos/as tienen practicas entre poco y nada saludables con 45,3% (39), y 37,2% (32) respectivamente, y un 17,4% (15) practicas saludables.

**TABLA N°6**

**PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL SUEÑO DE LOS  
MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013**

PRACTICAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL SUEÑO	SIEMPRE	FRECUENTE MENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Duerme menos 7 horas diarias?	46,5%	53,5%	0%	0%
Trasnocha?	44,2%	55,8%	0%	0%
Duerme bien y se levanta descansado?	0%	0%	51,2%	48,8%
Le cuesta trabajo quedarse dormido?	0%	53,5%	19,8%	26,7%
Se despierta en varias ocasiones durante la noche?	40,7%	41,8%	17,4%	0%
Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?	0%	15,1%	50%	34,9
Hace siesta?	0%	19,8%	41,8%	38,4%
Utiliza pastillas para dormir?	0%	15,1%	67,4%	17,4%

**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

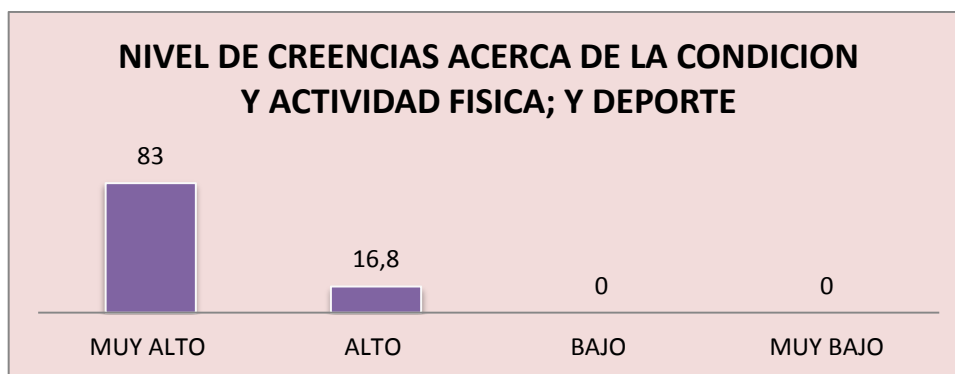
### INTERPRETACIÓN

En relación con el sueño el 53,5% frecuentemente duerme menos de 7 horas al día, trasnocha frecuentemente el 55,8%, el 51,2% frecuentemente duerme bien y se levanta descansado, al 53,5% frecuentemente le cuesta trabajo quedarse dormido, el 41,8% frecuentemente se despierta en varias ocasiones durante la noche, el 41,8% algunas veces hace siesta, el 67,4% algunas veces utiliza pastillas para dormir.

## RESULTADOS DE LAS CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA

**FIGURA N° 11**

CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A CONDICION Y  
ACTIVIDAD FÍSICA; Y DEPORTE DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL  
ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).

Elaborado por: Adriana Castillo

### INTERPRETACION:

En cuanto a condición y actividad física; y deporte se observó que los médicos/as tienen muy alto y alto en porcentajes de 83,2% (72) y 16,8% (14) respectivamente

**TABLA N° 7**

**CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A CONDICIÓN Y ACTIVIDAD  
FÍSICA; Y DEPORTE DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA  
DE LOJA PERIODO 2013**

<b>CREENCIAS ACERCA DE LA CONDICION Y ACTIVIDAD FÍSICA; Y DEPORTE</b>	<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	<b>DE ACUERDO</b>	<b>EN DESACUERDO</b>	<b>TOTALMENTE EN DESACUERDO</b>
La actividad física ayuda a mejorar la salud	100%	0%	0%	0%
Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades	100%	0%	0%	0%
El ejercicio siempre puede esperar	0%	0%	100%	0%
Con el ejercicio mejora el estado de ánimo	58,2%	41,8%	0%	0%
Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud	60,4%	38,6%	0%	0%

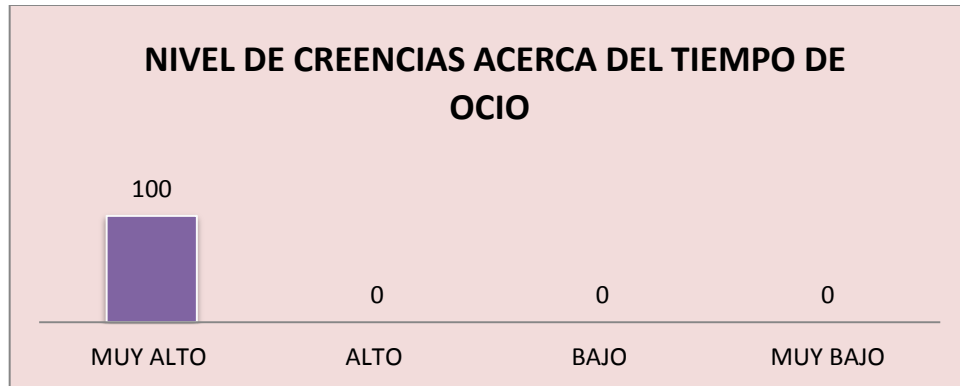
**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

**INTERPRETACION:**

La mayoría de los médicos está totalmente de acuerdo en cada una de las afirmaciones planteadas, excepto en que “el ejercicio siempre puede esperar” que el 100% indica estar en desacuerdo.

### FIGURA N° 12

CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL TIEMPO DE OCIO  
DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO  
2013



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

#### INTERPRETACION:

En lo que respecta a creencias acerca de recreación y manejo de tiempo libre se evidencia que el 100% (86) tienen un muy alto nivel de creencias.

**TABLA N° 8**

**CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL TIEMPO DE OCIO DE  
LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013**

<b>CREENCIAS ACERCA DEL TIEMPO DE OCIO</b>	<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	<b>DE ACUERDO</b>	<b>EN DESACUERDO</b>	<b>TOTALMENTE EN DESACUERDO</b>
Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos	100%	0%	0%	0%
El trabajo es lo más importante en la vida	0%	0%	100%	0%
El descanso es importante para la salud	100%	0%	0%	0%

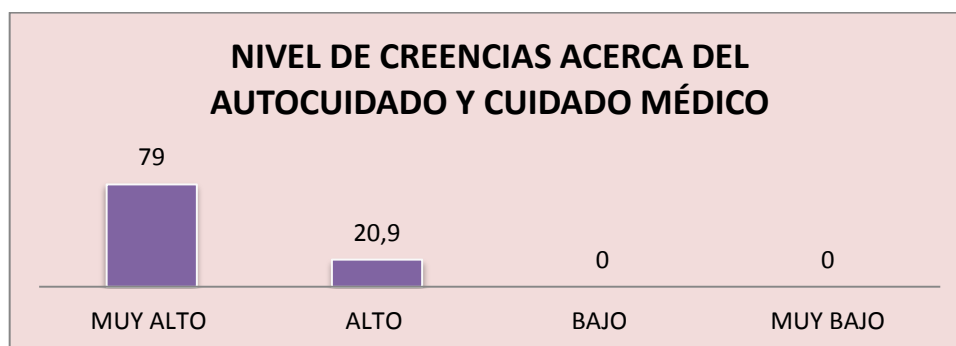
**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

**INTERPRETACION:**

Se evidencia que el 100% del personal médico encuestado está totalmente de acuerdo con cada una de las afirmaciones planteadas, excepto en que “el trabajo es lo más importante en la vida” en la que el 100% está totalmente en desacuerdo.

### FIGURA N° 13

CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A AUTOCUIDADO Y  
CUIDADO MÉDICO DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA  
DE LOJA PERIODO 2013



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

### INTERPRETACION

El nivel de creencias acerca de autocuidado y cuidado médico en los médicos/as es muy alto en frecuencia de 79% (68), seguido de alto nivel en porcentaje de 20,9% (18).

**TABLA N° 9**

**CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL AUTOCUIDADO Y  
CUIDADO MÉDICO DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA  
DE LOJA PERIODO 2013**

<b>CREENCIAS ACERCA DEL AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
Cada persona es responsable de su salud	79,1%	20,9%	0%	0%
Es mejor prevenir que curar	74,45	25,6%	0%	0%
Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud	83,7%	16,3%	0%	0%
El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento	100%	0%	0%	0%
Es importante la relajación	69,7%	30,2%	0%	0%
Es difícil cambiar comportamientos no saludables	74,4%	25,6%	0%	0%
Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno	67,4%	32,6%	0%	0%
En la vida hay que probarlo todo para morir contento	0%	16,3%	83,7%	0%

**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

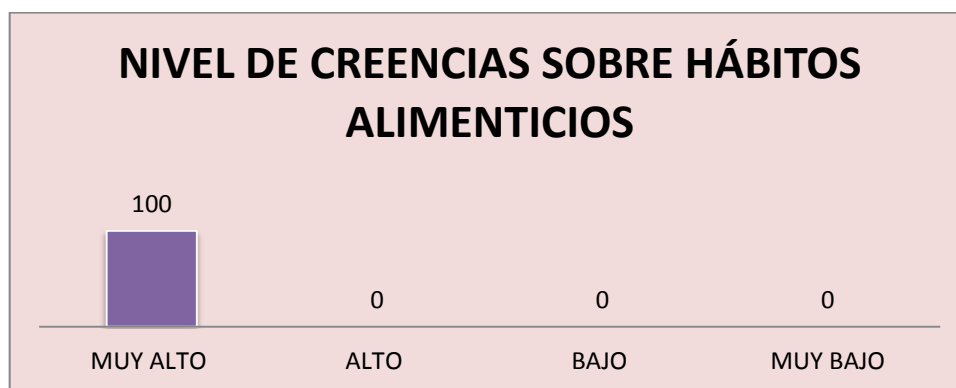
**INTERPRETACION:**

Los médicos encuestados están totalmente de acuerdo en las la mayoría de afirmaciones planteadas, excepto en que “en la vida hay que probar de todo para morir contentos” en que el 83,7% están en desacuerdo.



### FIGURA N°14

CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A HÁBITOS  
ALIMENTICIOS DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE  
LOJA PERIODO 2013



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).

Elaborado por: Adriana Castillo

#### INTERPRETACION:

En lo que respecta a creencias acerca de hábitos alimenticios se evidencia que el 100% (86) tienen un muy alto nivel de creencias

**TABLA N° 10**

**CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A HÁBITOS ALIMENTICIOS  
DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO  
2013**

CREENCIAS ACERCA DE HÁBITOS ALIMENTICIOS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Entre más flaco más sano	0%	0%	100%	0%
Lo más importante es la figura	0%	100%	0%	0%
Comer cerdo es dañino para la salud	0%	100%	0%	0%
Entre más grasosita la comida más sabrosa	0%	0%	100%	0%
El agua es importante para la salud	100%	0%	0%	0%
Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo	0%	0%	0%	100%
Las dietas son lo mejor para bajar de peso	0%	100%	0%	0%

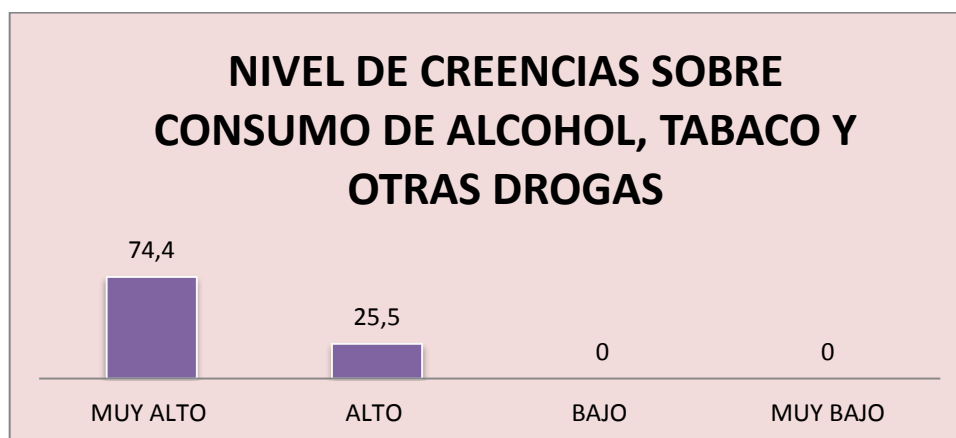
**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

**INTERPRETACIÓN:**

Los médicos/as en estudio están totalmente de acuerdo en que “el agua es importante para la salud”; están de acuerdo en que “lo más importante es la figura”, “comer cerdo es dañino para la salud” y en que “las dietas son lo mejor para bajar de peso”. Están en desacuerdo en que “entre más flaco más sano” y que entre más grasosita la comida es más sabrosa”. Están totalmente en desacuerdo que “las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo”.

### FIGURA N°15

CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, Y OTRAS DROGAS DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013



Fuente CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

#### INTERPRETACION:

El nivel de creencias acerca de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se observa que es de muy alto nivel en un porcentaje de 74,4% (64) y de alto nivel en porcentaje de 25,5% (22).

**TABLA N° 11**

CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO A CONSUMO DE ALCOHOL,  
TABACO, Y OTRAS DROGAS DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO  
AYORA DE LOJA PERIODO 2013

<b>CREENCIAS ACERCA DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</b>	<b>MUY ALTO</b>	<b>ALTO</b>	<b>BAJO</b>	<b>MUY BAJO</b>
Dejar de fumar es cuestión de voluntad	67,4%	32,6%	0%	0%
Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la salud	81,4%	18,6%	0%	0%
Al consumir licor logra estados de mayor sociabilidad	72,1%	27,9%	0%	0%
Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie	79,1%	20,9%	0%	0%
Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie	74,4%	25,6%	0%	0%
Se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas	0%	27,9%	72,1%	0%
El café le permite a la gente estar despierta	79,1%	20,9%	0%	0%
Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo	69,7%	30,2%	0%	0%

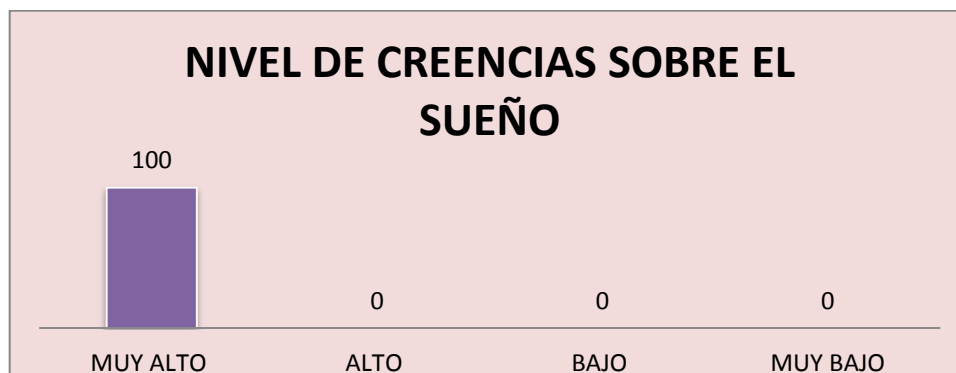
**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

#### INTERPRETACION:

Los médicos encuestados están en su mayoría totalmente de acuerdo con cada una de las afirmaciones planteadas, excepto en que “se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas” en la que el 72,1% está en desacuerdo.

**FIGURA N°16**

CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL SUEÑO DE LOS  
MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

**INTERPRETACION:**

En lo que respecta a creencias acerca de sueño se evidencia que el 100% (86) tienen un muy alto nivel de creencias.

**TABLA N° 12**

**CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA RESPECTO AL SUEÑO DE LOS  
MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO 2013**

CREENCIAS ACERCA DEL SUEÑO	MUY ALTO	ALTO	BAJO	MUY BAJO
Dormir bien, alarga la vida	100%	0%	0%	0%
La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria	100%	0%	0%	0%
Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien	100%	0%	0%	0%
Sólo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilacion, luz, temperatura)	100%	0%	0%	0%

**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).

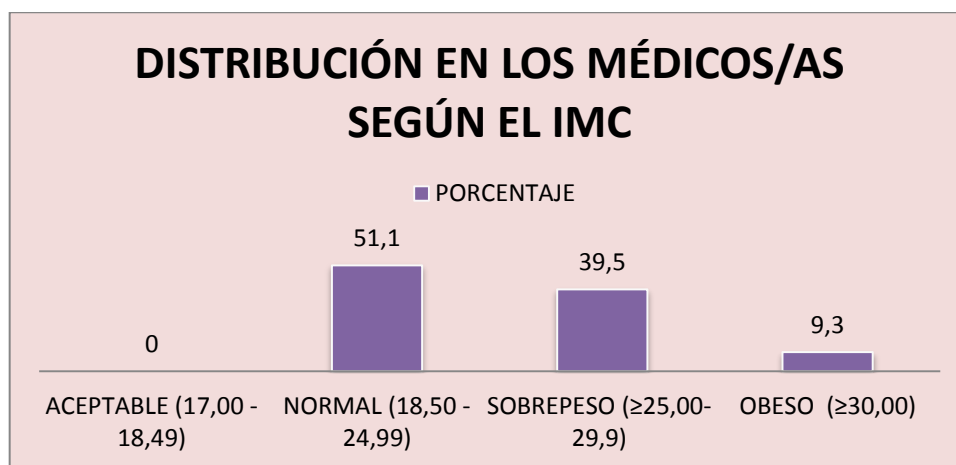
Elaborado por: Adriana Castillo

**INTERPRETACION:**

Los médicos/as encuestados están totalmente de acuerdo con las afirmaciones planteadas en frecuencia del 100%.

### FIGURA N°17

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL IMC DE LOS MÉDICOS/AS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA



**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

#### INTERPRETACION:

En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC), se encontró que un poco más de la mitad de los médicos Estuvo clasificado en IMC normal con un 51% (44), el 39% (34) presentaba sobrepeso y obesidad el 9,3% (8).

**TABLA N°13**

**MORBILIDAD PREVIAMENTE DIAGNOSTICADA EN LOS MÉDICOS/AS DEL  
HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA**

<b>Enfermedades crónicas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Obesidad</b>	8	9,3%
<b>Enfermedades cardiovasculares (HTA)</b>	4	4,8%
<b>Diabetes</b>	1	1,1%
<b>Artritis</b>	0	0
<b>Cáncer</b>	0	0
<b>Enfermedades neurológicas crónicas</b>	0	0
<b>Enfermedad pulmonar crónica</b>	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>13</b>	<b>14%</b>

**Fuente** CUESTIONARIO PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002).  
Elaborado por: Adriana Castillo

**INTERPRETACION**

La enfermedad crónica más frecuente encontrada en los médicos/as se encuentra la obesidad con un porcentaje de 9,3%, seguido de hipertensión arterial en porcentaje de 4,8% y diabetes con un 1,1%



# 7. DISCUSIÓN

## 7. DISCUSIÓN

En el presente estudio se evidenció deficiencia en las prácticas de estilos de vida saludables en lo que respecta a condición y actividad física; y deporte con prácticas poco saludables en un 63,8% del personal médico encuestado, con un 83% de creencias de muy alto nivel, comparando resultados con un estudio realizado en Palo Alto (California) se halló que un 96% de los médicos y un 82% de las médicas practicaban ejercicio físico regularmente, no se encuentra diferencias significativas entre ambos estudios.

El personal encuestado mantiene prácticas saludables respecto al tiempo de ocio en un porcentaje de 60,4%, situación similar a la encontrada en un estudio sobre Estilos De Vida Saludable En Profesionales De Salud Colombianos en donde aproximadamente un 51% presentaba prácticas saludables.

En lo que respecta a autocuidado y cuidado médico se evidenció que el 34,8% del personal encuestado tiene prácticas saludables, situación que contrasta con el estudio sobre Estilos De Vida Saludable En Profesionales De Salud Colombianos, en donde aproximadamente la mitad de la población tiene prácticas muy saludables.

Otro de los problemas encontrados en la presente investigación corresponde a la práctica de estilos de vida en relación con hábitos alimenticios en donde se encontró que poco más de la mitad de la población presenta hábitos poco saludables (54,6%), mientras en el estudio sobre Estilos De Vida Saludable En Profesionales De Salud Colombianos existe una prevalencia de prácticas saludables 71,9%.

Las prácticas de estilos de vida en relación con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas son saludables en el 53,4% de médicos/as encuestados, mientras que en el estudio sobre Estilos De Vida Saludable En Profesionales De Salud Colombianos, el 72,6 % tiene prácticas muy saludables.

En lo que respecta al sueño los médicos/as encuestados mantienen prácticas entre poco y nada saludables, en contraste con el estudio sobre Estilos De Vida Saludable En Profesionales De Salud de Colombia, en donde el 50,3% del personal estudiado presenta hábitos saludables.

En las 6 dimensiones evaluadas como son: condición y actividad física; y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y el sueño, se observa que el nivel de creencias que mantienen los médicos/as del hospital Isidro Ayora de Loja es de muy alto nivel en más de la mitad del personal encuestado.

De los médicos/as encuestadas se estableció que aproximadamente la mitad permanece con IMC normal, seguido de un 39,5 % con sobrepeso y presentan obesidad un 9,3%, En contraste con un estudio realizado en Palo Alto (California) en el que un 48% de los médicos /as tenía sobrepeso, y un 4,2% obesidad (Bortz W.M. II, 1992).

En la morbilidad de los médicos se encontró principalmente la obesidad con un porcentaje de 9,3%, seguido de hipertensión arterial en porcentaje de 4,8% y diabetes con un 1,1%. Lo que estaría en relación con la práctica deficiente de estilos de vida saludables, en lo que respecta a condición y actividad física; y deporte, sueño y hábitos alimentarios. En un estudio sobre Salud, Estilos De Vida Y Condiciones De Trabajo De Los Médicos Y Médicas De Cataluña se observó que la principal patología crónica en esta población eran las enfermedades cardiovasculares, seguida obesidad y diabetes.

El hecho de que las principales deficiencias presentada por los médicos/as de la salud del hospital Isidro Ayora de Loja, está relacionada con la condición, actividad física y el deporte; hábitos alimenticios, relacionadas con un estilo de vida sedentaria favorece a un desequilibrio energético producido por aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes y el descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización. Favoreciendo la aparición de Sobrepeso y obesidad que es la principal patología crónica encontrada en la presente investigación.

## **8. CONCLUSIONES**

## 8. CONCLUSIONES

- Los médicos/as encuestados presentan prácticas poco saludables en lo que respecta a condición y actividad física; y deporte, hábitos alimenticios, siendo más grave la situación en el sueño en donde las prácticas son entre poco y nada saludables. Mientras que en el autocuidado y cuidado médico se observa que un tercio de la población encuestada tiene practicas saludables. En el tiempo de ocio y en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se observa que un poco más de la mitad de la población en estudio presentan practicas saludables.
- Los médicos/as del Hospital Isidro Ayora de Loja presentan altos niveles de creencias en lo que respecta a condición y actividad física; y deporte; autocuidado y cuidado médico; tiempo de ocio; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño.
- En el presente estudio se ha evidenciado la existencia de un alto porcentaje, de sobrepeso y obesidad que corresponden a cerca de la mitad de los médicos/as del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
- La enfermedad crónica más frecuente encontrada en los médicos/as es la obesidad, seguido de hipertensión arterial y diabetes.

## **9. RECOMENDACIONES**

## 9. RECOMENDACIONES

- 1) Crear una política institucional que fomente la actividad físico- recreativa entre el personal de salud, especialmente médicos y residentes que laboran en el Hospital Isidro Ayora de Loja.
- 2) Capacitación continua y charlas por personal de nutrición para establecer patrones de alimentación saludables entre los médicos con el fin de prevenir sobrepeso u obesidad y así disminuir el riesgo de padecerlo.
- 3) Respetar los tiempos de alimentación dentro del horario hospitalario establecido.
- 4) Organizar torneos y competencias con el fin de estimular a la práctica de algún deporte involucrando también a la familia.
- 5) Crear áreas adecuadas para la práctica deportiva dentro o fuera de las instalaciones hospitalarias.

# 10. BIBLIOGRAFÍA



## 10. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Cockerham WC. New directions in health lifestyle research. International Journal of Public Health. [Editorial Material]. 2007;52(6):327-8.
- 2) Frank E. Physician health and patient care. JAMA. 2004 Feb 4;291(5):637.
- 3) CAPS. ROHLFS Izabella. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo De los médicos y médicas de Cataluña. Cataluña, fundación Galena, 2007, 54-47
- 4) PRAT Andreu. Estilos De Vida Como Determinante De Salud. En fundación BBVA. Libro de la salud del hospital de Barcelona. Fundación BBVA, 2007, pag 65-69
- 5) Martinez J. García M. Educacion para la salud, estilos de vidas saludables, Promoción de la Salud. Paraninfo primera edición, 2012, editorial paraninfo, pag 18-49.
- 6) Adolfo Rubinstein, Medicina Familiar y Practica Ambulatoria, 2da Edición, Argentina: Editorial Panamericana; p. 241-253
- 7) Comisión europea. Estilos de vida saludables [http://ec.europa.eu/health/ph\\_deteminants/life\\_style/lifestyle\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_deteminants/life_style/lifestyle_es.htm)
- 8) Marías, y Cruz Molina “salud y estilos de vida”. <http://www.xtec.es/imarias/estilos.htm>
- 9) Medicina de familia. Portal de información para pacientes y profesionales. <http://www.medicinadefamilia.net>
- 10) Grupo de educación para la salud del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización 2009 [acceso 27/11/2010]. Disponible en: <http://www.papps.org/>.

- 11) Organización Panamericana de la Salud. XVIIa Reunión del GTA. Protegiendo la salud de las Américas: avanzando de la vacunación de los niños a la de la familia. Boletín de Inmunización. 2006;28:4. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2804.pdf>. Acceso el 6 de julio de 2007.
- 12) Smith TW, Orleans CT. Prevention and Health Promotion: Decades of Progress, New Challenges, and an Emerging Agenda. Health Psychology. 2004;23(2): 126-31.
- 13) Frank E. Physician health and patient care. JAMA. 2004 Feb 4;291(5): 637.
- 14) Frank E, Rothenberg R, Lewis Ch, Belodoff BF. Correlates of Physician' Prevention-Related Practices. Findings From the Women Physicians' Health Study. Archives of Family Medicine. 2000;9: 359-67.
- 15) Frank E, Biola H, Burnett C. Mortality rates and causes among U.S. physicians. Journal of the American medical association. 2000;19(3): 155-9.
- 16) Dorsey R, Jarjoura D, Rutecki G. Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students. JAMA. 2003;290:1173-8.
- 17) Bouchard C, Shepard R. Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. In: Bouchard C, Shepard R, Stephens T, editors. Physical activity, fitness and health. Champaign: Human Kinetics; 1993. p. 11-24.
- 18) Comisión Europea. Estilos de vida saludable. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/lifestyle\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/lifestyle_es.htm).
- 19) Marías, I., y M. Cruz Molina. «Salud y estilos de vida». <http://www.xtec.es/~imarias/estilos.htm>.

- 20) Medicina de Familia. Portal de información para pacientes y profesionales. <http://www.medicinadefamilia.net>.
- 21) Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es>.
- 22) Organización Mundial De La Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- 23) Unión Europea. Portal de salud pública de la Unión Europea. <http://health.europa.eu>.
- 24) Córdova-Villalobos JÁ, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública de México. 2008;50(5):419-27.
- 25) Escobar M, Petrásovits, A, Peruga, A, Silva, N, Vives, M, Robles, S. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. Salud pública de México. 2000;42:56-64.
- 26) Orduñez García PO. El control de las enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2006;32(2).
- 27) World Health Organization (WHO). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.

# 11. ANEXOS

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1



### CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA

**M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002)**

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con una «x» la casilla que mejor describa su comportamiento. Conteste sinceramente. No existen respuestas ni buenas ni malas.

<b>DATOS DEMOGRÁFICOS</b>
Edad:
Género:    Hombre ( )    Mujer ( )
Cargo : médico Tratante ( )    Posgradista ( )    Residente ( )
Peso : en kg
Estatura: en M

PRACTICAS		SIEMPRE	FRECUE NTEMEN	ALGUNA S VECES	NUNCA
<b>CONDICION ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE</b>					
1	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3	Mantiene el peso corporal estable				
4	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardíaco (spinning, ardiobox, aeróbicos, aero-rumba)				
5	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida)				
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
<b>RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE</b>					

7	Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)				
8	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)				
11	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales				
<b>AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO</b>					
12	Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
13	Va al médico por lo menos una vez al año				
14	Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
15	Evita las exposiciones prolongadas al sol				
16	Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
17	Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18	Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año				
19	Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
20	Consumo medicinas sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)				
21	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
22	PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
23	PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente				
24	PARA HOMBRES : Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
25	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26	Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
<b>HÁBITOS ALIMENTICIOS</b>					
27	Consumo entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
28	Añade sal a las comidas en la mesa?				
29	Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
30	Consumo más de cuatro gaseosas en la semana?				
31	Consumo dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
32	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?				
33	Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
34	Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
35	Come carne más de cuatro veces a la semana?				
36	Consumo carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)				
37	Consumo productos ahumados?				
38	Mantiene un horario regular en las comidas?				
39	Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
40	Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
41	Consumo comidas que contienen ingredientes artificiales o Químicos (colorantes y preservativos)?				

42	Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)?				
<b>CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</b>					
43	PARA FUMADORES: Fuma cigarrillo o tabaco?				
44	PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana?				
45	PARA NO FUMADORES: Prohibe que fumen en su presencia?				
46	Consume licor al menos dos veces en la semana?				
47	Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?				
48	Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?				
49	Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, achis, entre otras)?				
50	Consume más de dos tazas de café al día?				
51	Consume más de tres coca-colas en la semana?				
<b>SUEÑO</b>					
52	Duerme al menos 7 horas diarias?				
53	Trasnocha?				
54	Duerme bien y se levanta descansado?				
56	Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
57	Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
58	Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?				
59	Hace siesta?				
60	Utiliza pastillas para dormir?				

CREENCIAS		TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
<b>CONDICION ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE</b>					
61	La actividad física ayuda a mejorar la salud				
62	Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
63	El ejercicio siempre puede esperar				
64	Con el ejercicio mejora el estado de ánimo				
65	Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				
<b>RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE</b>					
66	Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos				
67	El trabajo es lo más importante en la vida				

68	El descanso es importante para la salud				
<b>AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO</b>					
69	Cada persona es responsable de su salud				
70	Es mejor prevenir que curar				
71	Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud				
72	El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento				
73	Es importante la relajación				
74	Es difícil cambiar comportamientos no saludables				
75	Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno				
76	En la vida hay que probarlo todo para morir contento				
<b>HÁBITOS ALIMENTICIOS</b>					
77	Entre más flaco más sano				
78	Lo más importante es la figura				
79	Comer cerdo es dañino para la salud				
80	Entre más grasosita la comida más sabrosa				
90	El agua es importante para la salud				
91	Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo				
92	Las dietas son lo mejor para bajar de peso				
<b>CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</b>					
93	Dejar de fumar es cuestión de voluntad				
94	Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la salud				
95	Al consumir licor logra estados de mayor sociabilidad				
96	Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie				
97	Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie				
98	Se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas				
99	El café le permite a la gente estar despierta				
100	Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo				
<b>SUEÑO</b>					
101	Dormir bien, alarga la vida				
102	La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria				
103	Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien				
104	Sólo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura)				

<b>PATOLOGIAS CRÓNICAS</b>	
¿QUÉ PATOLOGÍA CRÓNICA PADECE?	<hr/> <hr/> <hr/>



# 12. ÍNDICE

## 12. ÍNDICE

CARÁTULA	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
1 TÍTULO	7
2 RESUMEN: SUMMARY	9
3 INTRODUCCIÓN	12
4 REVISION DE LITERATURA	15
4.1 ESTILOS DE VIDA	16
4.1.1 IMPORTANCIA DEL ESTILO DE VIDA PARA LA SALUD	16
4.1.2 FACTORES CONDICIONANTES DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES	18
4.1.3 FACTORES INDIRECTOS QUE PUEDEN INFLUIR FACILITANDO LA ADOPCIÓN Y SEGUIMIENO DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE	18
4.1.4. PRÁCTICAS, CREENCIAS Y SALUD	18
4.1.5. MEDICOS Y ESTILOS DE VIDA	20
4.1.6 LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	22
• CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE:	23

• TIEMPO DE OCIO:	26
• AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO:	27
• HÁBITOS ALIMENTICIOS:	28
• CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS:	29
• SUEÑO	30
4.2. ENFERMEDADES CRÓNICAS	31
4.2.1. FACTORES DE RIESGO QUE PRODUCEN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	31
4.2.2. CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES	31
• OBESIDAD	31
• ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (ECV)	33
• DIABETES	35
• CÁNCER	36
• ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (EPOC)	37
• ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS	38
5 METODOLOGÍA	39
5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
5.2. ÁREA DE ESTUDIO	40

5.3.	UNIVERSO	40
5.4.	MUESTRA	40
5.5.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
5.6.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	41
5.7.	MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCEDIMIENTO	41
6	RESULTADOS	43
7	DISCUSION	73
8	CONCLUSIONES	76
9	RECOMENDACIONES	78
10	BIBLIOGRAFÍA	80
11	ANEXOS	84
12	ÍNDICE	89