



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**Estado nutricional y estilo de vida del personal de
salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud**

**Trabajo de titulación previa a la
obtención del título de Médico General**

AUTORA: Ana Ginella Rojas Delgado

DIRECTORA: Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2022

ii. Certificación

Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de titulación previo a la obtención del título de Medica General titulado: **Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud**, de autoría de la señorita Ana Ginella Rojas Delgado, previa a la obtención de título de Médico General, ha sido dirigido y revisado por mi persona durante todo su proceso de ejecución, el cual cumple con los requisitos de la Universidad Nacional de Loja, por lo cual autorizo su presentación y sustentación.

Loja, 06 de septiembre de 2022



Firmado electrónicamente por:
**VERONICA LUZMILA
MONTAYA JARAMILLO**

Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

iii. Autoría

Yo, **Ana Ginella Rojas Delgado**, declaro ser autor del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mí del trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma: _____

Cédula: 1750070383

Fecha: 07 de noviembre de 2022

Correo electrónico: ana.g.rojas@unl.edu.ec

Teléfono: 0959736101

iv. Carta de Autorización

Yo, Ana Ginella Rojas Delgado, declaro ser autor del trabajo de titulación titulado como: Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud, como requisito para optar el título de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

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

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los siete días del mes de noviembre del dosmilveintidos.

Firma: _____

Autor: Ana Ginella Rojas Delgado

Cédula de identidad: 1750070383

Dirección: Av. Eloy Alfaro y Calle 28 de enero, esquina

Correo electrónico: ana.g.rojas@unl.edu.ec

Teléfono: 072112420 **Celular:** 0959736101

Datos complementarios

Directora de Trabajo de Titulación: Dra. Verónica Montoya Jaramillo, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dra. Tania Verónica Cabrera Parra

Primer vocal: Dr. Byron Patricio Garcés Loyola

Segundo vocal: Md. Esp. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo

v. Dedicatoria

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi madre, por darme la vida, por ser el pilar más importante, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyó. Por los ejemplos de perseverancia y constancia que la caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

A mis hermanos y sobrinos, a pesar de nuestra distancia física, siento que están conmigo siempre.

A mis maestros y amigos que me han visto crecer como persona.

Ana Ginella Rojas Delgado

vi. Agradecimiento

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por guiarme y fortalecerme espiritualmente para empezar un camino lleno de éxito.

A la Universidad Nacional de Loja, facultad de Salud Humana, principalmente a sus docentes que me guiaron y compartieron conocimientos durante toda mi estancia universitaria.

Al director del Distrito 11D05 Espíndola-Salud, así como al personal de salud perteneciente a esta institución por su tiempo y colaboración en el estudio realizado.

A mi directora de investigación Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc., quien con su conocimiento, experiencia, paciencia y dedicación me encaminó en la ejecución de mi trabajo de titulación.

A mi docente de titulación Dra. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg., quien con su guía fue pieza clave para el desarrollo de la presente investigación.

A mi familia, en especial a mi madre y hermanos.

Ana Ginella Rojas Delgado

vii. Índice de Contenidos

i. Carátula.....	i
ii. Certificación.....	ii
iii. Autoría	iii
iv. Carta de Autorización.....	iv
v. Dedicatoria	v
vi. Agradecimiento	vi
vii. Índice de Contenidos.....	vii
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1. Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco Teórico.....	7
4.1. Estado Nutricional.....	7
4.1.1. Definición.....	7
4.1.2. Valoración.....	7
4.1.2.1 Historia clínica.....	8
4.1.2.2 Métodos o indicadores antropométricos.....	11
4.1.2.3 Métodos o indicadores bioquímicos.....	16
4.1.2.4 Métodos o indicadores clínicos.	18
4.1.2.5. Medidas o indicadores dietéticos.	18
4.1.3. Clasificación.....	19
4.1.3.1. Desnutrición.	19
4.1.3.2. Sobrepeso.....	20
4.1.3.3. Obesidad.....	21
4.2. Estilo de vida.....	24
4.2.1. Definición.....	24
4.2.2. Estilo de vida saludable.....	25
4.2.3. Estilo de vida no saludable.....	25
4.2.4. Dimensiones.....	25
4.2.4.1. Condición, actividad física y deporte.....	25
4.2.4.2. Recreación y manejo del tiempo libre..	26
4.2.4.3. Autocuidado y cuidado médico.....	27
4.2.4.4. Hábitos alimenticios..	27
4.2.4.5. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	28
4.2.4.6. Sueño.....	29
4.2.5. Cuestionario de practicas y creencias sobre estilos de vida.	30
5. Metodología.....	31
5.1. Enfoque metodológico.....	31
5.3. Unidad de estudio.....	31
5.4. Universo y Muestra.....	31
5.5. Criterios de Inclusión.....	31
5.6. Criterios de Exclusión.....	31
5.7. Tecnicas	31
5.8. Instrumentos.....	32
5.8.1. Consentimiento informado (Anexo 1).....	32
5.8.2. Formulario de recolección de información (Anexo 2).....	32
5.8.3. Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Anexo 3).	32
5.9. Procedimiento.....	33

5.10. Análisis Estadístico	34
6. Resultados	35
6.1. Distribución de acuerdo a sexo y edad del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud en el periodo octubre 2020 – septiembre 2021.....	35
6.2. Resultados para el primer objetivo	36
6.3. Resultados para el segundo objetivo	37
6.4. Resultado para el tercer objetivo	38
7. Discusión.....	39
8. Conclusiones.....	41
9. Recomendaciones	42
10. Bibliografía.....	43
11. Anexos	51

viii. Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de acuerdo a sexo y edad del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud.....	35
Tabla 2. Estado nutricional del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud según sexo y grupo de edad.....	36
Tabla 3. Estilo de vida del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola Salud, según sexo y grupo de edad.....	37
Tabla 4. Relación del estado nutricional y el estilo de vida del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud.....	38

ix. Índice de Anexos

Anexo 1. Pertinencia y Aprobación de Tema	51
Anexo 2. Designación de Director de Trabajo de Titulación	52
Anexo 3. Autorización para Recolección de Datos.....	53
Anexo 4. Certificación de Calibración de Balanza	54
Anexo 5. Certificación del Inglés.....	56
Anexo 6. Instrumentos de Recolección de Datos.....	57
Anexo 7. Base de Datos.....	67
Anexo 8. Tablas Complementarias	73
Anexo 9. Proyecto de Trabajo de Investigación	74
Anexo 10. Certificación del tribunal de grado.....	87

1. Título

Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud

2. Resumen

En la actualidad uno de los principales problemas de salud asociados al estado nutricional y al estilo de vida a los cuales se enfrenta la población adulta constituyen los trastornos de malnutrición. El personal sanitario diariamente afronta situaciones estresantes determinantes de adopción de hábitos poco saludables que causan la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). La presente investigación tuvo como finalidad evaluar el estado nutricional, identificar el estilo de vida del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud, según grupo de edad y sexo; y, establecer la relación entre ambas variables. Estudio con enfoque cuantitativo, transversal, con una muestra de 90 participantes que cumplieron criterios de inclusión y exclusión, a quienes se aplicó el Índice de Masa Corporal (IMC) y el test de prácticas y creencias sobre estilos de vida. Obteniendo alto porcentaje de peso normal 52,2%, sobretodo en adultas jóvenes, 33,3% sobrepeso, 13,3% obesidad grado 1 y 1,1% bajo peso. Ambos sexos presentaron estilo de vida saludable con 77,8% mayoritariamente en edades entre 18 a 39 años y 22,2% estilo de vida poco saludable en hombres y mujeres de todos los grupos etarios estudiados. Se evidenció que el peso normal tuvo mayor relación con el estilo de vida saludable, demostrando asociación estadísticamente significativa entre ambas variables con $p < 0,001$. Concluyendo que la mitad de participantes tuvieron peso normal y 3 de cada 10 sobrepeso mientras que la mayoría de adultas jóvenes presentaron estilo de vida saludable.

Palabras clave: Malnutrición, hábitos saludables, Índice de Masa Corporal.

2.1. Abstract

Currently, one of the main health problems associated with nutritional status and lifestyle that the adult population faces are malnutrition disorders. Health personnel daily face stressful situations that determine the adoption of unhealthy habits that cause the appearance of chronic non-communicable diseases (CNCD). The purpose of this research was to evaluate the nutritional status, identify the lifestyle of health personnel who work in District 11D05 Espíndola-Salud, according to age group and sex; and, establish the relationship between both variables. Study with a quantitative, cross-sectional approach, with a sample of 90 participants who met the inclusion and exclusion criteria, to whom the Body Mass Index (BMI) and the test of practices and beliefs about lifestyles were applied. Obtaining a high percentage of normal weight 52.2%, especially in young adults, 33.3% overweight, 13.3% obesity grade 1 and 1.1% underweight. Both sexes presented a healthy lifestyle with 77.8% mostly in ages between 18 to 39 years and 22.2% unhealthy lifestyle in men and women of all age groups studied. It was evidenced that normal weight had a greater relationship with a healthy lifestyle, showing a statistically significant association between both variables with $p < 0.001$. Concluding that half of the participants had normal weight and 3 out of 10 were overweight, while the majority of young adults had a healthy lifestyle.

Keywords: Malnutrition, healthy habits, Body Mass Index.

3. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el estado nutricional se define como la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos. Así podemos deducir que cuando ingerimos menor cantidad de calorías y/o nutrientes de los requeridos, se reducen las existencias de los distintos compartimentos corporales y nuestro organismo se vuelve más sensible a descompensaciones. Por el contrario, cuando ingerimos más de lo que necesitamos para nuestras actividades habituales, se incrementan las reservas de energía de nuestro organismo, fundamentalmente ubicadas en el tejido adiposo (OMS, 2020).

El Informe de la Nutrición Mundial 2020 realizado por la OMS, reporta que en la actualidad, 1 de cada 9 personas en el mundo pasa hambre, y 1 de cada 3 padece sobrepeso u obesidad. Cada vez en más países se observa la doble carga de la malnutrición; la desnutrición coexiste con el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (OMS, 2020).

El estado nutricional en el personal sanitario ha sido poco evaluado, sin embargo esta población se encuentra expuesta a alteraciones nutricionales, que podría condicionar su rendimiento laboral, y tener repercusión directa en su estado de salud. Los estudios realizados a profesionales sanitarios en este ámbito mencionan una alta prevalencia de malnutrición, observándose porcentajes mayores al 60% de exceso de peso en dichos trabajadores de la salud.

Por muchas décadas se sabía que existe una conexión directa entre las enfermedades no transmisibles (ENT) y el estilo de vida. Actualmente sabemos que el 80% de los gastos de salud en el mundo son absorbidos para el manejo de las enfermedades crónicas, la buena noticia es que el 80% de las enfermedades crónicas son tratables y a menudo reversibles con cambios en el estilo de vida (De la Cruz et al., 2017).

Las ENT afectan a las diferentes edades, a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años de edad. Más del 85% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos, principalmente debido a factores de riesgo como dietas poco saludables, inactividad física, exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol (OMS, 2018).

En lo referente al personal sanitario, los resultados de investigaciones a profesionales de la salud colombianos, muestra que los estilos de vida de los evaluados presentan en general deficiencias, sobre todo en aspectos como la actividad física y el deporte. Dichos parámetros representan un problema relevante, ya que se considera que los estilos de vida sedentarios son una de las diez primeras causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. En nuestro país en un estudio a 80 profesionales médicos se obtuvo que más de la mitad de ellos solamente realizaban una actividad física leve y que únicamente 17 realizaban una actividad física vigorosa (Montaluisa et al., 2018).

Los trabajadores de la salud se enfrentan a riesgos de accidentes o enfermedades a causa de su ocupación, teniendo como riesgos frecuentes e importantes el contagio por enfermedades transmisibles; la exposición a radiaciones; el contacto con sustancias químicas o biológicas y el estrés psíquico (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de España, 2018). Las investigaciones efectuadas demuestran que los profesionales de la salud presenta un estilo de vida poco saludable principalmente a causa de malos hábitos alimenticios y sedentarismo. A pesar de tener conocimiento de la relación entre hábitos saludables y salud, así como de la etiología de las enfermedades y su tratamiento, el personal de salud no se encuentra exento de padecer problemas nutricionales, principalmente debido al rol laboral extenuante que cumple en la sociedad. Por todo lo antes mencionado y al no existir estudios locales referentes al tema, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el estado de nutrición y el estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud?.

El siguiente estudio nació de la necesidad de determinar las conductas relacionadas con el estilo de vida de los profesionales de la salud y la relación con su estado nutricional. Parámetros que una vez expuestos ayudarían de manera significativa a aumentar los escasos conocimientos respecto al tema y contribuir a posteriores investigaciones, además de permitir adopción de planes y estrategias enfocados en el bienestar del personal sanitario que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud.

El estudio se enfocó en la tercera línea de investigación de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja denominada “Salud-enfermedad del adulto y adulto mayor en la Región Sur del Ecuador o Región Siete”; también es parte de las prioridades de investigación 2013 – 2017 del Ministerio de Salud Pública (MSP) que enmarca la líneas “Obesidad y sobrepeso”, “Desnutrición” y las sublíneas “Conocimientos, actitudes y

prácticas en nutrición en personal de salud, pacientes y sociedad”, por lo que la viabilidad del proyecto se justifica.

La investigación tuvo como objetivo general determinar el estado nutricional y el estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud, en el periodo octubre 2020 – septiembre 2021. Y como objetivos específicos evaluar el estado nutricional mediante el cálculo del índice de masa corporal del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud, según grupo de edad y sexo; identificar el estilo de vida del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud, según grupo de edad y sexo; y establecer la relación entre el estado nutricional y el estilo de vida del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud.

4. Marco Teórico

4.1. Estado Nutricional

4.1.1. Definición. El estado nutricional se puede definir como el consumo de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (que resulta de la suma de una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede producir diversos problemas en el organismo como disminuir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad (OMS, 2017).

Llevar una dieta sana ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como diferentes enfermedades no transmisibles entre ellas diabetes, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y cáncer. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Actualmente, las personas consumen más alimentos hipercalóricos, grasas, azúcares libres y sal/sodio; por otra parte, muchas personas no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética (OMS, 2018).

En el momento en el cual un adulto comienza su vida laboral suele cambiar su gasto calórico. Ya que por un lado no necesita la misma cantidad de energía que en la etapa de crecimiento y, por otro lado, en muchas ocasiones la vida se vuelve más sedentaria. En vista de ello, es importante adquirir buenas rutinas de actividad física, de hábitos de vida, y aprender a organizar la alimentación para evitar el exceso de calorías que conlleven a ganar peso (Blasquez, 2017).

4.1.2. Valoración. La valoración nutricional es el primer eslabón de la práctica clínica y determina la elección de la alimentación más adecuada en función a la situación encontrada. Se pueden aplicar diversos métodos, que tienen alcances y limitaciones específicos y con diferentes niveles de profundidad (Witriw, 2019).

Osuna (2019) afirma “la evaluación del estado nutricional se refiere a un método sistemático de recolección de datos e información proveniente de diferentes fuentes (antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos)” (p. 63). Esta estrategia es de importancia ya que permite identificar la etiología base y planificar un manejo futuro adecuado.

4.1.2.1. Historia clínica. La importancia principal de la Historia Clínica Nutricional es reunir datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar su asistencia. Se trata de una herramienta de intercambio de observaciones e informaciones, que facilita la coordinación del equipo de salud en las actividades de cuidado del paciente (Witriw, 2019).

4.1.2.1.1. Anamnesis. Un buen interrogatorio es fundamental para obtener información que permita detectar factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con la alimentación y la nutrición del individuo (Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur, y Arroyo, 2015).

Se deben incluir los siguientes apartados:

- Datos generales del individuo: Identidad (nombre, edad, sexo, grupo étnico, país de origen, lugar de residencia, religión) (Casanueva et al., 2015).
- Motivo de consulta: Es necesario tener una idea clara de la motivación de la persona para acudir a una consulta con un profesional de la salud, así como su percepción de los problemas que la aquejan y las diferentes causas de éstos (Casanueva et al., 2015).
- Antecedentes hereditarios-familiares: Existen diversos padecimientos con un claro componente familiar, por lo cual su presencia en línea directa puede dar pauta para descartar por medio de pruebas de tamizaje diversas patologías que son frecuentes en este grupo de edad. Entre ellos están las enfermedades crónico no transmisibles como la hipertensión arterial, las dislipidemias y la diabetes mellitus (Casanueva et al., 2015).
- Antecedentes personales: Las principales, en el caso de las enfermedades con componente nutricio, son los hábitos alimentarios, la situación socioeconómica, el patrón de actividad física y el consumo de alcohol y tabaco (Casanueva et al., 2015).

Según Castro & Rodota (2019) dentro de la historia clínica nutricional se debe profundizar en el ámbito de hábitos nutricionales, en el cual se incluye:

- Consumo de alimentos
- Apetito
- Actitud hacia el alimento. Rechazo y causas del mismo (intolerancia, gustos, hábitos, mitos)
- Números de comidas diarias
- Horarios de comidas
- Modos de alimentación

- Alergias alimentarias

- Antecedentes patológicos personales: Es de utilidad conocer si la persona padece enfermedades de tipo crónico como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias o valores anormales de glucosa. Se debe indagar la presencia de problemas hepáticos y asma pues estas condiciones deben tomarse en cuenta en el momento en que el paciente requiere tratamiento médico. La medicación que se administra se debe investigar debido al potencial que puede causar la interacción fármaco-nutriente, así como también antecedentes de quimioterapia o radioterapia (Casanueva et al., 2015).

- Antecedentes personales quirúrgicos: Es importante, indagar sobre procedimientos e intervenciones quirúrgicas previas (como colecistectomía, etc.) (Casanueva et al., 2015).

- Historia de la situación o enfermedad actual: Se debe describir la situación o patología, fecha de inicio, factores desencadenantes, tratamientos realizados hasta el momento, trastornos o patologías asociadas (Casanueva et al., 2015).

- Interrogatorio por aparatos y sistemas: Conviene realizar un interrogatorio final por aparatos y sistemas para conocer posibles molestias o síntomas de importancia. En particular; vale la pena detallar un interrogatorio de signos y síntomas gastrointestinales a fin de identificar problemas como dispepsia, agruras, regurgitación, acidez, gastritis, colitis, inflamación, meteorismo, estreñimiento que puede resolverse con facilidad, una vez identificados. En cuanto a los sujetos con Diabetes Mellitus, es de importancia remitirlos para evaluación oftalmológica (Casanueva et al., 2015).

4.1.2.1.2. *Examen físico.* Debe ser detallado y completo, cefalo-caudal. Es de mucha utilidad y se utiliza para valorar el estado nutricional a través de signos físicos supuestamente relacionados con una ingesta alimentaria inadecuada o excesiva, mantenida a lo largo del tiempo. Los cambios más importantes en el examen físico del estado nutricional se manifiestan en tejidos epiteliales superficiales (piel, uñas, pelo), en la mucosa bucal, la lengua, los dientes, o en órganos fácilmente explorables (tiroides) (Castro & Rodota, 2019).

Cuadro 1. Signos clínicos de deficiencias y excesos nutricionales.

Sistema	Signo	Condición
Piel	<ul style="list-style-type: none"> • Acantosis nigricans • Carotenodermia 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperinsulinismo • Consumo excesivo de carotenos o reducción severa de peso
Cabello	<ul style="list-style-type: none"> • Licopenodermia • Palidez • Xerosis • Pérdida de cabello • Decolorado, opaco, signo de bandera • Lanugo 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo excesivo de licopeno • Anemia • Deficiencia de vitamina A o agua • Deficiencia de proteínas o zinc • Malnutrición proteico energético • Anorexia
Uñas	<ul style="list-style-type: none"> • Coiloniquia • Leuconiquia total 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia ferropénica • Anemia
Ojos	<ul style="list-style-type: none"> • Xeroftalmia • Nictalopia (ceguera nocturna) • Manchas de Bitot • Palidez conjuntival • Xantelasma 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia de vitamina A • Deficiencia de vitamina A • Deficiencia de vitamina A • Anemia ferropénica • Hipercolesterolemia
Labios	<ul style="list-style-type: none"> • Estomatitis angular 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia de B2
Lengua	<ul style="list-style-type: none"> • Lisa, brillante, color rojo intenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia de folato, riboflavina o hierro
Encías	<ul style="list-style-type: none"> • Palidez • Hipertroficadas e inflamadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia o deshidratación • Deficiencia de vitamina C
Dientes	<ul style="list-style-type: none"> • Erosión dental 	Bulimia nerviosa
Cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertrofia tiroidea • Acantosis nigricans 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia de yodo • Hiperinsulinismo
Palma de manos	<ul style="list-style-type: none"> • Palidez 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia
Tejido celular subcutáneo	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuido o aumentado 	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición, bajo peso o sobrepeso/obesidad.

Fuente: Comité Internacional para la Elaboración de Consensos y Estandarización en Nutriología (CIENUT), 2019.

4.1.2.2. Métodos o indicadores antropométricos. Los indicadores de uso más frecuente en la evaluación del estado de nutrición del adulto son los antropométricos pues resultan muy prácticos para identificar la presencia de balances energéticos positivos o negativos. Los procedimientos antropométricos aportan información sobre la masa muscular y las reservas grasas del organismo (Jameson, Fauci, Kasper, Hauster, Longo y Loscalzo, 2019). Los cuales consisten en la toma de mediciones corporales como peso, talla, perímetros y pliegues, entre otros (Witriw & Ferrari, 2019).

Las mediciones son relativamente simples y fáciles; requieren un equipo sencillo (balanza, pediómetro, estadiómetro, cinta métrica y calibre) (Castro & Rodota, 2019).

4.1.2.2.1. Peso. Es la medición corporal más habitual y provee información global de toda la anatomía humana, se expresa en kilogramos. Sin embargo a partir de la finalización de la etapa de crecimiento, los indicadores nutricionales se basan en la adecuación peso/talla (Castro & Rodota, 2019).

Según OMS (2017) para medir el peso corporal es importante tener en cuenta:

- Utilizar una báscula sea manual o electrónica
- Ubicar la báscula en el suelo estable y plano
- Pedir al participante que se quite todos los artículos que lleva consigo (zapatos, zapatillas, sandalias, etc., y calcetines) como otros que pudieran alterar la medición (abrigos, accesorios, etc.)
- Encender la báscula y solicitar al participante que se coloque arriba con un pie a cada lado

4.1.2.2.2. Talla. La talla junto al peso es una de las dimensiones corporales más usadas en la actualidad, debido a la sencillez y facilidad de su registro; se expresa en centímetros (Castro & Rodota, 2019).

Gustavino y Llames (2017) determino que para realizar esta medida se deberá:

- Tomar la medida sin calzado.
- Colocar a la persona erecta, con los pies juntos; talones, glúteos, espalda y región occipital en contacto con el plano vertical del tallímetro.
- La medición se toma con la persona mirando al frente con la cabeza colocada para que el plano de Frankfurt (línea imaginaria trazada desde el extremo inferior de la órbita hasta el borde superior del conducto auditivo externo) esté paralelo al piso.

- Se deberá bajar la barra horizontal, en la parte superior de la cabeza.
- La estatura se lee hasta el último milímetro más cercano.

4.1.2.2.3. *Índice de masa corporal (IMC)*. Es el indicador internacional para evaluar el estado nutricional en adultos. El IMC también se usa de forma amplia como factor de riesgo para el desarrollo o la prevalencia de distintas enfermedades, así como para diseñar políticas de salud pública. Se calcula dividiendo el peso (expresado en kilogramos) por la talla (expresada en metros) elevada al cuadrado (OMS, 2017).

$$IMC = \frac{Peso (kg)}{Altura (m)^2}$$

Medir el IMC es el primer paso generalmente aceptado para determinar el grado de sobrepeso. El IMC es fácil de medir, confiable y se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal. El IMC proporciona una mejor estimación de la grasa corporal total en comparación con el peso corporal solo (Perreault, 2020).

Se considera que las cifras de BMI <18.5 constituyen peso bajo; <17, peso significativamente bajo, y <16, emaciación grave. Los valores de 18.5 a 24.9 son normales, 25 a 29.9 es sobrepeso y 30 o más, obesidad (Jameson et al., 2019).

Cuadro 2. Interpretación del IMC definidos por la OMS.

IMC	Estado nutricional
<18.5	Bajo peso
18.5 – 24.9	Peso normal
25.0 – 29.9	Sobrepeso
≥ 30.0 – 34.9	Obesidad grado 1
≥ 35.0 – 39.9	Obesidad grado 2
≥ 40.0	Obesidad grado 3 (mórbida)

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2013.

Algunas ventajas que de esta medida es que, aunque claramente no es una medida ideal de la adiposidad real, ha sido un marcador ampliamente utilizado. Los resultados con su uso se correlacionan positivamente con otros marcadores de obesidad, como la circunferencia de la cintura y la relación cintura-cadera (Suárez y Sánchez, 2018).

Las limitaciones que presenta el IMC es que no distingue entre la masa libre de grasa, donde incluimos la masa muscular o el hueso, y la masa grasa y tampoco la distribución de la misma (Suárez y Sánchez, 2018).

4.1.2.2.4. *Circunferencia de la cintura.* Resulta un buen indicador de exceso de tejido adiposo en la región abdominal, lo cual eleva el riesgo cardiovascular (Gustavino y Llanes, 2017).

La circunferencia de la cintura es una medida de la obesidad abdominal y proporciona información de riesgo independiente que no se explica por el IMC. Los pacientes con obesidad abdominal tienen un mayor riesgo de enfermedad cardíaca, diabetes, hipertensión, dislipidemia, enfermedad del hígado graso no alcohólico y tienen tasas de mortalidad general más altas (Perreault, 2020).

La circunferencia de la cintura se mide con una cinta métrica colocada en un plano horizontal, el paciente en posición anatómica (de pie), a nivel del punto medio entre la cresta ilíaca anterosuperior y el borde inferior de la última costilla. La lectura se realiza al final de una espiración normal (Gustavino y Llanes, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el valor máximo saludable del perímetro abdominal en 88 centímetros en la mujer, mientras que en el hombre el valor es de 102 centímetros.

Cuadro 3. Puntos de corte para circunferencia de la cintura OMS.

Indicador	Puntos de corte	Riesgo de complicaciones metabólicas
Circunferencia de cintura	> 94 cm (hombres) > 80 cm (mujeres)	Aumentado
Circunferencia de cintura	> 102 (hombres) > 88 cm (mujeres)	Sustancialmente aumentado

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2008.

4.1.2.2.5. *Circunferencia del brazo.* Se trata de un indicador de uso frecuente, de gran interés nutricional debido a su sensibilidad a cambios en los compartimentos graso y muscular. Utilizado para la valoración de masa muscular (Castro & Rodota, 2019).

Para su medición el brazo deberá colgar libremente al lado del cuerpo. Se medirá la distancia entre el acromion de la escápula y el olécranon del cúbito para determinar el punto medio. Se mide la circunferencia en el punto medio (Gustavino y Llanes, 2017).

Cuadro 4. Valores referenciales Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición III (NHANES III). Circunferencia del brazo en hombres y mujeres latinos.

Edad	Hombres	Mujeres
20 - 29 años	31,7 cm	29,7 cm
30 - 39 años	33,0 cm	31,9 cm
40 - 49 años	33,7 cm	33,1 cm
50 - 59 años	33,5 cm	32,9 cm
60 - 69 años	31,9 cm	32,8 cm
70-79 años	30,3 cm	30,5 cm
80 años y más	28,4 cm	27,2 cm

Fuente: Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición III (NHANES III), 1994.

4.1.2.2.6. *Pliegues cutáneos.* La medición de los pliegues cutáneos se realiza cuando se desea conocer con mayor exactitud la composición corporal, más específicamente, la grasa corporal. Se utilizan para estimar la reserva calórica y son indicadores de masa grasa. Para la toma de pliegues se utiliza el caliper o plicómetro (Castro & Rodota, 2019).

Para la medición se procede a tomar el pliegue con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda y el plicómetro con la mano derecha. Las puntas de las pinzas se ubican a un centímetro de distancia de los dedos que toman el pliegue. La lectura se realiza luego de dos segundos. Todas las mediciones se expresan en milímetros (Gustavino y Llanes, 2017).

- Pliegue tricipital: Se toma en la cara posterior del brazo, en el punto medio entre el borde inferior del acromión y el olécranon (Gustavino y Llanes, 2017).
- Pliegue bicipital: Se toma en el punto medio sobre el vientre del músculo biceps, en la cara anterior del brazo (Gustavino y Llanes, 2017).

- Pliegue subescapular: justo debajo de la escápula, formando un ángulo de 45° con la columna vertebral (Gustavino y Llanes, 2017).

- Pliegue suprailiaco: tomado por encima de la cresta iliaca, en la línea axilar media. (Gustavino y Llanes, 2017).

A partir de las medidas de estos cuatro pliegues se realiza una sumatoria que resulta en la estimación del porcentaje de grasa corporal (Gustavino y Llanes, 2017).

Cuadro 5. Porcentaje de grasa corporal según sumatoria de cuatro pliegues.

Pliegue (mm)	Varones (porcentaje de grasa corporal)				Mujeres (porcentaje de grasa corporal)			
	17-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	17-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más
20	8,1%	12,2%	12,2%	12,6%	14,1%	17,0%	19,8%	21,4%
30	12,9%	16,2%	17,7%	18,6%	19,5%	21,8%	24,5%	26,6%
40	16,4%	19,2%	21,4%	22,9%	23,4%	25,5%	28,2%	30,3%
50	19,0%	21,5%	24,6%	26,5%	26,5%	28,2%	31,0%	33,4%
60	21,2%	23,5%	27,1%	29,2%	29,1%	30,6%	33,2%	35,7%
70	23,1%	25,1%	29,3%	31,6%	31,2%	32,5%	35,0%	37,7%
80	24,8%	26,6%	31,2%	33,8%	35,1%	34,3%	36,7%	39,6%
90	26,2%	27,8%	33,0%	35,8%	34,8%	35,8%	38,3%	41,2%
100	27,6%	29,0%	34,4%	37,4%	36,4%	37,2%	39,7%	42,6%
110	28,8%	30,1%	35,8%	39,0%	37,8%	38,6%	41,0%	42,9%
120	30,0%	31,1%	37,0%	40,4%	39,0%	39,6%	42,0%	45,1%
130	31,0%	31,9%	38,2%	41,8%	40,2%	40,6%	43,0%	46,2%
140	32,0%	32,7%	39,2%	43,0%	41,3%	41,6%	44,0%	47,2%
150	32,9%	33,5%	40,2%	44,1%	42,3%	42,6%	45,0%	48,0%
160	33,7%	34,3%	41,2%	45,1%	43,3%	43,6%	45,8%	49,2%
170	34,5%	34,8%	42,0%	46,1%	44,1%	44,4%	46,6%	50,0%

Fuente: Durin y Womersley, 1994

4.1.2.2.7. *Índice cintura-cadera*. Da una estimación de relativa acumulación de grasa abdominal. La pérdida de grasa abdominal como resultado de la pérdida de peso, reflejará una disminución en la circunferencia de la cintura, pero no necesariamente habrá cambios en el ICC (OMS, 2018).

Gustavino y Llanes (2017) correlaciona el índice cintura-cadera con riesgo aumentado de padecer diabetes, enfermedad coronaria y muerte súbita. Y establece los puntos de medición que son:

- Cintura: punto medio entre la décima costilla y el borde superior de la cresta ilíaca.
- Cadera: a nivel de la máxima protuberancia posterior de los glúteos.

ICC = perímetro cintura abdominal / perímetro cadera.

La distribución androide determina mayor riesgo que la ginoide, pues la adiposidad abdominal implica mayores complicaciones cardiovasculares y metabólicas (Gustavino y Llanes, 2017).

4.1.2.3. *Métodos o indicadores bioquímicos*. Como parte del protocolo de evaluación del estado nutricional en el adulto siempre es recomendable realizar estudios de laboratorio que permitan identificar o descartar los principales riesgos de salud o complicaciones y corregir las alteraciones metabólicas. La química sanguínea proporciona información sobre la glucosa en ayuno y las concentraciones de urea y ácido úrico (Casanueva et al., 2015).

En personas mayores de 30 años o con antecedentes de dislipidemias (o factores de riesgo asociados) es conveniente determinar un perfil de lípidos completo, y si se encuentra alguna alteración, centrar los objetivos en el control de la dislipidemia. Esta prueba es prioritaria en los hombres mayores de 40 años y con obesidad importante. Es recomendable realizar una determinación de glucosa postprandial de una hora a partir de los 30 años de edad y repetir el examen cada año si hay antecedentes familiares o cada cinco si no los hay. Un tamiz positivo en esta prueba debe acompañarse de una curva de tolerancia a la glucosa. En pacientes con valores contradictorios de glucemia con intolerancia a la glucosa o con Diabetes Mellitus, es necesario determinar la concentración de hemoglobina glucosilada para evaluar el control glucémico en los últimos tres meses (Casanueva et al., 2015).

A fin de evaluar la sensibilidad a la insulina y el riesgo de desarrollar diabetes en pacientes con obesidad importante, se debe determinar la concentración preprandial de insulina en suero. Cuando ésta es inferior a 15ng/dL puede considerarse adecuada, pero si sobrepasa ese

valor, el diagnóstico es de hiperinsulinemia. Un nivel elevado de insulina, es decir, situado en el límite superior del intervalo normal de glucosa, suele indicar insulinoresistencia con alto riesgo de desarrollar diabetes y otras enfermedades crónicas (Casanueva et al., 2015).

Para evaluar la relación glucosa-insulina se pueden utilizar las ecuaciones del índice HOMA-IR (homeostasis model assessment for insulin resistance) y del FIRI (fasting insulin resistance index). El índice HOMA-IR tiene una correlación de 70% con la técnica de pinza hiperglucémica, que se considera el estándar para la evaluación de la insulinoresistencia, pero que se utiliza de manera exclusiva con fines de investigación (Casanueva et al., 2015).

Debido a que varias de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes cursan con procesos de inflamación crónica, es cada vez más recomendable hacer una determinación de proteína C-reactiva pues se ha encontrado que resulta útil para predecir el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (Casanueva et al., 2015).

El examen general de orina permite descartar la presencia de glucosuria y cuerpos cetónicos, los cuales son indicativos de alteraciones metabólicas como hiperglucemia y lipólisis, características de la diabetes mellitus (Casanueva et al., 2015).

Asimismo, es importante solicitar una biometría hemática completa pues la prevalencia de anemia es alta, particularmente en mujeres, debido a la pérdida menstrual, además del consumo elevado de fitatos y taninos y a la todavía gran prevalencia de ciertas parasitosis, entre otras causas. Con esta prueba se pueden descartar de forma indirecta deficiencias de vitamina B12 y de ácido fólico (Casanueva et al., 2015).

Por lo común no es necesario hacer un perfil tiroideo, ya que se ha comprobado que son poco frecuentes las alteraciones en la producción de hormona tiroidea en los pacientes con obesidad. No obstante, en algunos casos la exploración física puede sugerir alteración tiroidea; de ser así deberá solicitarse el perfil correspondiente para descartar algún padecimiento. Las pruebas de mayor utilidad en este ámbito son la determinación de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) y tiroxina libre (Casanueva et al., 2015).

Con frecuencia, las enfermedades crónicas suelen tener una etapa silenciosa, durante la cual es posible detectar y comenzar a tratar el padecimiento si se hacen las determinaciones adecuadas. Con esta medida pueden evitarse mayores complicaciones a la vez que se mejora la calidad de vida (Casanueva et al., 2015).

4.1.2.4. Métodos o indicadores clínicos. Es importante la recolección de una historia clínica que evalúe aspectos referentes a la nutrición entre ellos: cambios en el apetito, en el nivel de saciedad, cambios en el umbral de sabores, aversiones alimentarias, sintomatología gastrointestinal como náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, entre otros. Evaluar el uso de drogas, alcohol y tabaco, la presencia de diagnósticos médicos con repercusiones nutricionales, el nivel de actividad física, capacidad para alimentarse por si mismos, entre otros aspectos (Osuna, 2019)

Otros parámetros clínicos relevantes son la documentación de los medicamentos que está recibiendo, sobretodo de sedantes y barbitúricos, considerando el impacto que tiene en la disminución del tránsito gastrointestinal (Casanueva et al., 2015).

De manera generalizada, la deficiencia de macro y micronutrientes puede ser identificada a través de una exploración física orientada a identificar signos y síntomas de tipo nutricional. Las regiones a evaluar con mayor importancia son el cabello, la piel, boca y la lengua, al ser las partes del cuerpo con más probabilidades de manifestar signos de déficit nutricional (Osuna, 2019).

Dentro de la evaluación física es importante identificar el estado de las reservas de tejido adiposo y masa muscular, así como valorar la acumulación de líquidos y la funcionalidad del paciente, aspectos de importancia para detectar la presencia de desnutrición en el paciente (Osuna, 2019).

4.1.2.5. Medidas o indicadores dietéticos. Es importante evaluar a través de un recordatorio de 24 horas el consumo de energía y macronutrientes (Casanueva et al., 2015).

Análisis del Recordatorio de 24 horas: en la cual es necesario anotar el consumo actual, la cantidad de kilocalorías y nutrientes que el paciente consumió, obteniendo los datos como resultado del calculo del recordatorio de 24 horas de pasos múltiples, así como los % de cada nutriente para el consumo energético total (Osuna, 2019).

Análisis de la Frecuencia de consumo de alimentos: se presenta una tabla, en la que el nutriólogo debe analizar la frecuencia con la que el paciente consume los diferentes grupos de alimentos, se deberán sumar los alimentos de cada grupo, poniéndolas en las mismas unidades. Este análisis permitirá saber que es lo que el paciente acostumbra comer con mayor

frecuencia y poder evaluar si consume los tres grupos de alimentos, es decir si la dieta es completa (Osuna, 2019)

Dieta Correcta: En el cuadro se deberá anotar para cada una de las características, si el paciente cumple o no con cada una de ellas, describiendo los aspectos específicos (Casanueva et al., 2015).

Una vez cuantificado el consumo de macro y micronutrientes en 24 horas por tres días, se debe comparar contra los requerimientos nutrimentales del individuo según su condición clínica actual (Osuna, 2019).

4.1.3. Clasificación.

4.1.3.1. Desnutrición.

4.1.3.1.1. Definición. Es un problema nutricional que puede surgir de dos maneras, ya sea por falta de nutrientes en la alimentación o cuando el organismo no puede absorber los nutrientes de los alimentos (Jameson et al., 2019).

4.1.3.1.2. Etiología. La desnutrición surge por causas primarias o secundarias; las primeras son consecuencia del consumo inadecuado o de la mala calidad de los alimentos y las segundas, de enfermedades que alteran dicho consumo o las cantidades necesarias de nutrientes, su metabolismo o absorción. Las formas primarias surgen más bien en países en desarrollo y en casos de guerra o hambruna. La desnutrición secundaria, la principal forma encontrada en países industrializados, no fue reconocida hasta inicios del decenio de 1970, cuando se observó que las personas con consumo adecuado de alimentos pueden presentar desnutrición como consecuencia de enfermedades crónicas o agudas que alteran el consumo o metabolismo de nutrientes, en particular enfermedades que causan inflamación aguda o crónica (Jameson et al., 2019).

4.1.3.1.3. Tipos. Existen dos tipos, la producida por inanición y la secundaria a otras enfermedades. Se sugiere el uso del término desnutrición relacionada con inanición para casos de inanición crónica sin inflamación, desnutrición relacionada con enfermedades crónicas cuando hay inflamación crónica leve a moderada y desnutrición relacionada con enfermedades o lesiones agudas cuando la inflamación es aguda e intensa (Jameson et al., 2019).

4.1.3.1.4. *Manifestaciones clínicas.* En la desnutrición debida a inanición, el signo más obvio es la pérdida de grasa corporal. La pérdida grave de músculos y tejido graso se denomina caquexia, se cree que es resultado de un exceso en la producción de citoquinas, que produce el sistema inmunitario en respuesta a un trastorno (Morley, 2020).

4.1.3.1.5. *Diagnóstico.* Además de valorar el peso, talla y explorar al paciente, es útil una analítica sanguínea que incluya marcadores nutricionales, como las proteínas viscerales, micronutrientes, parámetros inflamatorios y hemograma, por el riesgo de afectación del sistema inmune en pacientes desnutridos (Morley, 2020).

Asimismo, puede ser útil realizar una valoración de la composición corporal con técnicas como la bioimpedancia, que nos proporciona información sobre la masa muscular y grasa corporal (Morley, 2020)

4.1.3.1.6. *Tratamiento.* Tras estudio de su causa, el tratamiento consiste en realizar una pauta de alimentación individualizada y adaptada a las necesidades de cada paciente, junto con suplementos en caso que se requiera (Morley, 2020).

4.1.3.2. Sobrepeso.

4.1.3.2.1. *Definición.* Es un estado premórbido de la obesidad, se define como una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se considera que un individuo tiene sobrepeso cuando su índice de masa corporal (IMC) se encuentra entre 25kg/m² y 29,9kg/m² (OMS, 2020).

4.1.3.2.2. *Etiología.* Las principales causas son los factores genéticos y las alteraciones del metabolismo; excesiva e incorrecta alimentación asociada a la falta de ejercicio y sedentarismo; también puede ser debida a trastornos de la conducta alimentaria (Jameson et al., 2019).

4.1.3.2.3. *Manifestaciones clínicas.* Por lo general, el aumento de peso sucede a través del tiempo. El principal signo es el aumento de peso y el exceso de grasa en la cintura (Jameson et al., 2019).

4.1.3.2.4. *Diagnóstico.* Al evaluar a los pacientes con sobrepeso se debe realizar una historia clínica específica para determinar la etiología; investigar la historia familiar; los factores de riesgo cardiovascular; la comorbilidad asociada; los estilos de vida, con énfasis en el estado nutricional y los hábitos de actividad física. La forma más común de diagnosticar el sobrepeso es calcular el IMC. La existencia de un IMC mayor de 25 y menor de 27,

orientan en el diagnóstico de sobrepeso (Jameson et al., 2019).

4.1.3.2.5. Tratamiento. El tratamiento es multidisciplinario se basa en si en un cambio de estilo de vida, consta de un tratamiento médico enfocado en detectar otros trastornos que el paciente pudiera presentar; tratamiento nutricional que incluya un plan adecuado de alimentación de buena calidad y a horarios establecidos; actividad física y ejercicio, y manejo psicológico (Jameson et al., 2019).

4.1.3.3. Obesidad.

4.1.3.3.1. Definición. La obesidad se define como el anormal o excesivo almacenamiento de grasa, secundario a diferentes causas, incluyendo desbalance energético, fármacos y patología genética. Se considera que un individuo tiene sobrepeso cuando su índice de masa corporal (IMC) se encuentra entre 30kg/m^2 y 40kg/m^2 (OMS, 2017). La Federación Mundial de Obesidad (World Obesity Federation [WOF]) la ha definido como una enfermedad crónica, recurrente y progresiva, enfatizando en la necesidad de acción inmediata para la prevención y control de esta.

4.1.3.3.2. Etiología. Diferentes factores favorecen el desarrollo de esta patología.

Entre los factores sociales cabe destacar el desempeño de trabajos de menor cualificación, ser viudo o la maternidad en edades tempranas (OMS, 2017).

En relación con los factores económicos, destaca una mayor prevalencia entre las clases sociales más bajas de los países desarrollados en contraposición de las clases sociales más altas de los países en vías de desarrollo. Entre los factores ambientales destaca el aumento de la edad, además en la mujer los cambios hormonales producidos a consecuencia de la menopausia favorecen tanto el aumento de la ingesta como la disminución del consumo energético (Rodrigo-Cano, Soriano y Merino-Torres, 2017).

Es importante destacar el ambiente obesogénico que puede favorecerse en el hogar, donde las figuras paternas pueden reforzar unos hábitos incorrectos como la sobrealimentación y el sedentarismo (Rodrigo-Cano, Soriano y Merino-Torres, 2017).

Sin embargo, uno de los factores más importantes en el desarrollo de la obesidad es el estilo de vida del propio individuo. Éste se verá favorecido en presencia de una alimentación definida por un frecuente consumo de alimentos de elevada densidad energética, un consumo superior a las necesidades, hábitos relacionados con el tamaño de las raciones o el número de ingestas a lo largo del día (Rodrigo-Cano, Soriano y Merino-Torres, 2017).

Recientemente también se ha encontrado relación con otros factores como la alteración del sistema circadiano al verse suprimido el ritmo de la melancortina, responsable de la expresión y secreción de leptina y adiponectina; la microbiota intestinal; características perinatales relacionadas con la gestante o el propio sujeto también pueden contribuir al desarrollo de la obesidad y posteriores alteraciones metabólicas (Rodrigo-Cano, Soriano y Merino-Torres, 2017).

La aparición de la obesidad también puede deberse a una enfermedad de origen endocrino. Las principales alteraciones se encuentran producidas en el eje hipotálamo-hipofisoadrenal, hormona del crecimiento o hipotálamo-hipofisogonadal (Rodrigo-Cano, Soriano y Merino-Torres, 2017).

Por último nombrar los factores genéticos, donde puede estar implicado un solo gen o varios. Entre los genes relacionados con la obesidad es necesario destacar el gen FTO y MC4R (Rodrigo-Cano, Soriano y Merino-Torres, 2017).

4.1.3.3.3. Tipos. Según la OMS (2017) la obesidad puede clasificarse en grado 1 con un IMC entre 30kg/m² y 34,9kg/m²; grado 2 IMC entre 35kg/m² y 39,9kg/m², y grado 3 o mórbida con un IMC ≥ 40 kg/m².

4.1.3.3.4. Manifestaciones clínicas. El síntomas mas obvio es el aumento de peso, por lo que los síntomas dependerán de este aumento de peso. Otros síntomas pueden ser: apnea del sueño, dolor lumbar, sudoración excesiva, intolerancia al calor, infección en los pliegues cutáneos, fatiga, depresión, disnea (Andreu, Cañizares y Flores, 2018).

Dentro de los signos de obesidad podemos encontrar acantosis nigricans, estrías, edemas y varices en extremos inferiores, IMC mayor a 30 kg/m², aumento de la circunferencia de la cintura 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres etc (Andreu, Cañizares y Flores, 2018).

4.1.3.3.5. Diagnóstico. Se deben realizar pruebas de detección sistemática en todos los adultos para identificar la obesidad, y brindar orientación e intervenciones conductuales para la pérdida sostenida de peso. Las cinco etapas principales para valorar la obesidad son: anamnesis centrada en la obesidad; exploración física para determinar el grado y tipo de obesidad; valoración de enfermedades concomitantes; determinación del nivel de condición física, y valoración de la disposición de la persona a adoptar cambios en su estilo de vida (Jameson et al., 2019).

4.1.3.3.6. Tratamiento. Según Jameson et al., (2019) las metas principales del

tratamiento son mejorar los trastornos concomitantes derivados de la obesidad y aminorar el riesgo de que surjan otros en el futuro. La información obtenida en la anamnesis, la exploración física y los estudios diagnósticos permite determinar el riesgo y elaborar un plan de tratamiento. El estado de riesgo, las expectativas y los recursos disponibles del paciente determinan la intensidad del tratamiento y las modalidades que se utilizarán. No todos los pacientes considerados obesos por el IMC necesitan tratamiento como lo ejemplifican los conceptos de paradoja de obesidad o del obeso metabólicamente sano. No obstante, los pacientes con trastornos concomitantes relacionados con la obesidad y las personas que se beneficiarían de una intervención de pérdida de peso deben manejarse con medidas proactivas. El tratamiento de la obesidad siempre comienza con modificaciones del estilo de vida y puede consistir en farmacoterapia o cirugía, según la categoría de riesgo basada en IMC.

Cuadro 2. Guía para la selección de tratamiento de la obesidad.

Tratamiento	Categoría IMC (kg/m ²)				
	25-26.9	27-29.9	30-34.9	35-39.9	≥40
Dieta, ejercicio, terapia conductual	Si hay enfermedades concomitantes	Si hay enfermedades concomitantes	+	+	+
Farmacoterapia	-	Si hay enfermedades concomitantes	+	+	+
Cirugía	-	-	-	Si hay enfermedades concomitantes	+

Fuente: Harrison Principios de Medicina Interna, ed. 19, 2019.

- Poco o ningún riesgo : un IMC de 20 a 25 kg / m² se asocia con poco o ningún aumento de riesgo, a menos que la circunferencia de la cintura sea alta (un marcador de mayor riesgo cardiometabólico) o que la persona haya aumentado más de 10 kg desde los 18 años. Las personas de ascendencia asiática comienzan a correr riesgos, incluso en este rango bajo (es decir, IMC > 23 kg / m²) (Apovian y Perreault, 2020).

- Riesgo bajo: Las personas con un IMC de 25 a 29,9 kg / m², que no tienen factores de

riesgo de ECV u otras comorbilidades relacionadas con el peso, pueden describirse como de bajo riesgo, especialmente si son mayores. Deben recibir asesoramiento sobre la prevención del aumento de peso, incluidos consejos sobre hábitos alimentarios y actividad física (Apovian y Perreault, 2020).

- Riesgo moderado: las personas con un IMC entre 25 y 29,9 kg / m² y con uno o más factores de riesgo de ECV (diabetes, hipertensión, dislipidemia), o con un IMC de 30 a 34,9 kg / m² , tienen un riesgo moderado. A estos pacientes se les debe ofrecer o derivar a una intervención conductual intensiva de varios componentes. Esto incluye herramientas y estrategias para realizar cambios en la dieta, aumentar la actividad física y apoyar y mantener la pérdida de peso. También debe considerarse la terapia farmacológica (Apovian y Perreault, 2020).

- Riesgo alto: las personas con un IMC de 35 a 40 kg / m² tienen un alto riesgo, especialmente aquellas de 20 a 39 años y aquellas con un IMC superior a 40 kg / m² . Las personas en las categorías de mayor riesgo deben recibir el tratamiento más agresivo (intervención conductual intensiva de múltiples componentes, terapia farmacológica, cirugía bariátrica) (Apovian y Perreault, 2020).

4.2. Estilo de vida

4.2.1. Definición. El concepto “estilo de vida” resulta de una aproximación del entendimiento entre diferentes dimensiones sociales: cómo los individuos obtienen los recursos necesarios para una actividad concreta, cómo se relacionan con el mundo social y organizan sus actividades, cuáles son sus intereses sociales y cómo se identifican con una actividad (Dumont y Clua, 2015).

Estudios demuestran que determinados cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad.

La evidencia sobre las intervenciones para el cambio de conducta (ICC) en las consultas de atención primaria ha ido evidenciando en los últimos años la utilidad de las estrategias cognitivo-conductuales. Las ICC más intensivas se asocian con mayor magnitud y duración del beneficio. Las intervenciones individuales sobre un solo factor de riesgo tienen escaso impacto en la salud de las personas y sus determinantes (Córdoba et al., 2020).

Las técnicas cognitivo-conductuales deben aplicarse para fomentar el compromiso que el sujeto debe adquirir frente a la modificación del estilo de vida esperado. Se pretende

concienciar al sujeto de la responsabilidad que adquieren sus actos frente la consecución de los objetivos establecidos. La modificación conductual puede aplicarse mediante diferentes estrategias como el control del estímulo, identificando las causas de un estilo de vida poco saludable; el refuerzo positivo, reconociendo los cambios introducidos; la reestructuración cognitiva, modificando las creencias o desmintiendo mitos; la automonitorización de medidas corporales, seguimiento de pautas dietéticas o realización de actividad y ejercicio físico mediante registros para conseguir una mayor implicación del sujeto en el programa de reducción de peso (Rodrigo-Cano, 2017).

4.2.2. Estilo de vida saludable. La OMS define un estilo de vida saludable como el resultado de una serie de hábitos que permiten un estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, 2018).

Esto implica temas como la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la enfermedad, el trabajo, la relación con el medio ambiente, el descanso adecuado, la recreación y la actividad social (OMS, 2018).

4.2.3. Estilo de vida no saludable. Son aquellos comportamientos de riesgo, tóxicos y nocivos que adopta cada individuo y que provocan prejuicios en su salud (tanto física como mentalmente) (OMS, 2018).

Se ha observado que existe una gran relación de las enfermedades no transmisibles con la globalización del estilo de vida no saludable (OMS, 2018).

4.2.4. Dimensiones. Las dimensiones están imbricadas y son complementarias, y han sido seleccionadas y formuladas a partir de estudios del ocio, colectivos marginales, procesos de salud/enfermedad, profesiones y medios de comunicación (Dumont y Clua, 2015).

4.2.4.1. Condición, actividad física y deporte. La condición física saludable puede definirse como un estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas habituales de la vida diaria, disfrutar del tiempo de ocio activo y afrontar las posibles emergencias imprevistas sin una fatiga excesiva, a la vez que ayuda a evitar enfermedades hipocinéticas y a desarrollar el máximo de capacidad intelectual experimentando plenamente la alegría de vivir (Escalante, 2011).

La OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. La actividad física hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a

determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud. Entre las actividades físicas más comunes cabe mencionar caminar, montar en bicicleta, pedalear, practicar deportes, participar en actividades recreativas y juegos; todas ellas se pueden realizar con cualquier nivel de capacidad y para disfrute de todos. Se ha demostrado que la actividad física regular ayuda a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y varios tipos de cáncer. También ayuda a prevenir la hipertensión, a mantener un peso corporal saludable y puede mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar. Los adultos de 18 a 64 años deberían realizar actividades físicas aeróbicas moderadas durante al menos 150 a 300 minutos; o actividades físicas aeróbicas intensas durante al menos 75 a 150 minutos; o una combinación equivalente de actividades moderadas e intensas a lo largo de la semana; también deberían realizar actividades de fortalecimiento muscular moderadas o más intensas que ejerciten todos los grupos musculares principales durante dos o más días a la semana, ya que tales actividades aportan beneficios adicionales para la salud; deberían limitar el tiempo dedicado a actividades sedentarias (OMS, 2020).

El deporte se trata de cualquier actividad física ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas en que se hace prueba, con o sin competición, de habilidad, destreza o fuerza física (Méndez y Méndez, 2016).

El ejercicio es importante para la prevención primaria de la obesidad. Los bajos niveles de actividad física y recreación están relacionados con el aumento de peso tanto en hombres como en mujeres. Mantener una actividad física adecuada reduce el riesgo de aumento de peso y el riesgo de enfermedad cardiovascular. A modo de ejemplo, en los adultos jóvenes en transición a la mediana edad, los niveles más altos en comparación con los niveles más bajos de actividad física durante 20 años se asociaron con un menor aumento de peso. En esta población joven (edad media de 25 años) y de peso normal, 150 minutos de actividad moderada por semana fueron suficientes para prevenir el aumento de peso. En los adultos mayores u obesos, sin embargo, pueden ser necesarios niveles de actividad más altos para prevenir el aumento de peso (Perreault, 2019).

4.2.4.2. Recreación y manejo del tiempo libre. La recreación es sinónimo de entretenimiento, divertimento, actividad sin esfuerzo que se desarrolla en un tiempo de poco valor social, en el tiempo no productivo y que se presenta como una actividad voluntaria. El

tiempo libre es entendido como un espacio en que se va a desarrollar actividades de ocio o recreación. El tiempo libre pertenece al individuo y no está condicionado socialmente (Perreault y Burgermaster, 2020).

4.2.4.3. Autocuidado y cuidado médico. El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano. El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía (Naranjo, Concepción y Rodríguez, 2017).

El cuidado médico se trata de la atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad. La meta del cuidado médico de apoyo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su tratamiento (Perreault y Burgermaster, 2020).

El autocontrol, que a menudo implica el uso de diarios de alimentos, registros de actividad y autopeso, es uno de los elementos de un programa conductual. Se instruye a las personas sobre cómo registrar todo lo que comen, las calorías de los alimentos y la situación en la que están comiendo. El Registro Nacional de Control de Peso, un estudio de 4000 personas que habían perdido al menos 30 libras (13,6 kg) y lo mantuvieron durante al menos un año, informa que la automonitorización es una de las técnicas más utilizadas entre los pacientes que pierden con éxito peso y mantener la pérdida de peso. En una revisión sistemática de 22 estudios que evaluaron la relación entre la automonitorización y la pérdida de peso, hubo una asociación consistente entre la automonitorización (de peso, dieta y ejercicio) y una pérdida de peso exitosa (Perreault y Burgermaster, 2020).

4.2.4.4. Hábitos alimenticios. Una dieta equilibrada es la que se base en alimentos que potencien el correcto funcionamiento del organismo y eviten enfermedades relacionadas con la alimentación, como la obesidad y las alteraciones metabólicas que de ella se derivan (Perreault, 2019).

Los cambios en el suministro mundial de alimentos, incluida la disponibilidad de

alimentos baratos, sabrosos, convenientes y ricos en energía pueden ser responsables, en parte, de la creciente prevalencia de la obesidad. Desde la década de 1970, la cantidad de carbohidratos y grasas refinados aumentó en el suministro de alimentos de los Estados Unidos, lo que resultó en un aumento dramático en la ingesta total de calorías. El aumento de las tendencias en el índice glucémico de los alimentos, las bebidas que contienen azúcar, el tamaño de las porciones de los alimentos preparados, el servicio de comida rápida, la disminución de la presencia familiar en las comidas y el contenido nutricional de las comidas escolares, junto con una disminución continua de la actividad física, han contribuido al aumento de obesidad en los Estados Unidos y en todo el mundo (Perreault, 2019).

Es importante fomentar hábitos alimentarios correctos, con una alimentación variada, que incluya frutas, verduras y evite los dulces, bebidas azucaradas, controle la ingesta de panes, helados y alimentos fritos entre otros. El establecimiento de hábitos alimentarios saludables previene problemas de salud (Pampillo, Arteché y Méndez, 2019).

4.2.4.5. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. El consumo de alcohol y tabaco y otras drogas se considera un problema de salud pública, pues a pesar de que a estas sustancias se les denomina drogas lícitas o drogas sociales, está comprobado su efecto dañino en la salud, pues el consumo de estas sustancias se asocia estrechamente con los principales indicadores de morbilidad y mortalidad. El consumo de estas sustancias conforman un estilo de vida aceptado socialmente en la población, pues el consumo de alcohol está presente en una gran cantidad de actividades y eventos sociales, religiosos, laborales y políticos, por lo que existe una cultura de alcohol y tabaco muy arraigada en diversos grupos de población y en casi todas las etapas de la vida. Beber alcohol y fumar tabaco de forma continua y frecuente causa dependencia física y psicológica, así como múltiples daños a la salud; el consumo de tabaco y alcohol están presentes en la población en general (Rodríguez-Ramírez, Esquivel-Gámez, Landeros-Velasco, Villalpando-Luna y Rodríguez-Nava, 2018).

4.2.4.5.1. Alcohol. Si se consume alcohol, solo debe consumirse con moderación, con no más de una bebida al día para las mujeres y dos bebidas al día para los hombres. Los riesgos y beneficios específicos del consumo de alcohol varían según la edad, el sexo y las condiciones comórbidas. En general, el consumo moderado en la mayoría de los adultos mayores puede reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). Sin embargo, un consumo bajo puede aumentar el riesgo de cáncer de mama y una ingesta moderada o alta puede aumentar el riesgo de otros cánceres, incluido el cáncer de colon (Colditz, 2019).

4.2.4.5.2. *Tabaco*. El tabaquismo es la principal causa evitable de mortalidad, responsable de más de siete millones de muertes en todo el mundo y más de 480.000 muertes en los Estados Unidos anualmente. Si continúan las tendencias actuales, el tabaco matará a más de ocho millones de personas en todo el mundo cada año para el año 2030. Las tres principales causas de mortalidad relacionada con el tabaquismo son la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, el cáncer de pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Rigotti, 2020).

Dejar de fumar a cualquier edad se asocia con importantes beneficios para la salud de todos los fumadores. El alcance del beneficio depende en parte de la intensidad y duración de la exposición previa al humo del tabaco. Se puede esperar que los fumadores que dejan de fumar vivan más tiempo y es menos probable que desarrollen enfermedades relacionadas con el tabaco, como enfermedad coronaria, cáncer y enfermedad pulmonar (Rigotti, 2020).

4.2.4.6. *Sueño*. El sueño es una función biológica de central importancia para la mayoría de los seres vivos. Los estudios sobre la fisiología del sueño han demostrado que durante este se produce una diversidad de procesos biológicos de gran relevancia, como la conservación de la energía, la regulación metabólica, la consolidación de la memoria, la eliminación de sustancias de desecho, activación del sistema inmunológico (Kirsch, 2020).

En las características conductuales del sueño existe una disminución de la conciencia y de la reactividad a los estímulos externos; se trata de un proceso fácilmente reversible (lo cual lo diferencia de estados patológicos que cursan con alteraciones del estado de alerta como el estupor y el coma); generalmente se asocia a inmovilidad y relajación muscular; suele presentarse con una periodicidad circadiana (diaria), por lo común en relación con los ciclos de luz y oscuridad; durante el sueño los individuos adquieren una postura estereotipada; la ausencia de sueño (privación), induce distintas alteraciones conductuales, psicológicas y fisiológicas, además de generar una “deuda” acumulativa de sueño que eventualmente deberá recuperarse (Carrillo-Mora, Barajas-Martínez, Sánchez-Vásquez y Raugel-Caballero, 2017).

El verdadero propósito de dormir es poco conocido y existen múltiples teorías. Una teoría restaurativa propone que el cuerpo se repara y se revitaliza durante el estado de sueño. Al despertar de una noche completa de sueño, las personas normalmente se sienten restauradas. Por el contrario, el sueño insuficiente da como resultado un peor rendimiento durante el día, una sensación de cansancio o somnolencia y efectos medibles sobre la función del sistema

inmunológico. La secreción de la hormona del crecimiento alcanza su punto máximo durante el sueño; esto puede contribuir al crecimiento muscular y la regeneración celular durante la noche. Es probable que el metabolismo del cerebro durante el sueño desempeñe una función reconstituyente a través de la eliminación de sustancias como la adenosina, que se acumula a lo largo del día y probablemente ayuda a inducir el sueño NREM profundo. En particular, el sueño parece estar asociado con un aumento del espacio intersticial, lo que conduce a una mejor eliminación de los desechos neurotóxicos (Kirsch, 2020).

La proporción de adultos en los Estados Unidos que duermen menos de siete horas por noche ha aumentado del 16 al 37 por ciento durante los últimos 40 años, un cambio de estilo de vida que puede tener consecuencias metabólicas negativas. La restricción del sueño, en comparación con la extensión del sueño, se asoció con una disminución de la leptina sérica (hormona anorexigénica), un aumento de la grelina sérica (hormona orexigénica) y un aumento del hambre y el apetito (en particular para los alimentos ricos en calorías con alto contenido de carbohidratos) (Perreault, 2019).

4.2.5. Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida. Es un instrumento que nos permite evaluar el estilo de vida de un individuo según varias dimensiones. El cuestionario fue diseñado por Marcela Arrivillaga Quintero e Isabel Cristina Salazar Torres en el año 2002 y publicado por la Revista Colombiana de Psicología. Está formado por 116 ítems distribuidos en dos subescalas: prácticas (69 ítems) y creencias (47 ítems). El cuestionario evalúa seis dimensiones del estilo de vida: condición, 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. La calificación final del cuestionario permite determinar el estilo de vida de una persona como muy saludable, saludable, poco saludable y no saludable (Arrivillaga y Salazar, 2002).

5. Metodología

La presente trabajo de investigación se desarrolló en los profesionales de salud del Distrito 11D05 Espindola-Salud, en el periodo octubre 2020 - septiembre 2021.

5.1. Enfoque metodológico

Cuantitativo.

5.2. Tipo de diseño

Descriptivo, de cohorte transversal.

5.3. Unidad de estudio

El siguiente investigación se realizó en el personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud ubicado en la provincia de Loja, el cual comprende el Hospital Basico de Amaluza y los centros de salud: Amaluza, Bellavista, Jimbura, Santa Teresita, Tundurama, El Ingenio, La Naranja y el El Airo.

5.4. Universo y Muestra

El universo y la muestra estuvieron conformados por 90 profesionales de la salud que laboran en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

5.5. Criterios de Inclusión

- Personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud.
- Personal de salud que deseó participar y firmó el consentimiento informado.
- Personal de salud de ambos sexos, de todas las edades.

5.6. Criterios de Exclusión

- Personal de salud con patologías psiquiátricas o con algún tipo de deterioro físico o cognitivo que no pueda responder a la encuesta.
- Personal de salud que no completó la información requerida.

5.7. Técnicas

La información presentada fue obtenida mediante un formulario de recolección de datos para determinar el estado nutricional y el cuestionario de practicas y creencias sobre estilo de vida, al personal de salud que presta sus servicios en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud.

5.8. Instrumentos

5.8.1. Consentimiento informado (Anexo 1). Este consentimiento estuvo dirigido al personal sanitario del Distrito 11D05 Espíndola-Salud a quienes se los invitó a participar del estudio denominado: Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud.

Este documento contó con la siguiente información del estudio: datos del investigador, director de investigación introducción, propósito, tipo de intervención de investigación, selección de participantes, participación voluntaria, confidencialidad y a quien contactar.

5.8.2. Formulario de recolección de información (Anexo 2). El formulario pretendió obtener datos a cerca de edad, sexo, peso, talla e IMC. Para evaluar el estado nutricional de los profesionales de la salud se utilizó un tallímetro móvil de madera y una balanza electrónica, que favorecieron al cálculo del IMC. El IMC se calculó dividiendo el peso del individuo para su talla al cuadrado.

El estado nutricional según el IMC se clasificó como bajo peso con $IMC < 18.5$, peso normal con $IMC 18.5 - 24.9$, sobrepeso con $IMC 25.0 - 29.9$, obesidad grado 1 con $IMC \geq 30.0 - 34.9$, obesidad grado 2 con $IMC \geq 35.0 - 39.9$, obesidad grado 3 (mórbida) con $IMC \geq 40.0$.

5.8.3. Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Anexo 3). El cuestionario fue diseñado por Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002) es una encuesta desarrollada con la finalidad de valorar la el estilo de vida de las personas de acuerdo con sus practicas y creencias, esta conformado por 116 preguntas, dividido en 2 bloques, y cada uno presenta 6 dimensiones.

Practicas:

- Dimensión N° 1 presenta 6 preguntas: Condición, actividad física y deporte.
- Dimensión N° 2 presenta 5 preguntas: Recreación y manejo del tiempo libre.
- Dimensión N° 3 presenta 21 preguntas: Autocuidado y cuidado médico.
- Dimensión N° 4 presenta 17 preguntas: Hábitos alimenticios.
- Dimensión N° 5 presenta 10 preguntas: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Dimensión N° 6 presenta 10 preguntas: Sueño

Creencias:

- Dimensión N° 1 presenta 5 preguntas: Condición, Actividad Física y Deporte.

- Dimensión N° 2 presenta 4 preguntas: Recreación y manejo del tiempo libre.
- Dimensión N° 3 presenta 13 preguntas: Autocuidado y cuidado Médico.
- Dimensión N° 4 presenta 7 preguntas: Hábitos Alimenticios.
- Dimensión N° 5 presenta 11 preguntas: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Dimensión N° 6 presenta 7 preguntas: Sueño.

Todas las escalas de respuestas corresponden a una escala Likert: (Nunca: 1, Algunas Veces: 2, Frecuentemente: 3 y Siempre: 4; totalmente en desacuerdo: 1, en desacuerdo: 2, De acuerdo: 3, Totalmente de acuerdo: 4).

Los rangos de calificación para todo el cuestionario fueron los siguientes: muy saludable (348 - 464), saludable (261 – 347), poco saludable (174 – 260) y no saludable (116 – 173).

5.9. Procedimiento

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se procedió a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la carrera de Medicina Humana, posterior la designación del director del trabajo de investigación, después se realizaron los trámites correspondientes para solicitar el permiso de investigación a las autoridades del Distrito 11D05 Espíndola-Salud. Para el proceso de recopilación de la información se asistió en horario de trabajo del personal de salud, se empezó por explicar a cada uno de los participantes el propósito de la investigación y si estuvo de acuerdo firmó el consentimiento informado. Para el cumplimiento del primer objetivo se procedió a evaluar el estado nutricional de cada profesional de la salud, obteniendo su peso y talla para el cálculo del IMC. El peso se cuantificó colocando la balanza electrónica en un lugar firme, solicitando al personal que se despoje de zapatos y ropa pesada e instando a que se ubiquen en el centro de la báscula; en posición erecta de pie, con la cabeza y los ojos dirigidos hacia el infinito en el plano de Frankfort, las extremidades superiores relajadas a lo largo del cuerpo con los dedos extendidos, apoyando el peso del cuerpo por igual en ambas piernas, los pies con los talones juntos formando un ángulo de 45° (posición de atención antropométrica); de espaldas al registro de la medida, sin que el cuerpo esté en contacto con nada que tenga alrededor. La medición de la talla se efectuó solicitando al estudiado guardar la posición de atención antropométrica con los talones, glúteos, espalda y región occipital en contacto con el plano vertical del tallímetro; e igualmente colocando la cabeza en el plano de Frankfort. Posteriormente para la ejecución del segundo objetivo se le explicó como llenar cada apartado de la encuesta sobre estilo de vida y se resolvió cualquier duda existente relacionada

a la investigación o al llenado del cuestionario. Obtenidos los datos se analizaron, se procedió a la obtención de resultados y a la elaboración de conclusiones correspondientes.

5.10. Análisis Estadístico

La información obtenida de los participantes a través de los instrumentos de recolección de información fue ingresada en una matriz de datos en el programa Microsoft Office Excel 2019, luego se procedió a realizar la agrupación de resultados por variables obteniendo así las tablas pertenecientes a los resultados de la investigación, y posteriormente se ejecutó un análisis descriptivo de cada variable por objetivo específico planteado. El grado de significancia entre variables se obtuvo mediante el programa SPSS empleando la prueba de Chi cuadrado. Por último se elaboró las conclusiones y recomendaciones en base a los resultados obtenidos.

6. Resultados

6.1. Distribución de acuerdo a sexo y edad del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud en el periodo octubre 2020 – septiembre 2021

Tabla 1

Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	f	%	f	%
18-39	23	25,6%	37	41,1%	60	66,7%
40-64	8	8,9%	22	24,4%	30	33,3%
Total	31	34,5%	59	65,5%	90	100%

f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: Base de datos

Elaboración: Ana Ginella Rojas Delgado

Análisis: La población que participó del presente estudio estuvo conformada por 66,7% (n=60) profesionales de la salud de 18-39 años, de los cuales 41,1% (n=37) corresponden a mujeres y 25,6% (n=23) a varones. Y 33,3% (n=30) en edades entre 40-64 años, de ellos 24,4% (n=22) de sexo femenino y 8,9% (n=8) de sexo masculino. Evidenciándose superioridad en el número de mujeres y adultos jóvenes, que participaron en la investigación.

6.2.Resultados para el primer objetivo

Evaluar el estado nutricional mediante el cálculo del índice de masa corporal del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud, según grupo de edad y sexo.

Tabla 2

Estado nutricional del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud según sexo y grupo de edad en el periodo octubre 2020 – septiembre 2021.

Estado nutricional	Masculino				Femenino				Total	
	18-39 años		40-64 años		18-39 años		40-64 años		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Bajo peso	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	1	1,1%
Peso normal	14	15,6%	4	4,4%	22	24,4%	7	7,8%	47	52,2%
Sobrepeso	5	5,6%	1	1,1%	14	15,6%	10	11,1%	30	33,3%
Obesidad grado 1	4	4,4%	3	3,3%	0	0,0%	5	5,6%	12	13,3%
Obesidad grado 2	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Obesidad grado 3	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	23	25,6%	8	8,9%	37	41,1%	22	24,4%	90	100%

f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Ana Ginella Rojas Delgado

Análisis: Al analizar el estado nutricional de los participantes, del total de 100% (n=90), se obtuvo que 52,2% (n= 47) tuvo peso normal, 33,3% (n=30) sobrepeso, 13,3% (n=12) obesidad grado 1 y 1,1% (n=1) bajo peso. En varones de 18 a 39 años de edad, 15,6% (n=14) presentó peso normal, 5,6% (n=5) sobrepeso, 4,4% (n=4) obesidad grado 1; en edades de 40 a 64 años 4,4% (n=4) tuvieron peso normal, 3,3% (n=3) obesidad grado 1 y 1,1% (n=1) sobrepeso. En mujeres de 18 a 39 años de edad 24,4% (n=22) se evidenció peso normal; 15,6% (n=14) sobrepeso; 1,1% (n=1) tuvo bajo peso; en edades de 40-64 años 11,1% (n=10) presentó sobrepeso, 7,8% (n=7) peso normal y 5,6% (n=5) obesidad grado 1.

6.3.Resultados para el segundo objetivo

Identificar el estilo de vida del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud, según grupo de edad y sexo.

Tabla 3

Estilo de vida del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola Salud, según sexo y grupo de edad en el periodo octubre 2020 – septiembre 2021.

Estilo de vida	Masculino				Femenino				Total	
	18-39 años		40-64 años		18-39 años		40-64 años			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Muy saludable	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Saludable	17	18,9%	5	5,6%	34	37,8%	14	15,6%	70	77,8%
Poco saludable	6	6,7%	3	3,3%	3	3,3%	8	8,9%	20	22,2%
No saludable	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	23	25,6%	8	8,9%	37	41,1%	22	24,4%	90	100,0%

f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: Base de datos

Elaboración: Ana Ginella Rojas Delgado

Análisis: El 77,8% (n=70) del personal de salud presentaron estilo de vida saludable, el 22,2% (n=20) poco saludable, no se identificó estilo de vida muy saludable y no saludable. En mujeres adultas jóvenes 37,8% (n=34) tuvieron estilo de vida saludable y 3,3% (n=3) estilo de vida poco saludable. En las mujeres adultas maduras se observó 15,6% (n=14) estilo de vida saludable y 8,9% (n=8) poco saludable. Varones adultos jóvenes con estilo de vida saludable, representaron el 18,9% (n=17), y 6,7% (n=6) estilo de vida poco saludable. 5,6% (n=5) de varones adultos maduros presentaron estilo de vida saludable, por el contrario 3,3% (n=3) estilo de vida poco saludable.

6.4.Resultado para el tercer objetivo

Establecer la relación entre el estado nutricional y el estilo de vida del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud.

Tabla 4

Relación del estado nutricional y el estilo de vida del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud en el periodo octubre 2020 – septiembre 2021.

Estilo de vida	Estado nutricional												Total	
	Bajo peso		Peso normal		Sobrepeso		Obesidad grado 1		Obesidad grado 2		Obesidad grado 3			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Muy saludable	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Saludable	1	1,1%	45	50,0%	21	23,3%	3	3,3%	0	0%	0	0%	70	77,8%
Poco saludable	0	0,0%	2	2,2%	9	10,0%	9	10,0%	0	0%	0	0%	20	22,2%
No saludable	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Total	1	1,1%	47	52,2%	30	33,3%	12	13,3%	0	0%	0	0%	90	100,0%

f: frecuencia, %: porcentaje

Fuente: Base de datos

Elaboración: Ana Ginella Rojas Delgado

Análisis: Al establecer la relación entre estado nutricional y estilo de vida, se observó que el estilo de vida saludable tuvo una mayor relación con peso normal 50,0% (n=45) y sobrepeso 7,8% (n=7), por el contrario solo 3,3% (n=3) de participantes con obesidad grado 1 presentó estilo de vida saludable. El estilo de vida poco saludable estuvo presente en 10,0% (n=9) en personas con sobrepeso y con obesidad, y solo 2,2% (n=2) en personas con peso normal. Al establecer la relación entre las variables mediante la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de p de 0.000002 es decir que existe relación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y el estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud.

7. Discusión

El estado nutricional constituye la condición física, resultado de las necesidades diarias e ingesta de energía y nutrientes, dicho parámetro se encuentra fuertemente condicionado a la incorporación de un estilo de vida saludable que permita mantener tanto el balance físico, como el bienestar mental y social en los individuos, en especial en aquellos que cursan con la responsabilidad de salvaguardar la salud de la población. La presente investigación estuvo enfocada en establecer la relación entre el estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud. La muestra fue de 90 personas, 65,5% de sexo femenino y 34,5% de sexo masculino. De los cuales 66,7% fueron adultos jóvenes y 33,3% adultos maduros.

Al evaluar el estado de nutrición de la población objeto de estudio se observó mayor prevalencia de peso normal 52,2%; seguida de sobrepeso 33,3%; obesidad grado 1 13,3% y bajo peso 1,1%. El peso normal que se evidenció en la mayoría de participantes, estuvo distribuido con más frecuencia en mujeres que en varones, en especial en las edades de 18 a 39 años. El sobrepeso representó aproximadamente 1/3 de la población femenina total, ubicada en el grupo de adultas jóvenes, siendo insignificante en los otros grupos. Mientras que el resto de alteraciones nutricionales como la obesidad y el bajo peso se observó en mínima cantidad. Nuestros resultados son similares a la investigación de Márquez, Beato y Torno en 2015 realizado en un Hospital de Mérida, México, en donde participaron 37 personas, teniendo como resultados globales que 64,9% del personal de salud presentó peso normal, 24,3% sobrepeso y 10,8% obesidad. Sin embargo, los resultados de un estudio realizado en nuestro país por Naranjo y Tenecora en 2015 al Distrito de Salud de Azuay en el cual participaron 210 personas mostró un alto índice de sobrepeso en los participantes con un porcentaje de 40,0%; seguido de peso normal con 38,1%; obesidad 20,5% y bajo peso 1,4%, obteniendo un porcentaje general de 60,5% de exceso de peso.

Mediante la aplicación del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida, se obtuvo que 77,8% de profesionales de la salud presentan estilo de vida saludable, particularmente en mujeres adultas jóvenes y varones del mismo grupo etario. Mientras en 22,2% de participantes se evidencia estilo de vida poco saludable, representado por mujeres de adultas maduras y varones adultos jóvenes. Los resultados son similares a los encontrados en otras investigaciones como la realizada en Perú a un puesto de salud, con una muestra de 31 personas, en donde se corroboró que 40% del personal presentó estilo de vida saludable,

32% poco saludable y 28% muy saludable. Del mismo modo, un estudio realizado a 120 médicos/as del Ministerio de Salud Pública (MSP) en la provincia del Azuay, mostró que 67,5% manifestaba estilo de vida saludable, en tanto que 32,5% estilo de vida no saludable.

Con lo que respecta a la relación de estilo de vida y estado nutricional del personal de salud, se evidenció una asociación significativa entre ambas variables, la mayor proporción de casos se encuentra entre estado nutricional de peso normal y estilo de vida saludable (50,0%), hecho positivo que demuestra que el acoger un estilo de vida saludable, nos ayuda a mantener un estado nutricional óptimo. El estilo de vida saludable en relación con sobrepeso se presentó en 7,8%, por el contrario solo 3,3% de participantes con obesidad grado 1 mostró estilo de vida saludable. Se evidenció que el estilo de vida poco saludable estuvo presente en 10,0% de personas con sobrepeso y con obesidad, y solo 2,2% en personas con peso normal. Al indagar sobre la relación entre ambas variables, en un estudio realizado a 106 profesionales sanitarios del Ministerio de Salud Pública de Perú en 2014, se observó asociación significativa entre el estilo de vida y el IMC, que indicó que a medida que los hábitos de vida son menos saludables, los valores de IMC aumentan.

8. Conclusiones

Se evidenció que más de la mitad del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud presenta estado nutricional normal, mayormente ubicado en el grupo etario entre 18-39 años y de sexo femenino, sin embargo esto puede deberse al predominio de mujeres y adultos jóvenes que participaron en este estudio. El sobrepeso se identificó en 3 de cada 10 participantes, mientras que la obesidad y bajo peso representó un porcentaje ínfimo en el estudio.

La mayoría de participantes (7 de cada 10) presentan estilo de vida saludable, representado por el grupo etario de 18-39 años, distribuido en ambos sexos. Mientras que el estilo de vida poco saludable se observó en cantidad mínima en la investigación tanto en el sexo femenino como en el masculino y en igual proporción en todos los grupos etarios.

Al establecer la relación entre las variables se obtuvo un valor de p estadísticamente significativo entre el estilo de vida y el estado nutricional.

9. Recomendaciones

Se recomienda a las autoridades del Ministerio de Salud Pública impulsar la promoción de estilos de vida saludable al personal del Distrito 11D05 Espíndola-Salud, a través de estrategias eficaces que fomenten la salud y prevención de enfermedades, mediante charlas educativas, talleres, sesiones, entre otros recursos.

Al departamento de nutrición y dietética del Distrito de Salud, realizar monitoreo frecuente del menú ofrecido a los trabajadores sanitarios dentro de la institución, de manera que represente una dieta balanceada, de acuerdo a los requerimientos de micronutrientes y macronutrientes, que favorezca al mantenimiento de un estado nutricional normal.

Del mismo modo, es preciso que el personal sanitario fomente su propio autocuidado en cuanto a hábitos saludables como practicar ejercicio, llevar un plan alimenticio adecuado, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, organizar apropiadamente el tiempo libre, respetar horas de sueño cuando sea posible y cuidar el estado general de su salud; de manera que promociónen consejería y constituyan un verdadero ejemplo para sus pacientes.

10. Bibliografía

- Aguilera, C., Labbé, T., Busquets, J., Venegas, P., Neira, C. y Valenzuela, A. (2019). ¿Obesidad factor de riesgo o enfermedad?. *Revista Médica de Chile*, 147(4). Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000400470
- Andreu, A., Cañizares, S. y Flores, L. (2018). Síntomas de la Obesidad. Hospital Universitario Clínico de Barcelona. Recuperado de: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/obesidad/sintomas>
- Apovian, C. y Perreault, L. (2020). Obesity in adults: Overview of management. UpToDate. Recuperado el 7 de febrero 2021 de: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-overview-of-management?search=IMC&topicRef=5372&source=see_link
- Arrivillaga, M y Salazar, I. (2002). Cuestionario de practicas y creencias sobre estilos de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 74-89. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401309.pdf>
- Baltodano, J., Castillo, N. y Aragón, J. (2015). Relación de los conocimientos de nutrición, alimentación y los estilos de vida con el estado nutricional del personal de salud del hospital Metrópoli Xolotlan de Managua. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua.
- Blazquez, E. (2017). Nutrición por edades. *Revista Vivo Sano*, (5). Recuperado de: <https://www.vivosano.org/nutricion-por-edades/>
- Carrillo-Mora, P., Barajas-Martínez, K., Sánchez-Vásquez, I. y Raugel-Caballero, M. (2017). Trastornos del sueño. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61(1), 6-20. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181b.pdf>
- Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A. y Arroyo, P. (Ed.). (2015). Nutriología médica. Ciudad de México, México: Editorial Médica Panamericana.
- Castro, M y Rodota, L. (2019). Nutrición clínica y dietoterapia. Editorial Medica Panamericana.
- Colditz, G. (2019). Healthy diet in adults. UpToDate. Recuperado el 7 de febrero 2021 de: <https://www.uptodate.com/contents/healthy-diet-in->

adults?search=estilo%20de%20vida%20saludable&source=search_result&selected
Title=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Colonia, A. (2017). Estilo de vida y estado nutricional de profesionales de enfermería Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. (Tesis de pregrado). Universidad San Pedro, Huaraz, Perú.

Cómité Internacional para la elaboración de Consensos y Estandarización en Nutriología. (2019). *Procedimientos clínicos para la evaluación nutricional*. Recuperado de: https://www.cienut.org/comite_internacional/consensos/pdf/consenso3_libro.pdf

Córdoba, R., Camaralles, F., Muñoz, E., Gómez, J., Arango, J., Ramírez, J., Cantera, C., Campo, M. y Revenga, J. (2020). Grupo de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención primaria*, 52(52), 32-43. doi: 10.1016/j.aprim.2020.07.004

Cruz-Dominguez, M., González-Márquez, F., Ayala-López, E., Vera-Lastra, O., Vargas-Rendón, G., Zárate-Amador, A. y Jara-Quezada, L. (2015). Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico e índice cintura/talla en el personal de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* (53), 536-547. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/ims151f.pdf>

De la Cruz, J. Dyzinger, W., Herzog, S., Dantos, F., Villegas, H. y Ezinga, M. (2017). Medicina del Estilo de vida: trabajando juntos para revertir la epidemia de las enfermedades crónicas en Latinoamérica. *Ciencia e innovación en salud* 4(2), 1-7. doi: 10.17081/innosa.4.2.2870

Del Águila, R. (2012). Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Recuperado de: https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-sal&alias=213-guia-rapida-para-la-promocion-de-estilos-de-vida-saludables-y-la-prevencion-de-enfermedades-cronicas-no-transmisibles&Itemid=211

Dumont, G. y Clua, R. (2015). Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida. *Revista de Ciencias Sociales* (66), 83-99. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4959/495950262004.pdf>

- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). Estado nutricional a partir de indicadores antropométricos, 248-254 Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- Escalante, Y. (2011). Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400001
- Gustavino, P. y Llames, L. (2017). *Valoración del estado nutricional en diversas situaciones clínicas*. Recuperado de: <https://cpncampus.com/biblioteca/files/original/192dcba12029001ca57fbfe6f24feba7.pdf>
- Informe de la Nutrición Mundial. (2020). Recuperado de: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjKtJnuvr3tAhVS0FkKHWinCY0QFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fglobalnutritionreport.org%2Fdocuments%2F583%2F2020GNR_ExecSum_SP_COCPv7z.pdf&usg=AOvVaw2WK0QqjAchVeTL-R9Nuhuq
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de España. (2018). Guía Enfermedades relacionadas con el trabajo del personal sanitario: informar para prevenir, 9-10. Recuperado de: https://enuveprod-universitatpolit.netdna-ssl.com/php_preencionintegral/sites/default/files/noticia/46484/field_adjuntos/gui_aeppsantidad.pdf
- Jameson, J., Fauci, A., Kasper, D., Hauster, S., Longo, D. y Loscalzo, J. (2019). *Harrison Principios de Medicina Interna*, 20ª edición. Ciudad de México, México: Editorial McGraw-Hill
- Kirsch, D. (2020). Stages and architecture of normal sleep. UpToDate. Recuperado el 7 de febrero 2021 de: https://www.uptodate.com/contents/stages-and-architecture-of-normal-sleep?search=sue%C3%B1o&source=search_result&selectedTitle=4~79&usage_type=default&display_rank=4

- Márquez, R., Beato, P. y Tormo, M. (2015). Hábitos de vida, de alimentación y evaluación nutricional en personal sanitario del hospital de Mérida. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1763-1770. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n4/42originalvaloracionnutricional03.pdf>
- Méndez, J. y Méndez E. (2016). Diccionario Educación, Actividad física y Deportes. *Universidad Técnica del Norte Facultad de Educación Ciencia y Tecnología*, 10-20. Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/5115/1/LIBRO%20EDUCACIÓN%20Y%20ACTIVIDAD%20FÍSICA%20Y%20DEPORTES.pdf>
- Montaluisa, F., Correa, F., Sánchez, J., Guamán, W., Paz, W., Montoya, E. y Vallejo, S. (2018). La actividad física y el estado nutricional en médicos. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 43(1), 200-209. doi: 10.29166
- Morley, J. (2020). Desnutrición. *Manual MSD*. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-nutricionales/desnutricion/desnutricion>
- Naciones Unidas. (2018). Alimentación. Recuperado de: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/food/index.html>
- Naranjo, Y., Concepción, J. y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de Autocuidado. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura. (2018). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura. (2020). El estado de la seguridad alimentaria y nutricional en el mundo. Recuperado de: <http://www.fao.org/guinea-ecuatorial/noticias/detail-events/es/c/1299075/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). 10 Datos sobre la obesidad. <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Guía para las mediciones físicas. Recuperado de: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Parte3_Seccion4.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2017). Nutrición. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Protección de la salud de los trabajadores. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers%27-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Alimentación sana. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Vida saludable, bienestar y objetivos de desarrollo sostenible. Recuperado de: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-222042/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Actividad física. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Malnutrición. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Osuna, I. A. (2019). Soporte nutricional de bolsillo. Ciudad de México, México: Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V.
- Palomares, L. (2021). Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional de profesionales de la salud. (Tesis de posgrado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.
- Pampillo, T., Arteche, N. y Méndez M. (2019). Hábitos alimentarios, obesidad y sobrepeso en adultos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(1), 99-107. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2019/rcm191n.pdf>

- Perreault y Burgermaster. (2020). Obesity in adults: Behavioral therapy. UpToDate. Recuperado el 7 de febrero 2021 de: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-behavioral-therapy?search=autocontrol%20en%20obesidad&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7
- Perreault, L. (2019). Obesity in adults: etiology and risk factors. UpToDate. Recuperado el 7 de febrero 2021 de: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-etiology-and-risk-factors?search=obesidad&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9
- Perreault, L. (2019). Obesity in adults: Role of physical activity and exercise. UpToDate. Recuperado el 7 de febrero 2021 de: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-role-of-physical-activity-and-exercise?search=actividad%20fisica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3221995376
- Perreault, L. (2020). Obesity in adults: Prevalence, screening and evaluation. UpToDate. Recuperado el 7 de febrero 2021 de: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation?search=IMC&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Perreault, L. (2021). Determining body composition in adults. UpToDate. Recuperado el 7 de febrero 2021 de: https://www.uptodate.com/contents/determining-body-composition-in-adults?search=IMC&source=search_result&selectedTitle=19~150&usage_type=default&display_rank=19
- Perreault, L. y Laferrere, B. (2020). Overweight and obesity in adults: Health consequences. UpToDate. Recuperado el 7 de febrero 2021 de: https://www.uptodate.com/contents/overweight-and-obesity-in-adults-health-consequences?search=sobrepeso&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8

- Rigotti, N. (2020). Benefits and consequences of smoking cessation. UpToDate. Recuperado el 7 de febrero 2021 de: https://www.uptodate.com/contents/benefits-and-consequences-of-smoking-cessation?sectionName=Weight%20gain&search=IMC&topicRef=5372&anchor=H30936473&source=see_link#H30936473
- Rodrigo-Cano, S., Soriano, J. y Merino-Torres, J. (2017). Causas y tratamiento de la obesidad. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 37(4). 87-92. doi. 10.12873/374rodrigo
- Rodriguez-Ramirez, J., Esquivel-Gámez, M., Landeros-Velasco, V., Villalpando-Luna, S. y Rodriguez-Nava, V. (2018). Motivos para el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la licenciatura de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(1), 41-45. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181g.pdf>
- Sanabria-Ferrand, P. González, L. y Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med* 15(2), 207-217. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>
- Solano, P. y Zambrano, N. (2015). Prevalencia de estilos de vida y factores individuales asociados a médicos que laboran en ambiente hospitalario frente los que trabajan a nivel comunitario del MSP en la provincia del Azuay en el año 2015. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Azuay.
- Suárez-Carmona, W. y Sánchez-Oliver, A. (2018). Índice de masa corporal: ventajas y desventajas de su uso en la obesidad. *Nutrición Clínica en Medicina*, 12(3), 128-139. Recuperado de: <http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5067.pdf>
- Tenecora, E. y Naranjo P. (2015). Estado nutricional y factores asociados en el personal de salud del Distrito 01D04 Chordeleg Gualaceo. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Azuay.
- Witriw, A. (2019). Cátedra de Evaluación Nutricional. Facultad de Medicina. *Universidad de Buenos Aires*, 10-11. Recuperado de: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2019-03/teorico%20Evaluación%20Nutricional%202019.pdf>

Witriw, A. y Ferrari, M. (2019). Cátedra de Evaluación Nutricional. Facultad de Medicina. *Universidad de Buenos Aires*, 35. Recuperado de: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2019-03/teorico%20Evaluación%20Nutricional%202019.pdf>

11. Anexos

11.1. Anexo 1. Pertinencia y aprobación de tema



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0045 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Ana Guinella Rojas Delgado
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 10 de febrero de 2021

**ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, “**Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud**”, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Verónica Montoya, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera coherente y **PERTINENTE**, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERÓNICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

11.2. Anexo 2. Designación de director de trabajo de titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

EMORÁNDUM Nro.0068 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Verónica Montoya Jaramillo
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 19 de febrero de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema: **“Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud”**, autoría del **Srta. Ana Ginella Rojas Delgado**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

11.3. Anexo 3. Autorización para recolección de datos

MINISTERIO DE SALUD
COORDINACIÓN ZONAL 7-SALUD
DIRECCIÓN DISTRITAL 11D05 ESPÍNDOLA-SALUD

Amaluza, 02 de Marzo del 2021
Of N.º DD-11D06-ES-017-2021

Dra.
Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

De mi consideración:

Expresándole un cordial y atento saludo, a nombre de quienes integramos la Dirección DISTRITAL 11D05 ESPÍNDOLA-SALUD.

La presente tiene la finalidad autorizar a la Srta. Ana Ginella Rojas Delgado estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para encuestar y realizar la medición de talla y peso del personal de salud del Distrito 11D05; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación denominado: "Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud"

Esperando que la presente sea atendida favorablemente desde ya le antelo mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente

Dr. Paul Rogelio Pacheco Vásquez.
DIRECTOR DEL DISTRITO 11D05 ESPÍNDOLA-SALUD (E).



DIRECCIÓN AV. 27 DE ABRIL SN CODIGO POSTAL: 90601
ESPÍNDOLA-LOJA-ECUADOR TELEFONO: 073653317



sembramos
Futuro

Lenin



11.4. Anexo 4. Certificación de calibración de balanza



LABORATORIO NACIONAL DE METROLOGÍA - LNM CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN

Laboratorio de Balanzas

Número de Certificado: LNM-B-202100221D

Adhesivo N°: DZA-0896

Fecha de Calibración: 2021-04-19

Instrumento de Medida: Balanza

Marca: CONSTANT

Modelo o Tipo: 14192-309A

Serie: *****

Capacidad: 180 kg

División de escala Real (d): 0,1 kg

Div. de escala de Verif. (e): 0,1 kg

Dispositivo de lectura: Digital

Clase de exactitud: III

Código de Identificación: BAL001

Propietario: RODRÍGUEZ PINEDA MARÍA LUISA

Dirección: Loja, Ciudadela de los Arquitectos entre París y Bruselas

Localización: Pesaje

Observaciones: El presente documento se emite de forma electrónica

El Servicio Ecuatoriano de Normalización, realizó en las instalaciones de la empresa, la calibración del instrumento arriba descrito, utilizando Patrones de referencia trazables a la unidad de masa del Sistema Internacional de Unidades, SI, y al patrón nacional, pertenecientes al Laboratorio Nacional de Metrología.

La calibración fue realizada bajo un Sistema de Gestión de la Calidad conforme con la norma internacional ISO/IEC 17025:2017.

Los resultados, incertidumbres y condiciones en que se realizó la calibración del instrumento de medida arriba descrito, se exponen en las páginas siguientes y son parte del presente documento.

El LNM no se responsabiliza de los perjuicios que pueda ocasionar el uso inadecuado del instrumento calibrado.

Es responsabilidad del cliente establecer la fecha de una nueva calibración del instrumento. El tiempo de validez de los resultados contenidos en este certificado, depende tanto de las características del instrumento como de las prácticas de manejo y uso.

El usuario está obligado a tener el instrumento de medida recalibrado en los intervalos analizados para su control apropiado.

El presente certificado de calibración, certifica los valores obtenidos expresados como los resultados de las calibraciones y no constituye un certificado de aptitud para el uso del instrumento de medida.

Este documento no significa certificación de calidad y no debe ser utilizado con fines publicitarios. Prohibida su reproducción parcial, la reproducción total deberá hacerse con la autorización escrita de la Dirección Ejecutiva, al igual que la emisión de copias certificadas.

Fecha de emisión: 2021-04-26



Biof. Wilson Naula E.

Responsable de División
Masa y Balanzas

Dirección: Av. México 1-54 y Unidad Nacional, Edificio Gobierno Zonal 6 (ex CREA), planta baja
Código postal: 010202 / Cuenca-Ecuador Teléfono: 593- 7 3702020
www.normalización.gob.ec



Propietario: RODRÍGUEZ PINEDA MARÍA LUISA
 Número de Certificado: LNM-B-202100221D
 Instrumento de medida: Balanza
 Fecha de Calibración: 2021-04-19

MÉTODO UTILIZADO: Procedimiento para la calibración de instrumentos para pesar de funcionamiento no automático LNM PC B 01, basado en la norma NTE INEN-OIML R 76-1:2013.

INCERTIDUMBRE DE MEDIDA: La incertidumbre de medida obtenida equivale al doble de la incertidumbre combinada, es decir cubre un intervalo de confianza de aproximadamente el 95 % asumiendo una distribución normal, y se la estimó de acuerdo al documento "Evaluation of measuring data -Guide to the Expression of Uncertainty in Measurement" (GUM), JCGM 100:2008.

Patrones utilizados: Pesas Clase M1

Certificado de Calibración: LNM-M-202100092D, 093D, 099D.

1. ENSAYO DE EXCENTRICIDAD (Exc.)

	Posición 1 kg	Posición 2 kg	Posición 3 kg	Posición 4 kg	Exc. Máx. kg	e.m.p. kg
Lectura	60,0	60,0	60,0	59,9	0,1	± 0,2

2. ENSAYO DE CARGA

	CARGA kg	LECTURA ASC. kg	LECTURA DESC. kg	ERROR ASC. kg	ERROR DESC. kg	HISTERESIS kg	e.m.p. kg
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	± 0,1
2	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0	
3	3,0	3,0	3,0	0,0	0,0	0,0	
4	5,0	5,0	5,0	0,0	0,0	0,0	
5	10,0	10,0	10,0	0,0	0,0	0,0	
6	20,0	20,0	20,0	0,0	0,0	0,0	
7	30,0	30,0	30,0	0,0	0,0	0,0	
8	50,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	↓
9	100,0	99,9	99,9	-0,1	-0,1	0,0	± 0,2
10	180,0	179,9	179,9	-0,1	-0,1	0,0	↓



3. ENSAYO DE REPETIBILIDAD

Capacidad	Lectura 1 kg	Lectura 2 kg	Lectura 3 kg	Lectura 4 kg	Lectura 5 kg	Lectura 6 kg
MEDIA	100,0	100,0	99,9			

Capacidad	Dif. Máx. kg	e.m.p. kg
MEDIA	0,1	± 0,2

Incertidumbre de calibración: 0,088 kg $k = 2$

OBSERVACIONES: *****

<p>Calibrado por:  JUAN PABLO ZHANAY Ing. Juan Zhanay Técnico Zonal</p>	<p>Revisado por:  WILSON FERNANDO NAULA ERAZO Bof. Wilson Naula E. Responsable de División Masa y Balanzas</p>
--	--

11.5. Anexo 5. Certificación del inglés

Yo, SAULA ORDOÑEZ, profesional del IDIOMA INGLÉS, a petición verbal del interesado.

CERTIFICO:

Que la traducción del resumen de la tesis titulada como **“Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espindola-Salud”** presentada por la SRTA. ANA **GINELLA ROJAS DELGADO**, con número de cédula No. 1750070383, esta correctamente realizada.

Es todo en cuanto puedo certificar, pudiendo hacer uso del presente documento para los fines pertinentes

Loja, 01 de Noviembre de 2022.

Atentamente;



Lic. Saula Alexandra Ordoñez

Número de Registro: 1031-2021-2371529

11.6. Anexo 6. Instrumentos de Recolección de Datos

Universidad Nacional de Loja

Facultad de Salud

Medicina Humana



CONSENTIMIENTO INFORMADO ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Este formulario de consentimiento informado esta dirigido al personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud a participar en el estudio denominado: Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud.

Investigadora: Ana Ginella Rojas Delgado.

Directora de trabajo de investigación: Dra. Mg. Sc. Verónica Montoya Jaramillo.

Introducción

Yo, Ana Ginella Rojas Delgado, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro realizando una investigación titulada: Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud, para lo cual preciso de su participación. No tiene que decidir hoy si participar o no en la investigación, puede tomarse el tiempo que requiera e igualmente puede hablar con alguien con el que se sienta cómodo de la investigación. Puede que haya palabras que no entienda. Por favor notificar pata dame tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde no dude en cuestionarme.

Propósito

El estilo de vida es un aspecto muy relevante en el diario vivir permite determinar practicas y creencias diarias en torno a nuestra salud y por ende a nuestro estado nutricional. Los profesionales de la salud constituyen un pilar fundamental en la sociedad, su vocación a menudo ha llevado a que descuiden sus propios hábitos diarios a cambio de su servicio a la comunidad. El llevar a cabo este estudio nos ayudará a suministrar información sobre estilos de vida y estado de nutrición de personal de salud tanto a la institución en la cual se esta efectuando la investigación, como a los estudiantes, docentes y personal administrativo de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja así como a la población en general, dichos datos podrán ser utilizados por estudios posteriores para establecer

asociaciones, para así llegar a comprender mejor el tema a tratar y poder realizar intervenciones que mejoren la calidad de vida del personal que labora en distintas instituciones públicas.

Tipo de intervención de investigación

Esta investigación incluirá una encuesta que se anexa a continuación; así como 1 visita que se realizará para el registro de su edad, sexo, talla y peso.

Selección de participantes

Estamos invitando a todo el personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud.

Participación voluntaria

Cabe recalcar que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio, aun cuando haya aceptado antes. En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar la siguiente encuesta anexa a este documento que tomará 20 minutos aproximadamente.

Confidencialidad

Así mismo, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este proyecto. Ya que sus respuestas en el cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

A quien contactar

Si tiene alguna inquietud puede comunicarla en este momento, o cuando usted crea conveniente, para ello puede hacerlo al siguiente correo electrónico ana.g.rojas@unl.edu.ec o al número telefónico 0959736101.

Formulario de consentimiento informado



Yo _____ portador de la C.I. _____ he sido invitado a participar en la investigación de estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud, he sido informado del propósito del estudio y la importancia del mismo por la estudiante Ana Ginella Rojas Delgado, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Universidad Nacional de Loja
Facultad de Salud
Medicina Humana



Formulario de recolección de información

El índice de Masa Corporal (IMC) fue ideado por el estadístico belga Adolphe Quetelet hace más de 150 años, es una razón matemática que asocia el peso y la talla al cuadrado de un individuo, es aceptado por la mayoría de las organizaciones de salud como una medida de primer nivel para evaluar estado nutricional en adultos.

Datos generales:

- Edad:
- Sexo:
- Peso:
- Talla:

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

IMC	Estado nutricional	Resultado
<18.5	Bajo peso	
18.5 – 24.9	Peso normal	
25.0 – 29.9	Sobrepeso	
≥ 30.0 – 34.9	Obesidad grado 1	
≥ 35.0 – 39.9	Obesidad grado 2	
≥ 40.0	Obesidad grado 3 (mórbida)	

Universidad Nacional de Loja
Facultad de Salud
Medicina Humana



Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida

El siguiente cuestionario diseñado por Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002) de la Revista Colombiana de Psicología tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida, esta conformado por 116 preguntas, dividido en 2 bloques (prácticas y creencias), y cada uno consta de 6 dimensiones.

Marque con una "x" la casilla que mejor describa su comportamiento. Conteste sinceramente. No existen respuestas ni buenas ni malas.

Todas las respuestas corresponden a la escala Likert, teniendo como calificación:
 Nunca: 1 Algunas veces: 2 Frecuentemente: 3 Siempre: 4 puntos
 Totalmente en desacuerdo: 1 En desacuerdo: 2 De acuerdo: 3 Totalmente de acuerdo: 4

Prácticas

CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
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 (bicicleta estática), cardiobox (movimientos propios del box al ritmo de la música), aeróbicos, aero-rumba (danza cardiovascular que integra música, baile y ejercicio aeróbico)				
5 Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo: yoga, danza, meditación, relajación autodirigida, taichi (arte marcial y deporte combate), kung fu (sistema de combate sin armas)				

6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
---	---	--	--	--	--

RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
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				

AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
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 farmauceta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
20	Consume 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				

27	Maneja bajo efectos de licor u otras drogas				
28	Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas				
29	Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor				
30	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				
31	Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como “zona de refugio”)				
32	Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc) relacionadas con su trabajo				

HÁBITOS ALIMENTICIOS		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
33	Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día				
34	Añade sal a las comidas en la mesa				
35	Añade azúcar a las bebidas en la mesa				
36	Consume gaseosas durante la semana				
37	Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana				
38	Su alimentación incluye vegetales (espinaca, brócoli, remolacha, zanahoria, etc), frutas (piña, papaya, durazno, mango, bananas, etc), panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína (carne, pescado, huevos, leche, etc)				
39	Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsa en general)				
40	Come pescado y pollo mas que carnes rojas				
41	Consume alimentos entre comidas)				
42	Come carne más de cuatro veces a la semana				
43	Consume embutidos (jamón, mortadela salchichas, tocineta)				
44	Consume productos ahumados				
45	Mantiene un horario regular en las comidas				
46	Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso				
47	Desayuna antes de iniciar su actividad diaria				
48	Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)				
49	Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)				

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
50 PARA FUMADORES: Fuma cigarrillo o tabaco				
51 PARA FUMADORES: Fuma mas de media cajetilla de cigarrillos a la semana				
52 PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia				
53 Consume licor al menos dos veces a la semana				
54 Cuando empieza a beber puede reconocer en que momento debe parar				
55 Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida				
56 Consume drogas (marihuana, cocaína, base de cocaína, éxtasis, achís entre otras)				
57 Dice “no” a todo tipo de droga				
58 Consume más de dos tazas de café al día				
59 Consume más de tres coca-colas en la semana				

SUEÑO	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
60 Duerme al menos 7 horas diarias				
61 Trasnocha				
62 Duerme bien y see levanta descansado				
63 Le cuesta trabajo quedarse dormido				
64 Se despierta en varias ocasiones durante la noche				
65 Se levanta en las mañanas con la sensación de una noche mal dormida				
66 Hace siesta				
67 Se mantiene con sueño durante el día				
68 Utiliza pastillas para dormir				
69 Respeta sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades				

Creencias

CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
70 La actividad física ayuda a mejorar la salud				
71 Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
72 El ejercicio siempre puede esperar				
73 Con el ejercicio mejora el estado de ánimo				

74 Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				
---	--	--	--	--

RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
75 Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos				
76 El trabajo es lo mas importante en la vida				
77 La recreación es para los que no tienen mucho trabajo				
78 El descanso es importante para la salud				

AUTOCAUIDADO Y CUIDADO MÉDICO	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
79 Cada persona es responsable de su salud				
80 Es mejor prevenir que curar				
81 Solo cuando se esta enfermo, se debe ir al médico				
82 Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud				
83 El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento				
84 Tener buena salud es asunto de la suerte o el destino				
85 La relajación no sirve para nada				
86 Es difícil cambiar comportamientos no saludables				
87 Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione				
88 Los productos naturales no causan daño al organismo				
89 En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad				
90 Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno				
91 En la vida hay que probarlo todo para morir contento				

HÁBITOS ALIMENTICIOS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
92 Entre más flaco más sano				
93 Lo más importante es la figura				
94 Comer cerdo es dañino para la salud				

95	Enre más grasosita la comida más sabrosa				
96	El agua es importante para la salud				
97	Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo				
98	Las dietas son lo mejor para bajar de peso				

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
99	Dejar de fumar es cuestión de voluntad				
100	Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la salud				
101	Al consumir licor logra estados de mayor sociabilidad				
102	Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie				
103	Tomar trago es menos dañino que consumir drogas				
104	El licor es dañino para la salud				
105	Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie				
106	Se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas				
107	Nada como una coca-cola con hielo para quitar la sed				
108	El café le permite a la gente estar despierta				
109	Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo				

SUEÑO		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
110	Dormir bien, alarga la vida				
111	La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria				
112	Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien				
113	Solo puede dormir bien en su propia cama				
114	Solo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura)				
115	Si toma café o coca cola después de las 6 p.m. no puede dormir				
116	Dormir mucho da anemia				

11.7. Anexo 7. Base de Datos

Base de datos				
Formulario de recolección de información: Estado nutricional				
Código	Edad	Sexo	IMC	Estado nutricional
1	23	F	28,889	Sobrepeso
2	51	F	24,802	Peso normal
3	28	F	23,806	Peso normal
4	40	M	21,048	Peso normal
5	53	F	28,889	Sobrepeso
6	27	F	26,504	Sobrepeso
7	38	F	24,609	Peso normal
8	26	F	18,033	Bajo peso
9	47	F	26,297	Sobrepeso
10	40	M	24,242	Peso normal
11	27	M	24,391	Peso normal
12	26	M	25,606	Sobrepeso
13	40	F	31,25	Obesidad grado 1
14	25	F	29,34	Sobrepeso
15	31	F	25,817	Sobrepeso
16	55	F	23,95	Peso normal
17	43	M	26,573	Sobrepeso
18	42	M	24,977	Peso normal
19	25	F	26,959	Sobrepeso
20	25	F	21,083	Peso normal
21	26	F	20,957	Peso normal
22	25	M	23,588	Peso normal
23	45	F	27,917	Sobrepeso
24	28	F	22,893	Peso normal
25	42	F	31,346	Obesidad grado 1
26	40	F	29,964	Sobrepeso
27	25	F	21,083	Peso normal
28	27	F	20,91	Peso normal
29	25	M	23,822	Peso normal
30	33	M	30,11	Obesidad grado 1
31	42	F	24,671	Peso normal
32	29	M	20,812	Peso normal
33	27	F	22,889	Peso normal
34	25	F	23,556	Peso normal
35	26	F	25,712	Sobrepeso
36	22	F	27,111	Sobrepeso
37	53	F	23,495	Peso normal

38	31	M	29,862	Sobrepeso
39	25	M	23,244	Peso normal
40	47	F	27,556	Sobrepeso
41	29	M	23,634	Peso normal
42	24	F	25,888	Sobrepeso
43	26	F	27,531	Sobrepeso
44	50	F	33,594	Obesidad grado 1
45	41	F	28,251	Sobrepeso
46	29	F	25,32	Sobrepeso
47	45	F	32,857	Obesidad grado 1
48	26	F	20,285	Peso normal
49	25	F	22,656	Peso normal
50	29	F	22,039	Peso normal
51	27	M	25,51	Sobrepeso
52	23	M	23,03	Peso normal
53	42	F	24,741	Peso normal
54	37	F	25,299	Sobrepeso
55	25	F	22,516	Peso normal
56	25	M	30,524	Obesidad grado 1
57	39	F	28,537	Sobrepeso
58	49	F	26,446	Sobrepeso
59	26	F	23,338	Peso normal
60	25	F	22,719	Peso normal
61	27	M	22,676	Peso normal
62	27	F	21,333	Peso normal
63	43	M	31,221	Obesidad grado 1
64	24	M	30,422	Obesidad grado 1
65	42	M	31,203	Obesidad grado 1
66	26	F	23,381	Peso normal
67	33	M	34,939	Obesidad grado 1
68	41	M	31,25	Obesidad grado 1
69	34	M	24,913	Peso normal
70	53	F	33,294	Obesidad grado 1
71	26	M	23,307	Peso normal
72	24	M	24,337	Peso normal
73	44	M	24,382	Peso normal
74	32	F	24,881	Peso normal
75	33	M	25,161	Sobrepeso
76	62	F	23,03	Peso normal
77	34	F	24,653	Peso normal
78	42	F	25,477	Sobrepeso

79	35	F	23,438	Peso normal
80	54	F	24,444	Peso normal
81	27	M	23,095	Peso normal
82	47	F	28,444	Sobrepeso
83	26	M	21,644	Peso normal
84	42	F	25,654	Sobrepeso
85	23	F	29,727	Sobrepeso
86	27	F	29,903	Sobrepeso
87	26	F	24,836	Peso normal
88	32	M	28,36	Sobrepeso
89	26	F	24,465	Peso normal
90	32	M	23,712	Peso normal

Base de datos				
Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida				
Código	Edad	Sexo	Puntaje	Estilo de vida
1	23	F	269	Saludable
2	51	F	266	Saludable
3	28	F	278	Saludable
4	40	M	268	Saludable
5	53	F	275	Saludable
6	27	F	264	Saludable
7	38	F	262	Saludable
8	26	F	266	Saludable
9	47	F	233	Poco saludable
10	40	M	262	Saludable
11	27	M	264	Saludable
12	26	M	289	Saludable
13	40	F	259	Poco saludable
14	25	F	241	Poco saludable
15	31	F	271	Saludable
16	55	F	293	Saludable
17	43	M	273	Saludable
18	42	M	268	Saludable
19	25	F	288	Saludable
20	25	F	298	Saludable
21	26	F	278	Saludable
22	25	M	265	Saludable
23	45	F	273	Saludable
24	28	F	292	Saludable
25	42	F	257	Poco saludable
26	40	F	247	Poco saludable
27	25	F	266	Saludable
28	27	F	276	Saludable
29	25	M	278	Saludable
30	33	M	245	Poco saludable
31	42	F	293	Saludable
32	29	M	290	Saludable
33	27	F	277	Saludable
34	25	F	279	Saludable
35	26	F	292	Saludable
36	22	F	252	Poco saludable
37	53	F	270	Saludable
38	31	M	306	Saludable

39	25	M	276	Saludable
40	47	F	238	Poco saludable
41	29	M	243	Poco saludable
42	24	F	274	Saludable
43	26	F	284	Saludable
44	50	F	248	Poco saludable
45	41	F	245	Poco saludable
46	29	F	274	Saludable
47	45	F	280	Saludable
48	26	F	275	Saludable
49	25	F	294	Saludable
50	29	F	280	Saludable
51	27	M	244	Poco saludable
52	23	M	338	Saludable
53	42	F	265	Saludable
54	37	F	273	Saludable
55	25	F	262	Saludable
56	25	M	297	Saludable
57	39	F	271	Saludable
58	49	F	274	Saludable
59	26	F	262	Saludable
60	25	F	286	Saludable
61	27	M	262	Saludable
62	27	F	287	Saludable
63	43	M	245	Poco saludable
64	24	M	259	Poco saludable
65	42	M	243	Poco saludable
66	26	F	291	Saludable
67	33	M	283	Saludable
68	41	M	247	Poco saludable
69	34	M	283	Saludable
70	53	F	259	Poco saludable
71	26	M	288	Saludable
72	24	M	343	Saludable
73	44	M	286	Saludable
74	32	F	272	Saludable
75	33	M	246	Poco saludable
76	62	F	270	Saludable
77	34	F	238	Poco saludable
78	42	F	270	Saludable
79	35	F	286	Saludable

80	54	F	283	Saludable
81	27	M	261	Saludable
82	47	F	266	Saludable
83	26	M	281	Saludable
84	42	F	276	Saludable
85	23	F	267	Saludable
86	27	F	278	Saludable
87	26	F	297	Saludable
88	32	M	236	Poco saludable
89	26	F	262	Saludable
90	32	M	289	Saludable

11.8. Anexo 8. Tablas Complementarias

Tabla 6

Chi2 entre estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud.

Estado nutricional	Estilo de vida				Total
	Muy saludable	Saludable	Poco saludable	No saludable	
	f	f	f	f	f
Bajo peso	.	0,06	0,22	.	0,29
Peso normal	.	1,95	6,83	.	8,78
Sobrepeso	.	0,23	0,82	.	1,05
Obesidad grado 1	.	4,30	15,04	.	19,34
Obesidad grado 2
Obesidad grado 3
Total		6,55	22,91		29,45

f: frecuencia

Fuente: Organización Mundial de Salud y Revista Colombia de Psicología

Elaboración: Ana Ginella Rojas Delgado

11.9. Anexo 9. Proyecto de trabajo de investigación



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud
Medicina Humana

Proyecto de Trabajo de investigación

Tema: Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del
Distrito 11D05 Espíndola-Salud

Autora:

Ana Ginella Rojas Delgado

Loja - Ecuador

Año: 2020 - 2021

1. Tema

Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud

2. Problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el estado nutricional se puede definir como la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos. Así podemos deducir que cuando ingerimos menor cantidad de calorías y/o nutrientes de los requeridos, se reducen las existencias de los distintos compartimentos corporales y nuestro organismo se vuelve más sensible a descompensaciones. Por el contrario, cuando ingerimos más de lo que necesitamos para nuestras actividades habituales, se incrementan las reservas de energía de nuestro organismo, fundamentalmente ubicadas en el tejido adiposo (OMS, 2020).

El Informe de la Nutrición Mundial 2020 realizado por la OMS, reporta que en la actualidad, 1 de cada 9 personas en el mundo pasa hambre, y 1 de cada 3 padece sobrepeso u obesidad. Cada vez en más países se observa la doble carga de la malnutrición; la desnutrición coexiste con el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (OMS, 2020).

La obesidad ha rebasado proporciones epidémicas a nivel mundial sobretodo en la población adulta, desde 1975 esta enfermedad se ha triplicado en todo el mundo. Se conoce que cada año aproximadamente mueren 2,8 millones de personas a consecuencia de la obesidad o sobrepeso. A pesar de que en el pasado se consideraba un problema característico de países desarrollados, hoy en día la obesidad es una enfermedad prevalente también en los países subdesarrollados (OMS, 2020).

En Estados Unidos, según un nuevo estudio difundido en la publicación médica del mundo académico más respetada, *The Lancet*, en 2017, encabeza la lista de diez países con más obesidad: 78 millones de personas, o el 33% de la población adulta. Mientras que según Farré, A. 2017 la prevalencia de la obesidad en España es de alrededor del 25%.

En cuanto al déficit alimentario, las últimas estimaciones indican que en 2018 cerca de 821 millones de personas en el mundo sufrían malnutrición; o lo que es lo mismo, 1 de cada 10 seres humanos. De hecho, el hambre y la malnutrición son el principal riesgo de salud a nivel mundial, incluso mayor que el sida, la malaria y la tuberculosis juntos (Naciones Unidas, 2018).

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO) en 2020, Asia sigue albergando al número más elevado de personas

subalimentadas (381 millones). África ocupa el segundo lugar (250 millones), seguida de América Latina y el Caribe (48 millones). La prevalencia mundial de la subalimentación del 8,9 %, ha variado poco, pero los números absolutos vienen aumentando desde 2014. Esto significa que en los últimos cinco años el hambre ha crecido al ritmo de la población.

En Ecuador en el 2012, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) las provincias con mayor prevalencia de sobrepeso son Galápagos, Carchi y Morona Santiago, con 45.8%, 44.6% y 44.5%, respectivamente, seguidas muy de cerca por las provincias de Azuay 44.4% y Loja 43.8%, en cuanto a la obesidad se encuentra a Galápagos con el 30%, el Oro 27.1% y Santa Elena 26.6% (ENSANUT, 2012).

La evaluación del estado nutricional en el personal sanitario poco se ha estudiado, en un estudio realizado en México en cuanto a sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico en el personal de salud de un hospital se encontró que existe una elevada prevalencia de obesidad-sobrepeso correspondiente a 61% de esta población (Cruz-Dominguez, M., et al., 2014).

En nuestro país en un estudio realizado por Tenecora, E. y Naranjo P. (2015) acerca del estado nutricional y factores asociados en el personal de salud de un Distrito de salud, se observó un porcentaje global de 60,5% de exceso de peso, es decir casi 2 de cada 3 personas que laboraban en esta institución tuvo exceso de peso.

Por muchas décadas se sabía que existe una conexión directa entre las enfermedades no transmisibles (ENT) y el estilo de vida. Actualmente sabemos que el 80% de los gastos de salud en el mundo son absorbidos para el manejo de las enfermedades crónicas, la buena noticia es que el 80% de las enfermedades crónicas son tratables y a menudo reversibles con cambios en el estilo de vida (De la Cruz et al., 2017).

Las ENT afectan a las diferentes edades, a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años de edad. Más del 85% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos, principalmente debido a factores de riesgo como dietas malsanas, inactividad física, exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol (OMS, 2018).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que ciertos factores de riesgo incluyendo el sobrepeso y obesidad, inactividad física y consumo de sustancias nocivas aumenta el riesgo de padecer ENT (diabetes, hipertensión, cardiopatías coronarias,

accidentes cerebrovasculares y ciertos tipos de cáncer, entre otras enfermedades). En el 2016, la prevalencia regional del sobrepeso y la obesidad fue del 62,5% (64% en los hombres y 61% en las mujeres), la más alta entre todas las regiones de la OMS. Asimismo la prevalencia de inactividad física en adultos se aproximó al 39,3% en este mismo año. Con respecto al consumo de sustancias nocivas se reportó que en 2018, la población adulta consumió 7,8 litros de alcohol puro por persona por año, en la Región (OPS, 2019).

En lo referente al personal sanitario, los resultados de una investigación realizada a profesionales de la salud colombianos en el año 2007, muestra que los estilos de vida de los evaluados presentan en general deficiencias, sobre todo en aspectos como la actividad física y el deporte. Dichos parámetros representan un problema relevante, ya que se considera que los estilos de vida sedentarios son una de las diez primeras causa de morbilidad y mortalidad en el mundo (Sanabria-Ferrand, González y Urrega, 2007). En nuestro país en un estudio a 80 profesionales médicos en Quito se obtuvo que la mitad de ellos solamente realizaban una actividad física leve y que únicamente 17 realizaban una actividad física vigorosa (Montaluisa et al., 2018).

Los trabajadores de la salud se enfrentan a riesgos de accidentes o enfermedades a causa de su ocupación. En este quehacer se señalan como riesgos frecuentes e importantes el contagio por enfermedades transmisibles; la exposición a radiaciones; el contacto con sustancias químicas o biológicas y el estrés psíquico (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de España, 2018). Las investigaciones efectuadas demuestran que los profesionales de la salud presenta un estilo de vida poco saludable principalmente a causa de malos hábitos alimenticios y sedentarismo. A pesar de tener conocimiento de la relación entre comportamiento y salud, así como de la etiología de las enfermedades y su tratamiento, el personal de salud no se encuentra exento de padecer problemas nutricionales, principalmente debido al rol laboral extenuante que cumple en la sociedad. Por todo lo antes mencionado y al no existir estudios locales referentes al tema, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el estado de nutrición y el estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud?

3. Justificación

Los principales problemas de salud asociados al estado nutricional y al estilo de vida a los que se enfrenta la población adulta son la obesidad/sobrepeso. Los profesionales de la salud son los encargados de fomentar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, impulsando la modificación de ciertas conductas en los individuos que evita el desarrollo de ENT. Sin embargo, dado que su principal actividad consiste en el tratamiento y el cuidado de enfermos, los problemas de salud laboral más importantes que sufren estos trabajadores provienen, precisamente, del contacto físico y emocional que establecen con los pacientes. El personal sanitario diariamente afronta diferentes situaciones que incluyen los fracasos terapéuticos, la atención especial a enfermos, los casos urgentes, el trabajo a turnos, la forma de organizar el trabajo, la escasez de recursos, etc., factores determinantes para la adopción de hábitos de vida poco saludables que repercuten de manera perjudicial en el estado nutricional y ocasiona como consecuencia a la aparición de ENT.

Por tanto, el siguiente estudio nace de la necesidad de determinar las conductas relacionadas con el estilo de vida de los profesionales de la salud y la relación con su estado nutricional. Parámetros que una vez expuestos ayudarían de manera significativa a aumentar los escasos conocimientos respecto al tema y contribuir a posteriores investigaciones, además de permitir adopción de planes y estrategias enfocados en el bienestar del personal sanitario que labora en esta institución.

El estudio se enfoca en la tercera línea de investigación de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja denominada “Salud-enfermedad del adulto y adulto mayor en la Región Sur del Ecuador o Región Siete”; también es parte de las prioridades de investigación 2013 – 2017 del Ministerio de Salud Pública (MSP) que enmarca la líneas “Obesidad y sobrepeso”, “Desnutrición” y las sublíneas “Conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición en personal de salud, pacientes y sociedad”, por lo que la viabilidad del presente proyecto se justifica.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Determinar el estado nutricional y el estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud, en el periodo octubre 2020 – septiembre 2021.

4.2. Objetivos Específicos

Evaluar el estado nutricional mediante el cálculo del índice de masa corporal del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud, según grupo de edad y sexo.

Identificar el estilo de vida del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud, según grupo de edad y sexo.

Establecer la relación entre el estado nutricional y el estilo de vida del personal de salud que labora en el Distrito 11D05 Espíndola-Salud.

Esquema de marco teórico

5.1. Estado nutricional

5.1.1. Definición.

5.1.2. Evaluación.

5.1.2.1. Métodos o indicadores antropométricos.

5.1.2.1.1. *Peso.*

5.1.2.1.2. *Talla.*

5.1.2.1.3. *Índice de masa corporal.*

5.1.2.1.4. *Circunferencia de la cintura.*

5.1.2.1.5. *Pliegues cutáneos.*

5.1.1.1. Métodos o indicadores bioquímicos.

5.1.1.2. Métodos o indicadores clínicos.

5.1.1.3. Métodos o indicadores dietéticos.

5.1.2. Clasificación.

5.1.2.1. Desnutrición.

5.1.2.1.1. *Definición.*

5.1.2.1.2. *Epidemiología.*

5.1.2.1.3. *Etiología.*

5.1.2.1.4. *Tipos.*

5.1.2.1.5. *Manifestaciones clínicas.*

5.1.2.1.6. *Diagnóstico.*

5.1.2.1.7. *Tratamiento.*

5.1.2.2. Sobrepeso.

5.1.2.2.1. *Definición.*

5.1.2.2.2. *Epidemiología.*

5.1.2.2.3. *Etiología.*

5.1.2.2.4. *Manifestaciones clínicas.*

5.1.2.2.5. *Diagnóstico.*

5.1.2.2.6. *Tratamiento.*

5.1.2.3. Obesidad.

5.1.2.3.1. *Definición.*

5.1.2.3.2. *Epidemiología.*

5.1.2.3.3. *Etiología.*

5.1.2.3.4. *Tipos.*

5.1.2.3.5. *Manifestaciones clínicas.*

5.1.2.3.6. *Diagnóstico.*

5.1.2.3.7. *Tratamiento.*

5.2. Estilo de vida

5.2.1. Definición.

5.2.2. Estilos de vida saludable.

5.2.3. Estilos de vida no saludable.

5.2.4. Dimensiones.

5.2.4.1. Condición, actividad física y deporte.

5.2.4.2. Recreación y manejo del tiempo libre.

5.2.4.3. Autocuidado y cuidado médico.

5.2.4.4. Hábitos alimenticios.

5.2.4.5. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

5.2.4.5.1. *Alcohol.*

5.2.4.5.2. *Tabaco.*

5.2.4.6. Sueño.

5.2.5. Cuestionario de practicas y creencias sobre estilos de vida.

6. Metodología

6.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo, contando desde su nacimiento.	Biológica	Años	Adultos jóvenes: 18-39 años Adultos maduros: 40-59 años Adultos mayores: 60 años o más
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Biológica	Fenotipo	Masculino Femenino
Estado nutricional	Relaciona el peso en kilogramos y la talla en metros cuadrados.	Nutricional	Índice de Masa Corporal (IMC)	Bajo peso: <18.5 Normal: 18.5 – 24.9 Sobrepeso: 25.0 – 29.9 Obesidad grado 1: ≥ 30.0 – 34.9 Obesidad grado 2: ≥ 35.0 – 39.9 Obesidad grado 3: ≥ 40.0

Estilo de vida	Conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona.	Practicas y creencias	Cuestionario de practicas y creencias sobre estilos de vida	Muy saludable: 348 – 464 Saludable: 261 – 347 Poco saludable: 174 – 260 No saludable: 116 - 173
----------------	--	-----------------------	---	--


7. Cronograma

TIEMPO	2020												2021																																							
	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto											
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Revisión bibliográfica																																																				
Elaboración del proyecto																																																				
Proceso de aprobación del proyecto																																																				
Recolección de datos																																																				
Tabulación de la información																																																				
Análisis de datos																																																				
Redacción del informe final																																																				
Revisión y corrección del informe final																																																				
Presentación del informe final																																																				

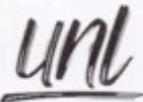
8. Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (US	Costo Total (USD)
Movilización	Galón de ECO	60	2.00	120.00
	Pasaje bus	6	6.00	36.00
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	Resmas	5	3.00	15.00
Esferos y lápices	Unidad	20	0.30	6.00
CD en blanco	Unidad	3	1.00	3.00
Internet	Mes	12	28.00	336.00
Anillados	Unidad	4	1.00	4.00
Empastados	Unidad	1	10.00	10.00
Memoria USB (4Gb)	Unidad	1	12.00	12.00
Certificado de calibración de balanza	Unidad	1	12,00	12.00
EQUIPOS				
Computador	Equipo	1	1200.00	1200.00
Impresora	Equipo	1	200.00	200.00
Balanza	Equipo	1	50.00	50.00
Tallímetro	Equipo	1	20.00	20.00
Sub total				2012.00
(Imprevistos 20%)				300.00
TOTAL				2324.00

11.10. Anexo 10. Certificación del tribunal de grado



1859



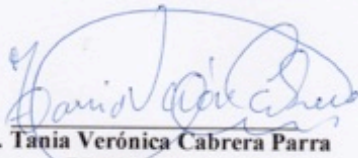
Universidad
Nacional
de Loja

**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL
DE GRADO**

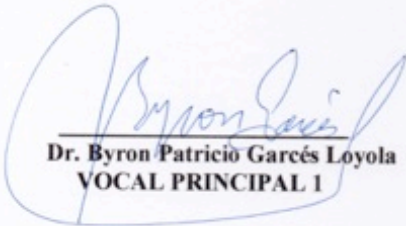
Loja, 02 de Noviembre del 2022

En calidad del tribunal calificador del trabajo de Integración curricular o de titulación titulado "Estado nutricional y estilo de vida del personal de salud del Distrito 11D05 Espíndola-Salud", de la autoría de la Srta. Ana Ginella Rojas Delgado portador/a de la cédula de identidad Nro. 1750070383 previo a la obtención del título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.


APROBADO



**Dra. Tania Verónica Cabrera Parra
PRESIDENTE**



**Dr. Byron Patricio Garcés Loyola
VOCAL PRINCIPAL 1**



**Md. Esp. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo
VOCAL PRINCIPAL 2**