



RESUMEN

CAMBIOS Y/O POTENCIALIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN FAMILIARES CON ENFERMEDADES METABÓLICAS: DIABETES MELLITUS TIPO2, HIPERTENSIÓN ARTERIAL FUNDACION DONUM 2002-2003

Objetivo: Evaluar la efectividad de las modificaciones en los estilos de vida, en la prevención o retardo de la aparición de enfermedades metabólicas.

Método: El presente es un estudio piloto de investigación acción participativa, cuyo universo comprendió los usuarios preferidos de la fundación y la muestra es por conveniencia. El grupo de estudio participó en 8 talleres, para modificar y/o reforzar los CAPs sobre estilos de vida.

Resultados: De las 24 personas estudiadas, el 66.7% son mujeres, el 33.3% son hombres, todos residen en el área urbana del cantón Cuenca, el 100% tienen familiares con diabetes mellitus tipo 2. Se realizó una valoración inicial y una valoración final encontrándose: un 29.9% de conocimientos buenos sobre estilos de vida al inicio de la investigación, un 100% al terminar la misma. Actitud muy de acuerdo sobre beneficios y prácticas de alimentación saludable encontrando al inicio un 0% , y 41.7% al final; actitud muy de acuerdo sobre beneficios y prácticas de actividad física con un 0% al inicio, y un 33.3% al final del estudio; actitud muy en desacuerdo sobre consumo de alcohol y tabaco en un 20.8% inicialmente y 95.8% al final de la investigación; prácticas muy buenas sobre estilos de vida 20.8% al inicio y 83.3% al final; preferencias alimenticias por el grupo 1, 29.2% al inicio y 75.0% al final; hábito de fumar negativo 83.3% al inicio y 91.7% al final; hábito Alcohólico negativo 93.7% al inicio y 100.0% al final; actividad física no sedentarios 16.7% al inicio y 54.2% al final ; promedio de índice de masa corporal 28 al inicio y 27.2 al final; colesterol promedio 219 mg./dl inicialmente y 210 mg./dl. al final; triglicéridos 286 mg. /dl al inicio y 175 mg./dl al final ; sin riesgo de síndrome metabólico 25% al inicio y 33.3% al final; integración familiar cada fin de semana 4.2% al inicio y 50% al final.

Conclusiones: Los resultados del estudio confirman que los investigados han modificado favorablemente sus estilos de vida, así como también, han mejorado sus indicadores del estado nutricional.

Palabras claves: Promoción de la Salud, Estilos de Vida Saludables, Enfermedades Metabólicas.



SUMMARY

Objective: To evaluate the effectiveness of the modifications in the lifestyles in the prevention or retard of the appearance of metabolic illnesses.

Method: The present is a pilot study of action participating investigation whose universe consisted of the favourite users of the foundation, and the sample is for convenience, the study group participated in 8 workshops, to modify and/or to reinforce the Attitudes, Practices and Knowledge on lifestyles.

Results: Of 24 studied persons, 66.7% are women, 33.3% are men, all reside in the urban area of the canton Cuenca, 100% has family with diabetes mellitus, it was carried out an initial valuation and a final valuation being: 29.9% of good knowledge on lifestyles at the beginning of the investigation, 100% when finished the same one; attitude very of agreement about benefits and practical of healthy feeding finding to the beginning 0%, and 41.7% at the end; attitude very of agreement about benefits and you practice of physical activity with 0% at the beginning, and 33.3% at the end of the study; attitude very in disagreement on consumption of alcohol and tobacco in 20.8% initially and 95.8% at the end of the investigation; you practice very good on lifestyles 20.8% at the beginning and 83.3% at the end; alimentary preferences for the group 1, 29.2% at the beginning and 75.0% at the end; negative tobacco habit 83.3% tat the beginning and 91.7% at the end; negative Alcoholic habit 93.7% at the beginning and 100.0% at the end; physical activity not sedentary 16.7% at the beginning and 54.2% at the end; average of index of corporal mass 28.0 at the beginning and 27.2 at the end; cholesterol average 219 mg. / dl initially and 210mg. / dl. at the end; triglycerides 286mg./dl. at the beginning and 175mg./dl. at the end; without risk of metabolic syndrome 25% at the beginning and 33.3% at the end; family integration every weekend 4.2% at the beginning and 50% at the end.

Conclusions: The results of the study confirm that, the investigated persons have modified their lifestyles favourably, as well as, the indicators of the nutritional state.

Key words: Promotion of the Health, Healthy Lifestyles, Metabolic Illnesses,



ÍNDICE

CONTENIDO	Nº PAG.
Responsabilidad	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	1
Sumary	3
Capítulo I: Planteamiento del problema.....	5
Capítulo II: Marco Teórico; Historia de los estilos de vida.....	8
Aportes de la educación sobre estilos de vida.....	11
Estilos de vida y enfermedades metabólicas desde el punto de vista biológico...	13
Historia natural de las enfermedades.....	19
Periodo prepatogénesis.....	19
Periodo patogénico.....	24
Promoción de la salud.....	25
Historia de la promoción de la salud.....	25
Formulación de políticas saludables.....	28
Entornos favorables a la promoción de salud.....	29
Fortalecimiento de la acción comunitaria.....	29
Desarrollo de aptitudes personales.....	30
Reorientación de los servicios de salud.....	30
Promoción de la salud y su impacto en los estilos de vida.....	30
Capítulo III. Objetivos.....	36
Capítulo IV. Plan de observación de campo.....	37
Tipo de estudio.....	37
Universo.....	37
Muestra.....	37
Metodología.....	38
Plan de acción.....	43
Evaluación	49
Capítulo V. Análisis de la información.....	51
Capítulo VI. Plan de acción, desarrollo del plan de acción.....	68
Desarrollo del plan de acción.....	68
Evaluación del plan de acción.....	78
Capítulo VII. Discusión	86
Conclusiones	88
Recomendaciones	89
Bibliografía.....	90
Anexos	95



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CAMBIOS Y/O POTENCIALIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN
FAMILIARES CON ENFERMEDADES METABÓLICAS:
DIABETES MELLITUS TIPO2, HIPERTENSIÓN ARTERIAL
FUNDACIÓN DONUM
2002-2003**

TESIS: Previa a la obtención del título de Master en Salud Pública.

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado

DIRECTOR: Dr. Nicolás Campoverde

**Cuenca – Ecuador
2004**

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



RESPONSABILIDAD

Los criterios emitidos en este trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.



DEDICATORIA

Con el amor de siempre les dedicado este trabajo, a mis padres, esposa e hijos.

Jaime



AGRADECIMIENTO

Al Dr. Nicolás Campoverde Director de la Maestría en Salud Pública y Director de la Tesis.

Al Personal de la Fundación Donum por su colaboración desinteresada.

A los Laboratorios Farmacéuticos y demás personas que de una y otra manera colaboraron en el presente estudio.



Capítulo I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades metabólicas entre ellas la diabetes mellitus tipo 2, e hipertensión arterial forman parte del gran síndrome metabólico, descrito por Reaven en 1988, en la que además de la nombradas coexisten con otras como obesidad, dislipidemias, elevaciones del ácido úrico etc. Todas estas en conjunto son causantes de una elevada morbi-mortalidad a nivel mundial, regional y local.

“Según el informe de la OMS de 1998, se le considera a la diabetes mellitus como la pandemia del milenio, y recuerda que hace 20 años era considerada una enfermedad poco común, con prevalencia del 1-3% en Europa y USA y raro en países en vías de desarrollo, actualmente en el mundo se considera que existe unos 143 millones de personas afectadas y para el 2025 unos 300 millones”¹.

“La mas alta prevalencia tienen los indios Pima de Arizona con el 42% y la mas baja en las poblaciones rurales de Bantu con menos del 1%, es muy alta en los aborígenes de Australia, Puertorriqueños de los Estados Unidos, hispanos americanos y melanesios, en los EEUU en general el 6.2% de la población padece diabetes y se diagnostica más de 2800 personas por día. En las américa se calcula que la prevalencia de la DM 2, varia del 1.4% en los Mapuche de Chile a 16.9% en los jamaicanos adultos”².

“En América Latina al momento actual se cree que existe unas 15 millones de personas con diabetes mellitus y esta cifra llegará a los 20 millones de personas en los próximos 10 años”³ En nuestro medio latino la prevalencia de diabetes mellitus es mas alta que en

¹ Orellana Sáenz Clemente. Diabetología para el Próximo Milenio. Ecuador- Quito: Voluntad; 1999. p. 9

² Molina Vélez Arturo Iván, Orrego M, et.al Diabetes mellitus y obesidad, disponible en www.ascofame.org.co/guiasmbe

³ Revista de la Asociación Americana de Diabetes. Guías Alad de Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Buenos Aires. (s.e).2000. Supl 1:116-118.



otras etnias, “se habla de una prevalencia para la población hispana entre los 40 y 74 años de edad del 20.3%, 18.2% en la población negra, y 11.2% en la población blanca”⁴

“En nuestro país se desconoce la incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus pero se cree que el 3% de la población tiene la enfermedad, el diagnóstico se realiza en el 20-25 % de los casos y solo el 10% de los casos recibe atención médica, la prevalencia de acuerdo a la edad es mayor del 1% en mayores de 18 años, más del 4% en personas de más de 30 años, más del 5% en mayores de 40 años, y más del 13% en mayores de 60 años”⁵.

La causa del aumento de la incidencia y prevalencia de estas patologías está sin lugar a dudas en la occidentalización de los estilos de vida (consumo de exceso de calorías, sobre todo a base de grasa saturada, hidratos de carbono refinados, sedentarismo, y consumo de sustancias tóxicas etc.). La importancia de la diabetes mellitus sola y con mayor razón asociada a otros factores de riesgo como es en este caso a hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, es causante de una elevada morbi-mortalidad sobre todo por enfermedades cardio-vasculares que de ella se derivan. A nivel mundial es la: “primera causa de insuficiencia renal, disminuye la expectativa de vida de 5 a 10 años, aumenta en 1-4 veces la incidencia de enfermedad cardiovascular, es la primera causa de ceguera a nivel mundial, la primera causa de amputación, y de lesión neuronal en el 60-70%”⁶.

Producto del diagnóstico de salud realizado en la Fundación Donum. La misma que está ubicada en la ciudad de Cuenca, en la parroquia urbana Bellavista, en la calle Tarqui 12-56 entre: Sangurima y Pió Bravo, es una ONG, privada sin fines de lucro, se encuentra funcionando desde septiembre de 1992, se puede llegar a la misma a pie o por cualquier medio de transporte común, el material de construcción es mixta, posee con todos los servicios básicos de infraestructura (agua, luz, teléfono), existen habitaciones para diferentes consultorios, laboratorio clínico, farmacia, odontología,

⁴Examination Survey. (NHANES III 1988-1994).

⁵ Hervas Hernán .Diabetes Mellitus, la gran epidemia del siglo. Ecuador. editorial y offset, Santa Rita. 2002. 2^a ed. p. 40-41.

⁶ Diabetes Statistics. October 1995(up dated) NIDDK, Publication NIH 96-3926.



quirófano, salas de recuperación y presta servicios de salud a toda la población priorizando a los que tienen recursos económicos medios y bajos, dentro de tantos problemas de salud que aqueja a la población que asiste a esta casa de salud, se priorizó por consenso, como uno de los más importantes al “problema numero 3 (morbi-mortalidad por enfermedades metabólicas)”⁷

A esa fecha se han abierto alrededor de 19.000 historias clínicas de las cuales unas 2.800 corresponden a diabetes mellitus, correspondiendo alrededor del 14.7% de prevalencia, y es alrededor de esta enfermedad que se ha organizado un programa de salud, para prevención secundaria y terciaria. Al revisar historias clínicas y realizar encuestas a los pacientes con enfermedades metabólicas se puede observar que a pesar del conocimiento que tienen sobre los efectos deletéreos de una mala práctica de estilos de vida (alimentación, sedentarismo, consumo de alcohol , tabaco, etc.) continúan realizándolo, y como estas prácticas se socializan en la familia y a la vez es el grupo más vulnerable por los antecedentes familiares de la enfermedad, es de mucha importancia conocer los mencionados estilos de vida en los familiares, con la finalidad de reforzarlos o modificarlos en caso de ser necesario. Por el momento los directivos de la fundación, se comprometieron a colaborar en la realización de un estudio piloto que de tener resultados positivos se realizará en una muestra más representativa y a más largo tiempo.

CAPITULO II



MARCO TEORICO

2.1. HISTORIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

Los estilos de vida son entendidos como “la manera general de vivir para lo cual interactúan pautas individuales de conducta, que están determinados por factores socio-culturales y características personales”⁸ (Nutbean 1996). De acuerdo a este concepto incluyen prácticas saludables como alimentación sana, actividad física, ausencia de consumo de sustancias tóxicas, tolerancia, solidaridad, respeto por las diferencias, por los derechos humanos etc. prácticas y actitudes antes mencionadas, que inciden en la salud y vida individual, familiar y de la comunidad.

Sin lugar a dudas en los momentos actuales la salud es uno de los bienes máspreciados del ser humano por lo tanto deberíamos conservarlo y cuidarlos de la mejor manera, pero esta preocupación ha sido de todos los tiempos y la práctica de unos estilos de vida ha estado presente desde sus inicios, por lo tanto, hablar de estilos de vida saludables es hacer de la existencia en la tierra una filosofía de vida, disfrutar con moderación lo que tenemos, recordando palabras de Francis Bacon “un cuerpo sano es un huésped, un cuerpo enfermo es un carcelero”.

En relación a la práctica de estilos de vida podemos observar que: Moisés en su libro Génesis escrito, hace 3500 años dice “Os doy toda planta que da semilla, que está sobre la tierra, y todo árbol que lleva fruto y da semilla, esto será vuestro alimento” esto demuestra que el hombre en principio era vegetariano y actualmente se demuestra que la alimentación vegetariana es más saludable. Son muchos los pueblos que por diversas razones han seguido con esta práctica de alimentación que podría considerarse “**Original y Básica**” y los resultados son una menor incidencia de enfermedades metabólicas como se podrá ver más adelante. Las grandes religiones orientales budismo, brahmanismo, y el hinduismo ensalzan las alimentaciones vegetarianas, los antiguos egipcios a los que se calificaba de “**comedores de pan**” cultivaban cereales desde los tiempos más remotos, 1400 años antes de cristo los antiguos israelitas por inspiración divina disponían de un conjunto de normas sobre alimentación las mismas que se mantienen hasta la fecha “el consumo de carne era considerado como alimento

⁸ Restrepo Helena. Promoción de la Salud. Colombia. Medica Internacional LTDA.2001.p. 41



de reserva o de excepción y en todo caso con limitaciones, no se consideraba apto para el consumo humano la carne de cerdo, mariscos, grasa de los animales, sangre etc.”⁹

La Biblia registra en el libro de Daniel, siglo VI antes de cristo lo siguiente: Daniel se niega a comer carnes y vinos selectos que les son ofrecidos por la corte del rey Nabucodonosor, y prefiere legumbres y hortalizas para comer y agua para beber y se realiza el primer experimento entre jóvenes que comían la comida del rey y los de alimentación vegetariana “al cabo de diez días, el rostro de ellos (que comían alimentación vegetariana) se veían mas nutridos que los otros jóvenes que comían la comida del rey”¹⁰; realizándose de esta manera **el primer experimento que registra la historia a favor de la alimentación vegetariana.**

Los antiguos griegos y entre ellos sus filósofos (Pitágoras, Sócrates y Platón) sin ser ellos estrictamente vegetarianos recomendaron alimentación a base de vegetales como parte de una vida natural e higiénica.

“En relación con el consumo de alcohol los griegos se oponían a la ingesta de licor por parte de las mujeres, ellos bebían vino aguado, atribuían efectos relajantes y preconizaban el uso a partir de los 40 años, los romanos permitían beber desde la adolescencia. La expansión del imperio romano significó la primera oleada de alcoholización de la humanidad. Los romanos no hicieron caso de los consejos de sus sabios y entraron en un proceso de glotonería que terminó con la caída del imperio”¹¹.

Durante el Renacimiento, artistas y científicos como Leonardo da Vinci y Andrea Vesalio, al estudiar los escritos de los antiguos griegos descubren los valores de los vegetales para la alimentación, la misma que era practicada por una minoría de élite de esos tiempos, en cambio, la inmensa mayoría consumían carne y embutidos que eran los alimentos máspreciados de la época, por esos tiempos, los árabes hace su aparición en Europa con la técnica de la destilación, esto permitió tener bebidas alcohólicas de mayor concentración, los alquimistas de esa época pensaron que el alcohol era el “elixir de la vida” y se consideró como remedio para todas las

⁹. Pamplona Roger Jorge D. Nuevo Estilo de Vida. Argentina. Safeliz 1993. 2nd ed. P.66

¹⁰ Daniel 1:15

¹¹ Silvia Gimeno, 2003, fecha de acceso 10-de diciembre del 2003, disponible en: <http://www.alcoholismo.info/antiguedad.htm>.



enfermedades, como lo determina el término whisky “agua de la vida” “pronto se expandió el proceso de destilación produciéndose la segunda oleada de alcoholización”¹²

En los habitantes de Okinawa, una isla en la que se consumen principalmente “cereales, fruta y hortalizas, sus habitantes se caracterizan por: longevidad, ausencia de enfermedades degenerativas, arteriosclerosis, disminución de la incidencia de cáncer, esto se pudo comprobar cuando se realizaron autopsias a los fallecidos que habitaban en esta isla durante la segunda guerra mundial”¹³.

Por otro lado, “en el valle de Hunza situado en el norte de Pakistán sus habitantes se caracterizan por su longevidad y en 1964 los Drs. Toomey y White estudiaron a 25 hombres que tenían entre 90 y 110 años de edad. Los investigadores concluyeron que la presión arterial, el nivel de colesterol, y un electrocardiograma eran normales, entre los hunza no se conocen el cáncer, las enfermedades del corazón, la diabetes o el envejecimiento prematuro”¹⁴. Investigando los estilos de vida encontraron que la alimentación preferida por sus habitantes es en base de cereales y frutas, principalmente albaricoques, la actividad física que realizan, la vida tranquila, y el respirar aire puro parece ser el secreto de su buen estado de salud, hábitos naturales practicados desde hace miles de años.

En el altiplano del centro de México viven los indios atomies sus prácticas de alimentación es básicamente de “tortillas de maíz, frijoles (judías) y diversas hortalizas, los estudios realizados en estos pueblos demuestran que los casos de diabetes, obesidad, hipertensión arterial, cáncer son muy raros o inexistentes”¹⁵

Aportes de la educación sobre los estilos de vida

Ellen White escritora y educadora norteamericana en 1863, época en la que todavía no se conocía desde el punto de vista de la ciencia occidental, los efectos beneficiosos de

¹² Ibíd. fecha de acceso 10-de diciembre del 2003, disponible en, <http://WWW.alcoholismo.info/edad-media.htm>.

¹³ Steiner, P.E, Necropsies on Okinawa's. Anatomic and pathologic observations. Archives of Pathology, 42:359(1946)

¹⁴ Toomey, E.G.; White, P.W. A brief survey of the health of aged Hunzas. American Heart Journal, 68:842(1964)

¹⁵ Anderson, R. et. al. American Journal of Public Health. 1948;38:1126



una práctica de estilos de vida, alimentación saludable, mucho menos los efectos deletéreos de las grasas y el colesterol, la escritora recomendaba “para una buena alimentación frutas, hortalizas, cereales, que no hubiera grasas de origen animal, promovió el uso de aceite de olivo en lugar de la mantequilla, y el uso moderado de la leche completa y de los huevos”¹⁶

Ellen White también advirtió sobre la alimentación de la época a pesar de que no tenía el sustento científico, también hizo notar los efectos deletéreos del tabaco en este tiempo, en la cual, nadie sospechaba que era cancerígeno, igual recomendaba abstinencia del uso de drogas y bebidas alcohólicas. Mientras en una parte del mundo, se recomendaba ya la abstinencia de alcohol, en otra parte en Europa, se desarrolla el proceso de crianza de los vinos y licores, (siglo XVII-XVIII-XIX). Posteriormente Pasteur descubre el proceso de fermentación. “En el siglo XIX, Thomas Trotter y Benjamín Rush, consideran que el abuso del alcohol, produce una enfermedad crónica y es una amenaza para la vida y deducen que el alcohol daña el hígado y produce alteraciones mentales”¹⁷, “en la época industrial con la gran masificación de las ciudades aumenta el consumo de alcohol produciéndose la tercera oleada del alcoholismo y el mismo es considerado como un problema social”¹⁸. En relación al consumo del tabaco su historia es relativamente reciente. “El tabaco pertenece a la lengua haitiana y aparece como un concepto que tiene connotación mítico, religioso, y terapéutico”¹⁹. El mascar hoja de tabaco auguraba exitosas campañas bélicas, poseía poderes mágicos, efectos curativos, desinfectantes, y efecto narcotizante según los mayas y los aztecas. En Europa aparece el primer tabaco en 1619 y tiene un auge increíble por su poder relajante y placentero y se llegó utilizar como remedio casero, en el siglo XVII se empieza a dudar de sus efectos benéficos, a partir de 1856 el cigarrillo adquiere un auge definitivo favoreciendo su rápida manufactura y posterior comercialización, en el siglo XX, a partir de la década de los 60, se empieza a tomar conciencia sobre el uso del tabaco y se asocia con una gran morbi-mortalidad y la OMS advierte detener la “epidemia del tabaquismo”.

¹⁶ Pamplona Jorge, op.cit. p.69

¹⁷ Silvia Gimeno, 2003, fecha de acceso 10 de diciembre del 2003, disponible en: <http://www.alcoholismo.info/siglos.17-19.htm>

¹⁸ Silvia Gimeno, 2003, fecha de acceso 10 de diciembre del 2003, disponible en <http://www.alcoholismo.info/epoca.industrial.htm>.

¹⁹ Historia General y Natural de las Indias, Gonzalo Fdez de Oviedo, 1478-1557



Solo a mediados del siglo XX con el aumento de la frecuencia de las enfermedades no transmisibles: obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y sus complicaciones cardiovasculares motivaron a los científicos para encontrar relación entre la práctica de unos estilos de vida y estas enfermedades, por estas mismas épocas se produce una “cuarta oleada de alcoholización debida probablemente a los problemas migratorios, los medios de comunicación de masas, la explosión consumista, el estrés, en la actualidad el valor terapéutico del alcohol es limitado, y la sociedad y la ciencia buscan estrategias farmacológicas y cambios de comportamiento para controlar este grave problema social”²⁰.

Actualmente no hay duda de la influencia sobre la salud, de la práctica de determinados estilos de vida, los mismos que en estos tiempos se han deteriorado debido a múltiples causas, una de las cuales se podría deber a la revolución industrial, aplicada en este caso a la industria alimentaria con un alta disponibilidad de alimentos llámense conservas, embutidos, refrescos, colas, etc. que lo único que han hecho es desnaturalizar la alimentación, en estos tiempos y en determinadas regiones se ha pasado de la escasez a la abundancia, en algunas zonas de nuestra sociedad contemporánea se caracteriza por una economía de abundancia, comemos demasiado, tenemos mucho de todas las cosas y nos comportamos como “consumidores”.

2.2. Estilos de vida y enfermedades metabólicas desde el punto de vista biológico:

Una alimentación balanceada, tanto en cantidad, calidad y combinaciones adecuadas son de mucha importancia para mantenerse saludable, cualquier alteración en este equilibrio trae consigo trastorno en la nutrición que puede ser por déficit o por exceso. La cantidad de alimento que se consuma debe ser lo suficiente para mantener el buen funcionamiento del organismo, especialmente en cuanto a crecimiento, reproducción, trabajo físico mental y conservación del peso.

La OMS recomienda que el 55-75% de las calorías procedan de los hidratos de carbono, el 15-30% de las grasas, y el 10-15% de las proteínas. En lo referente a las proteínas que son la base de la estructura del organismo, no se pueden almacenar, por lo que deben ingerirse diariamente, las proteínas están compuestas por una cadena de

²⁰ Silvia Gimeno, 2003, fecha de acceso 10 de diciembre del 2003, disponible en <http://www.alcoholismo.info/actualidad.htm>



aminoácidos de los cuales algunos se sintetizan en el organismo y otros llamados esenciales deber ser ingresados en la alimentación. Una dieta variada aporta todos los aminoácidos esenciales, la fuente principal de proteínas de origen vegetal es la soja, se encuentra también en otros cereales, leguminosas, las proteínas de origen animal (carne, pescado, productos lácteos, y huevo) se han llamado completas porque contienen todos los aminoácidos que necesita nuestro organismo. “Las necesidades por Kg. de peso de proteínas ha disminuido a través de los tiempos y sobre todo limitando las que proceden de origen animal, desde “1.2-1.5 gamos por Kg. de peso que eran las recomendaciones hace 20 años, hasta 0.75 gramos por Kg. de peso y por día”²¹ , “recomendaciones que se mantienen hasta la fecha”²².

Un buen régimen de alimentación debe ser variado en su composición, y que proporcione cantidades suficientes de: hidratos de carbono, que son las principales fuentes de energía, se debe tener preferencia por los polisacáridos que son hidratos de carbono complejos y contienen en su composición almidón, dextrinas, celulosa(fibra vegetal), se encuentran preferentemente en los cereales(trigo, maíz, avena, arroz, cebada), en raíces y tubérculos (patata, hortalizas), semillas, hojas , frutas, raíces etc. Los monosacáridos principalmente glucosa y fructosa se encuentran en todas las frutas así como en la miel. Los disacáridos (la sacarosa o azúcar de caña) está en la remolacha, el plátano, piña y otras frutas, la maltosa se presenta en los cereales sobre todo en la cebada, la lactosa que se encuentra preferente en la leche de los mamíferos.

En relación a las grasas cuyo principal constituyente son los ácidos grasos, estos dan sabor, textura y fluidez a los alimentos, los ácidos grasos pueden ser insaturados y su fuente mas importante son: los vegetales especialmente las nueces, almendras, frutos secos, germen de los cereales, la grasa de pescado, aceite de oliva, semillas de girasol, soja, pepas de la uva, etc. además de ser nutritivos, pueden reducir el colesterol del organismo. Por otro lado, los ácidos grasos saturados se encuentran de preferencia en los alimentos de origen animal y en algunos aceites vegetales como la palma, el coco, manteca de cacao y aceite de algodón, este tipo de ácidos grasos esta relacionado con mayor daño al organismo por eso las recomendaciones actuales de la Sociedad Ecuatoriana de Endocrinología son disminuir la cantidad de ingesta de grasa saturada

²¹ OMS, serie de informes técnicos, nº 797, (dieta, nutrición, y prevención de enfermedades crónicas: Informe de un grupo de estudio de la OMS). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990.p.184

²² Círculo de lectores. Guía Práctica de la Dieta Sana. Colombia. 2002.p. 8-21.



principalmente la proveniente de origen animal, mantener una adecuada ingesta de ácidos grasos insaturados eligiendo los alimentos que los contienen. Otro tipo de grasa es el colesterol, tiene 2 fuentes de ingreso al organismo el primero por vía endógena a partir de la bilis y el otro a través de la dieta exclusivamente de origen animal ya que en los vegetales no existe colesterol, existen un colesterol HDL que es el colesterol bueno, y tienen una acción preventiva sobre las complicaciones de las enfermedades metabólicas, mientras más alta es su concentración en la sangre mayor es su protección, en cambio el colesterol LDL es la fracción de colesterol vinculado con las complicaciones cardio-vasculares de las enfermedades metabólicas, Los ácidos grasos esenciales, llamados así porque nuestro organismo no puede sintetizar son: el ácido linoleico y el ácido linolenico, se encuentran principalmente en el germen de los cereales, frutos secos, también en los alimentos de origen animal, pero en menor proporción estos siempre se encuentran acompañados de ácidos grasos saturados. Los triglicéridos son sustancias neutras de origen animal o vegetal y proporcionan grandes dosis de energía, forman reservas energéticas en el organismo, este tipo de grasa es el que se encuentra en mayor cantidad en la alimentación.

Los micronutrientes(vitaminas y minerales) son sustancias necesarias para mantener un equilibrio en la alimentación se necesitan cantidades pequeñas, no se sintetizan en nuestro cuerpo, las vitaminas son producidas primariamente por los seres de origen vegetal, por lo tanto, la fuente básica de las mismas son los alimentos vegetales y cumplen funciones “en la formación de pigmentos visuales, formación y mantenimiento de las células, intervienen en el metabolismo de los hidratos de carbono, necesarios para el buen funcionamiento del sistema nervioso, formación de las células sanguíneas, antioxidantes, frenan procesos bioquímicos de envejecimiento celular, facilitan la absorción de otras sustancias a nivel del intestino, facilitan la síntesis de sustancias necesarias para la coagulación, etc.”²³. Curiosamente todos los beneficios de estas sustancias se pueden encontrar con una alimentación que contenga frutas, verduras, legumbres, hortalizas, pero también se encuentran en algunos productos de origen animal.

En relación a los minerales se conocen alrededor de 20, que forman parte de nuestra composición entre los mas importantes son calcio el mismo que se encuentra en nueces, leguminosas, frutos seco, en la leche derivados, escaso en la carne y pescado,

²³ Orellana Sáenz Clemente. Op.cit .p.115-118



conviene destacar que el consumo rico en proteínas sobre todo las de origen animal disminuyen la absorción de calcio. El hierro su concentración se halla mas en los alimentos de origen vegetal que en los de origen animal, excepto el hígado, la OMS recomienda comer duraznos, ciruelas, uvas, pasas, etc. el yodo es necesario para sintetizar hormonas tiroideas, normalmente las frutas y las hortalizas pueden aportar cantidades suficientes de yodo, sobre todo, si el suelo en que la cultivaron lo contiene. Pero puede haber terrenos pobres en yodo sobre todo los terrenos alejados de las costas se puede sustituir con sal yodada, algas alimentarias, pescado.

La actividad física es también parte de los estilos de vida saludable, juega un papel muy importante en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, para que tenga efectos beneficiosos tiene que ser realizado diariamente, “la práctica regular de la actividad física reduce el riesgo de enfermar a partir de una serie de mecanismos: aumenta el colesterol HDL, disminuye los triglicéridos, estimula la fibrinolisis, reduce el riesgo de trombosis aguda, mejora la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina, disminuye la sensibilidad del miocardio a la acción de las catecolaminas, etc.”²⁴.

Las personas sedentarias y con malos hábitos alimentarios tienden a aumentar de peso y sufrir las complicaciones que de esto derivan, por múltiples razones, nuestras sociedades se están volviendo cada vez más sedentarias; y en el momento actual, tenemos que recomendar realizar algún tipo de actividad física y obtener beneficios como: consumir calorías, bajar de peso, disminuir los niveles de colesterol, triglicéridos, presión arterial, antiestrés, mejor funcionamiento del corazón, pulmones, etc. etc. “diversos estudios demuestran que individuos sedentarios presentan mas frecuentemente enfermedades metabólicas (diabetes e hiperinsulinemia)²⁵, por otro lado “gastar unas 500 calorías en actividades de ocio disminuye en un 6% el riesgo de diabetes”²⁶. Como la causa que predispone a padecer de enfermedades metabólicas es la ganancia de peso, la actividad física es una forma de evitarlo, como se puede inferir en el estudio denominado: “Actividad Física y Disminución de Peso”²⁷. La importancia de

²⁴ Ramírez – Hoffmann Henry. Acondicionamiento Físico y Estilos de Vida Saludable. Colomb Med. 2002;33:3-5

²⁵ Manson JE, Spelsberg A. Primary prevention of non-insulin-dependent diabetes mellitus. Am J Pre Med 10:172-184, 1994

²⁶ Helmrich SP, Ragland DR, Leung TW et.al. Physical activity and reduced occurrence of non-insulin dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 325: 147-152, 1991

²⁷ Diabetes Prevention Program. Research Group: N Engl J Med. 2002;346:393-403



la actividad física se refleja en su modo de acción y lo hace a nivel de la fisiopatología de los trastornos metabólicos, mejorando la sensibilidad a la insulina²⁸.

En general las enfermedades metabólicas: (diabetes mellitus, obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial), tienen causa multifactorial, intervienen factores genéticos, envejecimiento de la población, factores medio ambientales relacionados sobre todo con prácticas de estilos de vida poco saludables, como una alta ingesta de calorías sin valor metabólico, grasa saturadas, sedentarismo, en común en este síndrome se presenta **hiperinsulinemia e insulinoresistencia**, la misma que es responsable de “hiperglucemia, hiperinsulinemia, hipertensión, dislipidemia, disfunción endotelial, microalbuminuria, marcador inflamatorio de arteriosclerosis, disminución de la actividad fibrinolítica, todas las anteriores están relacionadas con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular”²⁹

En la enfermedad metabólica una vez instalada la insulinoresistencia permanece toda la vida, causando hiperinsulinemia que puede durar muchos años, llevando a una disfunción pancreática “agotamiento” causante de la hiperglucemia y posteriormente disminución de la secreción de la hormona (insulina). Para disminuir la incidencia de las enfermedades metabólicas tenemos que actuar sobre los factores iniciales que son malas prácticas de alimentación, sedentarismo que con el tiempo desencadenarían en las consecuencias antes anotadas.

Ingestión de sustancias tóxicas. La ingestión de alcohol en cualquiera de sus formas o marcas produce un deterioro de la salud, la ingestión excesiva del mismo es considerado como un problema biopsicosocial, las causas que lo predisponen radican a nivel de:

“**Factores socio-culturales** que son aquellas circunstancias que la sociedad expone a cada individuo a consumir alcohol, **factores psicológicos** o pretextos de estar viviendo bajo circunstancias estresantes y como mecanismo de defensa se procede al consumo de alcohol y **factores biológicos** que hace relación a la predisposición genética, los 3 mecanismos están íntimamente relacionados”³⁰

²⁸ Fransilla-Kallnnki A, et. Al Am J Clin Nutr 1992; 55:356-361.

²⁹ Rollas A. Simposio ALAD, Mayo, 2002.

³⁰ Pacurucú Saúl, et.al. Promoción de la Salud Mental. Ecuador-Cuenca. Talleres gráficos de la Universidad de Cuenca.2001.p.57.



Con la ingestión de alcohol se esta ingiriendo calorías sin valor biológico, las repercusiones de la ingesta excesiva esta al igual que sus causas a nivel social, sicológicas y biológicas, e influyen en el aumento de peso, pueden llevar a la hipertensión arterial, a la hiperglicemia, hipoglucemia, trastornos de mala absorción, etc.

En consideración con el consumo del tabaco, actualmente se relaciona como un factor de riesgo mayor para la salud se le vincula en los Estados Unidos como el causante de 1 de cada 5 muertes, y es la causa modificable más importante de muerte prematura³¹. “El uso del tabaco también esta asociado con una serie de enfermedades pulmonares, cardio-vasculares neoplásicas etc.”³². “La nicotina, sustancia que se encuentra en el tabaco, es una droga aditiva similar a la cocaína y heroína razón por lo cual produce gran dependencia”³³. El consumo del tabaco contribuye acelerar y aumentar la incidencia de las complicaciones de las enfermedades metabólicas.

HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES METABOLICAS.

Para explicar la historia natural de las enfermedades metabólicas, nos adentramos a la triada ecológica, la misma que surge como respuesta del sistema capitalista que explica los fenómenos dentro de la teoría de los sistemas, línea de pensamiento que trata de organizar y guiar las actividades de la sociedad. Debe existir un equilibrio entre los 3 componentes del sistema ecológico, hospedero, agente causal, y medio ambiente para mantener la salud, y cualquier desequilibrio es capaz de llevar a la enfermedad. En la historia natural de la enfermedad se puede distinguir 2 periodos:

I. Periodo de Prepatogénesis:

³¹ Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of Smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 1989. (Publication no. DHHS (CDC) 89-8411.)

³² Department of Health and Human Services. The health consequences of smokeless Tobacco: a report of the advisory committee to the Surgeon General. Washington, DC: Government Printing Office, 1986. (Publication no. DHHS (PHS) 86-2874.

³³ Henningfield JE, et. al. Psychopharmacology of nicotine. In: Orleans CT. Slade J, eds. Nicotina addiction. New Cork: Oxford University Press.1994: 24-45.



Las enfermedades metabólicas ocurren antes que los individuos sean afectados es decir el proceso ocurre en el ambiente físico, social y cultural a continuación identificaremos:

1. Factores dependientes del agente:

1.1. Agentes químicos: Exceso de ingesta de calorías en general, y sobre todo a partir de hidratos de carbono simples, grasas saturadas, medicamentos, etc.

1.2. Agentes físicos: Sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial

1.3. Nutricionales: Alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas, grasas (hipercolesterolemia, hipertriglicidemia, colesterol HDL bajo, etc.)

1.4. Desconocidos.

2. Factores del hospedero:

2.1. Edad: El envejecimiento de la población es un determinante para sufrir de enfermedad metabólica por eso la mayor prevalencia está en edades superiores a los 40 años, pero es de anotar que cada vez la edad de aparición de las mismas es en etapas más tempranas de la vida, hablándose actualmente de “epidemia de diabetes mellitus tipo 2 en adolescentes”

2.2. Predisposición genética: A juzgar por la alta predisposición familiar, siendo la herencia de tipo “poligénica o multifactorial, cuando se estudia su prevalencia en hermanos gemelos monocigóticos, se encuentra una concordancia del 100%”³⁴

2.3. Etnia: Existen etnias de mayor incidencia y prevalencia de la enfermedad y están entre ellas los hispanos americanos, los indios Pima, los aborígenes de Australia, puertorriqueños de los Estados Unidos y negros.

2.4. Sexo: Indistintamente

2.5. Tendencia familiar: Es mas frecuente las enfermedades metabólicas en los familiares de primer grado de consanguinidad.

2.6. Hábitos y Costumbres: Ciertas costumbres y hábitos alimentarios mantenidos por tradición, religión, disponibilidad, etc. tienen relación directa con las enfermedades metabólicas, al igual que el sedentarismo, el hábito del consumo de alcohol y tabaco, etc.

3. Alteraciones Previas al Diagnóstico Definitivo de Enfermedades Metabólicas:

Intolerancia a la glucosa en ayunas, glicemia posprandial elevada, hiperglicemia durante el estrés, hipertensión arterial transitoria, hiperlipidemia posprandial, sobrepeso, etc.

4. Factores del ambiente:

³⁴ Sociedad Ecuatoriana de Endocrinología. Diagnóstico y Manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2. Recomendaciones del Consenso. Quito. 2003.p.. 19



4.1 Medio social: Desde la revolución industrial se ha llevado a cabo grandes desplazamientos migratorios desde las zonas rurales a las urbanas y a otros países, que han determinado procesos de adaptación a nuevos estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de sustancias tóxicas, etc.). En lo referente a la alimentación, la ingesta de calorías sobre todo provenientes de grasas de origen animal, actualmente se relaciona con “el consumo excesivo de estas grasas que aumentan el nivel de colesterol y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares”³⁵. El urbanismo trae también consigo mayor frecuencia de sedentarismo cuando olvidamos que nuestro cuerpo está hecho para el movimiento y según dice un proverbio “Todos tenemos 2 médicos: la pierna izquierda y la pierna derecha”; nosotros somos descendientes de pueblos nómadas, cazadores y pescadores que tenían que realizar grandes caminatas para conseguir alimentos por lo tanto la actividad física estaba implícita en su forma de vida. Con la modernidad, el uso de vehículos como medio de transporte, la maquinaria que remplaza la mano de obra, la migración campo ciudad y en las grandes ciudades los peligros de la delincuencia, la ausencia de espacios al aire libre, la mala calidad del aire, la falta de instalaciones de infraestructura deportiva, son entre otras las causas que predisponen al sedentarismo. En las zonas rurales los pasatiempos como estar frente al televisor son cada vez más frecuentes y nos transforman en personas sedentarias. Hoy estamos asistiendo a las efectos de la misma “los estilos de vida sedentaria son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad, aproximadamente 2 millones de muertes anuales pueden atribuirse a la inactividad física además son unas de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo, la inactividad física aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedades cardio-vasculares, metabólicas, etc.”³⁶.

La globalización es una etapa más de la evolución del capitalismo, donde la productividad y la competencia son los ejes fundamentales y los talentos humanos tienen que cambiar constantemente, con la globalización se está perdiendo nuestra realidad local, cultura, historia, actividad política. Las instituciones públicas se debilitan o desaparecen, reaparecen viejas enfermedades, como el cólera, tuberculosis y aparecen otras nuevas propias de la civilización, diabetes, hipertensión arterial, obesidad. A finales del milenio anterior y comienzos de este nuevo se habla mucho sobre globalización, en términos de “economía y comercio internacionales, de

³⁵ OMS. Op.cit

³⁶ OMS DIA Mundial de la Salud, Estilos de Vida S sedentarios,2002



información en tiempo real, de ciencia y tecnología, de patrones de trabajo y seguridad ambiental, al momento se considera un proceso que abarca una integración multidimensional de la economía, la política, la cultura, y los asuntos humanos del mundo, y está cambiando de manera fundamental la dinámica sanitaria mundial”³⁷.

Durante el industrialismo y ahora en el globalismo estamos agrediendo a la naturaleza, producto de esto se destruye procesos naturales y sociales, basta recordar la catástrofe de Chernobil, la destrucción de la capa de ozono, el calentamiento del planeta, etc. Al momento no es posible controlar las consecuencias no deseadas de nuestro accionar, es por eso que está viviendo según Ulrich Beck “la globalización de los efectos secundarios”. Los riesgos no solamente es con la naturaleza, también abarcan la vida social que se expresan en los cambios de roles en el hombre y mujeres, transformaciones en las prácticas de trabajo, la economía, la moral, el arte, la comunicación, todo esto sumado a los cambios de la genética, obligan a las personas a vivir en constante riesgo y enfrentar futuros inciertos.

Con la globalización se incrementan las inequidades en salud y me referiré a lo citado por Margaret Whitehead “diferencias en salud que no solo son innecesarias y evitables sino que además se consideran como injustas”³⁸, las inequidades en salud ponen en desventaja a las personas que ya tienen desventajas sociales, como el ser pobre, pertenecer a un determinado grupo étnico, ser mujer, o pertenecer alguna religión. Si se quiere intervenir para corregir inequidades sociales, se debe buscar causas que están presentes en los diferentes mecanismos, biológicos, sociales y físicos, recordando que las causas de la mala salud se agrupan en patrones sistemáticos, como la forma en que organizamos la comunidad, los lugares de trabajo, y las sociedades, se resalta también las propuestas para enfrentar las inequidades, y refiere que las sociedades en vías de desarrollo “deben considerar un modelo de crecimiento económico que resulte saludable” con participación de las mayorías y la utilización de “las ganancias para expandir los servicios sociales del sector público” y que asigne prioridad a la prestación de servicios sociales que mejoren la calidad de vida de la población, generando de esta manera una distribución más justa de los ingresos.

³⁷ Timothy Evans “Desafío a la falta de equidad en salud” Pág. 37.

³⁸ Whitehead Margaret, “The concepts and principles of equity and health” International journal of health services, N22, 1992



Como consecuencia de lo anteriormente citado, las enfermedades metabólicas que en principio estaban relacionadas con las clases económicamente altas, actualmente existe evidencia científica que el riesgo es invertido y que las poblaciones socioeconómicas bajas tienen mayor vulnerabilidad por su nivel educativo, pobreza, desempleo, composición familiar, cultura, urbanización, analfabetismo, migración, etc.

La pobreza generalmente va acompañado de desempleo, malnutrición, analfabetismo por lo que los más pobres, menos educados tienen mayores tasas de morbi-mortalidad en general, una incipiente posibilidad de apropiarse de las nuevas tecnologías, una mínima alternativa de supervivencia, ya que la falta de recursos y oportunidades caracterizan a los de nivel de educación inferior e impiden mejorar su propia salud. En comparación con los más ricos, educados y poderosos que son los mas sanos, estos patrones persisten en el tiempo y en todos los lugares, en el caso ecuatoriano de un total de “12.156.608 habitantes, 6.018.353 son hombres y 6.138.255 son mujeres”³⁹ en los cuales la pobreza “bordea en el 80% de la población y de estos el 20% se encuentra en la indigencia, la población indígena es el 22 % del total nacional, la población negra 700.000. Del total de la población el 10% son analfabetos”⁴⁰. “Las tasas de desempleo se han incrementado en los últimos años desde el 8.9% en 1992, hasta 10.95 en el 2001. En cambio, en el subempleo del 45.9% en 1995, ha pasado al 57.35 en el 2001; desocupados en el 2001 el 10.9%; Urbanismo: en 1950, el 29% de la población era urbana y rural el 71%; en el 2001 urbana el 61% y rural el 39%”⁴¹.son entre otros estos determinantes que influirán directamente en la posibilidad de enfermarse y en el mantenimiento de las inequidades en salud.

4.2. Medio biológico: Gracias al desarrollo de la industria alimentaria y con la finalidad de preservar y comercializar mejor los alimentos se adiciona sustancias colorantes, preservantes, se inventan nuevas formas de preparación y distribución de alimentos para la gran mayoría de la población, también se adicionan hormonas sintéticas para el desarrollo y crianza de aves y ganado, el uso de fertilizantes para aumentar la producción de vegetales, frutas, etc. todo esto tiene importancia porque el consumo de residuos de estas sustancias, por más pequeñas que sean, se desconoce su efecto que puede producir en forma tardía.

³⁹ INEC. 2001

⁴⁰ Vásquez Lola, Napoleón Santos. “Ecuador Su Realidad Fundación de Investigación y Realidad Social”. Ecuador, Quito, 10ma.ed. 2002 Pág. 262.

⁴¹ INEC. 2001



II Periodo patogénico:

2. Periodo de latencia: Asintomático variable en el tiempo
- 2.1. Diagnóstico de la enfermedad metabólica, sintomáticos dependiendo del o los órganos afectados.
- 2.3. Complicaciones a órganos blancos
- 2.4. Estadio crónico
- 2.5. Etapa terminal y muerte

Con los conocimientos de la triada ecológica y de la salud pública tradicional se puede llegar a realizar programas de:

Prevención primaria, que en el mejor de los casos abarcaría el periodo prepatogénico y se realizaría a través de fomentar la salud y protección específica del grupo de riesgo.

Prevención secundaria que abarcaría el periodo patogénico y se dedicaría al diagnóstico precoz de la enfermedad metabólica y al tratamiento inmediato y la:

Prevención terciaria que se dedicaría a evitar las complicaciones crónicas y rehabilitación de las complicaciones en caso que se hayan producido.

Con los conocimientos de la nueva salud pública “**PROMOCION DE LA SALUD**” se puede llegar más lejos en el campo de la prevención y sobre todo emplear sus estrategias para promover **la salud y la vida** de la población en general.

PROMOCION DE LA SALUD

Es la nueva salud pública integrada por múltiples disciplinas, que tienen un marco teórico conceptual y una identidad propia, que trata de producir bienestar común, colectivo, en forma justa, equitativa, solidaria y ética. En este marco a la salud se la considera como un concepto holístico positivo, que integra todos los aspectos del bienestar humano, conciliando la satisfacción de las necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones como: vivienda, atención médica, trabajo, justicia, paz, derechos humanos, opciones de una vida digna, placer, posibilidades de crear, calidad de vida, una vejez sin discapacidades etc.

Historia de la promoción de la Salud



Las creencias y prácticas primitivas para evitar la enfermedad han existido desde los tiempos primitivos, y en algunas culturas hasta la fecha, y están dadas por el uso de amuletos, semillas, pulseras magnéticas, etc., esto demuestra el interés por conservar y mantener la salud, que en términos modernos podríamos llamar medidas promocionales o preventivas. En la misma Biblia hay información sobre prácticas preventivas individuales y colectivas, basta citar un ejemplo que es una recomendación para los soldados “Y llevaras también una estaca entre tus armas y será que cuando salgas allí fuera, cavaras con ella y luego te volverás y cubrirás con tierra tu excremento”⁴², otra práctica de promoción puede ser el día de reposo que después se transformó en norma hebrea, considerando por esto a los judíos como los precursores de la protección de la salud.

En la cultura griega Esculapio era considerado el dios de la salud, tenía 2 hijas, Panacea que era la diosa de la curación e Hygea la diosa de la salud, en esos tiempos ambas permanecían en estado de equilibrio, en los tiempos de Homero se pedía a los dioses “una larga vida y si era posible una muerte sin dolor”, en otros términos, se hablaba de un envejecimiento sano, los filósofos griegos de esa época consideraban que el estar saludable era un don de los dioses.

Los romanos recibieron la influencia de los griegos y egipcios, en el tiempo de los romanos se incorpora el cuidado del cuerpo y la mente y acuñan el celebre aforismo “mente sana en cuerpo sano”, Galeno el más famoso de los médicos romanos habla de los requisitos de la salud “libertad de pasión e independencia económica”⁴³. Con los romanos se incorporan a las viviendas agua caliente, fría, piscinas, y se institucionaliza hospitales y clínicas dentro del sector público.

En el tiempo del cristianismo se exalta el espíritu como el principal elemento de la salud, priorizando los bautismos sobre dieta y ejercicios, consideraban al cuerpo como el vehículo para llegar al alma. En el siglo XIII se difunde un escrito probablemente por la Escuela de Salerno, se exaltaba el valor de la leche, los quesos y las nueces, el aporte de los árabes se plasmó en un documento denominado “el libro del consejo” en este texto se exalta la importancia del carácter sobre las viles riquezas y del aire para

⁴² Restrepo Helena E “Promoción de la Salud” Colombia, Editorial Médica Internacional LTDA, 2001, p. 16

⁴³ Ídem, Pág. 17



conservar la salud, tuvieron la idea de una política de subsidios para los enfermos hospitalizados.

En el siglo XV-XVI quizá lo mas importante es el descubrimiento de América, no existen mayores datos, pero, posiblemente se intercambiaron enfermedades al igual que medidas de promoción y prevención. Un hecho negativo para la promoción de la salud, vale la pena citar, el gusto que despertó por el tabaco y la extensión de su consumo hasta nuestros días;

En el siglo XVII los avances se dan sobre todo en la medicina se cimientan las bases de la microbiología y bacteriología, fundamento del enfoque unicausal de la enfermedad. En el siglo XVIII se vuelve a resaltar la salud física y mental, tanto para el individuo y la sociedad, surgen los nombres de Johann Peter Frank en Alemania quien denuncia que la pobreza en Pavía es la principal causa de enfermedad, Jhon Locke formula un programa de salud física y mental a través de la educación, dando mayor importancia a la niñez.

En el siglo XIX, se relaciona la salud con las condiciones de vida que son los determinantes de la enfermedad, surgiendo la medicina social, se enumeran el aporte entre otros de Virchow quien “recomendaba que la gente de Silesia tuviera derecho a comunicarse en su propia lengua, a tener un gobierno autónomo elegido por ellos que los impuestos se trasladaren de los ricos a los pobres, que se mejoren las vías de acceso, declarando de esta manera que las causas de la enfermedad esta relacionada con las condiciones de vida⁴⁴ William H. Duncan, jefe de salud de Liverpool, trabajo dando énfasis a la intersectorialidad considerado el precursor de las ciudades sanas en Europa.

En el siglo XX destaca Henry Sigerist quien concibe 4 funciones de la medicina: promoción de la salud, prevención de enfermedades, restauración del enfermo y rehabilitación, es el primero en utilizar el termino de **promoción de la salud**, se considera también como el precursor de escuelas saludables; otro nombre importante es de Thomas McKeown, quien prueba que la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840, se debió en mayor proporción al desarrollo económico, mejor nutrición, cambios favorables en el nivel de vida y no a intervenciones de tipo medico.

⁴⁴ ídem Pág. 21



Por 1970 la promoción de la salud ha recibido gran atención no solo por los teóricos y prácticos de la salud publica, sino también por los organismos que se ocupan de las políticas sociales, elaborando y difundiendo declaraciones, siendo la más conocida la carta de Ottawa⁴⁵. Como antecedente vale la pena recalcar un hecho de trascendental importancia, sucedido en 1974, mientras Marc Lalonde ejercía el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá, quien hizo publico un documento que tituló “Una nueva Perspectiva en la Salud de los Canadienses”, el informe consistió en un diagnóstico de la situación de salud del país, en el que se demostró que un gran numero de muertes y discapacidades prematuras podrían ser evitables. Quantificando estos resultados Lalonde planteo que: “el 75% de las muertes se deben a problemas de estilos de vida, 20% al ambiente y 5 % a los servicios de salud”⁴⁶. La conferencia y la carta de Ottawa se llevo a cabo del 17 al 21 de Noviembre de 1986, convocado por el gobierno de Canadá, la asociación canadiense de salud pública, y la OMS, esta carta es conocida como la primera conferencia sobre promoción de la salud que delineó las siguientes estrategias:

1. LA FORMULACION DE POLITICAS PUBLICAS SALUDABLES

Son las que crean opciones para la vida en general, por lo tanto la posibilidad para que la gente pueda disfrutar de una buena calidad de vida, tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud, se originan en cualquier sector, y afectan en la salud de las generaciones actuales y futuras, tratan de modelar los patrones de vida moderna así como también los ambientes. Para activar esta estrategia, se necesita del trabajo político en salud, por intermedio del cabildeo, llamar la atención y trabajar por las causas de interés común, incentivar la participación ciudadana y el dialogo entre gobierno y sociedad, construir políticas publicas saludables con el concurso de elementos técnicos y metodologías de información, educación y comunicación social.

2. ENTORNOS FAVORABLES A LA PROMOCION DE LA SALUD.

⁴⁵ Xerocopias Dr. Miguel Márquez “ Promoción de la salud: nuevos escenarios para el desarrollo de la salud publica”, Habana, Cuba (s.e) Pág. 9

⁴⁶ Ídem Pág. 5



Tratan del mejoramiento de los ambientes, físicos, sociales, culturales, económicos, haciéndolos más sanos y amigables, que protejan la salud y al mismo tiempo la potencien y mejoren la calidad de vida; el objeto de la promoción de la salud son también los micro ambientes, vivienda, escuela, colegios, universidades, medios de transporte, los mercados, las cárceles, etc. los cuales hay que convertir en objetos de la Promoción de la Salud, ya que el ambiente, los estilos de vida y comportamientos saludables están ligados estrechamente .

3. FORTALECIMIENTO DE LA ACCION COMUNITARIA (Empoderamiento).

Es un proceso de acción social, que crean las condiciones para que los individuos y grupos comunitarios, sobre todo los más excluidos socialmente, adquieran poder de decisión y control sobre asuntos que afectan su vida cotidiana. Al hablar de excluidos, no solo se hablan de los pobres, sino también de las minorías étnicas, por genero, por edad, religión, edad, discapacidad. Otros grupos que deben empoderarse son: los trabajadores de la salud, líderes comunitarios, políticos, religiosos, con la finalidad de mejorar su papel. Con el empoderamiento se crean mecanismos de dialogo, de concertación, de consenso, se configura una mayor conciencia sobre los derechos de las personas y sus condiciones, lo que permitirá que los grupos, mas excluidos socialmente, adquieran poder de decisión y control de asuntos que afecten su vida, esto redonda en mejores condiciones y oportunidades de vida. El empoderamiento puede ser individual a través de fomentar la participación y educación, con esto se puede mejorar los estilos de vida, pero lo más importante es el empoderamiento colectivo, para transformar los determinantes de la salud y bienestar.

4. DESARROLLO DE APTITUDES PERSONALES:

Esta área tiene que ver con los conceptos de estilos de vida saludable. La concepción de estilos de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, las interacciones entre las condiciones de vida y estudia también las pautas individuales de conducta determinados por factores socioculturales, esto incluye ejercicios, dieta sana, ausencia de consumo de sustancias toxicas, tolerancia, solidaridad, respeto por las diferencias y los derechos humanos, los cuales inciden de alguna manera en la vida colectiva. Los estilos de vida tienen estrecha relación con las políticas públicas saludables, con el ambiente, las estrategias para lograr cambios y están en relación con la autogestión, el auto cuidado, educación, información y comunicación.



5. REORIENTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Lo que se busca en estos casos es que los servicios de salud se vuelvan más eficientes y efectivos, que hagan más prevención de enfermedades y promoción de la salud y capaciten al personal en las nuevas doctrinas de la promoción de la salud. Es decir, a todos aquellos actores sociales y políticos que puedan contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades. No solamente tienen que reorientarse los servicios de salud, sino todos los servicios sociales que puedan influir en los niveles de vida y bienestar de las personas, como por ejemplo: los centros asistenciales de nutrición, de discapacitados, de ancianos, los de apoyo y soporte a las mujeres, consejerías de familia, los que atienden a los niños de la calle etc., todo esto es trascendental para alcanzar metas de equidad y de desarrollo humano.

PROMOCION DE LA SALUD Y SU IMPACTO EN LOS ESTILOS DE VIDA.

La salud y la vida dependen en mucho, de los estilos de vida que practican las comunidades, en otros términos, de las actitudes, comportamientos y formas de afrontar la vida, así como de un medio ambiente físico y social favorable. Es necesario que el propio individuo elija una manera de vivir lo mas saludable posible, pero totalmente libre, valorando la salud, la influencia de la alimentación equilibrada y la actividad física, adoptando una posición crítica ante los mensajes publicitarios que promueven conductas de riesgo como el uso del tabaco, del alcohol, etc.; para lo cual se debe adquirir habilidades para el auto aprendizaje y la toma de decisiones, las mismas que pueden hacerse en forma individual o en forma grupal, pero reconociendo que el conocimiento y la práctica de correctos estilos de vida es hacer promoción de salud, prevención de enfermedades y en general mejorar la calidad de vida individual y colectiva.

Como se puede notar la práctica de estilos de vida, comienza por la alimentación, depende de la cultura, historia, disponibilidad de alimentos, religión, condiciones económicas, edad, sexo, estado de salud, grado de actividad, etc. Por lo tanto, deberíamos respetar las diversidades y tratar de acoplarnos a las circunstancias de cada una de las comunidades, a los conocimientos ancestrales y a las teorías



actualizadas y avalizadas por la ciencia. En términos generales se puede dar las siguientes recomendaciones:

De acuerdo a las descripciones anteriores no existe un tipo de alimento que se pueda llamar completo y que contenga todos los nutrientes, mas bien una alimentación saludable resulta de una combinación adecuada de muchos alimentos, al igual que la variedad y cantidad necesarios, para esto podemos valernos de la “pirámide alimentaria” (Ver Anexo N°1). “La base de nuestra alimentación tiene que estar constituida por los alimentos del grupo 1, cereales, granos y tubérculos, al igual que hortalizas, verduras y frutas, los mismos que deben consumirse en forma abundante, el grupo de carne y leche deben consumirse en cantidades moderadas, y el grupo de alimentos, a base de azúcares y grasas deben evitarse”⁴⁷

Con las estrategias de la promoción de la salud en alimentación, tratamos de ir más lejos al conocer la cadena alimentaria, investigar los alimentos de cada zona, seleccionar y preparar alimentación saludable, utilizar en cada una de las etapas recursos propios de la zona, y tomar decisiones en forma crítica, transformando a los integrantes de la comunidad en sujetos promotores de salud, igual trato se dará con el resto de contenidos de los estilos de vida saludable.

A mi forma de entender para estar saludable se debe conocer y compartir con las comunidades, en forma somera los cambios sociales que se están produciendo a nivel mundial y a nivel regional, en el caso de nuestro país estamos viviendo cambios en los perfiles de mortalidad y morbilidad, cambios sociales, culturales, económicos, en gran parte debido a los fenómenos de la globalización que ha traído consigo fenómenos de aculturación con imposición de nuevas formas de vida, cambios en los hábitos alimentarios que favorecen la presencia de obesidad, el sedentarismo, aumento de la ingesta de sustancias tóxicas todo ello lleva a producir mayor morbi-mortalidad por enfermedades que antes eran infrecuentes. En nuestro país las tasas de morbi-mortalidad infantil han disminuido, pero va en aumento las de enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, cáncer, etc., en la mayoría causados por cambios en los estilos de vida. Las enfermedades crónicas, en el caso particular las metabólicas, se han convertido en

⁴⁷ Lara Esperanza, Nederveen Leo, “Guía en Alimentación y Nutrición” Ecuador, Quito, Imprenta Nación, 2002, 3ra. edición, Pág.14



un problema de salud pública con alto costo económico, social, por la disminución de la calidad de vida, disminución de los años productivos para el individuo que lo padece, pero también tiene alta influencia a nivel de la familia, la sociedad, los centros asistenciales, etc.

La mortalidad por diabetes en el Ecuador señala una clara tendencia hacia el aumento, situándose en el momento actual entre la segunda causa de muerte (INEC 2001), entre una de las causas y quizá la más importante es el desorden del estilo de vida (exceso en el consumo de calorías y el sedentarismo) que lleva a la obesidad, comportándose la misma como el precursor de la diabetes

Existen variados precursores de patologías metabólicas describiré a continuación alguno de los más importantes, la obesidad la misma que es un problema de salud pública, que se presenta en forma epidémica en los países desarrollados, reconociéndose como causa el consumo de alimentos con alto valor energético “en los países desarrollados la población más afectada es la clase media”⁴⁸. Se debe desterrar la idea errónea que la gordura es sinónimo de buena salud, o que con la edad disminuirá de peso. Para evitar la obesidad es necesario construir hábitos alimentarios desde las etapas más tempranas de la vida, la obesidad contribuye a dar problemas biológicos como hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, cardiopatía coronaria, diversos tipos de cáncer, etc. La obesidad es causada por factores genéticos, psicológicos, ambientales, socioeconómicos, endócrinos. El ambiente en que se desarrolla es muy importante, por ejemplo, es más frecuente cuando los padres son gordos, poseen inadecuados hábitos alimentarios en la familia, mantienen actitudes sedentarias, comen golosinas frente al TV, computador, juegos de video, etc. La obesidad le vuelve a la persona más pasiva, reprimida, tímida, con bajo rendimiento escolar y deportivo. El exceso de apetito es por escape hay marginación, hay rechazo, el cuerpo obeso puede ser un caparazón, una barrera para proteger la inseguridad, dependencia y ansiedad.

“Los expertos prevén para los próximos años una pandemia de la diabetes y que se pueden prevenir con estrategias que incidan en cambios de estilos de vida de la población particularmente en los individuos de mayor riesgo de padecer la

⁴⁸ Serrano Sierra Alejandro, Lic. Nut. Prieto Guadalupe, Obesidad en los niños: htm



enfermedad”⁴⁹ su principal condicionante es la occidentalización de los estilos de vida (aumento de la ingesta de grasas saturadas, reducción de la actividad física, estrés crónico), todo esto aumenta la resistencia a la insulina, que es el elemento clave en el inicio de la diabetes tipo 2 , de la hipertensión, dislipidemia, obesidad y alteraciones de la excreción urinaria de albúmina. La mejoría de la sensibilidad a la insulina plantea de inmediato la promoción de los estilos de vida saludable esto se reafirma en los estudios de “Malmo realizado en Suecia y publicado en la revista Diabetología”⁵⁰. También cito otro estudio realizado en la china el “DaQing” publicado en Diabetes Care⁵¹, estos estudios certifican que la diabetes tipo 2 se puede prevenir por lo menos a corto plazo con cambios en el estilo de vida, también cito otro estudio publicado en Diabetes Prevention Study, las dos últimas investigaciones aplicaron intervención educativa y con refuerzo periódico individual prolongado, el objetivo principalmente fue reducir en 5-7% el peso inicial, 150 minutos de ejercicios por semana durante 3 años, en ambos estudios se redujo 58 % de la incidencia de diabetes. Por lo tanto no hay discusión la prevención a través de cambios en los estilos de vida es la más coherente, irremplazable y políticamente correcta, a los trabajos anteriores se suma las recomendaciones de la OMS en el tratamiento de la resistencia a la insulina o del síndrome metabólico, síndromes que son un proceso permanente y dinámico y se recomienda como primer eslabón del tratamiento, cambiar los estilos de vida que supone en primer lugar “eliminar hábitos nocivos, como el excesivo consumo de alcohol (>de 30 gramos por día), de sal (> de 300 mg/día) y la supresión o sustancial reducción del número de cigarrillos consumidos en el día”⁵². Por otro lado, la actividad física que es una práctica de estilo de vida saludable ha demostrado sus beneficios, como se puede observar en el siguiente estudio Helsinki prevention Study⁵³ y en Diabetes prevention program⁵⁴ estos estudios establecieron de manera definitiva que una actividad física regular, caminar durante 30 minutos al día a un ritmo equivalente a 4-5 Km/hora, previene la aparición de diabetes mellitus tipo 2 o la conversión de la intolerancia a la

⁴⁹ Bernardo Costa. Prevención de la Diabetes Mellitus tipo 2: Educación o también medicación. Med Clin (Bar)2002, 119(116):613-615

⁵⁰ Diabetología 1991;34:891-8

⁵¹ Diabetes Care 1997;20:537-44

⁵² Grupo de trabajo resistencia a la insulina de la Sociedad española de diabetes, Resistencia a la insulina y su implicación en múltiples factores de riesgo asociado a la diabetes mellitus tipo 2: Med. Clin (Bar) 2002.119(12)458-63

⁵³ Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT et.al, prevention of type 2 diabetes mellitus, by change in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343-50

⁵⁴ Knowler WC, Barret CONNOR E, Fowler SE, et.al , Reduction in the incident of type diabetes with lifestyles intervention o metformina . N Engl J Med 2002; 346: 393-403



glucosa en hiperglucemia clínica. El costo social y económico de la diabetes, está determinado, entre otros por la alta incidencia de enfermedad cardio-vascular, que en los diabéticos es 3-5 veces superior a la población general, si a lo anterior se suma el efecto deletéreo de otros hábitos no saludables como el fumar, sedentarismo, etc. se aumenta más el riesgo de mortalidad por enfermedad cardio-vascular.

La alta incidencia y prevalencia de enfermedades metabólicas y sus complicaciones, los accidentes de tránsito, los suicidios, cierto tipo de cáncer, dependen en gran medida de una práctica de estilos de vida y en forma específica, en el caso de las metabólicas, se hace necesario que se utilicen estrategias de la promoción de la salud, tanto a nivel individual, familiar y comunitario para proteger la salud de la población y de preferencia a los que están en riesgo, una de estas medidas es a través de la consejería que debe ir dirigida a todos los grupos etarios, pero privilegiando desde las etapas más tempranas de la vida. Para realizar estas actividades en instituciones públicas y privadas, se necesita la decisión política de sus autoridades, para implementar consultas en promoción y prevención a todos los usuarios directos de los servicios de salud, con las estrategias de la promoción y prevención se fomenta el diálogo interactivo y democrático, se facilita el empoderamiento, tratando que las decisiones sean tomadas por ellos mismos, que son los únicos responsables de su salud, transformándose de esta manera en sujetos sociales saludables, devolviéndole a la salud la integralidad: **cuerpo, mente, espíritu y su relación con el entorno.**



CAPITULO III

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Desarrollar cambios y / o potencialización de estilos de vida en el grupo selectivo de estudio.

3.2 Objetivos específicos.

- 3.2.1** Identificar los estilos de vida que practican los familiares de pacientes con enfermedad metabólica a través de CAPs.
- 3.2.2** Identificar en los familiares de pacientes con enfermedad metabólica: Índice de Masa Corporal (I.M.C), Índice Cintura Cadera (I.C.C), Lípidograma, Glicemia y Presión Arterial.
- 3.2.3** Elaboración de un Plan de Acción.
- 3.2.4** Realizar la Evaluación del Plan.



CAPITULO IV

4. PLAN DE OBSERVACION DE CAMPO.

4.1 Tipo de estudio: “Investigación Acción Participativa”⁵⁵ la misma que es una metodología que nos permite realizar un diagnóstico de situación del problema priorizado y mantener o modificar esa realidad en forma participativa. El estudio a realizarse es un proyecto piloto, que de tener resultados positivos las autoridades de la Fundación Donum, se comprometieron en ampliar a gran escala a la comunidad que asiste como usuarios de la misma.

4.2 Universo: Serán considerados los familiares de los “Usuarios Preferidos”⁵⁶ que asistieron a las reuniones mensuales desde Enero a Diciembre del 2002.

4.3 Muestra: “Por conveniencia”⁵⁷. Integrado por un grupo de personas todos familiares de pacientes con enfermedad metabólica y que se comprometieron a participar durante todo el proceso. Por ser un estudio piloto, de interés en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades, se aplicó el “numeral 6 de la Introducción y el numeral 22 de los principios básicos para toda investigación médica de la declaración de Helsinki”. Anexo N°2.

4.4 METODOLOGIA

4.4.1 La identificación de los estilos de vida comprendió valoración de lo siguiente:

⁵⁵ OPS, OMS, “Planificación Local Participativa” Canadá, serie Paltex, 1999, Pág. 83

⁵⁶ “Usuarios preferidos” Término utilizado en la Gerencia de Calidad Total en Salud, Ecuador, (s.e), 1994, Pág. 57. Para mi trabajo serán considerados aquellos usuarios que asistieron a las reuniones mensuales de capacitación de la Fundación Donum por más de 4 veces en el año 2002, y que corresponden a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que además tienen otras patologías como: hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad, y forman parte de un grupo organizado, que asisten con regularidad a recibir los servicios prestados por la Fundación.

⁵⁷ Muestra por conveniencia implica el uso de personas o sujetos de investigación con los que más fácilmente se cuente tomado de Luis Fernando Escobar, “Investigación Científica para Médicos” Ecuador, (s.e), Año 2001, tercera edición, Pág. 141, Para mi trabajo serán tomados familiares de pacientes con enfermedad metabólica y que tengan las facilidades necesarias para participar durante todo el proceso.



- a. Alimentación entendida esta como: los alimentos que una persona ingiere diariamente, para recuperar sus energías y tener un rendimiento adecuado.
- b. Actividad física los movimientos que una persona realiza con la finalidad de quemar calorías.
- c. El consumo de alcohol cuando este es ingerido en cantidades y en frecuencia que produce alteraciones biológicas, sicológicas y sociales.
- d. Consumo de tabaco en cualquiera de sus formas sin importar la frecuencia
- e. Integración familiar considerada como la manera de compartir los conocimientos, inquietudes y el grado de involucramiento en las actividades de los pacientes con enfermedad metabólica, por parte de sus familiares.

Los estilos de vida se valoró de acuerdo a:

4.4.2 Conocimientos: Que se sabe sobre estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco).

Para obtener los conocimientos sobre estilos de vida se procedió a realizar entrevistas estructuradas, aplicadas a grupos focales e individualmente, en la que consta de 5 preguntas generales sobre alimentación y que tienen relación con la pirámide alimentaria, 3 preguntas sobre actividad física, y 3 preguntas sobre alcohol y tabaco, las preguntas se valoraron con respuestas correctas e incorrectas por un tribunal integrado por una estudiante del décimo de básica de la Unidad Educativa Sagrados Corazones, de una licenciada en enfermería que trabaja en Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso y el Coordinador, la clasificación se realizó de la siguiente manera:

Conocimientos buenos: Cuándo las respuestas correctas sobre las preguntas planteadas son 9 o más: Anexo N° 3 y 3.1

Conocimientos regulares: Cuando las respuestas sobre las preguntas planteadas varían entre 5 y 8.

Conocimientos insuficientes: Cuando las respuestas correctas son menores a 5.

4.4.3 Actitudes: Entendida como disposiciones de ánimo positivas o negativas de los miembros de la comunidad, que se manifiestan exteriormente, se valoró las mismas de acuerdo a:



Muy de acuerdo esto implica una actitud más favorable con tendencia altamente positiva

De acuerdo una actitud menos favorable

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, es una actitud intermedia

En desacuerdo tendencia negativa

Muy en desacuerdo implica una actitud muy desfavorable con tendencia altamente negativa.

Cuando las preguntas tienen dirección positiva se les asigna la siguiente valoración muy de acuerdo 5, de acuerdo 4, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, en desacuerdo 2, y muy en desacuerdo 1. Cuando las preguntas tienen dirección negativa la valoración se realiza muy de acuerdo 1, de acuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, en desacuerdo 4, y muy en desacuerdo 5, el promedio de la escala se obtuvo dividiendo la puntuación total de la escala dividida para el numero de preguntas, en estos casos el total de la valoración tienen tendencia positiva es decir hacia lo muy de acuerdo o muy favorable, de esta manera se valoró las actitudes sobre actividad física y alimentación. Anexo 4 y 5 .

En el caso de las actitudes hacia el alcohol y tabaco se procedió de idéntica forma, salvo que la puntuación final tiene dirección negativa es decir hacia lo muy en desacuerdo o muy desfavorable. Anexo N° 6.

4.4.4 Prácticas: Modos de actuar de las personas en relación con los estilos de vida, se valoró a través de entrevistas estructuradas aplicadas a grupos focales e individualmente sobre 5 preguntas relacionadas con alimentación, 2 sobre actividad física, y 2 sobre alcohol y tabaco. Anexo N° 7.

La valoración de las preguntas y el tribunal estuvieron realizadas con el mismo sistema aplicado con los conocimientos, clasificándolo en:

Prácticas muy buenas cuando las respuestas correctas están entre 7 y 9

Buena con 4 y 6 respuestas correctas y

Regular con menos de 4 respuestas correctas.

El estado nutricional se valoró de acuerdo a:



4.4.5 Índice de masa corporal (I.M.C): Que es una medida de valoración del estado nutricional de acuerdo al peso y se obtiene a partir de dividir el peso en Kg. para la talla². La talla se midió en centímetros, sin zapatos, utilizando el tallímetro convencional; el peso se tomó, con ropa interior y posterior al desayuno habitual utilizando una báscula en Kg.; el tallímetro y la báscula se calibraban posteriores a cada medida. La valoración del IMC se realizó de acuerdo a la clasificación que consta en el. Anexo N° 8.

4.4.6 Índice cintura cadera: Es una medida de valoración para identificar si la obesidad es androide o central y ginoide o periférica, se obtiene dividiendo la circunferencia de la cintura para la circunferencia de la cadera, la circunferencia de la cintura se midió sin ropa, a la altura del ombligo utilizando una cinta métrica flexible, y la circunferencia de la cadera a la altura de los trocánteres mayores del fémur, se considera obesidad central, si el índice cintura cadera es $>$ a 90 cm. en hombres y $>$ a 85 cm. en mujeres esto sirvió para la valoración del riesgo.

4.4.7 Glicemia y lípidograma: Los exámenes de sangre, glicemia, colesterol, triglicéridos, y colesterol HDL, se realizaron 2 horas después de su almuerzo habitual, se utilizó sangre de la vena cubital de brazo derecho, y las pruebas de laboratorio se realizaron utilizando técnicas colorimétricas, cuando el resultado de los exámenes resultó elevados, se realizaron pruebas confirmatorias en las mismas condiciones y el resultado final son los promedios, la valoración se realizó de acuerdo al detalle consignado en el. Anexo N° 9. Glosario

4.4.8 Presión arterial: La presión arterial fue tomada en el brazo derecho, en posición decúbito dorsal, previo reposo de 10 minutos, ambiente tranquilo, vejiga vacía, no haber fumado, ni ingerido alcohol 30 minutos antes, las mediciones anormales fueron confirmadas tomados un mínimo de 4 veces en diferentes momentos del día, y el resultado final es el dato confirmado. Se valoró de acuerdo a las normas que constan en el. Anexo N° 9. Glosario



4.4.9 Identificación de los indicadores de línea de base

Variable	Componente	Indicador
Conocimientos sobre estilos de vida	Personas con algún tipo de conocimiento	Porcentaje de personas con conocimientos buenos sobre estilos de vida
Actitudes sobre beneficios y prácticas de alimentación saludable	Integrantes con algún tipo de actitud	Porcentaje de personas con actitud muy de acuerdo sobre beneficios y prácticas de alimentación saludable
Actitud sobre beneficios y prácticas de actividad física	Integrantes con algún tipo de actitud	Porcentaje de personas con actitud muy de acuerdo sobre beneficios y prácticas de actividad física
Actitud sobre el consumo de alcohol y tabaco	Integrantes con algún tipo de actitud	Porcentaje de personas con actitud muy en desacuerdo sobre el consumo de alcohol y tabaco
Prácticas sobre estilos de vidas	Tipo de práctica que realizan	Porcentaje de personas con prácticas muy buenas sobre estilos de vidas
Preferencias alimentarias	Preferencias por algún tipo de alimentos	Porcentaje de personas que prefieren el grupo 1 de alimentos
Hábito tabaquico	Personas con algún tipo de hábito	Porcentaje de personas con hábito tabaquico negativo
Hábito alcohólico	Personas con algún tipo de hábito	Porcentaje de personas con hábito alcohólico negativo
Actividad física	Preferencias por la actividad física	Porcentaje de personas no sedentarias
Valoración del estado nutricional con el Índice de masa corporal	Índice de masa corporal	Promedio de índice de masa corporal
Colesterol	Colesterol	Promedio de colesterol en mg/dl.
Triglicéridos	Triglicéridos	Promedio de triglicéridos en mg/dl.
Diagnóstico o riesgo de sufrir síndrome metabólico	Personas con algún tipo de riesgo	Porcentaje de personas sin riesgo
Integración familiar	Tipo de integración que realizan	Porcentaje de personas que se integran cada fin de semana



4.5 El Plan de Acción

El plan de acción se dividió en las siguientes fases:

4.5.1 Convocatoria:

Durante los meses de Enero, Febrero del 2003, se procede en la fundación, a realizar convocatorias para la conformación del grupo de estudio y se efectuó de la siguiente manera:

1. Se identificó a los diabéticos que asisten regularmente a las charlas mensuales programadas en la fundación
2. Con la ayuda de los pacientes se procedió a realizar invitaciones verbales y por escritas a sus familiares, con la finalidad de conformar un grupo de estudio para la prevención de enfermedades metabólicas.
3. Se colocaron afiches de invitación en sitios de mayor visibilidad dentro del área de la fundación
4. En algunos casos se les invitó por teléfono y por intermedio de visitas domiciliarias.

4.5.2 Motivación:

En cualquiera de las formas de invitación se les incentivaba sobre la importancia de llevar una vida saludable, la posibilidad de prevenir enfermedades metabólicas y sobre todo valorar la salud y la vida, como los bienes más preciados, lo que determinó una mayor asistencia a todas las actividades planificadas.

4.5.3. Fijación de fechas:

Se fijó la primera reunión para el día 19 de marzo, a la misma no asisten ninguna persona, se procede a insistir en la convocatoria y resaltar la importancia de la misma y se plantea una nueva fecha, el 26 de marzo a la que asisten 35 personas, luego del agradecimiento respectivo a los asistentes se procede a realizar una reunión a la que se llamo **“Construyendo Salud y Vida en familia”**, al final de la reunión, se quedó con un grupo de 24 personas que firmaron su compromiso de participación.

4.5.4 CONFORMACION DE UN EQUIPO DE TRABAJO



Antecedentes: Con el grupo de personas asistentes se ve la necesidad de asociarse en un equipo de trabajo para llevar a efecto las diferentes actividades: en la fundación los diferentes programas y proyectos siempre se han llevado en forma individual y en palabras de la mayoría con criterios de figuración personal, aprovechando esta coyuntura procedo a gestionar con los directivos de la fundación la necesidad de formar un equipo de trabajo aprovechando los diferentes recursos internos que cuenta la institución, recibo el apoyo verbal de los mismos, pero ningún compromiso de influir en los diferentes miembros por considerar que es decisión personal.

A continuación en forma individual hablé con todos y cada uno de los trabajadores de planta del área de salud y de las otras áreas de la fundación, promocionando la idea, que si todos aportamos con nuestros conocimientos en las diferentes áreas, podemos sacar adelante programas de salud que son de interés común. En este caso **promoción de la salud y prevención de enfermedades** en los grupos de riesgo que hasta el momento no se está realizando, como coordinador propongo trabajar en equipo para promocionar salud y prevenir enfermedades en grupos de riesgo. Explico las razones que fundamentan la realización de mi tesis de maestría en salud pública y hago notar que en la fundación nunca se trabajó en equipo, ni se realizó promoción de la salud, y esta es la oportunidad para trabajar mancomunadamente. Previa aceptación de los participantes se procede en forma participativa y voluntaria a respaldar con la propuesta y procedemos conjuntamente a dividir responsabilidades:

ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Dinámicas previo inicio del taller	Hugo Iríiguez (Trabajador social)
Filmación de algunas actividades	Pedro Martínez (Lcdo. en comunicación)
Recordatorio a los integrantes del grupo de trabajo para asistir a las reuniones, y provisión de los materiales	Srta. Mónica Prado (Secretaria)
Conseguir la provisión de refrigerios	Lucía Albarracín (Enfermera)
Control de presión arterial, peso, talla	Dolores Mejía (Enfermera)
Realización de exámenes de laboratorio	Doris Calderón (Dra. Bioquímica)
Preparación y limpieza de la sala de sesiones	Camilo Torres (asistente de limpieza)
Coordinador	Jaime Vintimilla (Médico)



De esta manera, se logra conformar un equipo de trabajo multifuncional y multidisciplinario, comprometido a sacar adelante las diferentes actividades que se puedan llevar a cabo durante este proceso y dispuesto a continuar unido para las próximas actividades internas de la fundación.

4.5.5. Selección de los problemas de salud y sus causas:

Con el grupo de estudio y el equipo de trabajo conformado se citó una próxima reunión conjunta para realizar la: **Selección de los problemas de salud en el grupo de trabajo**, luego valiéndonos de la técnica de lluvia de ideas se pidió que reflexionen sobre los problemas de salud que afectan a ellos y a sus familiares; y se procedió aplicar la siguiente matriz:

Matriz de selección y priorización de los problemas de salud.

Criterio	Frecuencia(2)	Importancia(3)	Vulnerabilidad (4)	Total(5)
Problemas (1)				
Total				

La priorización y selección de problemas se efectuó de acuerdo a los siguientes criterios:

Frecuencia a cuantos afecta el problema,

Importancia que tan importante es para cada asistente o su familia

Vulnerabilidad si es posible resolver fácilmente

Cada participante tiene derecho a un voto para cada criterio, y el voto tiene un valor de 1 o 0, para luego pasar a sumar el total de votos en sentido horizontal los problemas que tiene más alto puntaje son los más prioritarios: de esta manera se identificaron los siguientes problemas de salud que aquejan al grupo de estudio y sus familiares: diabetes, grasa elevada, gordana, presión alta, mal genio. A continuación se procedió a identificar las causas de los cuatro problemas que nosotros lo englobamos como enfermedades metabólicas.

Identificación de las causas: Las causas de los problemas de salud fueron identificadas aplicando la siguiente matriz.



Matriz de identificación de las causas de problemas de salud

Causas	Importancia	Vulnerabilidad	total	Orden

En la primera columna se anotan las causas, en la segunda el criterio de importancia, en la tercera vulnerabilidad, en la cuarta el total y en la quinta el orden, se procedió a realizar 1 voto por cada participante con valor de 1 o 0 para los criterios de importancia y vulnerabilidad, se suman en sentido horizontal y luego se ordenan de acuerdo al total, con este procedimiento se identificaron las principales causas que lo hemos agrupado en: **Malos hábitos alimentarios que incluyen (excesos de grasas, comida con mucha sal, mucha azúcar, comidas con mucha harina), por otro lado la falta de ejercicio físico, y la ingesta de alcohol.** Desarrollo completo de matrices ver Anexos N° 10 - 11

4.5.6 Planificación para la realización de los talleres:

Con las causas identificadas se procedió en conjunto con el equipo y grupo de trabajo a planificar la realización de los talleres quedando integrado de la siguiente manera:

Actividades	Numero de talleres	Fecha	Tiempo por taller
Talleres sobre alimentación	3	2-9-16 de abril	2 horas
Taller sobre actividad física	1	23 de abril	2 horas
Taller sobre alcoholismo	1	30 de abril	2 horas
Paseo taller	1	10 de mayo	4 horas
Socialización de resultados	1	21 de mayo	2 horas
Evaluación del proceso	1	28 de mayo	2 horas

4.5.7. Matriz de Programación de Actividades.

Objetivo general: Disminuir la incidencia de enfermedades metabólicas en el grupo de estudio

Objetivos específicos:

1. Mejorar los CAPs sobre estilos de vida
2. Efectuar el diagnóstico inicial de CAPs sobre estilos de vida, y el estado nutricional
3. Aplicar la valoración de control sobre CAPs de estilos de vida y el estado nutricional
4. Introducir temas de promoción de la salud en los programas de educación de la fundación
5. Gestionar la realización del plan de acción

Actividades	Recursos	Responsables	Fuentes de verificación	Tiempo en semanas									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Planificación de actividades, contactos previos	Materiales de oficina	El coordinador	Cuaderno de campo	X									
Revisión bibliografía necesaria, y preparación de material didáctico	Libros, revistas, cartulina, marcadores, masking	El coordinador	Cuaderno de campo, material didáctico	X									
Difusión del proyecto y motivación	Material didáctico	El coordinador	Material didáctico, cuaderno de campo	X									
Reuniones de trabajo, con los directivos de la fundación, con los trabajadores del área de salud	Papel periódico,	El coordinador	Informe con firmas, de los asistentes		X								
Gestiones con laboratorio clínico para la realización de exámenes de sangre	Material de laboratorio, reactivos,	El coordinador	Oficios de aceptación	X									

Actividades	Recursos	Responsables	Fuentes de verificación	Tiempo en semanas									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desarrollo de los módulos de alimentación	Programas materiales de oficina	Equipo de salud, el coordinador	Informe, CAPs, llenados, firmas de asistencia				X	X	X				
Desarrollo del modulo actividad física	Programas, materiales de oficina	Equipo de salud, el coordinador	Informes, llenado de formularios, firma de asistencia, video							X			
Realización del video foro sobre alcoholismo	Materiales de oficina, casets, televisión.							X					
Realización del paseo taller	Programa, trans-porte, materiales de oficina, diversos, grupo de alimentos, bebidas,	Equipo de salud, coordinador, directivos de la fundación	Llenado de formularios, casets gravados, periódicos murales, fotografías,								X		
Socialización de resultados	Material de oficina, proyector de slides, papel bond,	Equipo de salud, el coordinador	Firmas de asistencia, papel bond con datos llenados individualmente									X	
Evaluación participativa	Materiales de oficina, pápelo grafo,	Equipo de salud, el coordinador	Llenar formularios, video casets									X	X
Reuniones de trabajo, para la integración de promoción de la salud en el programa de educación de la fundación	Materiales de oficina	Coordinador	Formularios										X



4.6. EVALUACION

El proceso de evaluación se realizó desde el punto de vista del equipo de trabajo o equipo guía y desde el punto de vista del grupo de estudio.

4.6.1 Criterios para evaluar la efectividad de las actividades: desde el punto de vista del equipo guía:

En una escala del 1 al 5 califique de acuerdo con el grado de cumplimiento: 5 corresponde a un cumplimiento total y 1 indica incumplimiento.

CRITERIOS		CALIFICACION				
		1	2	3	4	5
1. Aceptación	La actividad gusto mucho a los participantes					
2. Participación	Los participantes se involucraron con entusiasmo					
3. Comprensión del propósito	Comprendieron el propósito y manejo de la actividad					
4. Comprensión del mensaje	Demostraron haber comprendido el mensaje					
5. Utilización de lo aprendido	Los participantes podrán utilizar lo aprendido					
6. Seguimiento y continuación	Los participantes están solicitando información complementaria u otras actividades similares					
7. Impacto en la comunidad	Se está recibiendo pedidos de otros miembros de la comunidad para actividades afines					

PUNTAJE	RESULTADO
Entre 35 – 28	Muy apropiado
Entre 27 – 20	Medianamente apropiado
Entre 19-12	Poco apropiado
Por debajo de 11	No fue apropiado

4.6.2 Criterios para evaluar la efectividad de las actividades: desde el punto de vista de la comunidad:

1. Elija una de estas alternativas, lo que Ud. sintió con respecto a la actividad educativa realizada:
 - a.- Gozamos mucho durante la actividad
 - b.- Hubo momentos en que nos aburrimos
 - c.- Estuvimos aburridos la mayor parte del tiempo



2. Como Ud. comprendió la actividad realizada:
 - a.- Comprendimos la mayor parte de la actividad
 - b.- Comprendimos solo algunas partes
 - c.- No comprendimos nada de la actividad realizada
3. Las sugerencias realizadas le resultaron:
 - a. - Fáciles de llevar a la práctica
 - b. - Difíciles de llevar a la práctica
 - c. - Imposible de llevar a la práctica
4. Cual es su opinión de la actuación del educador:
 - a.- Se expreso en forma simple
 - b.- Se expreso en forma complicada
 - c.- Se expreso en forma incomprensible
5. Cree Ud. que estos conocimientos mejoraran los estilos de vida de Ud. y de su familia
 - a. - Mayoría en forma adecuada
 - b. - Leve mejoría
 - c. - Ninguna mejoría

Clasificación: A = 5 puntos; B = 3 puntos y C = 1 punto

Valoración de los criterios	Puntos
Optimo	20-25
Aceptable	15-19
Inaceptable	< 15



CAPITULO V

5. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

5.1 Primera parte: Características generales del grupo de estudio.

La presente investigación acción participativa, integró en su estudio a 24 familiares de pacientes con enfermedad metabólica, que asisten regularmente a recibir atención médica en la Fundación Donum, de estos el 66.7% son mujeres y el 33.3% son varones.

Tabla N° 1

**Familiares de pacientes con enfermedad metabólica según sexo
Fundación Donum 2002-2003**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	16	66,7%
Masculino	8	33,3%
Total	24	100,0%

**Fuente de información: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla.**

En relación al estado civil, el grupo mayoritario son casados con el 79.2%, seguido a continuación por los solteros con un 16.7 %, quedando los divorciados con el 4.2%.

**Tabla N° 2
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica según estado civil
Fundación Donum 2002-2003**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solteros	4	16,7%
Casados	19	79,2%
Divorciados	1	4,2%
Total	24	100,0%

**Fuente de información: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla.**



El 100% de los participantes en el grupo de estudio residen en el área urbana, lo que haría suponer una homogeneidad en ciertas actividades, sobre todo que impliquen esfuerzo físico.

Considerando el nivel de instrucción a secundaria corresponden el 50%, seguido de superior con el 33.3% y un porcentaje menor al 20% para la instrucción primaria, estos niveles de instrucción permitió compartir conocimientos con facilidad, porque se pudo utilizar terminología homogénea para todo el grupo.

Tabla N° 3
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica según nivel de instrucción
Fundación Donum 2002-2003

INSTRUCCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	4	16,7
Secundaria	12	50,0
Superior	8	33,3
Total	24	100.0

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

En relación a la ocupación del grupo, esta conformado principalmente por los asalariados con un 50%, seguidos por las amas de casa con un 41.7 % y en un porcentaje menor al 10% de patrono o socio activo y trabajador por cuenta propia.

Tabla N° 4
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica
según ocupación
Fundación Donum 2002-2003

OCCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	10	41,70%
Asalariado	12	50,00%
Patrono o socio activo	1	4,20%
Trabajador por cuenta propia	1	4,20%
Total	24	100,00%

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

En relación a la edad el grupo mayoritario esta comprendido entre los 35 y 39 años con el 33.3 %, seguido del grupo etareo entre 45-49 años con el 25.0%, entre los 30 a 34



años lo constituye el 20.8% y en un porcentaje menor esta constituido por los otros grupos etáreos, la totalidad del grupo esta comprendida entre los 25 y 49 años de edad, que es la edad madura, etapa de mayor objetividad, productividad y tolerancia a las opiniones ajenas, en esta etapa de la vida se busca el beneficio colectivo, todas estas características del grupo etáreo, fueron aprovechadas para que los conocimientos adquiridos en los talleres se compartan por lo menos con los otros miembros de sus hogares.

Tabla N° 5
Familiares de pacientes con enfermedad
metabólica según edad
Fundación Donum 2002-2003

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25-29	2	8,3
30-34	5	20,8
35-39	8	33,3
40-44	3	12,5
45-49	6	25,0
total	24	100,0

$$\bar{X} = 37.7 \text{ años}$$

$$DS = 7.2 \text{ años}$$

Fuente: Directa
 Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

Considerando el grado de parentesco de la persona estudiada con el familiar que adolece de la enfermedad metabólica, encontramos que el 87.5 % son hijos; y en un porcentaje menor al 15 % sobrinos y tíos, el 100% de los participantes tienen antecedentes familiares de la enfermedad, por lo tanto, en este estudio he dejado de considerar como un riesgo el ancestro familiar, porque es homogéneo para todos.



Tabla N° 6
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica según relación de parentesco
Fundación Donum 2002-2003

RELACIÓN DE PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hijos	21	87,5%
Sobrinos	2	8,3%
Tíos	1	4,2%
Total	24	100,0%

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

En relación al número de miembros que integran el hogar esta conformado por 6 miembros en un 37.5% de hogares, 5 miembros en un 33.3%, seguidos de 2 miembros que constituye el 16.7% y 4 miembros que constituye el 12.5%, esto es de importancia porque en total se involucra a 114 personas que, probablemente, estén compartiendo los mismos estilos de vida; y los asistentes a los talleres de educación, podrían compartir los conocimientos aprehendidos.

Tabla N° 7
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica
según número de miembros por hogar
Fundación Donum 2002-2003

NUMERO DE MIEMBROS QUE INTEGRAN EL HOGAR	Frecuencia	Porcentaje
2	4	16,70%
4	3	12,50%
5	8	33,30%
6	9	37,50%
Total	24	100,00%

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

5.2. Segunda parte: Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Estilos de Vida

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



5.2.1. Conocimientos:

En relación a los conocimientos sobre estilos de vida se puede observar que los conocimientos buenos y regulares suman el 58.4%, constituyendo el mayor porcentaje de los cuales el 29.2% pertenece a cada grupo, seguido del 41.7% que tienen conocimientos insuficientes, esto explicaría en parte las prácticas de estilos de vida y, por lo tanto, sus efectos a nivel del estado nutricional que serán explicados mas adelante.

Tabla N° 8

**Familiares de pacientes con enfermedad metabólica
según conocimientos sobre estilos de vida
Fundación Donum 2002-2003**

CONOCIMIENTOS SOBRE ESTILOS DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buenos	7	29,20%
Regular	7	29,20%
Insuficientes	10	41,70%
Total	24	100,00%

**Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla**

5.2.2 Actitudes

Actitudes sobre los beneficios y prácticas de algún tipo de actividad física relacionado con el sexo.



En relación a este tipo de actitud se puede observar que: el 12.5% del total del grupo, tiene una actitud de acuerdo, dentro de un escala de: muy acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo, de estos el 18.8% de las mujeres están de acuerdo en relación con el 0% de los hombres, ni de acuerdo ni en desacuerdo están el 58.3% del total, correspondiendo a las mujeres el 56.3% y los hombres el 62.5%, quedando un porcentaje menor al 30% del total, una actitud en desacuerdo, resumiendo podríamos decir que la actitud hacia la actividad física está más inclinada hacia el extremo muy en desacuerdo.

Tabla N° 9
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica según sexo
y actitud sobre actividad física
Fundación Donum 2002-2003

ACTITUD HACIA LOS BENEFICIOS Y PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De acuerdo	3	18,8	0	0	3	12,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	56,2	5	62,5	14	58,3
En desacuerdo	4	25,0	3	37,5	7	29,2
TOTAL	16	100,0	8	100,0	24	100,0

Fuente: Directa
 Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

Actitud hacia el consumo de alcohol y tabaco

En relación a esta actitud se puede observar que el 79.2% del total del grupo tienen una actitud en desacuerdo de estos las mujeres corresponden al 81.3 %, y los hombres el 75 %, la actitud muy en desacuerdo corresponden al total de 25.8 %, 18.5 % para las mujeres y el 25.8 % para los hombres, podría aparecer que las mujeres tienen una cierta actitud de permisividad, pero esto está influenciada por la actitud de los varones que tienden a estar hacia el extremo muy en desacuerdo, porque algunos de ellos eran alcohólicos consuetudinarios y consumidores de tabaco y sufrieron directamente los efectos del consumo de estas drogas.

Tabla N° 10
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica según sexo

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



**y actitud sobre consumo de alcohol y tabaco
Fundación Donum 2002-2003**

ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
En desacuerdo	13	81,3	6	75,0	19,0	79,2
Muy en desacuerdo	3	18,8	2	25,0	5,0	20,8
Total	16	100,0	8	100,0	24	100,0

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

Actitud sobre alimentación. La actitud sobre alimentación se puede observar que el 16.7% del total tienen una actitud ni de acuerdo ni en desacuerdo y de estos esta constituido por el 12.5% del sexo femenino y el 25.0% del sexo masculino, en actitud en desacuerdo del total forman el 58.3 % de los cuales el sexo masculino lo conforman el 62.5% y el 56.3% el sexo femenino y el restante 25 % del total tiene una actitud muy en desacuerdo, conformado por el sexo masculino en 12.5% y el sexo femenino en el 31.3 % . Resumiendo se podría decir que la tendencia de la actitud hacia alimentación saludable es hacia el extremo muy desfavorable.

Tabla N° 11
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica según
sexo y la actitud que tienen sobre alimentación saludable
Fundación Donum 2002-2003

ACTITUD HACIA UNA ALIMENTACION SALUDABLE	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	12,5	2	25,0	4	16,7
En desacuerdo	9	56,3	5	62,5	14	58,3
Muy en desacuerdo	5	31,3	1	12,5	6	25,0
Total	16	100,0	8	100,0	24	100,0

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

5.2.3 Practicas sobre estilos de vida.- Cuando se valoro las practicas sobre estilos de vida se puede observar que el 50% tiene practicas buenas, seguido por practicas regulares con el 29.2% y por ultimo practicas muy buenas con el 20.8 %, por lo tanto, solo un porcentaje menor tiene practicas adecuadas de estilos de vida, las mismas que sumadas a otras serian las causantes de incrementar el riesgo de adolecer enfermedades metabólicas.

Tabla N° 12
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica según
sexo y prácticas sobre estilos de vida
Fundación Donum 2002-2003

PRACTICAS DE ESTILOS DE VIDA	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Muy buenos	4	25,0	1	12,5	5	20,8
Buenos	8	50,0	4	50,0	12	50,0
Regular	4	25,0	3	37,5	7	29,2
TOTAL	16	100,0	8	100,0	24	100,0

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

En relación al hábito de consumir tabaco se puede observar que el 83.3% del grupo no lo consumen y el restante 16.7 % lo consumen siendo un grupo minoritario.

Tabla N° 13
Familiares de pacientes con enfermedad

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



**metabólica según hábito tabaquico
Fundación Donum 2002-2003**

TABAQUISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hábito negativo	20	83,3
Hábito positivo	4	16,7
Total	24	100,0

**Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla**

En relación al hábito de consumir alcohol se observa que el 91.7 % no lo consumen y el 8.3 % tienen hábito positivo, como se puede observar en general el grupo en su gran mayoría tienen hábitos negativos para el alcohol y tabaco.

**Tabla N° 14
Familiares de pacientes con enfermedad
metabólica según hábito alcohólico
Fundación Donum 2002-2003**

ALCOHOLISMO	FRECUENCIA	NUMERO
Hábito negativo	22	91,7
Hábito positivo	2	8,3
Total	24	100,0

**Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla**

Preferencias alimentarias:

En relación a las preferencias alimentarias de acuerdo al grupo de alimentos se puede ver que el grupo 1, conformado por cereales, granos y tubérculos, fue preferido en el 29.2%, el grupo 2 conformado por verduras y fruta fue preferido por el 4.2 %, el grupo 3 integrado por leche, yogurt, queso, carnes, pollo, pescado, frijoles prefirieron el 16.7 %, no así el mayor porcentaje con el 50 % prefirieron el grupo 4 integrado por grasas, aceites, azúcares, estas preferencias alimentarias explicarían en parte, las alteraciones del estado nutricional que serán expuestas posteriormente.

**Tabla N° 15
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica
según preferencia por grupos de alimentos
Fundación Donum 2002-2003**

GRUPO DE ALIMENTOS Y SUS PREFERENCIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grupo 1	7	29,2%
Grupo 2	1	4,2%
Grupo 3	4	16,7%
Grupo 4	12	50,0%

Total	24	100,0%
-------	----	--------

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

5.2.4 Actividad física:

En relación al tipo de actividad física que practican se observa que el 12.5% del total caminan y de estos en su totalidad son del sexo femenino, el 4.2% del total trotan, y el mayor porcentaje que llega al 83.3 % no realizan ninguna actividad física

Tabla N° 16
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica
según sexo y tipo de actividad física que realizan
Fundación Donum 2002-2003

TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Caminar	3	18,8	0	0,0	3	12,5
Trote	0	0,0	1	12,5	1	4,2
Ninguno	13	81,3	7	87,5	20	83,3
Total	16	100,0	8	100,0	24	100,0

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

Considerando el tiempo de actividad física que efectúan se puede notar que entre 30 y 60 minutos por día realizan algún tipo de actividad física, el 16.7 % del total y de estos el 18.8% son mujeres, en relación al 12.5% constituido por los hombres, tiempo menor a 30 minutos en total lo realizan el 20.8%, y el grupo mayoritario que corresponde al 62.5 % no utilizan ningún tiempo para realizar actividad física.

Tabla N° 17
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica
Según sexo y tiempo de actividad física que realizan
Fundación Donum 2002-2003

TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
N	%	N	%	N	%	
30- 60 minutos	3	18,8	1	12,5	4	16,7
menos de 30 minutos	4	25,0	1	12,5	5	20,8
Ningún tiempo	9	56,3	6	75,0	15	62,5
TOTAL	16	100,0	8	100,0	24	100,0



Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

Con relación al numero de veces que realizan actividad física por semana, observamos que el 16.7% del total, realizan actividad física entre 3 y 5 veces, de los cuales el grupo mayoritario corresponde a las mujeres con el 18.8% y, en el caso de los hombres con el 12.5%; menos de 2 veces por semana del total lo practican el 20.8%, y no realizan ninguna actividad física por semana del total el 62.5% en su mayoría los hombres con el 75%.



Tabla N° 18
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica según sexo
y numero de veces que realizan actividad física por semana
Fundación Donum 2002-2003

NUMERO DE VECES POR SEMANA QUE REALIZAN ACTIVIDAD FÍSICA	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
3-5 veces	3	18,8	1	12,5	4	16,7
Menos de 2 veces	4	25,0	1	12,5	5	20,8
Ninguna ves	9	56,3	6	75,0	15	62,5
Total	16	100,0	8	100,0	24	100,0

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

5.2.5 Valoración de la actividad física:

Con los parámetros de actividad física antes mencionados se clasifica la presencia o no de sedentarismo encontrándose que el 16.7 % del total no son sedentarios y el porcentaje mayoritario que alcanza al 83.3% son sedentarios, de estos el 87.5% de los hombres son sedentarios en relación con el 81.3% de las mujeres, datos que se correlaciona con las cifras de sedentarismo dado por la OMS.

Tabla N° 19
Familiares de pacientes con enfermedad
metabólica según sedentarismo
Fundación Donum 2002-2003

SEXO	SEDENTARISMO			
	Sí		No	
	Nº	%	Nº	%
Femenino	13	81,25	3	18,8
Masculino	7	87,5	1	12,5
Total	20	83,3	4	16,7

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

5.3 Tercera parte: Valoración del estado Nutricional.

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



El estado nutricional de los integrantes del grupo se valoró de acuerdo a los siguientes parámetros:

5.3.1 *Indice de masa corporal:* Encontrándose que el 25 % del total se encuentran dentro de los límites considerados como normal, de los cuales el 37.5% corresponden a mujeres, y 0% a los hombres, el 37.5% del total tienen sobrepeso, de los cuales el 31.3% son del sexo femenino y el 50% del sexo masculino, y por ultimo obesidad grado I corresponde al 37.5%, distribuido en 31.3% al sexo femenino y el 50% al sexo masculino

Tabla N° 20
Familiares de pacientes con enfermedad
metabólica según Indice de masa corporal
Fundación Donum 2002-2003

INDICE DE MASA CORPORAL	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Normal	6	37,5	0	0,0	6	25,0
Sobrepeso	5	31,3	4	50,0	9	37,5
Obesidad grado 1	5	31,3	4	50,0	9	37,5
Total	16	100,0	8	100,0	24	100,0

$$\bar{I.M.C} \quad X = 28.0 \\ SD = 3.84$$

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

5.3.2. *En relación con el colesterol:* Observamos que el 50% del grupo tienen colesterol dentro de límites normales o deseables, de los cuales el 75% corresponden al sexo femenino, y el 0% al sexo masculino, dentro de los parámetros considerados como elevado límitrofe se encuentra el 12.5%, distribuido en 6.3% al sexo femenino y el 25% al sexo masculino y por ultimo en un porcentaje considerable de 37.5% del total se encuentran en el nivel elevado o alto de los cuales el 18.8% son del sexo femenino y el 75% del sexo masculino.

Tabla N° 21
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica de acuerdo
al nivel de colesterol
Fundación Donum 2002-2003

COLESTEROL	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



Deseable	12	75,0	0	0,0	12	50,0
Elevado Limítrofe	1	6,3	2	25,0	3	12,5
Alto	3	18,8	6	75,0	9	37,5
Total	16	100,0	8	100,0	24	100,0

Colesterol X = 219.46 mg/dl,

DS = 48.2 mg/dl

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

5.3.3 Los triglicéridos: Encontramos que se encuentran dentro de los límites considerados como normal el 12.5% del total, correspondiendo el 18.8% al sexo femenino y el 0% al sexo masculino, dentro del grupo limítrofe alto se encuentra el 20.8% del total distribuido en 25.0% al sexo femenino y el 12.5% al sexo masculino, dentro del límite alto se encuentran el porcentaje mayoritario 62.5%, distribuido en el 56.3% al sexo femenino y 75.0% al sexo masculino, un porcentaje menor al 5% que corresponden al 12.5% del sexo masculino se encuentra dentro del parámetro muy alto.

Tabla N° 22
Familiares de pacientes con enfermedad
metabólica según nivel de triglicéridos
Fundación Donum 2002-2003

TRIGLICERIDOS	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Normal	3	18,8	0	0,0	3	12,5
Limítrofe alto	4	25,0	1	12,5	5	20,8
Alto	9	56,3	6	75,0	15	62,5
Muy alto	0	0,0	1	12,5	1	4,2
Total	16	100,0	8	100,0	24	100,0

Triglicéridos = \bar{X} 286.33 en mg/dl,
 DS = 154.82 en mg.

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

5.3.4 Colesterol HDL: El colesterol HDL encontrado se encuentra como promedio de 38.2 mg/dl, y un Desvió Standard en mg. de 7.9, del total del grupo el 12.5% de los varones tiene colesterol HDL mayor de 40 mg/dl, y en el caso de las mujeres el 100% tiene colesterol HDL menor de 50mg/dl.

5.3.5 Las cifras de glicemia se encuentran todas dentro de los límites normales, con un promedio de 73 mg/dl, al igual que las cifras de presión arterial con un promedio de 110/75 mm.Hg.

5.3.6 Clasificación del riesgo:

Con el índice de masa corporal, triglicéridos y concentración de colesterol HDL se puede clasificar si tienen el síndrome metabólico o el riesgo de sufrir y encontramos que adolecen de síndrome metabólico el 33.3% del total del grupo, de los cuales corresponde al 31.3% del sexo femenino y el 37.5% del sexo masculino, riesgo alto corresponde al 12.5% del total, correspondiendo 6.3% al sexo femenino y el 25% al sexo masculino, el riesgo medio corresponde a un porcentaje considerable del 29.2% distribuido en un 25.0% al sexo femenino y un 37.5% al sexo masculino, el riesgo bajo corresponde al 25.0% del total y de estos el 37.5% son de sexo femenino y el 0% del sexo masculino.

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado

Tabla N° 23
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica diagnosticados
de síndrome metabólico o con riesgo de sufrir
Fundación Donum 2002-2003

SINDROME METABOLICO	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Diagnosticados	5	31,3	3	37,5	8	33,3
Riesgo alto	1	6,3	2	25,0	3	12,5
Riesgo Intermedio	4	25,0	3	37,5	7	29,2
Sin riesgo	6	37,5	0	0,0	6	25,0
Total	16	100,0	8	100,0	24	100,0

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

5.4 Capacitación previa e integración familiar:

5.4.1 Capacitación. En relación si el grupo de estudio ha recibido capacitación sobre prevención de enfermedades y, en particular, sobre promoción de la salud y estilos de vida, se pudo notar que la gran mayoría no ha recibido capacitación previa, esto podría explicar los porcentajes de diagnóstico de síndrome metabólico y el riesgo en el que se encuentran.



Tabla N° 24

**Familiares de pacientes con enfermedad metabólica
según capacitación previa en estilos de vida
Fundación Donum 2002-2003**

Ha recibido capacitación	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	33,3%
No	16	66,7%
Total	24	100,0%

**Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla**

5.4.2 En consideración a la integración familiar: Entendida como la participación en familia de actos deportivos, de charlas sobre como prevenir enfermedades, de involucrarse con las recomendaciones dadas por los facultativos a los pacientes se puede observar que: el 58.3% del grupo desconocen de las actividades que realizan sus familiares para controlar su patología, el 37.5% del total se integran en las actividades de sus familiares 1 o 2 fines de semana por mes, y un porcentaje menor al 5% se integran cada fin de semana.

**Tabla N° 25
Familiares de pacientes con enfermedad metabólica
según Integración familiar
Fundación Donum 2002-2003**

Integración Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Cada fin de semana	1	4,20%
1-2 fines de semana al mes	9	37,50%
Nunca	14	58,30%
Total	24	100,00%

**Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla**

Con los resultados antes indicados y, previa identificación de los indicadores de línea de base, hemos procedido a la realización del siguiente cuadro de valoración, las mismas que serán medidas de igual forma y de manera positiva, posterior al proceso de intervención, por lo cual se llaman indicadores de salud y vida

Tabla N° 26

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



**INDICADORES DE LINEA DE BASE DE SALUD Y VIDA SEGUN VALORACION
INICIAL Y EN FORMA POSITIVA
FUNDACION DONUM 2002-2003**

INDICADORES	PORCENTAJE
Conocimientos buenos sobre estilos de vida	29.9%
Actitud muy de acuerdo sobre beneficios y practicas de alimentación saludable	0%
Actitud muy de acuerdo sobre beneficios y practica actividad física	0%
Actitud muy en desacuerdo sobre el consumo de alcohol y tabaco	20.8%
Practicas muy buenas sobre Estilos de vida	20.8%
Practicas buenas sobre Estilos de vida	50.0%
Preferencias por el grupo 1 de alimentos	29.2%
Habito tabaquico negativo	83.3%
Habito alcohólico negativo	93.7%
Actividad física, no sedentarios	16.7%
Indice de masa corporal	$\bar{X} 28.0$ (Kg./m ²)
Colesterol	$\bar{X} 219$ mg/dl
Triglicéridos	$\bar{X} 286$ mg/dl
Sin riesgo de síndrome metabólico	25%
Integración familiar cada fin de semana	4.2%

Fuente de información: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla



CAPITULO VI

6.1. PLAN DE ACCION.

Posterior a la primera valoración e identificación de los indicadores de línea de base se realizo el siguiente plan de acción, 8 talleres, con intervalos de una semana cada uno, para lo cual se siguió este procedimiento: Número del taller, nombre del taller, fecha de realización, lugar donde se realiza el taller, grupo al que esta dirigido, responsables, numero de asistentes, objetivo, metodología y evaluación del taller.

DESARROLLO DEL PLAN DE ACCION

Primer taller:

6.1.1. AGREGUE VIDA A SUS AÑOS COMIENDO SALUDABLEMENTE

Fecha: 2 de abril del 2003.

Lugar: Fundación Donum.

Dirigido: Al grupo de estudio, familiares de pacientes con enfermedades metabólicas

Responsable: Equipo de trabajo

Número de asistentes 24

1. Objetivo: Apoyar a mantener y/o mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación.

2. Metodología:

2.1. Formación de grupos focales con 5 integrantes cada uno.

2.2. Preguntas generadoras:

¿Qué conocen Uds. sobre la utilidad de las grasas en la alimentación?

¿Cómo identificar alimentos que contienen grasas?

¿Qué opinión tienen de la utilización de las grasas en relación con la salud?

2.3. Exposición en la Plenaria de las conclusiones a las preguntas generadoras

2.4. Identificar en conjunto alimentos que contienen grasas.

2.5. Opiniones sobre la utilización de las grasas en relación con la salud.

2.6. Reflexiones sobre la utilización de las grasas.

2.7. Acuerdos y decisiones tomadas en conjunto.

3. Evaluación del Taller:

3.1. Desde el punto de vista del equipo guía

Puntaje	Resultado
---------	-----------

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



28	Muy apropiado
----	---------------

3.2. Desde el punto de vista del grupo de trabajo

Puntaje	Resultado
20	Optimo

Segundo taller:

6.1.2. CONSTRUYENDO SALUD JUNTO AL PUEBLO

Fecha: 9 de abril del 2003.

Lugar: Cuenca, Fundación Donum.

Dirigido: Al grupo piloto de estudio

Responsable: Equipo de salud

Numero de participantes 24

1. **Objetivo:** Conocer el ambiente familiar en el que se practica nuestra alimentación diaria, posibilidad de mejorarla en forma participativa.

2. Metodología:

2.1. Comenzamos con una dinámica de mirarse al espejo a una distancia de 60 cm. mirarse y contar en voz alta, como se sienten, como se ven, y como desearían sentirse a corto y mediano plazo.

2.2. Pregunta generadora: ¿Cómo es su entorno familiar a la hora de las comidas?

2.3. Discusión en plenaria

2.4. Compromisos tomados por consenso

3. Evaluación del taller

3.1. Desde el punto de vista del equipo guía

Puntaje	Resultado
32	Muy apropiado

3.2 Desde el punto de vista del grupo de trabajo

Puntaje	Resultado
15	Aceptable

Tercer taller:

6.1.3. SABER COMER PARA VIVIR MEJOR

Fecha: 16 de Abril del 2003.

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



Lugar. Cuenca, Fundación Donum.

Dirigido: Al grupo piloto de estudio

Responsable: Equipo de trabajo

Número de participantes 24

Estudio de casos:

1. **Objetivo:** Continuar con el apoyo para mantener y/o mejorar conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable.

3. Metodología

3.1. Se solicitó que una mujer y un hombre en forma voluntaria describieran un día de su alimentación que ellos consideran normal:

3.2. Primer caso: Opinión de una mujer, de mediana edad, ama de casa, delgada.

3.3. Segundo caso: Opinión del hombre edad madura, sedentario, obeso, profesión joyero.

3.4. Plenaria se les pidió opiniones dirigidas a:
¿Horario de alimentación?

¿Tipo de comida?

¿Cantidades y el número de veces que comen?

¿Líquidos que utilizan?

¿Proporciones de acuerdo al sexo y al trabajo?

3.5. Recomendaciones para la mujer

3.6. Recomendaciones para el hombre:

4. Evaluación del taller

4.1. Desde el punto de vista del equipo guía

Puntaje	Resultado
33	Muy apropiado

4.2 Desde el punto de vista del grupo de trabajo

Puntaje	Resultado
21	Optimo

Cuarto taller

6.1.4. SALUD Y VIDA VAN DE LA MANO CON LA ACTIVIDAD FISICA

Fecha: 23 de abril del 2003

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



Lugar: Fundación Donum y calles de la ciudad de Cuenca

Dirigido: Al grupo piloto de estudio

Responsable: Equipo de trabajo

Número de participantes 22

1. Objetivo: Incentivar a mantener y/o mejorar conocimientos, actitudes y prácticas sobre actividad física.

2. Metodología.-

2.1. Con una semana de anticipación se les comunicó que el taller de actividad física sería práctico y se les pidió que sea realizado lo más apegado a lo que se hace en la vida diaria.

2.2. Caminata por las calles de la ciudad.

2.3. Exposición en plenaria: Sobre las siguientes preguntas generadoras

¿Durante la caminata que sintieron?

¿Si lo habían hecho el último mes?

¿Qué beneficios creen Uds. que el ejercicio proporciona para la salud?

Respuestas.

2.5. Recomendaciones tomadas en conjunto.

3. Evaluación del taller

3.1. Desde el punto de vista del equipo guía

Puntaje	Resultado
35	Muy apropiado

3.2 Desde el punto de vista del grupo de trabajo

Puntaje	Resultado
25	Optimo

Quinto taller

6.1.5. VIDEO FORO SOBRE ALCOHOLISMO

Fecha 30 de abril 2003

Lugar: Cuenca, Fundación Donum.

Dirigido: Al grupo piloto de estudio.

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



Responsable: Equipo de salud.

Número de participantes: 24

1. Objetivo: Apoyar a mejorar conocimientos, a cambiar actitudes y evitar la práctica del consumo de drogas.

2. Metodología

2.1. Lluvia de ideas sobre el alcoholismo y porque se ingiere.

2.2. Trascripción en un papelógrafo, de acuerdo al orden de opinión.

2.3. Identificación de acciones positivas y negativas del consumo del alcohol.

2.4. Reflexiones.

2.5. Proyección de un video sobre alcoholismo por el lapso de 20 minutos.

2.6. Reflexiones sobre el video:

¿Identificar algunos casos que se reflejen y ocurran en sus hogares o en sus comunidades?

2.7. Decisiones tomadas en grupo:

3. Evaluación del taller:

3.1. Desde el punto de vista del equipo guía

Puntaje	Resultado
35	Muy apropiado

3.2 Desde el punto de vista del grupo de trabajo

Puntaje	Resultado
25	Apropiado

Sexto Paseo taller:

6.1.6. DISFRUTANDO LA VIDA AL AIRE LIBRE.

Fecha 10 de mayo 2003.

Lugar: Cuenca, orillas del río Yanuncay.

Dirigido: Al grupo de estudio y familiares

Número de participantes: 50 personas, 24 del grupo de estudio y 26 familiares

Responsables: Equipo de trabajo

1. Objetivo: Valoración de conocimientos actitudes y prácticas sobre estilos de vida saludable y el trabajo en equipo.

1.1. Valoración y puesta en práctica de los conocimientos adquiridos durante los talleres anteriores.

2. Metodología:

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



- 2.1. Se formó 5 equipos de trabajo.
 - 2.2. En cada equipo se nombró un secretario relator, quien será el encargado de dar a conocer al público y a los demás participantes, los beneficios de la buena utilización de cada uno de los grupos de alimentos.
 - 2.3. Cada equipo tiene materiales diferentes de acuerdo a la finalidad respectiva, se formaron equipos que organizan y exponen sobre los cereales, otros sobre frutas, verduras, grasas, azúcares, bebidas incluyendo alcohol y tabaco.
 - 2.4. Se les dio 15 minutos para organizarse, para luego exponer por 30 minutos al público presente.
 - 2.5. Posteriormente el representante de cada grupo tuvo 5 minutos para exponer la parte positiva y la negativa de la utilización de los alimentos en la vida diaria.
 - 2.6. Se nombró un jurado calificador, integrado por 3 personas, para elegir al trabajo mejor presentado y defendido durante el proceso.
-
3. Discusión: Se pudo analizar la importancia de trabajar en grupo, la coordinación y colaboración en cada una de las actividades, la buena utilización de los recursos, el ahorro de dinero con una buena elección de los alimentos y la ganancia en salud.
 - 3.1. Compartir los conocimientos adquiridos con todos los asistentes; y compromisos de generalizar los mismos con otros miembros de la comunidad.
 - 3.2. Reflexionar que de lo aprehendido podemos poner en práctica en nuestra vida diaria y con los demás miembros de familia.
 - 3.3. Posteriormente se procedió a premiar al primero y segundo trabajo de acuerdo al criterio del jurado.
 - 3.4. Se compartió un almuerzo saludable. Todo el proceso de la preparación de la comida lo realizaron los integrantes del grupo, desde la selección de los alimentos, la compra, la preparación, la presentación, el horario, etc.
 - 3.5. Se observó con beneplácito que los conocimientos adquiridos en talleres anteriores, fueron puestos en práctica de una manera satisfactoria.
-
4. Conclusión: Alimentarse bien es un proceso que depende del cultivo de los diferentes grupos de alimentos, selección de los mismos, procesamiento, preparación; y que el comer bien es solamente una parte de un largo proceso.
 5. Valoración del taller:



5.1. Desde el punto de vista del equipo guía

Puntaje	Resultado
35	Muy apropiado

5.2 Desde el punto de vista del grupo de trabajo

Puntaje	Resultado
25	Optimo

Séptimo taller:

6.1.7. SOCIALIZACION DE LOS PRIMEROS RESULTADOS

Fecha 21 de mayo 2003

Lugar: Local de la Fundación Donum.

Dirigido: Al grupo piloto de estudio

Responsable: El coordinador y el equipo de trabajo.

Numero de participantes: 24

1. **Objetivo:** Identificar los diferentes problemas que tenían los participantes al inicio del proceso y compararlos con los que se tienen actualmente, posterior a la realización de los diferentes talleres.

1.2 Dar a conocer las valoraciones de los primeros resultados del estudio

2. Metodología

2.1. El facilitador en este caso el coordinador, explicó que se trata de ver los elementos positivos y negativos que se encontraron al inicio del proceso y las modificaciones que se tienen este momento, posterior al primer control.

2.2. En el campo biológico se dio a conocer en general las valoraciones normales de cada parámetro a ser estudiado. Ejemplo: Presión arterial, lípidos, glicemia, alcoholismo, tabaquismo, etc. Lo cual se realizó con una exposición magistral y mediante la ayuda de acetatos duración 10 minutos

2.3. Posterior se entregaron los primeros resultados en forma individual a cada participante para ser analizado por ellos mismos de acuerdo a los parámetros que se dieron anteriormente.

2.4. Análisis de los resultados como grupo.

2.5. Plenaria: Todos los asistentes expusieron sus opiniones, procediendo luego a elaborar una gráfica final.

3. Evaluación del taller:

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



3.1 Desde el punto de vista del equipo guía

Puntaje	Resultado
35	Muy apropiado

3.2 Desde el punto de vista del grupo de trabajo

Puntaje	Resultado
25	Optimo

Octavo Taller:

6.1. 8. GRADUACION DEL PRIMER GRUPO PILOTO DE ESTUDIO SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

Fecha 29 de mayo 2003

Lugar: Local de la Fundación Donum.

Dirigido: Al grupo piloto de estudio y familiares, autoridades de la Fundación Donum, representantes de la Maestría de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, invitados especiales:

Responsable: El coordinador y el equipo de trabajo.

Número de participantes: 50 personas ,24 del grupo de estudio, los demás familiares y autoridades de la fundación.

1. Objetivo: Evaluación participativa del proceso con el grupo de estudio

1.1. Dar un diploma que acredite haber participado satisfactoriamente a los integrantes del grupo de estudio y a los miembros del equipo de trabajo.

2. Metodología:

2.1. Primera parte: Evaluación participativa con el grupo de estudio en base a los siguientes criterios: Muy buena si se consiguió casi todo lo previsto, buena si se consiguió poco mas de la mitad de lo previsto, regular si se consiguió menos de la mitad de lo previsto y, mala no se consiguió lo previsto.

Tabla N° 27

**Clasificación de los talleres realizados según percepción
del grupo de estudio**

Fundación Donum 2002-2003

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	21	87,5

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



Buena	3	12,5
Regular	0	0.0
Mala	0	0.0
Total	24	100

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

Tabla N° 28

**Clasificación del grupo de estudio según metodología utilizada
 por el equipo de trabajo en la realización de los talleres.**

Fundación Donum 2002-2003

Metodología utilizada	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	22	91,7
Buena	2	8,3
Regular	0	0.0
Mala	0	0.0
Total	24	100,0

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla



Tabla N° 29
Posibilidad de aplicación de los conocimientos adquiridos
en la vida diaria, según criterio del grupo de estudio
Fundación Donum 2002-2003

Posibilidad de aplicación	Frecuencia	porcentaje
Totalmente	22	91,7
Casi todo	1	4,2
Parcialmente	1	4,2
Ningún	0	0,0
Total	24	100,0

Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla

2.2. Segunda parte: Entrega de diplomas a los integrantes del equipo de trabajo y a los participantes del grupo de estudio. Anexo N° 19

2.3. Clausura del proyecto piloto.

2.4. Invitación a los integrantes del grupo de estudio, al equipo de trabajo y a las autoridades de la Fundación, para extender este proyecto a la mayoría de los familiares de los paciente con enfermedad metabólica, que asisten regularmente a esta casa de salud.

6.2 EVALUACION DEL PLAN DE ACCION

Posterior a la realización del plan de acción, se puede observar que la mayoría de los indicadores de línea de base, vistos en conjunto, se han modificado positivamente, algunos de ellos, con cifras significativas consideradas así cuando la diferencia positiva es mayor del 45%, en relación con la valoración inicial y entre estos están: actitud muy en desacuerdo sobre el consumo de alcohol y tabaco con el 75%, esto se relaciona con la realización del taller y video foro sobre alcoholismo, que permitió demostrar los efectos deletéreos sobre su consumo. Conocimientos buenos sobre estilos de vida con el 70.1%, practicas muy buenas sobre estilos de vida 62.5%, seguidos de preferencias alimenticias por el grupo 1, e integración familiar cada fin de semana con el 45.8%, esto se relaciona con los beneficios y motivación que encontraron en la realización de los 1ro ,2do y 3er taller.

Modificaciones intermedias, consideradas una variación positiva entre el 20 y 44.9% se encuentran actitud sobre beneficios y practicas de alimentación saludable, muy de

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



acuerdo con el 41.7%, actitud sobre beneficios y prácticas sobre actividad física con el 33.3%, esto es muy favorable considerando que al principio eran del 0% en el caso de la actividad física no sedentaria presentó un cambio positivo del 37.5%.

En relación con el hábito de fumar y consumir alcohol las variaciones positivas son aparentemente pequeñas pero esto se debe, a que, al inicio del proceso, la gran mayoría no practican estos hábitos. El índice de masa corporal, presentó una variación positiva de menos 0.7 en promedio (Kg/m^2). El colesterol en promedio disminuyó en 9 mg/dl; los triglicéridos en promedio disminuyó 111 mg/dl; en el caso sin riesgo de enfermedad metabólica hubo una mejoría positiva del 8.3%.

Tabla N° 30

**INDICADORES DE LINEA DE BASE DE SALUD Y VIDA SEGUN VALORACION
INICIAL FINAL Y EVALUACION POSITIVA
FUNDACION DONUM 2002-2003**

Indicadores	Porcentaje de valoración inicial	Porcentaje de valoración final	Porcentaje de diferencia positiva o negativa
Conocimientos buenos sobre estilos de vida	29.9%	100%	+ 70.1%
Actitud muy de acuerdo sobre beneficios y prácticas de alimentación saludable	0%	41.7%	+ 41.7%
Actitud muy de acuerdo sobre beneficios y práctica actividad física	0%	33.3%	+ 33.3%
Actitud muy en desacuerdo sobre el consumo de alcohol y tabaco	20.8%	95.8%	+ 75%
Prácticas muy buenas sobre Estilos de vida	20.8%	83.3%	+ 62.5%
Prácticas buenas sobre Estilos de vida	50.0%	12.5%	+37.5%
Preferencias alimentarias por el grupo 1 de alimentos	29.2%	75%	+ 45.8%
Habito tabaquico negativo	83.3%	91.67%	+ 8.37%
Habito alcohólico negativo	93.7%	100%	+ 6.3%
Actividad física no sedentarios	16.7%	54.2%	+ 37.5%
Promedio de índice de masa corporal	28.0 (Kg./m ²)	27.3 (Kg./m ²)	+ 0.7 (Kg./m ²)
Promedio de Colesterol	219. mg/dl	210 .mg/dl	+ 9. mg/dl
Triglicéridos	286 .mg/dl	175. mg/dl	+ 111. mg/dl
Sin riesgo de síndrome metabólica	25%	33.3%	+ 8.3%
Integración familiar	4.2%	50%	+ 45.8%

**Fuente de información: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla**

6.2.1. Valoración individual de los indicadores de línea de base

Los conocimientos sobre estilos de vida mejoraron al 100.0% posterior a la intervención.



En relación a los beneficios y prácticas de alimentación saludable, al inicio del proceso nos encontramos con el 0%, de actitud muy de acuerdo, descubriendose que el grupo mayoritario esta en desacuerdo y de estos el 42.9% al final del proceso mejoró su actitud a muy de acuerdo, seguido del grupo ni de acuerdo ni en desacuerdo con el 50%; y el 33.3% del grupo muy en desacuerdo, pero es de notar que del grupo muy en desacuerdo y en desacuerdo persistió con una actitud con tendencia a lo desfavorable, a pesar de las reiteradas indicaciones y sugerencias de los beneficios de un buen plan de alimentación, esta actitud no esta acorde con la práctica de estilos de vida que mostró una clara tendencia hacia lo muy bueno.

Tabla N° 31

**Indicador de actitud sobre beneficios y prácticas de alimentación saludable según evaluación inicial y final de familiares con enfermedad metabólica
Fundación Donum 2002-2003**

Evaluación Inicial	Evaluación Final											
	1		2		3		4		5		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Actitud sobre beneficios y prácticas de alimentación saludable												
(1) Muy de acuerdo												
(2) De acuerdo												
(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	50.0	2	50.0							4	100.0
(4) En desacuerdo	6	42,9	4	28,6	3	21,4	1	7,14			14	100.0
(5) Muy en desacuerdo	2	33,3			3	50,0	1	16,7			6	100,0
Total	10	41,7	6	25,0	6	25,0	2	8,3			24	100,0

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla M

En relación con la actitud sobre actividad física, al inicio del proceso nos encontramos con el 0% con actitud muy de acuerdo, el grupo mayoritario tiene actitud ni de acuerdo ni en desacuerdo, y de estos solo el 14.3% cambia hacia actitud muy de acuerdo, en cambio el 78.6% del grupo desmejoraron su actitud hacia en desacuerdo, probablemente se debe a su oposición a recibir las orientaciones y no estaban satisfechos con las recomendaciones de realizar actividad física diaria de por lo menos 30 minutos por sesión y desconocían que los beneficios son a largo plazo. El grupo que tuvo mejor cambio es el de acuerdo con el 66.7% seguido del grupo en desacuerdo con el 57.1%.

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



Tabla N° 32

Indicador de actitud sobre beneficios y prácticas de actividad física según evaluación inicial y final de familiares con enfermedad metabólica
Fundación Donum 2002-2003

Evaluación Inicial Actitud sobre beneficios y prácticas de actividad física	Evaluación Final											
	1		2		3		4		5		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
(1) Muy de acuerdo												
(2) De acuerdo	2	66,7			1	33,3					3	100
(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	14,3			1	7,14	11	78,6			14	100
(4) En desacuerdo	4	57,1					3	42,9			7	100
(5) Muy en desacuerdo												
Total	8	33,3			2	8,33	14	58,3			24	100

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla M

En relación a la actitud sobre el consumo de alcohol y tabaco que al principio el grupo mayoritario estaba en desacuerdo, cambio hacia muy en desacuerdo en el 94.7%, mientras tanto que el grupo que estuvo en actitud muy en desacuerdo se mantuvo igual, este cambio se explicaría por las interpretaciones del mensaje de los talleres, en el sentido de que el consumo de tóxicos por mas esporádico y mínimo que sea; y mientras menor es la edad del consumidor, trae con el tiempo consecuencias lamentables.

Tabla N° 33

Indicador de actitud sobre el consumo de alcohol y tabaco según evaluación inicial y final de familiares con enfermedad metabólica
Fundación Donum 2002-2003

Evaluación Inicial	Evaluación Final											
	1		2		3		4		5		Total	
Actitud hacia el consumo de alcohol y tabaco	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
(1) Muy de acuerdo												
(2) De acuerdo												
(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo												

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



(4) En desacuerdo					1	5,3	18	94,7	19	100,0
(5) Muy en desacuerdo							5	100,0	5	100,0
Total					1	4,2	23	95,8	24	100,0

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla M

En relación a las prácticas sobre estilos de vida se observó que el 100.0% del grupo de prácticas muy buenas se mantuvo, y fue incrementado por el 83.3% del grupo de prácticas buenas, y el 71.4% del grupo de prácticas regulares.

Tabla N° 34

Indicador de actitud sobre el consumo de alcohol y tabaco según evaluación inicial y final de familiares con enfermedad metabólica
Fundación Donum 2002-2003

Evaluación Inicial		Evaluación Final							
		MB		B		R		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy buenos		5	100,0					5	100,0
Buenos		10	83,3	2	16,7			12	100,0
Regular		5	71,4	1	14,3	1	14,3	7	100,0
Total		20	83,3	3	12,5	1	4,2	24	100,0

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla M

Cuando se valoró las preferencias alimenticias se pudo observar que los que al principio preferían por el grupo 1 se mantuvieron igual, pero se incrementó posteriormente la preferencia hacia dicho grupo en forma muy favorable, principalmente por el grupo 3 con el 75,0%, y los del grupo 4 con el 58,3%.

Tabla N° 35

Indicador de preferencias alimentarias según evaluación inicial y final de familiares con enfermedad metabólica
Fundación Donum 2002-2003

Evaluación Inicial	Evaluación Final									
	1		2		3		4		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo 1	7	100,0							7	100,0
Grupo 2	1	100,0							1	100,0
Grupo 3	3	75,0	1	25,0					4	100,0
Grupo 4	7	58,3	4	33,3			1	8,3	12	100,0
Total	18	75,0	5	20,8			1	4,2	24	100,0

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



Fuente: Directa
Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla M

En relación al tabaquismo al inicio el grupo con hábito negativo se mantuvo igual, pero se incrementó con el 50.0% del grupo con hábito positivo, es de hacer notar que cambiar este tipo de hábito resultó difícil a pesar de realizar trabajo individual y con apoyo psicológico, pero se logró disminuir el número de cigarrillos consumidos en la parte del grupo que permaneció con el hábito de fumar.



Tabla N° 36

Indicador de hábito de fumar negativo según evaluación inicial y final de familiares con enfermedad metabólica
Fundación Donum 2002-2003

Evaluación Inicial	Evaluación Final					
	Hábito positivo		Hábito negativo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hábito de fumar						
Hábito positivo	2	50	2	50,0	4	100,0
Hábito negativo			20	100,0	20	100,0
Total	2	8,3	22	91,7	24	100,0

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla M

En relación con la actividad física el grupo de los no sedentarios se mantuvo igual, pero se vio incrementado con el 65.0% del grupo de los sedentarios, estos cambios se lograron a pesar de que la actitud de una buena parte del grupo investigado no es favorable.

Tabla N° 37

Indicador de actividad física no sedentaria según evaluación inicial y final de familiares con enfermedad metabólica
Fundación Donum 2002-2003

Evaluación Inicial	Evaluación Final					
	sedentario		No seden		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Actividad física						
Sedentarios	7	35,0	13	65,0	20	100,0
No sedentarios			4	100	4	100,0
Total	7	29,2	17	70,8	24	100,0

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla M

Cuando se valoró el riesgo de síndrome metabólico se pudo observar que: el grupo sin riesgo de la valoración inicial se mantuvo, incrementándose con el 28.6% del grupo de riesgo intermedio. Por otro lado, es de hacer notar que los diagnosticados de síndrome metabólico del 100% al inicio disminuyeron al 50% con la evaluación final.

Tabla N° 38

Indicador sin riesgo de enfermedad metabólica según evaluación inicial y final de familiares con enfermedad metabólica

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



Fundación Donum 2002-2003

Evaluación Inicial	Evaluación Final									
	1		2		3		4		Total	
Síndrome metabólico	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
(1) Diagnosticados	4	50	4	50,0					8	100,0
(2) Riesgo alto			2	66,7	1	33,3			3	100,0
(3) Riesgo intermedio					5	71,4	2	28,6	7	100,0
(4) Sin riesgo							6	100,0	6	100,0
Total	4	16,7	6	25,0	6	25,0	8	33,3	24	100,0

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla M

En relación a la integración familiar de inicio el grupo que se integraba cada fin semana se mantuvo igual, y se vio incrementado mayormente por el grupo de 1 a 2 fines de semana por mes con el 55,6%, seguido del grupo que nunca se integró con el 42,9%. Esto podría deberse a que en la orientación de los talleres se puso énfasis en la importancia del involucramiento de la familia en las actividades que realizan sus parientes enfermos.

Tabla N° 39

Indicador de integración familiar cada fin de semana según evaluación inicial y final de familiares con enfermedad metabólica
Fundación Donum 2002-2003

Evaluación Inicial	Evaluación Final							
	1		2		3		Total	
Integración familiar	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
(1) Cada fin de semana	1	100					1	100
(2) 1-2 fines de semana por mes	5	55,6	4	44,4			9	100
(3) Nunca	6	42,9	8	57,1			14	100
Total	12	50	12	50,0			24	100

Fuente: Directa

Elaborado por: Dr. Jaime Vintimilla M

Como se observa anteriormente, en la evaluación de los indicadores de línea de base en forma individual, se puede ver que: En el 100% se logró mantener, los porcentajes de valoración inicial, y se mejoró positivamente, por lo tanto podemos concluir que: El programa brindó los resultados esperados.



ANEXOS

ANEXO N° 1

Pirámide alimentaria



Grupo 1: Cereales, granos y tubérculos

Grupo 2: Hortalizas, verduras y frutas

Grupo 3: Carnes, huevos, leche y derivados

Grupo 4: azucares y grasas



ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA/FUNDACION DONUM
MAESTRIA EN SALUD PUBLICACAMBIOS Y/O POTENCIALIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN
FAMILIARES CON ENFERMEDADES METABOLICAS:DIABETES MELLITUS TIPO 2, E HIPERTENSION ARTERIAL
FUNDACION DONUM 2002-2003**Declaración de Helsinki para investigación en seres humanos**

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial “Principios éticos para las investigaciones en seres humanos” 52° Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

Numeral 6 de A Introducción: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Numeral 22 de B Principios Básicos para toda Investigación Médica: En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada a cerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo comprendido la información, el médico debe obtener preferiblemente por escrito el consentimiento informado y voluntario de la persona, si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado o atestiguado formalmente.



ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD DE CUENCA/FUNDACION DONUM
MAESTRIA EN SALUD PUBLICACAMBIOS Y/O POTENCIALIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN
FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES METABOLICAS:DIABETES MELLITUS TIPO 2, E HIPERTENSION ARTERIAL
FUNDACION DONUM 2002-2003**Formulario de aplicación al grupo de estudio para valorar conocimientos sobre
estilos de vida (alimentación, actividad física, alcohol y tabaco)**

Nombre _____
Los conocimientos sobre alimentación se realizan en base a la observación y análisis de la pirámide alimentaria.

1.- Identificar los alimentos que Ud. prefiere y los consume diariamente

- 1.1 _____
1.2 _____
1.3 _____
1.4 _____

2.- Enumere los alimentos que Ud. considera más dañino para la salud y de sus razones

3.- Que opinión le merece a Ud sobre el consumo en exceso de cualquiera de los grupos de alimentos

4.- Cree Ud. que es posible mantenerse saludable consumiendo solo un grupo de alimentos, explique razones

5.- Identifique alimentos que contienen grasa y que no sean de origen animal



ACTIVIDAD FÍSICA

1.- Que opinión tiene Ud. sobre la realización de algún tipo de actividad física

2.- Enumere algunos beneficios para la salud la práctica diaria de actividad física

3.- A que hora del día cree que es mejor realizar actividad física, cuantas veces por semana y el tiempo mínimo

ALCOHOL Y TABACO

1.- Enumere los efectos sobre la salud física el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaco

2.- Que consecuencias puede traer para la familia el consumir alcohol y tabaco

3.- Identificar algunos beneficios para la salud el consumir bebidas alcohólicas y tabaco.

Valoración del formulario: Las respuestas fueron calificadas en correctas e incorrectas por un tribunal integrado por: una estudiante del 10mo de básica del Instituto Sagrados Corazones, una licenciada en enfermería que trabaja emergencia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso:

Escala: Conocimientos buenos 9 respuesta correctas en adelante

Conocimientos regulares 5-8 respuestas correctas

Conocimientos insuficientes menos de 5 respuestas correctas



ANEXO N° 3.1

UNIVERSIDAD DE CUENCA/FUNDACION DONUM
MAESTRIA EN SALUD PUBLICACAMBIOS Y/O POTENCIALIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN
FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES METABOLICAS:DIABETES MELLITUS TIPO 2, E HIPERTENSION ARTERIAL
FUNDACION DONUM 2002-2003

Formulario de aplicación al grupo de estudio para obtener información general:

Código

1. Datos generales del encuestado

Nombre: _____ Fecha de la encuesta _____

Dirección: _____ teléfono _____

Edad en años cumplidos Sexo M F Nivel de escolaridad: Analfabeto Primaria Secundaria Superior Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre

Profesión: _____

Ocupación actual: _____

Miembros que integran el hogar: N°

Relación de parentesco del encuestado con el pariente enfermo:

Padre Madre Hijo Hermano

3.- Características Biológicas:

Peso en Kg. Talla en cm. I.M.C Cintura en cm.: Cadera en cm. Indice cintura cadera: Colesterol en mg. / dl: Triglicéridos en mg. /dl Colesterol HDL en mg. / dl: Colesterol LDL en mg. / dl

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



Presión arterial en mm.Hg. Sistólica Diastólica

4. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación:

Hacer un recordatorio sobre las preferencias alimentarias de los últimos 7 días:

- Numero de veces que come en el día
- Los alimentos consigue: En la tienda del barrio
En el mercado
Supermercado
Otros especifique: _____

Desayuno hora de consumo: _____ Describa los componentes alimentarios de su desayuno

Como los prepara:

- Los consume por que le gusta Es bueno para su salud Es barato
Recomendación
Otra razón especifique _____

Almuerzo hora _____ Describa los componentes alimentarios de su almuerzo:

- Primer plato _____
Segundo plato _____
líquidos _____

Como los consume (preparación):

- Los consume por que le gusta Es bueno para su salud Es barato
Recomendación
Otra razón especifique _____

Merienda hora _____ Describa los componentes alimentarios de su almuerzo: Primer plato _____
Segundo plato _____
líquidos _____

Como los consume (preparación):

- Los consume por que le gusta Es bueno para su salud Es barato
Recomendación
Otra razón especifique _____

Enumere las bebidas consumidas durante y entre las comidas (cantidad)

Bebidas habituales: Te, café, otras especifique _____
Las toma endulzadas Si No en caso de si el tipo de endulzante es _____

Razones porqué lo hace o no lo hace:



5. Realiza algún tipo de actividad física Si No describalo _____
Enumere el numero de veces por semana _____ los realiza solo _____ en compañía de
quien _____
En caso de la respuesta ser si o no por que lo hace _____

6. **Sobre tabaquismo:** Datos del último año:

Fuma cigarrillos Si No , si regularmente mas de 1 cigarrillo por día de ves en
cuando menos de 1 cigarrillo por día .

En general cuantos cigarrillos fuma por día actualmente .

Fumó alguna ves Si nunca en caso de si regularmente de ves en cuan

Describa porque lo hace: _____

Porqué no lo hace: _____

Porqué dejo el habitoo: _____

A que edad en años inicio a fumar A que edad deje de fumar

7. **Sobre alcoholismo:** Datos del último año:

Ingieri algúun tipo de bebida alcohólica Si No

En caso de si relacione cada que tiempo _____

Lo hace hasta embriagarse Si No ,

Describa los motivos de la ingesta _____

Razones porqué no ingiere alcohol, o dejo de
injerir: _____

Edad en años que inicio la ingesta de alcohol

Edad en años que dejo de ingerir alcohol



ANEXO N° 4

UNIVERSIDAD DE CUENCA/FUNDACION DONUM
MAESTRIA EN SALUD PUBLICACAMBIOS Y/O POTENCIALIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN
FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES METABOLICAS:DIABETES MELLITUS TIPO 2, E HIPERTENSION ARTERIAL
FUNDACION DONUM 2002-2003

Formulario de aplicación al grupo de estudio para valorar actitudes sobre actividad física al momento del diagnóstico y posterior a la intervención:

Nombre: _____

De la manera más comedida pido de favor contestar que tan de acuerdo esta Ud. con cada una de estas opiniones sobre actividad física:

1.- Considera Ud que: la actividad física que se realiza en el hogar es bueno para la salud.

1 muy bueno: 2 bueno: 3 regular: 4 malo: 5 muy malo

2.- Que opinión tiene Ud. sobre caminar diariamente y sus beneficios para la salud

5 muy bueno: 4 bueno: 3 regular: 2 malo: 1 muy malo:

3.- Que opinión tiene Ud sobre caminar 1 vez por semana para la salud:

1 muy bueno: 2 bueno: 3 regular: 4 malo: 5 muy malo

4.- Que opinión tiene Ud. sobre caminar más de 30 minutos diarios para la salud

5 muy bueno: 4 bueno: 3 regular: 2 malo: 1 muy malo:

5.- Que opinión tiene Ud sobre la actividad física exagerada los fines de semana

1 muy bueno: 2 bueno: 3 regular: 4 malo: 5 muy malo

6.- Que opinión tiene Ud sobre realizar actividad física en familia

5 muy bueno: 4 bueno: 3 regular: 2 malo: 1 muy malo



ANEXO N° 5

**UNIVERSIDAD DE CUENCA/FUNDACION DONUM
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA**

**CAMBIOS Y/O POTENCIALIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN
FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES METABOLICAS:**

**DIABETES MELLITUS TIPO 2, E HIPERTENSION ARTERIAL
FUNDACION DONUM 2002-2003**

Formulario de aplicación al grupo de estudio para valorar actitudes sobre alimentación saludable al momento del diagnóstico y posterior a la intervención

Nombre: _____

De la manera más comedida pido de favor contestar que tan de acuerdo esta Ud. con cada una de estas opiniones sobre alimentación:

1.- Considera Ud que consumir abundantes grasas es bueno para la salud
 1 muy bueno: 2 bueno: 3 regular: 4 malo: 5 muy malo

2.- Que opinión tiene Ud. sobre la utilización de frutas hortalizas para la salud
 5 muy bueno: 4 bueno: 3 regular: 2 malo: 1 muy malo:

3.- Que opinión tiene Ud sobre el uso de colas, refrescos artificiales, para su salud
 1 muy bueno: 2 bueno: 3 regular: 4 malo: 5 muy malo

4.- Que opinión tiene Ud. sobre el uso de cereales para su salud
 5 muy bueno: 4 bueno: 3 regular: 2 malo: 1 muy malo:

5.- Que opinión tiene Ud sobre el uso de abundantes carnes para su salud
 1 muy bueno: 2 bueno: 3 regular: 4 malo: 5 muy malo

6.- Que opinión tiene Ud sobre la utilización de agua para su salud
 5 muy bueno: 4 bueno: 3 regular: 2 malo: 1 muy malo

ANEXO N° 6

**UNIVERSIDAD DE CUENCA/FUNDACION DONUM
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA**

**CAMBIOS Y/O POTENCIALIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN
FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES METABOLICAS:**

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



**DIABETES MELLITUS TIPO 2, E HIPERTENSION ARTERIAL
FUNDACION DOUNM 2002-2003**

Formulario de aplicación al grupo de estudio para valorar actitudes sobre consumo de alcohol y tabaco al momento del diagnóstico y posterior a la intervención:

Nombre: _____

De la manera más comedida pido de favor contestar que tan de acuerdo esta Ud. con cada una de estas opiniones el uso de alcohol y tabaco:

1.- Considera Ud que consumir alcohol y tabaco es bueno para la salud

1 muy bueno: 2 bueno: 3 regular: 4 malo: 5 muy malo

2.- Que opinión tiene Ud. sobre la abstinencia en el uso de alcohol y tabaco para la salud

5 muy bueno: 4 bueno: 3 regular: 2 malo: 1 muy malo:

3.- Que opinión tiene Ud sobre consumir alcohol los fines de semana:

1 muy bueno: 2 bueno: 3 regular: 4 malo: 5 muy malo

4.- Que opinión tiene Ud. sobre evitar fumar todos los días.

5 muy bueno: 4 bueno: 3 regular: 2 malo: 1 muy malo:

5.- Que opinión tiene Ud sobre fumar esporádicamente.

1 muy bueno: 2 bueno: 3 regular: 4 malo: 5 muy malo

6.- Que opinión tiene Ud sobre no fumar ni ingerir alcohol en familia

5 muy bueno: 4 bueno: 3 regular: 2 malo: 1 muy malo



ANEXO N° 7

UNIVERSIDAD DE CUENCA/FUNDACION DONUM
MAESTRIA EN SALUD PUBLICACAMBIOS Y/O POTENCIALIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN
FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES METABOLICAS:DIABETES MELLITUS TIPO 2, E HIPERTENSION ARTERIAL
FUNDACION DONUM 2002-2003

Formulario de aplicación al grupo de estudio para valorar prácticas sobre estilos de vida (alimentación, actividad física, alcohol y tabaco)

Nombre _____

Práctica sobre alimentación:

1.- Enumerar el tipo de grasa que Ud. consume, y el número de veces por semana

2.- Enumere el tipo de frutas que consume y como los utiliza

3.- Enumere el tipo de harinas, cereales, pan que Ud consume y el número de veces en el día

4.- Que tipo de hortalizas Ud consume y el numero de veces por día

5.- Que tipo de bebidas ingiere en el día, y cuantos vasos

Actividad física

1.- Que tipo de trabajó Ud. realiza en su vida diaria, cuánto tiempo y el número de veces por semana

2.- Realiza algún tipo de deporte enumere, cuantas veces por semana, por cuanto tiempo y desde cuando

Alcohol y tabaco

1.- Consumo Ud. algún tipo de bebida alcohólica, cuantas veces al día, semana, mes,

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



2. Consumo algún tipo de tabaco, número de tabacos por día, por semana, o no los consume.

Valoración del formulario: Las respuestas fueron calificadas en correctas e incorrectas por un tribunal integrado por: una estudiante del décimo de básica del Instituto Sagrados Corazones, una licenciada en enfermería que trabaja emergencia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso:

Escala: Práctica muy buenas con respuestas correctas entre 7 y 9

Práctica buena respuestas correctas entre 4 y 6

Práctica regular con respuestas correctas menores



ANEXO N° 8

CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO AL INDICE DE MASA CORPORAL

Clasificación del estado nutricional de acuerdo al índice de masa corporal (I.M.C)	
	(I.M.C)
Normo peso	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad grado I	30-34.9
Obesidad grado II	35-39.9
Obesidad grado III	40 y más

Fuente: Sociedad Ecuatoriana de endocrinología, Núcleo del Guayas. "Manual de procedimientos en Diabetes mellitus", 2002, Pág. 87



ANEXO N° 9

GLOSARIO

DEFINICIONES:

Lugar de residencia habitual: Son todas las personas que habitan en el hogar en forma permanente o por un periodo de tiempo de 6 meses o más(pudiendo encontrarse ausentes del hogar por motivos de trabajo, enfermedad o vacaciones) se incluyen aquellas personas que residiendo menos de 6 meses no cuentan con otra residencia habitual”⁵⁸

Urbana: “Se considera a los centros poblados se han estos cabeceras, provinciales, cantónales o parroquiales con 5000 o más habitantes en sus sectores amanazados al momento de la ejecución de la encuesta.

Rural: Se considera a todo lo que resta de la definición urbana, aquí se encuentra las cabeceras cantónales y parroquiales con menos de 5000 habitantes en sus sectores amanazados”⁵⁹

Nivel de instrucción: Preparación humana y técnica de las personas para enfrentar el futuro en condiciones de un trabajo digno, respetado y adecuadamente remunerado y de divide en:

Analfabeta: Aquellas personas que no saben leer ni escribir y que no hayan ingresado a la escuela.

Primaria: Aquellas personas que hayan cursado la primaria independientemente que hayan terminado o no.

Secundaria: Aquellas personas que hayan cursado instrucción secundaria independientemente de haber terminado o no el colegio.

Superior: Aquellas personas que hayan cursado la universidad, independientemente de haber terminado o no.

Ocupación: Actividad laboral que realiza una persona para la construcción de un bien o la prestación de un servicio y por lo cual recibe una remuneración o percibe una ganancia

Patrón o socio activo: Se consideran aquellas personas que trabajan sin relación de dependencia, es decir que son los únicos dueños o socios activos de la empresa y emplean como mínimo una persona asalariada en forma permanente.

⁵⁸ INEC “ Encuesta de empleo, Desempleo, y subempleo, Area Urbana” 2001, Pág. VII-XII

⁵⁹ Idem



Trabajador por cuenta propia: Aquellas trabajadores que desarrollan su actividad utilizando para ello solo su trabajo personal, es decir no dependen de un patrono ni hacen uso de personal asalariado, aunque pueden estar auxiliados por trabajadores familiares no remunerados. También se incluyen aquí los socios de cooperativas de producción o de sociedades de personas que no emplean asalariados.

Asalariados. Personas que trabajan en relación de dependencia sean en el sector público y privado y recibe un pago por su trabajo sea sueldo, salario o jornal

Trabajador familiar no remunerado: Son las personas que ejercen un trabajo en relación con un miembro del hogar en un establecimiento familiar, sin recibir ningún pago por el trabajo realizado

Empleado doméstico: Son aquellas personas que trabajan en relación de dependencia en un hogar particular, recibiendo por el trabajo una remuneración.

Rentista: Persona que no trabaja y percibe ingresos provenientes de utilidades de un negocio, empresa u otra inversión

Jubilada: persona que ha dejado de trabajar y esta recibiendo una pensión por concepto de jubilación

Estudiante: Persona que se dedica con exclusividad al estudio

Ama de casa: Persona que se dedica con exclusividad a los quehaceres domésticos, no estudia ni trabaja, no busca trabajo, ni percibe rentas ni pensiones.

Incapacitada: persona permanentemente imposibilitada de trabajar debido a un impedimento físico o mental⁶⁰

Otros: Personas que no trabaja y cuya situación de inactividad no se incluye en ninguna de las categorías anteriores.

Hogar: Unidad social conformada por una persona grupo de personas que se asocian para compartir el alojamiento y la alimentación.

Relación de parentesco: El grado de parentesco que tiene la persona encuestada con el familiar que adolece de diabetes mellitus tipo 2.

Factores de riesgo: Son todos aquellos factores de orden biológico que predisponen adolecer de enfermedad metabólica incluyen: **Obesidad abdominal**, circunferencia de la cintura cadera > 102 cm. en hombres y > de 88 cm. en mujeres, **obesidad central**, relación cintura cadera > de 0.90 en hombres y > 0.85 en mujeres, **triglicéridos** = o > de 150 mg/dl, **colesterol HDL** < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres, **presión arterial sanguínea** = o > 130/85 mm.Hg⁶¹. Clasificación: **Síndrome metabólico**

⁶⁰ Idem

⁶¹ Fuente: third report of national cholesterol education Program (NCEP) (adult treatment panel III), NH publication 01-3670; Mayo 2001.



obesidad mas 1 o mas factores de riesgo, **riesgo alto** sobrepeso mas 2 o mas factores de riesgo, **riesgo intermedio** sobrepeso mas 1 factor de riesgo, **sin riesgo** peso normal sin o con otros factores de riesgo.

Índice cintura cadera: Es la relación que existe entre las medidas de la cintura y la cadera y sirve para clasificar en el tipo de obesidad: androide o central y ginoide o periférica.

Obesidad central: Relación cintura cadera $>$ de 0.90 en hombres y $>$ 0.85 en mujeres

Colesterol total: Sustancia química de origen animal, su presencia en el organismo es vital para el buen funcionamiento se clasifica en:

“Colesterol total en mg/dl $<$ 200 mg/dl deseable

200-239 Elevado limítrofe

= o $>$ 240 Elevado”⁶²

Triglicéridos: Es una grasa neutra, sirve como almacenamiento de ácidos grasos y es el constituyente del tejido adiposo se clasifica:

“ $<$ De 149 normal

150-199 Limítrofe alto

200-499 Alto

500 en adelante Muy alto”⁶³

Presión arterial: Es la presión de la sangre en circulación sobre las paredes de las arterias

Presión arterial sistólica: presión arterial durante la sístole

Presión arterial diastólica: presión arterial durante la diástole

Clasificación: “Normal $<$ 120 $<$ 80

Prehipertensión 120-139 80-89

Hipertensión 1 140-159 90-99

Hipertensión estadio 2 = o $>$ 160 = o $>$ 100”⁶⁴

Actividades de promoción de la salud: Toda actividad que se realice dentro de la institución promoviendo salud y vida

⁶²Fuente: Third report of national cholesterol education Program (NCEP) (adult treatment panel III), JAMA 2001; 285: 2486-97..

⁶³Idem

⁶⁴Fuente: The seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA, May 21, 2003-Vol. 289. N° 19



Capacitación a grupos de familiares con enfermedad metabólica: Proceso de adiestramiento a un grupo de determinadas personas, para realizar una actividad en óptimas condiciones

Equipo de trabajo multidisciplinario: Grupo de personas de diferentes profesiones para trabajar en busca de un mismo objetivo.

Integración familiar: Manera de actuar de los miembros del hogar en actividades recreativas los fines de semana (caminatas, trabajo conjunto, otras actividades en familia).

Alcoholismo: Aquellas personas que ingieren alcohol frecuentemente, producto de lo cual tienen problemas, biológicos, sicológicos y sociales.

Hábito alcohólico positivo: “A aquella persona que a causa del alcohol presenta problemas continuos o periódicos en uno o varios campos de su vida (salud, social, económicos, etc.)”⁶⁵

Hábito alcohólico negativo: Cuando una persona no ingiere alcohol o lo hace esporádicamente y no compromete ningún aspecto de su vida.

Tabaquismo: Personas que consumen cualquier tipo de cigarrillo sin importar el numero

Hábito por el tabaco positivo: Cualquier persona que fume como mínimo 1 tabaco por día y lo haya hecho las ultimas 4 semanas.

Hábito por el tabaco negativo: Personas que no consumen ningún tipo de tabaco o que no lo hayan hecho las ultimas 4 semanas.

Relación familiar: Es la composición de la población en padres, hijos, hermanos abuelos, nietos, tíos, sobrinos y otros parientes.

Actitudes: Son disposiciones de ánimo, positivas o negativas, de los miembros de la comunidad que se manifiestan exteriormente.

Actitud muy de acuerdo: Disposición de ánimo que se exterioriza con predisposición más favorable al cambio

Actitud muy en desacuerdo: Disposición de ánimo que se exterioriza muy desfavorablemente al cambio.

Plan de acción: Organización de las actividades encaminadas a cumplir los objetivos del estudio, para un periodo de tiempo determinado y con la participación de todos sus miembros.

Seguimiento: Vigilancia del cumplimiento de los compromisos adquiridos con los miembros del grupo de estudio.

⁶⁵ Tomado y adaptado de Utopía “El alcoholismo y la drogadicción deshumanizadoras del ser humano” N° 21, julio/2001, pagina 2.



Evaluación: Proceso permanente y dinámico que promueve la participación, la autocrítica, de todos los miembros del grupo de estudio.



ANEXO N° 10

UNIVERSIDAD DE CUENCA/FUNDACION DONUM
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

CAMBIOS Y/O POTENCIALIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN
FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES METABOLICAS:

DIABETES MELLITUS TIPO 2, E HIPERTENSION ARTERIAL
FUNDACION DONUM 2002-2003

Formulario de aplicación al grupo de estudio para seleccionar y priorizar los problemas de salud:

CRITERIO PROBLEMAS	FRECUENCIA	IMPORTANCIA	VULNERABILIDAD	TOTAL
Diabetes	24	24	24	72
Mareos	12	15	24	51
Grasas elevadas	20	21	22	63
Dolores de cabeza	11	14	18	43
Gordana	21	20	22	63
Ataque cerebral	5	18	13	36
Paro cardiaco	2	4	0	6
Presión alta	19	21	23	63
Disminución de la vista	14	16	14	44
Amputación de las piernas	3	15	16	34
Falla del corazón	4	12	16	32
Insuficiencia del riñón	2	8	10	20
Mal genio	23	21	23	67
Estrés	19	17	21	57
<i>Total</i>	<i>179</i>	<i>226</i>	<i>246</i>	<i>651</i>



ANEXO N° 11

UNIVERSIDAD DE CUENCA/FUNDACION DONUM
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICACAMBIOS Y/O POTENCIALIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE PRACTICAN
FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES METABOLICAS:DIABETES MELLITUS TIPO 2, E HIPERTENSION ARTERIAL
FUNDACION DONUM 2002-2003

Formulario de aplicación al grupo de estudio para seleccionar y priorizar las causas de los problemas de salud:

CAUSAS	IMPORTANCIA	VULNERABILIDAD	TOTAL	ORDEN
Exceso de grasas	24	23	47	2°
Falta de ejercicio	20	24	64	1°
Consumo de alcohol	16	18	34	4°
Comida con mucha sal	19	21	40	3°
Muchas preocupaciones	10	14	24	6°
Herencia de los padres	24	8	32	5°
Mucha azúcar	19	21	40	3°
Falta de control médico	10	8	18	7°
Toma de medicamentos	9	20	29	5°
<i>Comida con mucha harina</i>	22	18	40	3°



ANEXO N° 12

DIPLOMA QUE SE ENTREGO A LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE ESTUDIO Y
EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado



ANEXO N° 13

FOTOGRAFIA DEL GRUPO DE ESTUDIO



AUTOR: DR. Jaime Vintimilla Maldonado