

UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

TEMA:

FACTORES DE RIESGO EN DIABETES MELLITUS TIPO II
E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL RECINTO SAN
IGNACIO DEL CANTÓN MOCACHE, 2023

Autor:

INGRID OMAIRA ALVAREZ LOZANO

Tutor:

Lcda. Carmen Elisa Naranjo Rodríguez. MsC.

Milagro, 2023

Derechos de autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, INGRID OMAIRA ALVAREZ LOZANO en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública**, como aporte a la Línea de Investigación Atención Primaria de Salud de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 26 de octubre de 2023

INGRID OMAIRA ALVAREZ LOZANO

1206721597

Aprobación del Director del Trabajo de Titulación

Yo, Sra. Mgtr Carmen Elisa Naranjo Rodríguez, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por INGRID OMAIRA ALVAREZ LOZANO cuyo tema “**Factores de riesgo en diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial en el Recinto San Ignacio del cantón Mocache, 2023**” que aporta a la Línea de Investigación Atención Primaria de Salud previo a la obtención del Grado Magíster en Salud Pública. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 26 de octubre de 2023

Lcda. Carmen Elisa Naranjo Rodríguez

0601549504

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
DIRECCIÓN DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR, previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**, presentado por **ENF. ALVAREZ LOZANO INGRID OMAIRA**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "FACTORES DE RIEGO EN DIABETES MELLITUS TIPO II E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS HABITANTES DE 30 A 65 AÑOS DEL RECINTO SAN IGNACIO, CANTÓN MOCACHE, PROVINCIA DE LOS RÍOS, 2023", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACIÓN	56.87
DEFENSA ORAL	36.33
PROMEDIO	93.00
EQUIVALENTE	Muy Bueno



VANESSA OLALLA
VARGAS OLALLA

Mga. VARGAS OLALLA VANESSA PALLINA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



PAMELA ALEJANDRA
RUJIZ POLIT

Mga. RUJIZ POLIT PAMELA ALEJANDRA
VOCAL



SUSANA ISABEL
REINOSO BRITO

Lic. REINOSO BRITO SUSANA ISABEL
SECRETARÍA DEL TRIBUNAL

Dedicatoria

Dedico con todo mi corazón este trabajo investigativo a Dios por mantenerme con fe y servir de alimento a mi alma y espíritu a lo largo de mi formación académica.

A mi hijo por su apoyo, paciencia y comprensión brindados durante el tiempo dedicado a este proceso de crecimiento profesional.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por aprovisionarme de la motivación necesaria para continuar en este recorrido educativo que me apasiona.

A la universidad por brindarme la oportunidad de continuar formándome profesionalmente.

De manera especial a la Lcda. Carmen Naranjo, MsC, por guiarme en la elaboración de este trabajo de titulación, ya que bajo su tutela y orientación pude fortalecer mis competencias investigativas propias de un proceso de maestría, destacando el enfoque principal que todo trabajo investigativo debe mantener.

RESUMEN

A nivel mundial, la mortalidad por diabetes mellitus ha aumentado un 70 % desde el año 2000 ubicando a esta enfermedad como una de las diez causas principales de muerte en todo el mundo. Por otro lado, la hipertensión arterial afecta alrededor de 250 millones de personas en la Región de Las Américas, es decir, entre el 20 al 40 % de la población adulta y adulta mayor. La Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial al ser del grupo de enfermedades no transmisibles comparten factores de riesgo como el sobrepeso y la obesidad, inactividad física, consumo de alcohol y tabaco y conductas alimentarias inadecuadas. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de los factores de riesgo que influyen en la Diabetes Mellitus Tipo II y la Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache, Provincia de Los Ríos, 2023. **Metodología:** Se planteó una investigación de tipo correlacional descriptiva, no experimental, la muestra estuvo conformada por 125 participantes que cumplieron con los requisitos de inclusión y exclusión. Se realizó la delimitación de la población de estudio basada en los reportes estadísticos mensuales del centro de salud tipo C del cantón Mocache. Se realizó una validación de expertos para la utilización de la encuesta. Se utilizó SPSS Statics para el procesamiento estadísticos de los resultados, **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 125 personas entre 30 y 65 años con una media de 45-49 años, el 100 % (125) de los participantes con diabetes mellitus e hipertensión arterial tienen antecedentes de la enfermedad; el control domiciliario de ambas patologías nunca se realiza en el 29,6 % (37) y el 37,6 % (47) de los casos de hipertensión arterial y diabetes mellitus respectivamente; el control farmacológico en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus se cumple en 23,2 % (29) de los casos y en el 28,0 % (35) para los casos de hipertensión arterial. **Conclusiones:** los factores de riesgo conductuales para ambas enfermedades fueron el sobrepeso y obesidad grado I, hábitos no saludables como fumar, tomar bebidas alcohólicas, ningún plan de actividad física y una alimentación que no cumple con los requerimientos nutricionales recomendados de consumo diario para un estado nutricional y de salud adecuados.

Palabras claves: factores de riesgo, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, enfermedades no transmisibles.

Abstract

Worldwide, mortality from diabetes mellitus has increased by 70% since 2000, placing this disease as one of the ten leading causes of death worldwide. On the other hand, high blood pressure affects around 250 million people in the Region of the Americas, that is, between 20 to 40% of the adult and elderly population. Diabetes Mellitus type II and High Blood Pressure, being part of the group of non-communicable diseases, share risk factors such as overweight and obesity, physical inactivity, alcohol and tobacco consumption, and inappropriate eating behaviors. Objective: To identify the prevalence of risk factors that influence Type II Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in inhabitants aged 30 to 65 years of the San Ignacio Campus of the Mocache canton, Province of Los Ríos, 2023. Methodology: A Descriptive, non-experimental correlational research, the sample was made up of 125 participants who met the inclusion and exclusion requirements. The delimitation of the study population was carried out based on the monthly statistical reports of the Mocache health center. An expert validation was carried out for the use of the survey. SPSS Statics was used, Results: The sample consisted of 125 people between 30 and 65 years old with an average of 45-49 years old, 100% (125) of the participants with diabetes mellitus and high blood pressure have a history of the disease; Home control of both pathologies is never carried out in 29.6% (37) and 37.6% (47) of cases of arterial hypertension and diabetes mellitus respectively; Pharmacological control in patients diagnosed with diabetes mellitus is met in 23.2% (29) of cases and in 28.0% (35) for cases of arterial hypertension. Conclusions: the behavioral risk factors for both diseases were overweight and obesity grade I, unhealthy habits such as smoking, drinking alcoholic beverages, no physical activity plan and a diet that does not meet the recommended nutritional requirements of daily consumption for a state. adequate nutrition and health.

Keywords: risk factors, arterial hypertension, type II diabetes mellitus, non-communicable diseases.

Lista de Tablas

TABLA 1. Distribución porcentual según sexo.	65
TABLA 2. Distribución porcentual según edad.	66
TABLA 3. Distribución porcentual según grado de instrucción.	67
TABLA 4. Distribución porcentual según ocupación.	68
TABLA 5. Distribución porcentual según cobertura de Salud.	69
TABLA 6. Distribución porcentual según estado civil.	70
TABLA 7. Distribución porcentual según integrantes de la familia.	71
TABLA 8. Distribución porcentual según tenencia de familia.	72
TABLA 9. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Actualmente fuma.	73
TABLA 10. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: ¿En los últimos 30 días ha ingerido bebidas alcohólicas?.....	74
TABLA 11. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. consume los alimentos fuera de casa.	75
TABLA 12. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo.	76
TABLA 13. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva.	77
TABLA 14. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos.	78
TABLA 15. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar.	79
TABLA 16. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume 3 porciones de fruta	80
TABLA 17. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume porciones de carne, aves, pescado.	81
TABLA 18. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume porciones de frejoles, huevos y nueces.	82
TABLA 19. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume 2 porciones de vegetales.	83
TABLA 20. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido	84
TABLA 21. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Lee las etiquetas nutricionales para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	85
TABLA 22. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume 8 vasos de agua diarios.	86
TABLA 23. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Sigue un programa de ejercicios planificados.	87
TABLA 24. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas.	88
TABLA 25. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Duerme 8 horas diarias.	89
TABLA 26. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Sabe ¿Cuál es su peso actual?	90
TABLA 27. Prevalencia del Índice de Masa Corporal.	91
TABLA 28. Diagnóstico del Índice de Masa corporal.	92

TABLA 29. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Tiene familiares que padecen diabetes mellitus.....	93
TABLA 30. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Le han diagnosticado Diabetes.....	94
TABLA 31. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para Diabetes.	95
TABLA 32. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se realiza controles de glucosa en casa.....	96
TABLA 33. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se realiza controles de glucosa en un laboratorio	97
TABLA 34. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Tiene familiares que padecen hipertensión arterial.....	98
TABLA 35. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Le han diagnosticado Hipertensión arterial.....	99
TABLA 36. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para la Hipertensión Arterial.	100
TABLA 37. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se controla los valores de la presión arterial en su hogar.	101
TABLA 38. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se controla los valores de la presión arterial en el centro de salud.	102
TABLA 39. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Asiste a programas educacionales para el cuidado de su salud.	103
TABLA 40. Relación según el sexo con le han diagnosticado Diabetes Mellitus Tipo II.....	104
TABLA 41. Relación según el sexo con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.	104
TABLA 42. Relación según la edad con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.	104
TABLA 43. Relación según la edad con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.	105
TABLA 44. Relación según la pregunta de la encuesta: Actualmente fuma con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.	105
TABLA 45. Relación según la pregunta de la encuesta: Actualmente fuma con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	106
TABLA 46. Relación según la pregunta de la encuesta: En los últimos 30 días ingiere bebidas alcohólicas. con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.....	107
TABLA 47. Relación según la pregunta de la encuesta: En los últimos 30 días ingiere bebidas alcohólicas. con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.	107
TABLA 48. Relación según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II. .	107
TABLA 49. Relación según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	108
TABLA 50. Relación según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.....	109
TABLA 51. Relación según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva con le han Diagnosticado Hipertensión Arterial.	109
TABLA 52. Relación según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.	110
TABLA 53. Relación según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	110
TABLA 54. Relación según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar con Le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.	111

TABLA 55. Relación según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	111
TABLA 56. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 3 porciones de fruta con Le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.....	112
TABLA 57. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 3 porciones de fruta con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	112
TABLA 58. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 2 porciones de vegetales con Le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.....	113
TABLA 59. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 2 porciones de vegetales con le han diagnosticado hipertensión arterial.....	113
TABLA 60. Relación según la pregunta de la encuesta: Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido con Le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.....	114
TABLA 61. Relación según la pregunta de la encuesta: Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	114
TABLA 62. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 8 vasos de agua diarios con le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.....	115
TABLA 63. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 8 vasos de agua diarios con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	115
TABLA 64. Relación según la pregunta de la encuesta: Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas con Le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.....	116
TABLA 65. Relación según la pregunta de la encuesta: Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	116
TABLA 66. Relación según la pregunta de la encuesta: Duerme 8 horas diarias con le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.....	117
TABLA 67. Relación según la pregunta de la encuesta: Duerme 8 horas diarias con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	117
TABLA 68. Relación del Índice de Masa corporal con le diagnosticaron Diabetes Mellitus tipo II.....	119
TABLA 69. Relación del Índice de Masa corporal con le diagnosticaron Hipertensión Arterial...	119

Lista de gráficos

GRÁFICO 1. Distribución porcentual según sexo.....	65
GRÁFICO 2. Distribución porcentual según edad.....	66
GRÁFICO 3. Distribución porcentual según grado de instrucción.....	67
GRÁFICO 4. Distribución porcentual según ocupación.....	68
GRÁFICO 4. Distribución porcentual según ocupación.....	68
GRÁFICO 5. Distribución porcentual según cobertura de Salud.....	69
GRÁFICO 6. Distribución porcentual según estado civil.....	70
GRÁFICO 7. Distribución porcentual según integrantes de la familia.....	71
GRÁFICO 8. Distribución porcentual según tenencia de familia.....	72
GRÁFICO 9. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Actualmente fuma.....	73
GRÁFICO 10. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: ¿En los últimos 30 días ha ingerido bebidas alcohólicas?.....	74
GRÁFICO 11. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. consume los alimentos fuera de casa.....	75
GRÁFICO 12. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo.....	76
GRÁFICO 13. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva.....	77
GRÁFICO 14. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos.....	78
GRÁFICO 15. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar.....	79
GRÁFICO 16. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta:.....	80
GRÁFICO 17. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta:..... ¡Error! Marcador no definido.3	
GRÁFICO 18. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume porciones de carne, aves, pescado..... ¡Error! Marcador no definido.83	
GRÁFICO 19. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume porciones de frejoles, huevos y nueces.....	82
GRÁFICO 20. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume 2 porciones de vegetales.....	83
GRÁFICO 21. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido.....	84
GRÁFICO 22. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Lee las etiquetas nutricionales para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.....	85
GRÁFICO 23. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume 8 vasos de agua diarios.....	86
GRÁFICO 24. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Sigue un programa de ejercicios planificados.....	87
GRÁFICO 25. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas.....	88
GRÁFICO 26. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Duerme 8 horas diarias.....	89
GRÁFICO 27. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Sabe ¿Cuál es su peso actual?.....	90
GRÁFICO 28. Prevalencia del Índice de Masa Corporal.....	91

GRÁFICO 29. Diagnóstico del Índice de Masa corporal.....	92
GRÁFICO 30. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Tiene familiares que padecen diabetes mellitus.....	93
GRÁFICO 31. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Le han diagnosticado Diabetes.....	94
GRÁFICO 32. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para Diabetes.....	95
GRÁFICO 33. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se realiza controles de glucosa en casa.....	96
GRÁFICO 34. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se realiza controles de glucosa en un laboratorio.....	97
GRÁFICO 35. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Tiene familiares que padecen hipertensión arterial.....	98
GRÁFICO 36. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Le han diagnosticado Hipertensión arterial.....	99
GRÁFICO 37. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para la Hipertensión Arterial.....	100
GRÁFICO 38. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se controla los valores de la presión arterial en su hogar.....	101
GRÁFICO 39. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se controla los valores de la presión arterial en centro de salud.....	102
GRÁFICO 40. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Asiste a programas educacionales para el cuidado de su salud.....	103
GRÁFICO 41. Relación según el sexo con le han diagnosticado Diabetes Mellitus Tipo II y le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	104
GRÁFICO 42. Relación según el sexo con Le han diagnosticado Diabetes y Le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	104
GRÁFICO 43. Relación según la pregunta de la encuesta: Actualmente fuma con Le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	105
GRÁFICO 44. Relación según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo con Le han diagnosticado Diabetes.....	107
GRÁFICO 45. Relación según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva con Le han diagnosticado Diabetes y Le han Diagnosticado Hipertensión Arterial.....	109
GRÁFICO 46. Relación según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos con Le han diagnosticado Diabetes.....	110
GRÁFICO 47. Relación según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar con Le han diagnosticado Diabetes.....	111
GRÁFICO 48. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 3 porciones de fruta con Le han diagnosticado Diabetes.....	112
GRÁFICO 49. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 2 porciones de vegetales con Le han diagnosticado Diabetes.....	113
GRÁFICO 50. Relación según la pregunta de la encuesta: Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido con Le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	114
GRÁFICO 51. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 8 vasos de agua diarios con Le han diagnosticado Diabetes y Le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	115
GRÁFICO 52. Relación según la pregunta de la encuesta: Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas con Le han diagnosticado Diabetes y Le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	116

GRÁFICO 53. Relación según la pregunta de la encuesta: Duerme 8 horas diarias con Le han diagnosticado Diabetes y Le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	117
GRÁFICO 54. Relación según el índice de Masa Muscular con Le han diagnosticado Diabetes y Le han diagnosticado Hipertensión Arterial.....	118

ANEXO

Anexo 1. Ficha para validación de instrumento.....	139
Anexo 2. Cuestionario de recolección de datos.....	142

ÍNDICE

Contenido

1. EL PROBLEMA	22
1.1. Planteamiento del problema.....	22
1.2. Delimitación del problema.....	26
1.3. Formulación del problema	26
1.4. Preguntas de investigación.....	27
1.5. Determinación del tema	27
1.6. Objetivo General de la Investigación.....	28
1.7. Objetivos Específicos de Investigación	28
1.8. HIPÓTESIS Y VARIABLES	28
1.8.1. Hipótesis General.	28
1.8.2. Hipótesis Particulares	28
1.9. Operacionalización de las variables.....	29
1.10. JUSTIFICACIÓN.....	31
1.11. Alcance y Limitaciones	33
1.11.1. Alcance	33
1.11.2. Limitaciones	34
2. CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	35
2.1. Antecedentes	35
2.1.1. Antecedentes Históricos.	35
Consideraciones históricas de la Diabetes Mellitus tipo II	37
2.1.2. Antecedentes Referenciales.....	40
2.2. Contenido Teórico que Fundamenta la Investigación	43
2.2.1. Enfermedades crónicas no transmisibles.....	43
2.2.2. Factores de riesgo	46
2.3. MARCO LEGAL.....	53
2.4. MARCO CONCEPTUAL.	55
3. CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	58
3.1. Tipo y diseño de la Investigación	59
3.2. La población y la muestra.....	59
3.2.1. Características de la población	59
3.2.2. Delimitación de la población.....	59

3.2.3.	Tipo de muestra	60
3.2.4.	Proceso de selección de la muestra.....	60
3.3.	Los métodos y las técnicas.....	61
3.3.1.	Métodos teóricos.	61
3.3.2.	Métodos empíricos.	62
3.3.3.	Consideraciones éticas.....	64
3.4.	Tratamiento estadístico de la información.....	64
4.	CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de los resultados.....	65
4.1.	Análisis de la Situación Actual	65
4.1.1.	Características generales de la muestra	65
4.1.2.	Análisis bivariado.....	104
4.1.3.	Análisis Comparativo, evolución, tendencias y perspectivas.....	120
5.	CAPÍTULO V	127
5.1.	CONCLUSIONES	127
5.2.	RECOMENDACIONES.....	128
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
7.	ANEXOS.....	139

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan uno de los mayores desafíos para la salud pública a nivel mundial debido al devastador impacto social y económico que provocan, en especial para los países en vías de desarrollo. En la Región de las Américas, las enfermedades no transmisibles causan cada año cuatro de cada cinco defunciones, esto corresponde alrededor del 79 % del total de muertes. Inevitablemente, esta cifra aumentará en los próximos decenios como consecuencia del acelerado envejecimiento de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

La elevada prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en América Latina obedece también a un cambio demográfico de las sociedades modernas. Según datos de las Naciones Unidas, para el año 2050 habrá más personas mayores que niños y jóvenes en el mundo (Agost, Alfonso, & Sandoval, 2021), las proyecciones demuestran que aproximadamente el 22 % de la población mundial estará conformada por personas mayores de 60 años. En consecuencia, el aumento sostenido en la proporción de personas que se ubican en los tramos etarios más envejecidos contribuye al aumento de la carga por enfermedades no prevenibles.

A medida que la población envejece se presenta una mayor exposición a posibles factores de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, alimentación inadecuada, inactividad física, sobrepeso y obesidad. Estos factores producen cambios metabólicos o fisiológicos importantes como diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial que comprenden las primeras causas de muerte a nivel global en personas de 30 a 70 años en países desarrollados y del 86 % en países en vías de desarrollo. Así mismo, se atribuye a esta gama de enfermedades las principales causas de mortalidad prematura y discapacidad (Skapino & Álvarez, 2019).

A nivel mundial, la presión arterial elevada representa el 50 % de todas las muertes de origen cardiovascular, según la Organización Mundial de la Salud (2023). En la Región de las Américas cuatro de cada diez hombres tienen hipertensión arterial y menos del 50% llevan un régimen terapéutico para el control de la enfermedad. La hipertensión arterial afecta alrededor de 250 millones de personas en la región, es decir, entre el 20 al 40 % de la población adulta y adulta mayor.

Por otro lado, la diabetes mellitus tipo II ha aumentado drásticamente en las tres últimas décadas como consecuencia de los factores metabólicos, condicionados en gran medida por el aumento de la obesidad, el sobrepeso y el déficit de ejercicios físicos. En América Latina, países como Guyana, México, Trinidad y Tobago tienen los porcentajes más altos con el 86,6 %, 71,8 % y el 69,6 respectivamente. Ecuador, tiene una tasa de morbilidad del 26,6 % ocupando el tercer lugar del quintil respecto a la carga de la enfermedad. La tasa de mortalidad estandarizada para la Región en el año 2019 fue de 20,9 defunciones por cada 100.000 habitantes (Organización Mundial de la Salud , 2021).

El uso nocivo de alcohol y tabaco son considerados como uno de los factores desencadenantes de enfermedades no transmisibles y lo preocupante es que cada vez más se registra un inicio temprano en la población adulta y jóvenes, lo cual vislumbra una vulnerabilidad registrada desde temprana edad para el desarrollo de enfermedades no transmisibles. Datos de la encuesta mundial sobre el consumo de tabaco en jóvenes establece que el 32,4 % de estudiantes entre 13 a 15 años consume algún producto derivado del tabaco y del 38 % de la población entre 15 y 19 años (Herrera & Liliam, 2021). Esta temprana exposición aumenta la probabilidad de debutar precozmente con enfermedades crónicas no transmisibles.

Otro factor de riesgo para enfermedades no transmisibles es el sobrepeso y obesidad que también son causantes de las condiciones de mayor morbimortalidad en el mundo al aumentar el riesgo de sufrir enfermedades de origen metabólico como la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial. Este importante factor se asocia en un 58 % con todos los casos de diabetes mellitus tipo II. La prevalencia de sobrepeso en adultos para el año 2016 fue del 26% y de 39 % para obesidad. Esto significa que casi 2.000 millones de adultos en todo el mundo tenían sobrepeso y más de 5.000 millones eran obesos. Tanto el sobrepeso y la obesidad han mostrado un marcado aumento en las últimas cuatro décadas (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Otra consecuencia preocupante de las enfermedades crónicas no transmisibles es el grado de dependencia, a largo plazo o de por vida, del sistema de salud para atender las complicaciones atribuibles a los desequilibrios y secuelas incapacitantes de este grupo de enfermedades. En Ecuador, la diabetes mellitus tipo II y las enfermedades isquémicas alcanzaron un total de

27.745 muertes (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2022), lo cual hace patente la carga económica que impone al sistema sanitario para otorgar servicios de salud oportunos y eficientes, en gran medida como consecuencia de la exposición a los factores de riesgo y los notables cambios en los patrones nutricionales y conductuales tendientes a condicionar los estilos de vida de la población (Walter, Quevedo, & Rosero, 2023).

Por otro lado, los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles destacan los de carácter comportamental y los metabólicos, según la Organización Mundial de la Salud. Entre los factores de riesgo comportamentales se describen aquellos que se condicionan por la conducta habitual del individuo y que pueden ser modificados según el conocimiento y la voluntad del mismo, estos son: el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo, y conductas alimenticias poco equilibradas. En tanto que los factores de riesgo metabólicos incluyen la hiperlipidemia, hiperglicemia sobrepeso y obesidad que son el resultado o consecuencia inmediata de las conductas patológicas relacionadas al comportamiento (Ochoa et al., 2022).

Hernández et al., 2020, refieren que la diabetes y la hipertensión arterial suele estar asociada con la dislipidemia, el sobrepeso y la obesidad en edades avanzadas debido a que el colesterol total y los triglicéridos aumentan con la edad; desventajosamente este factor de riesgo se encuentra en más del 70 % de la población mayoritariamente en personas con bajo consumo de verduras y frutas. Con respecto al tabaquismo, según la Organización Mundial de la Salud, se considera la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial y el principal factor desencadenante de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus.

Desde esta perspectiva, las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo constituyen un reto complejo en términos de salud pública además que amenaza con deteriorar el desarrollo social y económico de las familias y sociedad en general. Es así, que el objetivo de la presente investigación, planteada desde las enfermedades crónicas no transmisibles, consiste en identificar la prevalencia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache para generar las bases teóricas que sirvan de fundamento en la elaboración de estrategias de intervención locales.

A continuación, se detalla como se desarrolla la presente investigación:

En el capítulo I se desarrolla el problema de investigación, donde se explica la problemática de estudio conforme a las variables, la delimitación del problema, la formulación, preguntas de investigación y objetivos planteados.

En el capítulo II se desarrolla el marco teórico con la respectiva caracterización teórica y científica de las variables de estudio recopilada en libros, revistas electrónicas, entre otras.

En el capítulo III se desarrolla la metodolía, métodos, técnicas para la recolección de los datos.

En el capítulo IV se desarrolla el análisis e interpretación de los datos que se han recopilado para poder cumplir los objetivos de este estudio.

En el Capítulo V se desarrollan las conclusiones y recomendaciones a partir de los resultados y conforme a los objetivos planteados.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (2023), las enfermedades crónicas no transmisibles aumentan de manera constante y comprenden las principales causas de muerte en todo el mundo. El término, enfermedades crónicas no transmisibles, hace referencia a un grupo de enfermedades responsables de múltiples desórdenes en la salud que normalmente generan necesidad de cuidado, alto grado de dependencia y tratamientos a largo plazos (Quiróz et al, 2021). Se le atribuye a esta gama de enfermedades el 41,8% del total de muertes a nivel mundial y del 36,5 % a nivel de América Latina y el Caribe, con una mayor concentración en los países más pobres como Haití (56,9%), Bahamas (54,9%) y Guatemala (53,1%) (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

El número de adultos con hipertensión arterial y diabetes está aumentando a nivel mundial. Aunque la prevalencia estandarizada por la edad esta disminuyendo el cambio en el perfil demográfico evidencia una mayor concentración de la enfermedad en personas de avanzada edad, por lo tanto, el número absoluto de personas que viven con la enfermedad esta aumentando. En cuanto a la diabetes, también se ha demostrado un incremento sustancial. Estas enfermedades tambien ha marcado el aumento de personas con riesgos de eventos cardiovasculares y renales (Inundación, y otros, 2020)

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el estudio de los principales factores de riesgo para que una persona entre los 30 y los 70 años fallezca o incremente su probabilidad de fallecer como consecuencia de las enfermedades no transmisibles (diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas) es motivo de preocupación que convoca la adopción de estilos de vida saludables para contener el avance de la enfermedad. Es imperioso mencionar que enfermedades infectocontagiosas como la covid-19 ha contribuido a elevar la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en muy corto tiempo (Serra, 2020).

En el año 2020, la Organización Mundial de la Salud alertó sobre un exponencial crecimiento de la mortalidad a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles, básicamente, por tres

razones: el incremento en las tasas de incidencia cada vez más crecientes, su gradual contribución a la mortalidad general, por el costo elevado de la hospitalización, tratamiento médico y posterior rehabilitación y por el grado de dependencia al sistema de salud; cada día más con recursos limitados (Serra, 2020).

En Latinoamérica, la presencia de factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol, dietas inadecuadas y la inactividad física se distribuyen con mayor prevalencia entre los países de ingresos medianos y bajos. Para el caso del consumo de tabaco y consumo abusivo de alcohol Chile reporta el 40,6 % y el 29,7 % respectivamente seguido de El Salvador con una distribución del 9 % para el caso de la inactividad física, los resultados más elevados se han reportado en Colombia con un 79 % de prevalencia. Para el consumo de frutas y verduras República Dominicana registra una porcentaje del 24 % respecto al cumplimiento de las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud para este indicador (Muñoz, et al 2018).

Actualmente, el sobrepeso y la obesidad representan un problema de salud pública a nivel global por el alcance que tiene sobre los individuos, familia y comunidad. Refiere que una vez que se cruza el umbral del sobrepeso comprende un factor de riesgo establecido para muchas condiciones de salud como hipertensión, diabetes mellitus, colesterol alto, algunas formas de cáncer y enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, la asociación del consumo de alcohol y las enfermedades no transmisibles se debe al aumento del riesgo para enfermedades de origen metabólico y otros trastornos de origen mental (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Otro determinante clave en la contribución del desarrollo de enfermedades no transmisibles es la dieta; las personas con un bajo consumo de frutas y verduras y alto en grasas, azúcares y sodio corren más riesgo de enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. La evidencia sugiere que una dieta adecuada reduce reduce el riesgo de sobrepeso y obesidad así como de padecer enfermedades no transmisibles más adelante en la vida. Así mismo, el consumo del tabaco a más de las consecuencias negativas en la salud individual afecta también a la economía. La prevalencia del consumo es más alta en hombres que en las mujeres con un 19,6 % de diferencia entre ambos sexos (Organización Mundial de la Salud, 2022).

En Ecuador, la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles incrementó en los últimos diez años, tal como está ocurriendo en la Región de las Américas y el resto del mundo. El sobrepeso y la obesidad constituyen el principal factor de riesgo entre la población de 19 años, según (Sacoto, Torres, & López, 2020), el 65 % de la población presenta estos factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, en especial diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial.

Entre la población adulta mayor, donde coinciden además los importantes cambios fisiológicos y hormonales del progresivo curso del envejecimiento que incrementan la frecuencia de los riesgos principales, se observan factores asociados a los estilos de vida que inciden en el aumento de la prevalencia, componentes como obesidad abdominal, dislipidemias, intolerancia a la glucosa, hipertensión arterial y la inactividad física caracteriza el perfil epidemiológico de la mayor parte de este grupo poblacional (Miguel, et al 2017)

Actualmente, en Ecuador la diabetes mellitus tipo II es la tercera causa de mortalidad con 5.564 fallecimientos en el 2021 según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Ministerio de Salud Pública, 2023) por esta razón la diabetes es considerada una de las enfermedades crónicas transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas. Los requerimientos de carácter económico que representa para los gobiernos y las familias de las personas que la padecen le han asignado a las enfermedades no transmisibles una etiología exclusivamente social.

Además de la carga económica que las enfermedades no transmisibles impone a las familias también implican una carga representativa para el sistema de salud, en particular en los países con ingresos bajos donde las enfermedades no transmisibles han aumentado exponencialmente, no solo en términos de cobertura para la enfermedad en sí mismo, sino también por los trastornos endocrinológicos, metabólicos y funcionales asociados a este grupo de enfermedades, supeditados por: primero; un riesgo latente para el desarrollo de comorbilidades como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y afectaciones a los órganos diana, segundo; presentar el mayor número de años saludables perdidos y, tercero; por ser la causa principal de años de vida ajustados por discapacidad en la región (Organización Mundial de la Salud, 2022).

La complejidad de la enfermedad también es consecuencia del bajo control farmacológico o interrupción en la continuidad del tratamiento, escaso monitoreo de la enfermedad con dispositivos portátiles y de fácil manejo y otras recomendaciones relacionadas con la adopción de estilos de vida saludables. La baja adherencia terapéutica de la enfermedad, según Mendoza (2021), tiene como hilo conductor las barreras personales y del sistema de salud para la continuidad del mismo. A largo plazo, la adherencia al tratamiento en personas con enfermedades no transmisibles se ha calculado en un 50 % y es más baja en países en vías de desarrollo. Este resultado contribuye a una mayor carga al sistema de salud en respuesta al aumento en las tasas de hospitalización y los costos sanitarios, fracaso terapéutico y mayor prevalencia de la enfermedad y, por tanto, una baja calidad de vida.

Desafortunadamente, esta transición epidemiológica complementaria al envejecimiento de la población a un ritmo acelerado, sin incorporar adecuadamente intervenciones de prevención de la enfermedad, revela la imperiosa necesidad de estudiar el comportamiento que predispone el padecimiento de este tipo de enfermedades en correspondencia a lo que señala el Consejo Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud en su 146.^a reunión donde destaca la necesidad de atender también las causas subyacentes a la misma y no solo la enfermedad por sí misma, esto supone abordar sistemáticamente los hábitos conductuales y estilos de vida de la población que guardan una estrecha relación con las condiciones de vida (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018).

Teniendo en cuenta que la dimensión más importante para asegurar el bienestar de las personas es la salud se analiza, desde el punto de vista multifactorial de las enfermedades no transmisibles, la prevalencia de los factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades no transmisibles en la población adulta del Sector San Ignacio del Cantón Mocache.

En este contexto, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo para el desarrollo de la Diabetes Mellitus tipo II y la Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del Cantón Mocache, provincia de los Ríos, 2023?

1.2. Delimitación del problema

La presente investigación se realizará en los habitantes de 30 a 65 años del sector San Ignacio del cantón Mocache, provincia de Los Ríos.

1. **Línea de investigación de la Universidad Estatal de Milagro:** Salud Pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población
2. **Sub línea de investigación:** Enfermedades metabólicas
3. **Lugar de investigación:** Recinto San Ignacio de cantón Mocache
4. **Eje del programa de maestría:** Atención primaria de Salud.
5. **Objeto de estudio:** prevalencia de los factores de riesgo en diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial
6. **Unidades de Observación:** habitantes de 30 a 65 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus Tipo II e hipertensión arterial.
7. **Delimitación temporal:** de enero a julio de 2023

1.3. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo en Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio, Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023?

A continuación, se presentan seis aspectos que permiten evaluar el problema:

Delimitado: la problemática a intervenir se encuentra claramente definido en el contexto de los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la Diabetes Mellitus Tipo II y de la Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio, Provincia de Los Ríos, 2023.

Claro: el problema se encuentra redactado de manera simple y específica.

Evidente: porque se puede aplicar una encuesta previamente validada por profesionales de la salud pública para en la Diabetes mellitus tipo II y la Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio.

Concreto: es redactado de forma precisa, directa y adecuada.

Relevante: porque nos permite identificar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de enfermedades como la Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio para brindar un sustento científico a los actores gubernamentales locales para la planificación de estrategias que aborden las necesidades primarias y factores de riesgo para la conservación de la salud.

Factible: porque se cuenta con el recurso humano capacitado para dirigir la investigación y los recursos materiales necesarios para financiar de manera específica el proyecto.

1.4. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio con Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial?
- ¿De qué forma los factores de riesgo conductuales y heredofamiliares de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial influyen en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del Cantón Mocache?
- ¿De qué forma la frecuencia del monitoreo incide en el control de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache?
- ¿Cuál es la prevalencia del control farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache?

1.5. Determinación del tema

Factores de riesgo en Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio del cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

1.6. Objetivo General de la Investigación

Identificar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache, Provincia de Los Ríos periodo 2023.

1.7. Objetivos Específicos de Investigación

- Describir los factores sociodemográficos en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio con Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial.
- Identificar los factores de riesgo conductuales y heredofamiliares de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache.
- Identificar la frecuencia de la monitorización de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache.
- Determinar la prevalencia del control farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache.

1.8. HIPÓTESIS Y VARIABLES

1.8.1. Hipótesis General.

Los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la Diabetes Mellitus Tipo II y la Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache, Provincia de Los Ríos, 2023.

1.8.2. Hipótesis Particulares

- Los factores sociodemográficos en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio con Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial.

- Los factores de riesgo conductuales y heredofamiliares influyen en la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache.
- El control farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial mejora la adherencia terapéutica en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache.
- La frecuencia de monitorización de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial disminuye el riesgo de complicaciones en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache.

1.9. Operacionalización de las variables

VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS O DIMENSIONES	INDICADORES	UNIDAD DE ANÁLISIS	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Variable Independiente Factores de riesgo	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (Ministerio de Salud Pública, 2017).	Factores sociodemográficos	Edad Sexo Grado de instrucción Ocupación Cobertura de salud Estado civil Tenencia domiciliaria Integrantes de la familia	30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-65 Masculino-femenino Ninguna, primaria, secundaria completa, secundaria incompleta, superior completa, superior incompleta, posgrado. Trabajador estable, eventual, sin ocupación, jubilado, estudiante. Pública, privada, sin seguro. Soltero Viudo Casado Divorciado unión libre, unión de hecho Alquiler, cuidador/alojador, propia, plan social. De 1-3 De 4-6 De 7-10	Técnica: Encuesta de Factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial SPSS statistics Excel

<p>Variable dependiente</p> <p>Diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial</p>	<p>Diabetes mellitus: afectación crónica que se caracteriza por hiperglucemia persistente (elevación del nivel de glucosa en sangre) con alteración del metabolismo de los lípidos, proteínas e hidratos de carbono (Ministerio de Salud Pública , 2017).</p> <p>Hipertensión arterial: La HTA se define como valores ≥ 140 mmHg TAS y/o ≥ 90 mmHg TAD (Ministerio de Salud Pública , 2019).</p>	<p>Factores de riesgo conductuales</p>		Más de 10			
				<p>Consumo de alcohol y tabaco.</p> <p>Ingesta de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días. Consumo de tabaco y alcohol.</p> <p>Consumo de alimentos fuera de casa. Consumo de grasas saturadas (aceite de palma, aceites achotados, manteca de cerdo). Consumo de aceite de oliva Consumo de pan, arroz, plátanos y fideos. Consumo de azúcares y otros productos azucarados. Consumo de fruta diariamente Consumo de pollo, pescado, y carne. Consumo de huevos, nueces y frejoles. Consumo de ensalada Consumo de sal adicional Lectura de las etiquetas nutricionales. Consumo de agua diaria.</p>	Técnica: Encuesta de Factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial SPSS statistics Excel		
				<p>Hábitos alimentarios</p>			
				<p>Actividad física</p>	Actividad física planificada semanalmente.		
				<p>Calidad de sueño</p>	Cantidad de horas de sueño		
				<p>Peso</p>	Control del peso		
				<p>Índice de masa corporal</p>	Cálculo del IMC		
				<p>Factores de riesgo heredofamiliares</p>	<p>Antecedentes familiares de la Diabetes mellitus tipo II.</p> <p>Antecedentes familiares de la Hipertensión Arterial</p>	<p>Madre Padre Hermano/a Abuelo/a Otros</p> <p>Madre Padre Hermano/a Abuelo/a Otros</p>	Técnica: Encuesta de Factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial SPSS statistics Excel
	<p>Monitoreo de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial</p>	<p>Control de la Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Control de la Hipertensión Arterial</p>	<p>Frecuencia de control de la glucosa en el domicilio. Frecuencia de control de la glucosa en un laboratorio.</p> <p>Frecuencia de control de la Hipertensión Arterial en el domicilio.</p>	Técnica: Encuesta de Factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial SPSS statistics Excel			

				Frecuencia de control de la Hipertensión Arterial en una Unidad de Salud.	
		Control farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial	Control farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo II Control farmacológico de la Hipertensión Arterial	Interrupción del tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo II. Interrupción del tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial.	Técnica: Encuesta de Factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial SPSS statistics Excel.

1.10. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, la mortalidad por diabetes mellitus ha aumentado un 70 % desde el año 2000 ubicando a esta enfermedad como una de las diez causas principales de muerte en todo el mundo. Actualmente, existen 420 millones de personas adultas diagnosticadas con la enfermedad a nivel mundial y el 14,7 % se encuentra en América Latina. En relación a la hipertensión arterial comprende el principal factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares que a su vez, es la causa principal de muerte, se reportan 1,8 millones de decesos anuales en la Región; este grupo de enfermedades cubren una gama de afecciones relacionadas con el sistema circulatorio como cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento-Banco Mundial , 2020)

En la región de las Américas y el Caribe, las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo se han convertido en un problema de salud pública por el gran número de pacientes afectados con sus consabidas tasas de incidencia cada vez más crecientes y su gradual contribución a la mortalidad general sin prescindir la carga fiscal que impone a al sistema de salud para su control, tratamiento y posterior rehabilitación (González & Cardentey, 2018).

Las proporciones de muerte por enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe, asciende a 81,97 %. En Ecuador, este número corresponde a 27.745 muertes. De este número, las muertes de origen cardiovascular, principalmente por hipertensión arterial, concernieron el 17.084 en el año 2021, y de 5.564 por diabetes mellitus tipo II (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2022). Además, del aumento de la mortalidad por

enfermedades no transmisibles también ha incrementado el número absoluto de personas que padecen este tipo de patologías.

Los factores de riesgo que inciden en el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, y el ulterior incremento de la dependencia al sistema de salud, se relacionan con los modos de vida pocos saludables que son los principales responsables de los trastornos metabólicos y endocrinológicos que condicionan el desarrollo progresivo de la enfermedad. Entre los factores de riesgo más comunes, denominados también factores de riesgo modificables, se encuentran el consumo de tabaco y alcohol, alimentación inadecuada, sobrepeso y obesidad y la inactividad física, con sus referidas diferenciaciones entre los distintos grupos etarios. Asimismo, se han identificado factores de riesgo no modificables como: la herencia, la genética, la edad, el género y la etnia que influyen en la aparición de la enfermedad desde la concepción misma del ser humano (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Etiológicamente, el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles incumbe un origen multifactorial relacionado con los ya mencionados modos de vida y los antecedentes familiares que aumenta el riesgo entre 40 % a 70 % para el desarrollo de la enfermedad en comparación con aquellos que no tienen antecedentes (Petermann et al, 2018). Conviene enfatizar que el ejercicio físico es uno de los factores con mayores repercusiones a nivel fisiológico que favorece a un mejor estado de salud y una vez instaurada la enfermedad juega un rol muy importante en la prevención de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus tipo II (Domínguez et al, 2020).

En Ecuador, el impacto de las enfermedades prevenibles va más allá de las tasas de morbilidad y mortalidad, el indicador más adecuado para expresar el impacto real de las enfermedades no transmisibles son los años de vida ajustados por discapacidad que corresponde a un año de vida sano perdido, es decir, años de vida restados a la población sana por discapacidad, como también los años de vida perdidos por muerte prematura (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Bajo esta premisa, la relevancia de esta investigación reside en la transición epidemiológica que se ha observado en los últimos años a nivel regional y nacional, si bien la mayor carga de la enfermedad se concentra en la población adulta y adulta mayor la evidencia demuestra que los jóvenes y adultos jóvenes también están siendo afectados por este grupo de

enfermedades. Con base a lo anterior, es menester recalcar que en Ecuador conforme a los datos publicados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2020) existen 1.049.824 personas mayores de 65 años que representan el 7,4 % de la población total, con un aumento significativo hasta el año 2030 (Espín, Constante, & Granja, 2022), estas estimaciones son susceptibles de observancia debido a las vulnerabilidades propias de la edad en este grueso poblacional.

A la luz de los objetivos de la agenda de desarrollo sostenible, las enfermedades no transmisibles comprenden uno de los grandes retos para las autoridades que amerita establecer acciones sostenibles e integrales, sujeta a los contextos locales e invocar a la revisión y actualización de las políticas públicas de protección y cuidado para la población.

Desde la óptica de la Salud Pública, esta investigación se ejecuta con el objetivo de contribuir a las reformas sectoriales enfocado principalmente en la necesidad de generar cambios estructurales del modelo de atención basado en la anteposición de la responsabilidad social de la enfermedad por sobre la curación y medicalización de la misma. Esta investigación se prevé como una oportunidad para intervenir sobre los riesgos primordiales y primarios del conjunto de factores modificables que afectan a la población con propuestas gubernamentales descentralizadas y sensibles a las características de la población.

1.11. Alcance y Limitaciones

1.11.1. Alcance

La presente investigación, intenta establecer la asociación existente entre los factores de riesgo y el desarrollo de la diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial en los habitantes de 30 a 65 años del sector San Ignacio. En este sentido, las subdimensiones a abordar están relacionadas con los factores de riesgo comunes a estas enfermedades debido a que forman parte de la gama de enfermedades denominadas no transmisibles o prevenibles. El estudio de los factores conductuales y heredofamiliares permitirán establecer una línea base respecto al grupo poblacional seleccionado para formular políticas públicas que promuevan en el individuo una conducta más responsable para el cuidado de su salud.

1.11.2. Limitaciones

A nivel investigativo este tema resulta novedoso debido a la ausencia de casuística en el grupo objetivo del fenómeno de estudio. Además, permitirá establecer el nivel de asociación entre las variables de estudio. Sin embargo, en el desarrollo de toda investigación se pueden plantear ciertas limitaciones que obligan al investigador a replantear la línea de investigación y, por lo tanto, esgrimir nuevas ideas que brinden soporte a la investigación. Los elementos que representaron cierto nivel de limitación en relación al tema planteado son los siguientes:

- Muestra autoseleccionada: previa socialización y manifestación voluntaria de participar, la presente investigación se realizó en los pacientes de 30 a 65 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial que acuden a su control en la Unidad Operativa Mocache de tipo C. Este hecho podría suponer un sesgo en la investigación debido a que existen personas de otros sectores que presentando las características comunes no fue incluida en el estudio por factores geográficos y posibles discordancias en la demografía de los mismos.
- Correlación no implica causalidad: es imperioso señalar que, aún existiendo una correlación significativa entre los factores de riesgo y el desarrollo de diabetes e hipertensión arterial, al ser enfermedades de origen multifactorial, pueden estar presentes otros factores que inducen en desarrollo de las enfermedades no transmisibles.
- Factores de confusión: entre los factores que podrían representar una barrera para el curso de la investigación se incluyen los factores de carácter sociodemográfico debido a que factores como una instrucción escolar incompleta, la pobreza, las conductas alimentarias influyen en las conceptualizaciones preconcebidas sobre el cuidado de la salud o por el contrario cuando la enfermedad se encuentra instaurada tomar las mejores decisiones para evitar el riesgo de complicaciones de forma prematura.

2. CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Históricos.

Las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo se han convertido en la principal causa mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad, lo que representa un desafío complejo para la salud pública y una amenaza potencial para el desarrollo económico y social. En la Región de las Américas las enfermedades no transmisibles causan aproximadamente 5,5 millones de muertes al año, y representan el 80,7% de todas las muertes en la región. De ese total de muertes por enfermedades prevenibles, 38,9% son muertes prematuras ocurridas en personas menores de 70 años de edad (Organización Panamericana de la salud , 2019).

Un gran porcentaje de todas las defunciones por enfermedades no transmisibles, aproximadamente las tres cuartas partes, y las defunciones prematuras se produjeron en países de ingresos bajos y medios. La probabilidad de muerte en edades comprendidas entre los 30 a 70 años debido a las cuatro principales enfermedades no transmisibles; diabetes mellitus tipo II, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y cánceres, se utiliza como un indicador de resultados en los sistemas de vigilancia pública y destaca las repercusiones presupuestarias que demanda este conglomerado de patologías (Minch & Chávez, 2020).

Históricamente, Minch & Chávez (2020) señalan que los factores asociados al origen de las enfermedades no transmisibles se explican con base en dos vertientes: los determinantes sociales de la salud y “las causas de las causas”. La notoriedad de los Determinantes sociales para el desarrollo de las enfermedades no transmisibles cobra relevancia durante el siglo XIX en el contexto de las profundas brechas socioeconómicas entre las poblaciones. Desde esta óptica, se intentaba explicar por qué algunas poblaciones y grupos sociales permanecían con peores indicadores de salud pese a recibir las mismas intervenciones sanitarias que otros (Luxardo, y otros, 2018).

Estudios como el de Peter Frank a inicios del siglo XX establecen que, a menudo, los factores que influyen en la salud y el bienestar son ajenos al sector de la salud y que más bien se requiere de una respuesta multisectorial para el control de las enfermedades. Más tarde, el Departamento de Salud del Reino Unido en su informe Black Report, citado por (Luxardo, y otros, 2018), coincide con los argumentos de Frank sobre las amplias diferencias que existían en la morbilidad y mortalidad entre las clases bajas y altas a pesar del acceso universal al sistema de salud. Básicamente, los estudios sostenían que la esperanza de vida no se asocia directamente con factores relacionados al sistema de salud sino con las amplias “categorías” responsables de las condiciones de vida.

Desde antaño, se ha reconocido ampliamente el impacto que tienen las condiciones de vida sobre la salud de la población y el papel limitado del sistema sanitario frente a estas condiciones. Este influjo sostenido desde el siglo XX ha contribuido en el aumento de la esperanza de vida y, consecuentemente, en el perfil epidemiológico a nivel mundial, lo que ha ido transformando el predominio de las enfermedades infecciosas a una transición combinada de patologías transmisibles y no transmisibles con una mayor prevalencia de estas últimas en la actualidad (Laiva, Peterman, & Celis, 2021).

Durante siglos las enfermedades no transmisibles han mantenido una tendencia creciente sobremedida. Al analizar las causas de muerte desde el año 2009 – 2019 se observa que las principales causas de mortalidad son las enfermedades crónicas no transmisibles con un gradual aumento del 7,6 % en este lapso. De estas muertes se observó que el 64 % ocurrieron en personas de 50 - 70 años (Laiva, Peterman, & Celis, 2021). El peso de las enfermedades no contagiosas representadas por las nuevas epidemias globales; diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias, consiguió desplazar a las enfermedades infectocontagiosas hacia padecimientos crónicos-degenerativos y lesiones por discapacidad (Minch & Chávez, 2020).

Las enfermedades no transmisibles han rebasado otras causas de morbilidad y mortalidad y se han convertido en la principal amenaza para la salud y el bienestar de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2017). La variabilidad observada entre los distintos

países en cuanto a la transición epidemiológica y la coexistencia de una elevada carga de enfermedades no transmisibles demuestra la persistencia de las desigualdades en la distribución de la riqueza y las mejoras económicas que requiere el sector salud.

En este contexto, se plantea que el desarrollo de las enfermedades no transmisibles precede de la evolución de las concepciones sobre los determinantes sociales que sirvieron de base para la elaboración de las distintas iniciativas y modelos del constructo salud y enfermedad, así tenemos: El informe Lalonde (1974) que reconoce la pobre contribución del sistema sanitario a la prevención de enfermedades y propone, más bien, un cambio de enfoque basado en la perspectiva social de los factores que inciden en la salud y enfermedad para conseguir una mejor salud. El modelo de Marmot y Wilkinson, propone la importancia de los determinantes de salud en todas las etapas de la vida del ser humano y su influjo en las condiciones que afectan la longevidad, se enfoca en factores como la alimentación inadecuada, ejercicio físico, el desempleo y los factores materiales (Corral & Pría , 2017). Y, por último, el modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2005) que divide en dos vertientes los factores que determinan las desigualdades en salud (Luxardo, y otros, 2018).

Consideraciones históricas de la Diabetes Mellitus tipo II

Los primeros registros sobre la Diabetes Mellitus se plantean en la cultura hindú en el año 1.500 a.C. donde se presenta una triada caracterizada por una intensa sed (polidipsia) una enorme producción de orina (poliuria) y una inexplicable pérdida de peso. A causa de esta desconocida enfermedad se produjeron múltiples decesos tanto en la población adulta como en la infancia por las complicaciones atribuibles a la enfermedad como deshidratación, desnutrición severa, gangrena, hidropesía, entre otras (Villalba, 2023).

Posteriormente, una escritura que data del año 1.800 a.C., hace referencia a un posible tratamiento para los pacientes que presentaban sed excesiva. Sushruta, un famoso cirujano considerado el precursor de la cirugía moderna en India, realizó anotaciones sobre las posibles causas que desencadenaba la enfermedad, él atribuía que el alto consumo de cereales y dulces, en aquellos tiempos, era el origen de este mal. Además, en investigaciones más

profundas determinó la existencia de pacientes con predisposición congénita para el desarrollo de la enfermedad y otros por llevar un modo anormal de vida, caracterizado por el sedentarismo, consumo de dulces, alto consumo de cerveza y el desarrollo de origen genético, así, clasificó a la enfermedad en dos categorías, diabetes de tipo I y diabetes de tipo II (Villalba, 2023).

Años después, Zhang Jing, con base en la medicina tradicional China describe un cuadro clínico parecido, denominándolo enfermedad de la sed con síntomas característicos de la enfermedad. Contemporáneamente, Éfeso médico filósofo del Imperio Romano define a la diuresis copiosa como “diarrea de la orina”. Este autor consideraba a la Diabetes como la enfermedad de los riñones acompañada de una atonía general debido a que los pacientes expulsaban gran parte del líquido que bebían. Al instaurarse la enfermedad los pacientes vivían poco tiempo, no obstante, tardaba mucho tiempo en formarse por la naturaleza crónica de la enfermedad (Villalba, 2023).

Un fenómeno afín a todos los autores es precisamente el carácter dulce de la orina; que denotó el término mellitus por el exceso de azúcares, por ello, se atribuía a la diabetes como la enfermedad de los riñones. No es sino hasta el año 1675 que un reconocido anatomista da una gira a esta teoría proponiendo que su origen estaba en la sangre y no en los riñones como hasta ese momento se creía. Asimismo, analizó la influencia del estilo de vida para el desarrollo de la enfermedad, singularmente, los hábitos alimenticios y los trastornos psicológicos, denominándolo “penas de la vida”. El estudio de la patogenia de la enfermedad fue realizado por Bernard y Schiff quienes documentaron que el hígado era capaz de sintetizar glucosa a partir del almidón, derribando la teoría pancreática como origen de la diabetes (Zárate, 2007).

Pronto Mering y Minkowski realizaron estudios observando que la exéresis del páncreas en perros producía un estado diabético, teoría que luego fue confirmada por Hedon. Es así que la teoría pancreática de la enfermedad se reafirmó. En la actualidad, se sabe que la diabetes mellitus se debe a una resistencia de las células a la acción de la insulina lo que provoca el

aumento de la glucosa circulante con el acompañamiento de otros trastornos metabólicos (Zárate, 2007).

Consideraciones históricas de la Hipertensión arterial

Las primeras mediciones directas de la presión arterial se registran en el año de 1733 por el filósofo Stephen Hales quien hizo referencia a las oscilaciones de la presión arterial. Sus estudios le permitieron documentar el bombeo de la sangre acumulada en las cavidades del corazón en relación al tamaño del animal y la elasticidad de los vasos sanguíneos, también definió que la resistencia del circuito sistémico era mayor que el circuito pulmonar. Posteriormente, a finales del siglo veinte se realizan los primeros estudios para determinar el comportamiento de la presión arterial en humanos utilizando como mecanismo de medición un catéter introducido en una arteria periférica (Octavio, 2009).

El uso de técnicas invasivas y no invasivas para la medición de la presión arterial se complementó con la introducción de más variables como el sueño y descanso, el tiempo y los diversos estados emocionales que acaecían a las personas. Es así que se llega a la conclusión de que, respecto a las oscilaciones de baja frecuencia, que un ciclo circadiano comprende al menos 24 horas que están relacionadas al sueño, descanso, reposo y vigilia y, los ciclos respiratorios en el caso de las oscilaciones de alta frecuencia relacionadas al tono parasimpático (Octavio, 2009).

Hoy en día, en relación a las oscilaciones de la frecuencia del ciclo circadiano, fundamenta la medición de la presión en un periodo de 24 horas para realizar un diagnóstico eficaz de la condición de hipertenso conocido popularmente como monitoreo ambulatorio de la presión arterial (Octavio, 2009). Los síntomas coherentes con los hoy reconocidos para el diagnóstico de la enfermedad se mencionan en textos que datan a. C, donde se hacía referencia a la misma como la enfermedad del pulso duro cuyo tratamiento consistía en realizar un corte periférico o punción venosa para reducir el volumen de sangre circundante o colocar sanguijuelas en la piel para que esta absorbiera una gran cantidad de ella (Gómez, Menéndez, & Dauval, 2020).

La primera descripción de la presión arterial como enfermedad se atribuye al científico Thomas Young en 1808 y ya a finales del mismo siglo se observó por primera vez una tensión arterial elevada sin que necesariamente este asocie a la enfermedad renal. Las restricciones

dietéticas de sodio sobrevivieron con la consiguiente popularización de dietas que claramente no contribuían al mejoramiento del paciente. Finalmente, la integración de la presión arterial como parte de la evaluación clínica del paciente inicia en el año de 1995 gracias a Mahomed Frederick (Gómez, Menéndez, & Dauval, 2020).

2.1.2. Antecedentes Referenciales

Márquez et al (2022), en una investigación realizada en la población adulta mayor respecto a la prevalencia de las enfermedades no prevenibles identificó que la hipertensión arterial se encontraba entre las principales causas de morbimortalidad en este grueso poblacional con una mayor prevalencia en el sexo femenino. Entre los hallazgos se destacó que la mayoría de los ancianos eran solteros con un estado nutricional adecuado para la edad en ambos sexos. Conforme a los resultados, la edad promedio de pacientes diagnosticados con enfermedades no transmisibles correspondía a 83,76 años, dentro de un intervalo de 65 – 97 años.

Landrove et al (2018), describieron la evolución de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en Cuba en el periodo 1990-2015 infiriendo que la mortalidad está determinanda principalmente por cuatro grandes factores; enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y diabetes mellitus, que en conjunto causan el 68,0% de los fallecimientos. En relación a los factores de riesgo se determinó que la hipertensión arterial y el consumo de tabaco son las de mayor presentación relacionados con la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

Rangel, Gamboa, & Murillo (2017), estudiaron la prevalencia de los factores de riesgo modificables encontrando que el sedentarismo, tabaquismo, el uso nocivo de alcohol y el bajo consumo de frutas y verduras fueron las responsables de aumentar el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles. De estas cuatro conductas, los factores dietéticos son los más importantes dado que causaron 9,3 millones de defunciones y el bajo consumo de frutas y verduras es el primero de estos factores. Asimismo, señala que esta preocupante prevalencia de factores de riesgo comportamentales son el resultado de rápidos cambios demográficos, epidemiológicos y sociales que se han presentado en los últimos años.

El impacto del sobrepeso y obesidad, estudiado por Varona, Gámez, & Díaz (2018), para el desarrollo de diabetes mellitus, cáncer y enfermedad cardiovascular representó el 12,3 %.

Respecto a las defunciones atribuibles al sobrepeso y obesidad representaron el 25 % del total de las causas investigadas (3785). El 22 % y 26 % en los hombres y mujeres respectivamente. Las defunciones atribuibles representaron el 63,1 % del total de fallecidos por diabetes en el país. En los hombres, aproximadamente 5 (48,8 %) de cada 10 fallecidos; en tanto en las mujeres 7 (72 %) de cada 10 defunciones. Este estudio demuestra que un ambiente obesogénico – inactividad física y consumo excesivo de azúcares, grasas y tabaco - constituye un factor de riesgo relevante para el desarrollo de enfermedades no transmisibles.

En cuanto a los factores de riesgo estudiados según el se observó que los hombres presentan mayor prevalencia (68.8 %) en condiciones como hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo II y obesidad, frente a las mujeres en donde se destacan condiciones de obesidad seguidas de hipertensión y diabetes mellitus con prevalencias del 42.3 %. Por otra parte, en cuanto al riesgo de padecer alguna enfermedad crónica no transmisibles aumenta si se presenta más de una condición de riesgo, los resultados comprueban. Los autores evaluaron los casos en los que un individuo presentó más de una condición observándose que el 65 % de las personas evaluadas presentó al menos un factor de riesgo para sufrir de alguna enfermedad cardiovascular o cualquier otra enfermedad no transmisibles (Barboza, 2020).

Uyaguari, et al (2021), estudiaron la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo II en una población de 379 participantes de entre 18 a 65 años en los que se pudo determinar, de acuerdo a la escala FINDRISC que evalúa el riesgo de desarrollar DM2 en diferentes categorías, que el 34,6 % se encontraba en un riesgo ligeramente aumentado de desarrollar la enfermedad, mientras que el 33,8 % mantenía un riesgo bajo y el 31,6 % se ubicó en un riesgo moderado – alto. Además, los resultados obtenidos mostraron una alta frecuencia de sobrepeso, obesidad abdominal, inactividad física, hábitos alimenticios inadecuados, siendo estos los factores de riesgo manifestados en esta población, los mismos que no se presentan como hechos aislados, sino que, por el contrario, están relacionados con una marcada tendencia para desarrollar enfermedades como la DM2 a futuro.

En cuanto al desarrollo de la hipertensión arterial, Álvarez, et al (2022), asocian a los factores de riesgo comportamentales ligados al estilo de vida como el tabaquismo, dieta alta en calorías y grasas, pobre consumo de vegetales y frutas, baja ingesta de sodio, estrés, entre

otros, teniendo en cuenta que estos hábitos son susceptibles de cambio en los hábitos adquiridos. Sin embargo, uno de los riesgos que resalta para el desarrollo de la hipertensión arterial es la edad, este autor infiere que el aumento estadístico de esta enfermedad se atribuye al incremento poblacional de personas adultas mayores, es decir, que el porcentaje de personas con hipertensión arterial es directamente proporcional a la edad.

Mendoza (2021), refiere que enfermedades como la diabetes, obesidad e hipertensión arterial cuya prevalencia a nivel mundial ha tomado dimensiones de pandemia debido a las barreras en la aplicación de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que se encuentran establecidos, los cuales se basan fundamentalmente con factores personales y del sistema de salud. En este ámbito, hay que considerar la multifactorialidad de la baja adherencia donde convergen las conductas de riesgo, el nivel socioeconómico del paciente, el entorno familiar y ambiental, el conocimiento respecto a la enfermedad y la elección de alternativas terapéuticas efectivas. Por tanto, se considera un error atribuir toda la responsabilidad al paciente sobre la monitorización y control de la enfermedad bajo la perspectiva multifactorial de la enfermedad.

Las enfermedades de origen cardiometabólico también se relacionan con la calidad de sueño, así lo demuestra un estudio realizado por al evaluar la calidad de sueño en personas con diabetes mellitus tipo II encontró que el 39 % de los encuestados tuvo una mala calidad de sueño manifestado por una ineficiencia en el sueño normal; al menos el 79.5 % reportó alteraciones del sueño y la conciliación del sueño (Leonel et al, 2022). El riesgo de presentar mayor acumulación de tejido adiposo en la circunferencia abdominal también está relacionado significativamente con las horas de sueño. Un estudio realizado en la población italiana encontró una asociación importante entre dormir bien con un IMC bajo. Las personas que dormían menos de 6 horas al día presentaron mayor riesgo porcentual de desarrollar obesidad en contraste con las que dormían 8 horas al día en quienes se constató un riesgo significativamente bajo (León, 2020).

Las referencias citadas dejan ver la auténtica relevancia que los factores clasificados como comportamentales tienen sobre la salud de la población, sobre todo de los grupos más vulnerables (Vinces & Campos, 2019).

2.2. Contenido Teórico que Fundamenta la Investigación

2.2.1. Enfermedades crónicas no transmisibles

La palabra crónica tiene su origen en el griego Chronikós que significa “Dios del tiempo” y se refiere a una dolencia habitual o enfermedad que viene de tiempo atrás (Asociación de Academias de la Lengua Española , 2022). Toda enfermedad que tenga una duración mayor a tres meses, cuyo fin o curación no pueda preverse, se considera como una enfermedad crónica. Esta gama de enfermedades afecta a todos los grupos sociales e imponen dos tipos de cargas: por una parte, afectan la proporción del presupuesto destinado para el sistema de salud debido a la dependencia que genera este grupo de enfermedades y, por otro lado; afectan la productividad y capacidad de los individuos (García & Vásquez, 2017).

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte en todo el mundo dado que cobran más vidas que todas las demás causas combinadas. Contrariamente a la creencia, los datos disponibles muestran que casi el 86 % de las muertes por enfermedades no transmisibles ocurren en países de ingresos bajos y medios. Debido al rápido crecimiento y la distribución desigual, la mayor parte del impacto humano y social causado por los trastornos crónicos prevenibles puede evitarse mediante intervenciones bien conocidas, rentables y factibles (Ministerio de Salud de Argentina , 2018). Cada año se le atribuye a las enfermedades crónicas no transmisibles un total de 17 millones de muertes antes de los 70 años de edad, (Organización Mundial de la Salud , 2022). A esto se añade la prevalencia de factores de riesgo como el sobrepeso, la inactividad física y la obesidad que presentan un panorama alarmante en casi todos los países, con una propensión hacia las mujeres.

Las enfermedades no transmisibles se caracterizan típicamente por los siguientes criterios: la ausencia de un microorganismo causal; larga duración con periodos de remisión y recurrencia; importancia de factores de estilos de vida y conductas comportamentales; consecuencias físicas y cognitivas a largo plazo; latencia prolongada con la probabilidad de disminución al factor de exposición; y por último tiene la multicausalidad. Las enfermedades crónicas no se transmiten de persona a persona. Sin embargo, se encuentran dentro de las

enfermedades de mayor prevalencia y más comunes, pero también dentro de las más evitables (Reche, 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas no transmisibles están representadas principalmente por las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Estas patologías se asocian a una serie de factores de riesgo modificables: alimentación inadecuada, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, que a su vez comparten factores de riesgo de carácter biológico como: sobrepeso y obesidad, presión arterial elevada, glucosa elevada en sangre y colesterol elevado en sangre (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2018).

Diabetes mellitus tipo II

La diabetes mellitus se define como un trastorno metabólico de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas caracterizados por hiperglucemia crónica, resulta de la coexistencia de defectos multiorgánicos que incluyen insulinoresistencia en el músculo y tejido adiposo (Ministerio de Salud Pública , 2017). Generalmente, la diabetes mellitus tipo II afecta a la población adulta y adulta mayor. Sin embargo, existe un tipo de diabetes menos común que afecta a niños y adolescentes que ocurre cuando el páncreas produce poca o ninguna cantidad de insulina por sí solo.

A nivel mundial, la diabetes mellitus tipo II representa alrededor del 90 % de todos los casos de diabetes en el mundo. El informe Organización Mundial de la Salud (2023) señala un aumento del 70 % en la mortalidad por diabetes mellitus desde el año 2000 y en todo el mundo comprende una de las diez principales causas de muerte con una prevalencia importante en personas provenientes de ingresos bajos y medianos donde pasó del décimo quinto lugar al noveno de acuerdo al perfil epidemiológico.

La diabetes mellitus pertenece al grupo o clasificación de enfermedades no transmisibles (ENT) que afecta a todos los grupos de edad con una ligera desventaja sobre los grupos de avanzada edad. En el 2019, “la Federación Internacional de Diabetes reportó, una prevalencia de diabetes a nivel mundial de 9.3 %, esta prevalencia corresponde a 463 millones de personas con diabetes mellitus (DM) a nivel mundial, siendo esta mayor en personas adultas”

(Leonel et al, 2022). La Federación Internacional de la Diabetes tipo II, citado en Sánchez & Sánchez (2022) estimó que alrededor del 2040 estas cifras se incrementen a 821 millones de personas diagnosticadas. En América Latina, estudios revelan que la diabetes mellitus alcanzará un notable crecimiento del 60 % entre sus habitantes.

Por estas razones, la diabetes mellitus es considerada un problema de salud pública en la mayor parte de los países del mundo. Estadísticamente, en países como México ocupa uno de los primeros lugares de mortalidad. Los profundos cambios en el estilo de vida seguido de los factores demográficos, fomenta el inicio de los factores desencadenantes de la diabetes mellitus. Cabe notar, que el desarrollo de esta enfermedad también está mediado por los factores genéticos que expresan una mayor ocurrencia familiar en personas descendientes con diabetes (Morales, 2013).

La diabetes mellitus aumenta el riesgo de sufrir otras enfermedades como infarto de miocardio, enfermedad cerebrovascular, eventos microvasculares y mortalidad prematura. El empeoramiento de la enfermedad suele estar relacionado clínicamente por el deterioro secuencial de microvascular con el consecuente riesgo de sufrir daño microangiopático como retinopatías, nefropatías, y neuropatías periféricas (Ministerio de Salud Pública , 2017).

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es el principal riesgo modificable de enfermedad cardiovascular y para retrasar la enfermedad renal crónica (Ministerio de Salud Pública , 2019). El riesgo de desarrollar hipertensión arterial aumenta con el paso de los años y es más frecuente en edades avanzadas predominantemente en los hombres de etnia afroamericana. De acuerdo al informe ENSANUT – 2012 la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 18 a 59 años fue de 37.2 %.

La hipertensión arterial se define como valores igual o mayor a 140 mmHg de tensión arterial sistólica y de una tensión sistólica igual o superior a 90 mmHg tanto en la población general como en los pacientes diabéticos (Ministerio de Salud Pública , 2019). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la hipertensión arterial es la causante de la menos e 45%

de las muertes por cardiopatías y el 51% por enfermedad cerebrovascular. Además de constituir la cuarta causa como factor de riesgo de defunción y de años de vida saludables perdidos (Cruz, 2019).

En Ecuador, el 19,8 % de adultos presenta HTA elevada, mayoritariamente en hombres con el 23,8 % y en mujeres con el 16,0 %, en el grupo poblacional de 45 a 69 años registra una prevalencia de 35,0 %. Un porcentaje importante de personas diagnosticadas no cumplía con un régimen terapéutico, y las que si tenían adherencia 16,2 % mantenía valores elevados de tensión arterial (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2018). Tanto el desconocimiento como el retraso en el diagnóstico aumenta la probabilidad de padecer complicaciones a nivel cerebral, renal o cardiaco.

Es importante enfatizar algunas condiciones individuales y familiares que aumentan el riesgo de hipertensión arterial; estas son: la diabetes mellitus, dieta inadecuada, sedentarismo, sobrepeso y obesidad, edad avanzada, consumo de tabaco y alcohol, descendencia afroamericana y la genética (Ministerio de Salud Pública , 2019). Por las condiciones señaladas la hipertensión arterial se constituye como una enfermedad sistémica multifactorial. Factores que deben ser considerados al momento de generar un tratamiento para el manejo de la enfermedad; cuando se trata de pacientes mayores de 80 años con comorbilidades es importante ajustar el esquema antihipertensivo refiriendo las condiciones individuales del paciente y a las particularidades asociadas al envejecimiento (Cruz, 2019).

2.2.2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que explican la tendencia de morbilidad, mortalidad, y discapacidad a causa de las enfermedades no transmisibles se detallan a continuación:

Tabaco

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para seis de las ocho causas más frecuentes de muerte en el mundo, así como para las cuatro enfermedades no transmisibles más prevenibles y prevalentes (Organización Panamericana de la Salud , 2022). Cada año el tabaco es el causante de casi un millón de muertes en la región de las Américas. Cabe

mencionar, que el tabaco es el único producto de consumo legal que mata hasta a la mitad de los que lo consumen. El tabaquismo ocupa el cuarto lugar en la carga de morbilidad con una mortalidad atribuida del 12 % causando 8 millones de muertes a nivel mundial por causa directa y 1,2 millones por causa indirecta (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2018).

La exposición al humo del tabaco conlleva a consecuencias graves al tenor de los componentes de este producto, se le atribuyen más de 7.000 productos químicos de los cuales se sabe que al menos 250 son nocivos para la salud y más de 69 causan cáncer. El común denominador de todas las enfermedades no transmisibles es precisamente el consumo de tabaco, asociadas en un 15 % con las enfermedades cardiovasculares, 26 % con todas las causas de cánceres, 51 % con las enfermedades crónicas respiratorias. En Ecuador, cada día el consumo del tabaco causa la muerte de 15 personas según el Ministerio de Salud (2018). Por estas razones resulta imperativo la implementación de políticas públicas de control y prevención del consumo del tabaco.

Alcohol

Luego de Europa, Las Américas se pondera como la segunda región con el consumo de alcohol más alto per cápita. Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (2021) resaltó que 85 mil personas de las Américas perdieron la vida exclusivamente por el consumo de alcohol. El consumo nocivo de bebidas alcohólicas comprende una prioridad para la salud pública por la asociación directa con un alto índice de mortalidad y muchos años de vida con discapacidad. El consumo de alcohol es un factor atribuible a más de 200 enfermedades y trastornos, causando enfermedades no transmisibles, violencia y pérdidas económicas importantes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2018).

ENSANUT 2018, citado en los factores de riesgo y enfermedades transmisibles, reportó que en Ecuador el consumo de alcohol en adolescentes (10 – 17 años) fue de 7,6 % y el de alguna vez en la vida fue de 26,2 %, considerando la prohibición de consumo y dispendio de alcohol en menores de 18 años se juzga como una cifra alarmante. Es importante mencionar que el alcohol es la sustancia de mayor consumo en adolescentes (Aponte & Moreta, 2023).

Los países con un registro mayor de consumo de bebidas alcohólicas per cápita son los de ingresos altos, mientras que los países de ingresos bajos tienen un índice de mortalidad mayor para el mismo nivel de consumo. Se atribuye a mayores tasas de mortalidad en países bajos de la Región a las limitaciones en el acceso a los servicios médicos y los factores nutricionales de la población, aunado a otros factores perjudiciales para empeorar el cuadro (Organización Panamericana de la Salud , 2021).

Inactividad física

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Por el contrario, el ejercicio físico es un movimiento voluntario que gasta energía extra, además de la que nuestro cuerpo consume durante la ejecución de los movimientos que se caracterizan por ser variados, planificados, estructurados y repetitivos con el objeto de mejorar o mantener una determinada aptitud física o condición de salud (Neuro Lleida, 2021).

En este contexto, tanto la inactividad como el ejercicio físico insuficiente son los factores de riesgo de morbilidad y mortalidad que agrava más la carga de enfermedades no transmisibles y afecta el estado de salud de la población general. La recomendación mínima de actividad física según la OMS corresponde a 150 minutos mínimo por semana cuando se trata de actividad física moderada, mientras que la práctica de actividad física vigorosa requiere un mínimo de 75 minutos a la semana o una combinación de ambas cumplidas en el mismo tiempo (Ministerio del Deporte de Ecuador , 2021).

En Ecuador, según datos de la encuesta ENSANUT 2012, el 55 % de la población de 18 a 60 años reportó niveles de actividad física medianos a altos con un índice mayor en los hombres 60 % por sobre las mujeres que reportaron una incidencia del 40 %. Cerca del 15 % reportaron niveles bajos para este ítem y el 30 % reportó niveles insuficientes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2018). Una frecuencia disminuida en la práctica de una actividad física o una falta de planificación del ejercicio físico aumenta el riesgo de desarrollo de la mayoría

de las enfermedades no transmisibles. En este sentido, la actividad física se considera un factor protector para la prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

Alimentación

La Organización de la Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación define a la dieta como una mezcla de alimentos sólidos y líquidos que un individuo o grupo de personas consume (Maguey, Valencia, & Medina, 2023). Su composición y costo dependen en gran medida de la disponibilidad de alimentos y el valor cultural atribuido. Este término hace referencia a la suma de alimentos, sin considerar la calidad o el valor nutricional que aporta, que son consumidos por una persona. Cuando la frecuencia del consumo no varía por una determinada cantidad de tiempo se denomina patrón de alimentación (Mabel, 2020).

A nivel mundial, las calorías obtenidas de las grasas, azúcares, y aceites refinados han aumentado durante las últimas décadas. Por el contrario, los alimentos ricos en fibra, cereales integrales, legumbres, vegetales y ensaladas se consumen con muy poca frecuencia u ocasionalmente (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2018). En América Latina, una de cada cinco muertes estuvo asociada a una dieta pobre e inadecuada sumando un total de 11 millones muertes.

Ciertamente, una dieta o patrón alimentario puede influir en el estado nutricional de los individuos y afectar la salud cardiovascular. La dieta y el estado nutricional está asociada con la presión arterial elevada, la diabetes mellitus y algunos tipos de cánceres, determinado por los altos niveles de colesterol en sangre, la resistencia a la insulina y el sobrepeso y la obesidad. Estos factores no solo son factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, sino también lo son para el desarrollo de otras enfermedades (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2018).

Una dieta pobre en verduras, grasas saludables, fibra, vegetales, nueces, semillas, aceites grasos poliinsaturados, se define como una dieta de baja calidad, la cual se encuentra entre los seis principales factores de riesgo que contribuyen a la carga de la enfermedad. En

Ecuador, el consumo de fruta ha reducido notoriamente, el promedio de consumo a nivel nacional fue de 183 gr por día, es decir, 217 gr menos de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2018).

Respecto al consumo de sodio, la Organización Mundial de la Salud recomienda un máximo de 5 gr al día. En Ecuador, el hecho de ingerir alimentos fuera del hogar aumenta el riesgo sobremanera del consumo de este mineral. El sodio es clave para mantener un balance normal el líquido en el cuerpo siempre que se consuma en la cantidad recomendada. Cerca del 63 % de individuos mantiene un consumo mayor al recomendado; en mujeres el consumo promedio se registra en al menos 6,8 gramos al día, mientras que en los hombres es de 8,7 en promedio (Dialoguemos , 2019).

Sobrepeso y obesidad.

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador para determinar la relación entre el peso y la talla, esta relación se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Según la Organización Mundial de la Salud, clasifica al IMC como normal si se encuentra entre 18.5 – 24.9 kg/m^2 , sobrepeso entre 25 – 29.9 kg/m^2 , obesidad tipo I entre 30 – 34.9 kg/m^2 , obesidad tipo II entre 35 – 39.9 kg/m^2 , y obesidad tipo III mayor de 40 kg/m^2 (Organización Mundial de la Salud , 2021).

La causa fundamental del sobrepeso y obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas (Organización Mundial de la Salud , 2021). Bajo esta preposición, se refiere a un exceso de energía que proviene de las comidas y bebidas almacenadas en el tejido adiposo del organismo. Este factor de riesgo reduce la expectativa de vida pese a ser un factor de riesgo evitable. La prevalencia del sobrepeso en América Latina es de 62,5 % y de 28,6 % para la obesidad; lo que hace de América la Región con mayor carga de obesidad en el mundo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2018).

A nivel mundial la prevalencia del sobrepeso y obesidad ha aumentado de manera sostenida, se estima que para el 2030 el 50 % de la población mundial presente algún tipo de excedente

en el IMC. En el continente americano, los países con mayor presentación de casos de sobrepeso y obesidad lo constituyen México y Estados Unidos en personas de 20 años con predominio en la zona urbana sobre la rural. Asimismo, las mujeres representan el grueso poblacional con algún tipo de ganancia ponderal de peso con el 71.9 % por sobre el hombre con el 66,7 %. Las mujeres ocupan dos tercios de la población en cifras de sobrepeso y obesidad en América Latina (Vinueza et al, 2022).

En Ecuador, las personas con sobrepeso en su mayoría son hombres procedentes del área urbana con un 51 a 63,9 % y 62,8 y 69 % respectivamente (Vinueza et al, 2023). Mientras que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos de 19 a 59 años es de 64,68 % siendo mayor en las mujeres con un 67,62 %. Las consecuencias más importantes de este importante factor son principalmente sobre el desarrollo de las enfermedades no transmsibles que aumentan en relación al IMC (Organización Mundial de la Salud , 2021).

Calidad del sueño

“El sueño es un proceso fisiológico asociado con periodicidad circadiana, durante el cual la conciencia, la respuesta a estímulos y la tasa metabólica se reducen” (Rico & Vega, 2018). El sueño es una necesidad metabólica del ser humano necesario para mantener el equilibrio metabólico y la función inmunitaria. Dentro de la función inmunitaria contribuye al mantenimiento de la integridad fisiológica mediante la eliminación de agentes infecciosos. Los beneficios de mantener un patrón de sueño saludable son innumerables, por mencionar: eliminación de radicales libres, regulación endocrinológica, consolidación de la memoria y redistribución celular y restablecimiento de la energía.

El déficit en la calidad de sueño está vinculada a un aumento del sobrepeso y obesidad y daños a la función cognitiva, así como a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes mellitus, cáncer, enfermedades cardiovasculares, entre otras, como consecuencia de los desequilibrios endocrinológicos. Por el contrario, un buen descanso contribuye al bienestar físico psicológico y emocional. Para considerar la calidad del sueño como óptimo

como condición inherente un individuo debe descansar en promedio 8 horas por día (León, 2020).

La relación del aumento de peso ponderal de etiología endocrinológica, sucede cuando las hormonas que regulan el ritmo circadiano se desequilibran favoreciendo alteraciones en la hormona que regula el hambre y la homeostasis nutricional (grelina) y la inhibición de la hormona que controla la saciedad (leptina) con el consiguiente aumento en la ingesta de alimentos (León, 2020). La calidad del sueño ha sido estudiada como factor preponderante en el desarrollo de enfermedades no transmisibles. Es fundamental mencionar, que los factores de riesgo más estudiados debido a los índices de prevalencia son el tabaquismo, obesidad y sobrepeso, consumo de alcohol y la alimentación inadecuada. Si embargo, existen otros factores asociados como la duración del sueño (Leonel et al, 2022).

Algunos estudios evidencian que un sueño prolongado (igual o mayor a 9 horas) o extremadamente corto (igual o menor a 5 horas) está relacionada con el aumento y riesgo de padecer diabetes mellitus (Leonel et al, 2022). Esta asociación se vincula con la afectación metabólica debido al desequilibrio hormonal que produce un sueño de baja calidad.

Monitorización y control

El tratamiento de las enfermedades crónicas está vinculado a múltiples situaciones de carácter personal y del sistema sanitario, en otras palabras, al involucramiento del personal de salud en la adherencia terapéutica del enfermo. La intervención de médicos y enfermeras para una correcta adherencia al tratamiento es esencial pero que no siempre sucede. Una encuesta realizada a 3.196 profesionales en Europa: 855 médicos, 1.047 enfermeras y 1.294 farmacéuticos que laboran en Atención Primaria desveló que solo el 50 % de los profesionales preguntan a sus pacientes con tratamientos por enfermedades crónicas si cumplen con el tratamiento en la frecuencia indicada. Este resultado muestra una limitada influencia de los profesionales para promover la adherencia farmacológica en el tratamiento de las enfermedades crónicas (Espinosa, 2016).

Entre los factores que contribuye a la baja adherencia terapéutica predominan los relacionados al nivel socioeconómica del paciente; se ha demostrado que los pacientes con menor nivel de escolaridad tienen una adherencia parcial igual o inferior al 60 % seguido de una adherencia total del 30 %. Por el contrario, los pacientes con mayor nivel de escolaridad tienen una adherencia parcial superior al 70 %. Con respecto a la edad y el sexo, como factores no modificables, se ha demostrado que la mujer en una edad cercana a los 40 años tiene mayor probabilidad de debutar con hipertensión arterial, así como un deterioro del equilibrio hormonal resultado de un deterioro metabólico. Resulta apremiante el estudio de la edad y la baja adherencia farmacológica ya que a menudo el grupo etáreo de mayor edad incumple con mayor frecuencia la continuidad del tratamiento (Pomares, Vázquez, & Ruíz, 2017).

Existe una población considerable que no responde a comportamientos de adherencia al tratamiento, según esta cifra se identifica en el 29 % de los casos lo cual es mayor que los pacientes que si presentan una mayor ventaja para la adherencia 25 %. Los factores alrededor de la factibilidad en el tratamiento responden a un mayor conocimiento sobre la enfermedad, aunque existen factores influyentes que causan el declive en la continuidad del tratamiento, singularmente los aspectos socioeconómicos y asistenciales y la forma en que estos se conjugan pues constituyen un potencial influyente en el comportamiento de adherencia al tratamiento. De manera que un paciente con un nivel de escolaridad baja en situación de pobreza con limitaciones en el acceso al sistema sanitario y escaso conocimiento sobre la enfermedad presentará déficit en su control y monitorización de la enfermedad (Guamán et al, 2021).

2.3. MARCO LEGAL

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud y la protección de grupos poblacionales a través de la promoción de la salud.

Constitución de la República del Ecuador.

La Constitución aprobada en el 2008 representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir desde la

perspectiva de una concepción integral de la salud. Varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

Art 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art.- 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia” (Asamblea Nacional, 2008)

Ley Orgánica de Salud

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva.

Art. 12.- La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimular conductas nocivas,

fomentar la igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud.

Art. 28.- Diseñar en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura y otras organizaciones competentes, programas de promoción y educación para la salud, a ser aplicados en los establecimientos educativos estatales, privados, municipales y fiscomisionales.

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos (Asamblea Constituyente del Ecuador , 2008).

2.4. MARCO CONCEPTUAL.

Alimentación: proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir alimentos para satisfacerla necesidad de comer (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Comunidad: grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas que le otorgan una identidad cultural y social y están organizadas en una estructura que responde a relaciones desarrolladas a lo largo del tiempo (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Ciclo de vida: Secuencia de etapas interconectadas que atraviesa el individuo y la familia a lo largo del tiempo (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Determinantes sociales de la salud: se refieren a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución económica de la riqueza, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas por los

gobiernos locales y nacionales. Explican la mayor parte de las inequidades sanitarias (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Diabetes Mellitus Tipo II: afectación crónica que se caracteriza por hiperglucemia persistente (elevación del nivel de glucosa en sangre) con alteración del metabolismo de los lípidos, proteínas e hidratos de carbono que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia, y que produce complicaciones crónicas micro y macro vasculares (Ministerio de Salud Pública , 2017).

Epidemiología: La epidemiología es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud (Organización Mundial de la Salud , 1998).

Estilos de vida saludables: son formas de vida que se basan en patrones positivos de comportamiento que favorecen la salud individual y colectiva, determinados por la interacción entre las características personales, las interacciones sociales y las condiciones socioeconómicas y ambientales (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Factor de riesgo: Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (Organización Mundial de la Salud , 1998).

Glucometría: técnica médica invasiva que permite medir la glucosa en sangre capilar a través de un glucómetro (Ministerio de Salud Pública , 2017).

Índice de masa corporal: es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad (Organización Mundial de la Salud , 2021).

Obesidad: es la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, la forma de calcular la obesidad es a través del índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa (Ministerio de Salud Pública , 2019).

Prevención de la enfermedad: contempla acciones destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo (prevención primaria); y, cuando la enfermedad aparece, detener su avance y atenuar sus consecuencias (prevención secundaria y terciaria). Normalmente, la prevención de la enfermedad se relaciona con el sector sanitario, considera a las personas y a las poblaciones como expuestos a factores de riesgo asociado a comportamientos de riesgo (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Prácticas de vida saludable: se definen como el conjunto de estilos y hábitos que asumidos como cotidianos en la vida de las personas repercuten positivamente en su bienestar físico, mental y social. Dichas acciones cotidianas interiorizadas en el quehacer de las personas son principalmente la alimentación, el descanso, la práctica de la actividad física correctamente planificada y las interacciones afectivas y sociales positivas y libres de cualquier forma de violencia (Ministerio de Salud Pública, 2019).

Salud Pública: La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad (Organización Mundial de la Salud , 1998).

Sobrepeso: es la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, la forma de medir el sobrepeso IMC. Una persona con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso (Ministerio de Salud Pública , 2019).

3. CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

El diseño de la investigación presenta un alcance descriptivo – correlacional con el fin de conocer el grado de relación o asociación entre las variables de estudio y detallar el comportamiento o manifestación de la variable independiente respecto a la variable dependiente. Se generará el tratamiento teórico de las variables y de sus relaciones, para analizar la correlación observada y responder minuciosamente a las hipótesis planteadas. El alcance descriptivo permitirá describir los fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan en el grupo de estudio. Su implementación también pretende especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.

El alcance correlacional facilitará la comprensión del grado de asociación entre las variables propuestas en el contexto planteado. Para evaluar la relación o grado de asociación entre dos o más variables en los estudios correlacionales primero se mide cada una de éstas, y después se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones.

Es un diseño No experimental, debido a que los datos fueron recolectados en territorio en un solo momento sin modificar, intervenir o alterar las variables sujetas a estudio en la población. Es mixto porque se sustenta en un conjunto de procesos sistemáticos que implicó la recolección de datos cualitativos para posteriormente generar el tratamiento estadístico de la información e inferir el grado de influencia entre los fenómenos de estudio; para la recolección de la información cualitativa se diseñó un cuestionario con una escala de frecuencia acerca de los factores de riesgo, donde se recabó información sobre los factores conductuales y heredofamiliares en pacientes con diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial que constituye la variable dependiente.

Es un diseño transversal porque se plantea dentro del primer semestre del año 2023 y la recopilación de datos se realiza en un momento determinando y en tiempo único. Su

propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación (Hernández, Fernández, & María, 2014).

Adicionalmente, como parte del proceso cuantitativo de recopilación de datos se realizó la medición del peso y talla de cada participante, el día de la encuesta, para establecer las pautas del comportamiento sobre los fenómenos de estudio.

3.1. Tipo y diseño de la Investigación

A continuación, se detalla algunas características del tipo y diseño de investigación:

Según su finalidad: teórica y aplicada

Según su objetivo gnoseológico: descriptiva o también llamada de diagnóstico, y correlacional.

Según su contexto: de campo.

Según el control de las variables: no experimental.

Según la orientación temporal: transversal.

Según la naturaleza: cuantitativa.

3.2. La población y la muestra

3.2.1. Características de la población

La población de estudio está constituida por los habitantes de 30 a 65 años del sector San Ignacio perteneciente al cantón Mocache que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el diagnóstico situacional de salud del cantón Mocache, así como los informes mensuales de atención, para comprobar el porcentaje de adultos con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. Se realizó la delimitación basada en los reportes estadísticos.

3.2.2. Delimitación de la población

Se realizó la delimitación y selección del lugar geográfico de estudio, basada en la información registrada en el Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias

(RDACAA) del Centro de Salud tipo C del cantón Mocache, en el cual se constata que los habitantes del Recinto San Ignacio registran una mayor concentración de atenciones por primera vez y atenciones subsecuentes, estas últimas por diagnósticos que ameritan seguimiento y control profesional periódico, entre las de mayor tratamiento se encuentran la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

3.2.3. Tipo de muestra

Los participantes fueron seleccionados por muestro no probabilístico a conveniencia no aleatorizado. No fue posible considerar la selección al azar en vista de que en el recinto San Ignacio se identificó, mediante los registros estadísticos del Centro de Salud Mocache, el porcentaje más alto de personas con Diabetes Mellitus tipo II e hipertensión arterial o incluso ambos diagnósticos, lo cual constituye el fundamento de inclusión para esta investigación. A cada persona que voluntariamente participó en la investigación se le realizó la encuesta en el domicilio con una duración de 20 a 30 minutos y se le midió la estatura y toma del peso para posteriormente calcular el índice de Masa Corporal.

Los estratos en los que se dividió la muestra fueron de 30-34 años, 35-39 años, 40-44 años-50-54 años, 55-59 años y, 60-65 años. La probabilidad de ser seleccionado en el estudio fue la misma para todos siempre que cumplieran los criterios de inclusión.

3.2.4. Proceso de selección de la muestra

El presente estudio está constituido por una muestra de 125 personas ambos sexos que comprendan los habitantes de 30 a 65 años de edad del Recinto San Ignacio con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II o hipertensión arterial o incluso ambos diagnósticos, con las siguientes características:

Criterios de inclusión:

- Personas de 30 a 65 años de edad
- Hombres y mujeres con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II o ambos diagnósticos.

- Que manifiesten su voluntad expresa y por escrito de participar en el estudio
- Autorización del consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Menores de 30 años y mayores de 65 años
- Que expresen no participar en este estudio.
- Mujeres embarazadas
- Mujeres posparto (hasta después de 1 año)
- Adultos mayores con problemas psiquiátricos o psicológicos que le impidan firmar el consentimiento informado.

3.3. Los métodos y las técnicas

3.3.1. Métodos teóricos.

A continuación, se detallan los métodos teóricos que serán empelados durante el desarrollo de la investigación:

3.3.1.1. Método hipotético: este método fue empleado en el momento que se plantearon los supuestos o hipótesis de investigación lo que llevó a requerir la correlación de las variables de estudio. En este método, las hipótesis son puntos de partida para nuevas deducciones. Se parte de una hipótesis inferida de principios o leyes o sugerida por los datos empíricos, y aplicando las reglas de la deducción se arriba a predicciones que se someten a verificación empírica y, si hay correspondencia con los hechos, se comprueba la veracidad o no de la hipótesis de partida (Rodríguez, Pérez, & Alipio, 2017).

3.3.1.2. Método lógico: este método ha permitido el planteamiento sistemático de cada uno de los pasos de la investigación manejando la coherencia lógica desde el planteamiento del problema hacia los objetivos y supuestos de investigación e hipótesis. Expresa Torres (2020) el método lógico investiga las leyes generales del funcionamiento y desarrollo de los fenómenos.

3.3.1.3. Método histórico: este método faculto el estudio de la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos de su historia. Según refiere Torres (2020) el método histórico es un método teórico de investigación mediante el cual se estudian las distintas etapas por las que atraviesa un objeto, proceso o fenómeno en su sucesión cronológica desde su surgimiento para conocer su evolución y desarrollo con el propósito de descubrir tendencias.

3.3.1.4. Método inductivo: la inducción permitió realizar el estudio particularizado y analítico de cada uno de los componentes teóricos que permitieron profundizar sobre el estudio de las variables (Rodríguez, Pérez, & Alipio, 2017). Las conclusiones del razonamiento inductivo sólo pueden ser absolutas cuando el grupo a que se refieran sea pequeño o reducido y se cumplan las etapas o pasos para su elaboración: 1) Observación, 2) Formulación de hipótesis, 3) Verificación, 4) Tesis, 5) Ley y 6) Teoría. A través del método inductivo es posible realizar inducciones mediante la observación del grupo control e inferir lo que es típico del grupo entero. Por otro lado, la naturaleza de los fenómenos se puede llegar a conocer mediante dos vías que comprende la investigación y el razonamiento, complementarias a los acontecimientos que por azar ocurran que permite formular una aproximación de la realidad del objeto de estudio.

3.3.2. Métodos empíricos.

La investigación es un proceso sistemático, metodológico y empíricos que se aplica a un fenómeno de estudio en un tiempo determinado. Esta investigación se plantea con un enfoque cuantitativo y, bajo esta perspectiva, el método empírico permite examinar el mundo social para desarrollar una teoría coherente con los datos, de acuerdo con lo que observa, para consolidar creencias, posterior al tratamiento de los datos y establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. Fundamentalmente, este método busca el contacto con la realidad junto a la observación de fenómenos y su análisis estadístico a través de la lógica y la experimentación.

3.3.2.1. Instrumento de Recolección de Datos: El cuestionario utilizado para la presente investigación fue previamente validado por el juicio de expertos en Salud Pública y Atención Primaria de Salud con una experiencia de 5 años a más.

El instrumento validado presenta las siguientes características:

- El cuestionario se fundamenta en información de estudios previos respecto a las variables de estudio considerando una data de publicación de los últimos cinco años lo que le confiere validez científica y pertinencia para el levantamiento de información. A su vez, mide de forma cuantitativa las dimensiones, que resultan de la complejidad y abstracción de las variables para ser estudiadas por sí solas, para después determinar su comportamiento sobre las mismas, el constructo está integrado por 42 reactivos con una escala tipo frecuencia (nunca, casi nunca, ocasionalmente, casi todos los días, todos los días)
- Los reactivos se subdividen en 4 bloques: el primer bloque trata sobre los datos demográficos con preguntas como la edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, cobertura sanitaria, tenencia de la vivienda e interrelación familiar. La segunda escala nos permitirá identificar los factores de riesgo modificables denominados conductuales y los de carácter hereditario en la población de estudio; se incluyen preguntas como el consumo de sustancias nocivas como alcohol y tabaco, patrón alimentario, consumo recomendado de agua, frecuencia de ejercicio físico, la calidad del sueño y el peso y la estatura para determinar el IMC de cada participante y posteriormente clasificar el grado de obesidad o sobrepeso. El tercer bloque está conformado por preguntas concretas relacionadas al mantenimiento o no de un control domiciliario o en una unidad de salud de la Hipertensión Arterial o la Diabetes Mellitus y, por último, el cuarto bloque destinado a identificar el porcentaje de participantes con tratamiento farmacológico o que hayan interrumpido su tratamiento farmacológico para el control de sus patologías.
- La escala para calificación del instrumento es de 100 a 80 puntos se considera muy confiable; 79 a 50 puntos confiables y; de 49 a 0 puntos poco confiable. (Anexo 1).

3.3.2.2. La Encuesta: Para la producción y recogida de información se recurrió como técnica a la encuesta dirigida a la población del recinto San Ignacio que cumplió los criterios de inclusión y exclusión. Se diseñó un cuestionario ordenado sistemáticamente con enunciados sencillos y una escala de frecuencia de fácil comprensión que incluye las variables de estudio. (Anexo 2).

3.3.3. Consideraciones éticas

Previo a la puesta en marcha de la investigación se solicitó la autorización del presidente del Comité Local de Salud del recinto San Ignacio. Se respetaron en todo momento los acuerdos establecidos para la recolección sistemática de la información, se mantuvo total confidencialidad de los datos proporcionados por los participantes que consciente y voluntariamente aceptaron participar en la investigación. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado tras ser debidamente informados de los objetivos y la metodología de estudio. Además, se dejó claro su derecho a abandonar en cualquier momento el estudio. Se tomaron las debidas precauciones para garantizar los derechos de los participantes y los principios éticos, se aclararon las dudas e inquietudes y se explicó que el fin del estudio era netamente investigativo.

3.4. Tratamiento estadístico de la información.

La información obtenida en las encuestas fue codificada para posteriormente procesar la información en el programa estadístico SPSS y comprobar si las hipótesis planteadas tienen o no un grado de relación para el análisis objetivo de las variables planteadas en cada hipótesis.

4. CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de los resultados

4.1. Análisis de la Situación Actual

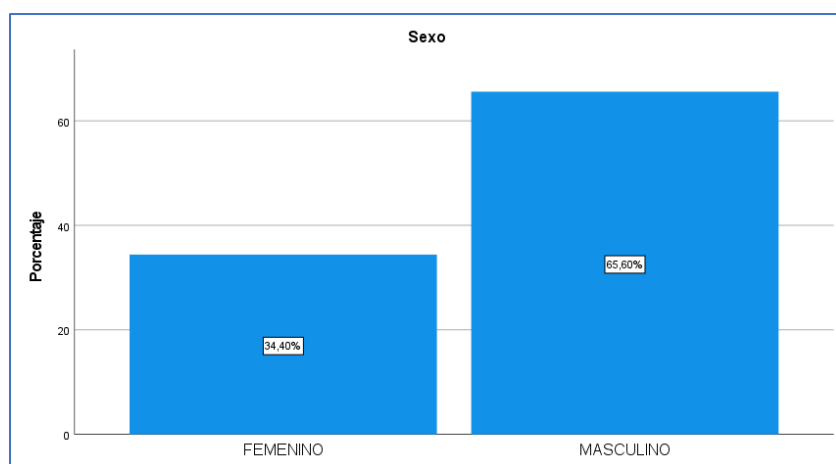
4.1.1. Características generales de la muestra

TABLA 1. Distribución porcentual según sexo.

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	43	34,4	34,4	34,4
	MASCULINO	82	65,6	65,6	100,0
Total		125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 1. Distribución porcentual según sexo.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

En este grupo de estudio pertenecen en un 65,6% (82) al sexo masculino y en un 34,4% (43) al sexo femenino.

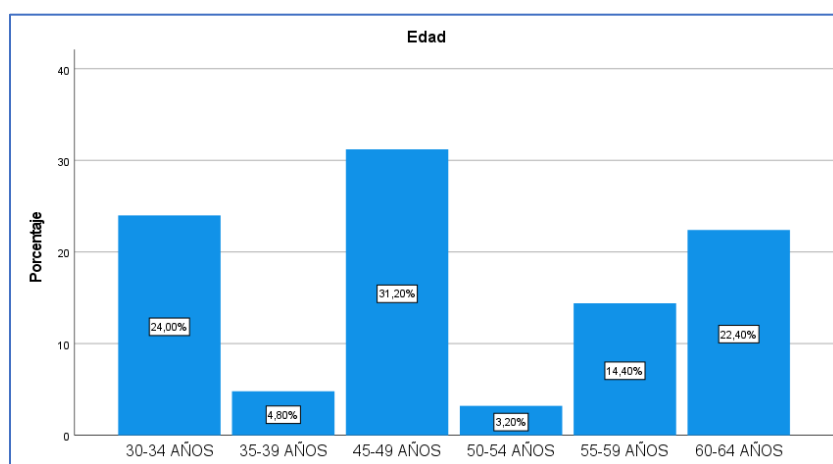
TABLA 2. Distribución porcentual según edad.

Edad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	30-34 AÑOS	30	24,0	24,0	24,0
	35-39 AÑOS	6	4,8	4,8	28,8
	45-49 AÑOS	39	31,2	31,2	60,0
	50-54 AÑOS	4	3,2	3,2	63,2
	55-59 AÑOS	18	14,4	14,4	77,6
	60-64 AÑOS	28	22,4	22,4	100,0
Total		125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 2. Distribución porcentual según edad.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

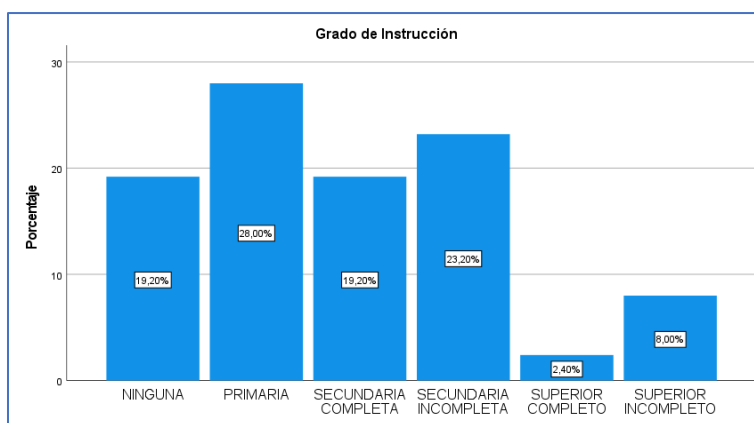
De la población de este grupo investigado el mayor porcentaje corresponde a la edad de 45 a 49 años en un 31,2%, (39) en un 24% (30) al rango de 30 a 40 años, el 22,4% (28) corresponde a la edad de 60 a 64 años, un 14,4% (18) a las personas de 55 a 59 años, en un 4,8% (6) el rango de 35 a 39 años y, por último, en un 3,2% (4) correspondiente a la edad de 50 a 54 años.

TABLA 3. Distribución porcentual según grado de instrucción.

		Grado de Instrucción			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNA	24	19,2	19,2	19,2
	PRIMARIA	35	28,0	28,0	47,2
	SECUNDARIA COMPLETA	24	19,2	19,2	66,4
	SECUNDARIA INCOMPLETA	29	23,2	23,2	89,6
	SUPERIOR COMPLETO	3	2,4	2,4	92,0
	SUPERIOR INCOMPLETO	10	8,0	8,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 3. Distribución porcentual según grado de instrucción.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

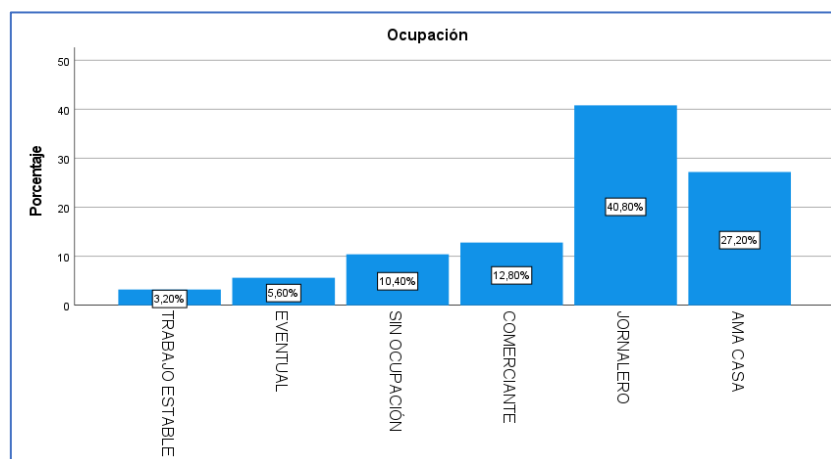
Los encuestados en esta investigación tienen un grado de instrucción de primaria en un 28%, (35) de secundaria incompleta en un 23,2% (29) ninguna y secundaria completa en un 19,2% (24) superior incompleto en un 8% (10) y, por último, en un 2,4% (3) superior completo.

TABLA 4. Distribución porcentual según ocupación.

		Ocupación		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	TRABAJO ESTABLE	4	3,2	3,2	3,2
	EVENTUAL	7	5,6	5,6	8,8
	SIN OCUPACIÓN	13	10,4	10,4	19,2
	COMERCIANTE	16	12,8	12,8	32,0
	JORNALERO	51	40,8	40,8	72,8
	AMA CASA	34	27,2	27,2	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 4. Distribución porcentual según ocupación.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

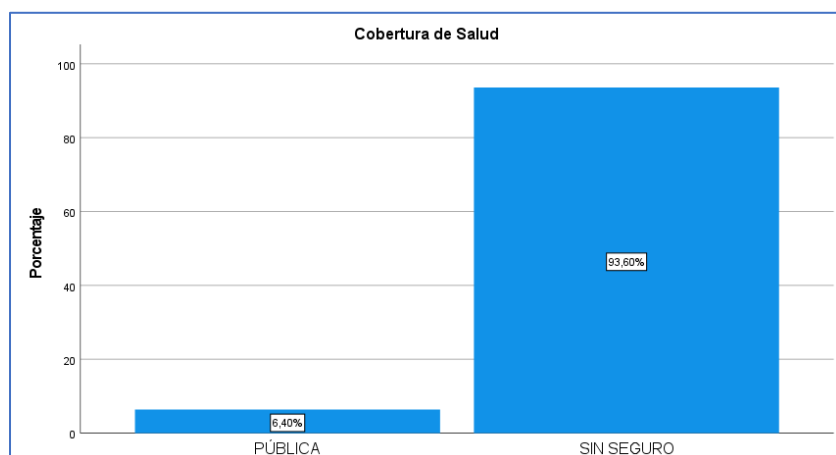
La ocupación de este grupo de estudio se distribuye en un mayor porcentaje para la actividad de jornalero en el 40,8% (51) de los participantes, el 27,2% (34) se ocupa de las labores domésticas, el 12,8% (16) comerciantes, el 10,4% (13) no tiene ocupación, el 5,6 % (7) trabajan de manera eventual, y, por último, el 3,2% (3) mantiene un trabajo estable.

TABLA 5. Distribución porcentual según cobertura de Salud.

		Cobertura de Salud			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	PÚBLICA	8	6,4	6,4	6,4
	SIN SEGURO	117	93,6	93,6	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 5. Distribución porcentual según cobertura de Salud.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

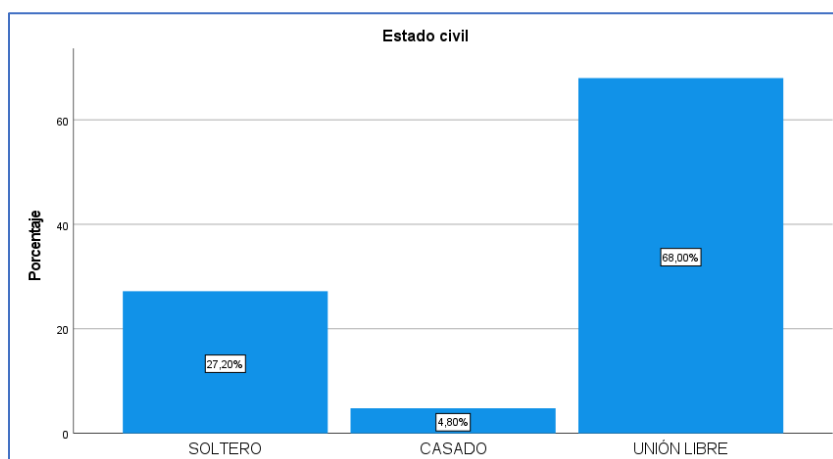
El 93.6 % (117) de la población de estudio no cuenta con seguro de salud, lo cual concuerda con un escaso porcentaje de participantes que laboran bajo relación de dependencia. Por otro lado, el 6,4% (8) cuenta con un seguro que le permite recibir atención médica en instituciones pertenecientes a la Red Pública de Salud.

TABLA 6. Distribución porcentual según estado civil.

		Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERO	34	27,2	27,2	27,2
	CASADO	6	4,8	4,8	32,0
	UNIÓN LIBRE	85	68,0	68,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 6. Distribución porcentual según estado civil.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

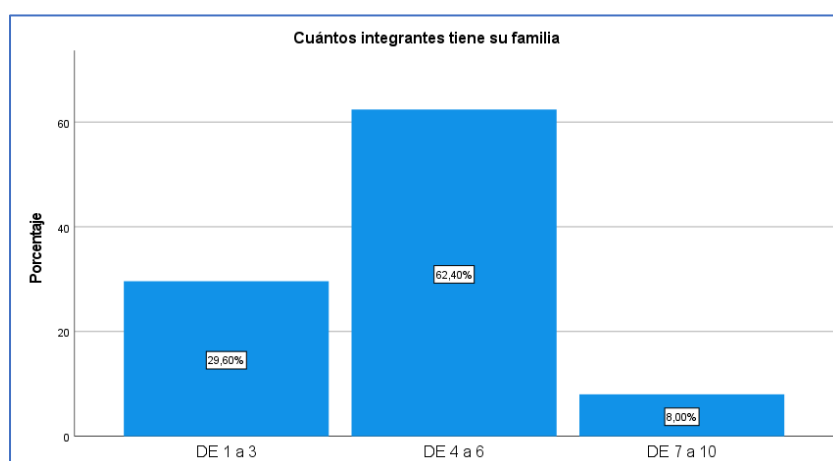
El estado civil que predomina en este grupo es la unión libre en un 68,0% (85), en un 27,2% (34) son solteros y, por último, en un 4,8 % (6) casados.

TABLA 7. Distribución porcentual según integrantes de la familia.

		Cuántos integrantes tiene su familia			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	DE 1 a 3	37	29,6	29,6	29,6
	DE 4 a 6	78	62,4	62,4	92,0
	DE 7 a 10	10	8,0	8,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 7. Distribución porcentual según integrantes de la familia.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

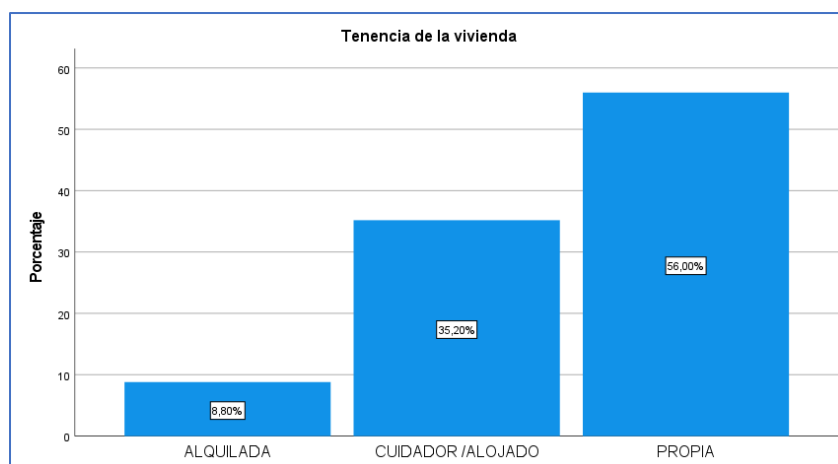
En un 62,4% (78) las familias están constituidas por 4 a 6 miembros, en un 29,6% (37) de 1 a 3 integrantes y, por último, en un 8% (10) de 7 a 10 personas en cada familia.

TABLA 8. Distribución porcentual según tenencia de familia.

		Tenencia de la vivienda			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALQUILADA	11	8,8	8,8	8,8
	CUIDADOR /ALOJADO	44	35,2	35,2	44,0
	PROPIA	70	56,0	56,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 8. Distribución porcentual según tenencia de familia.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

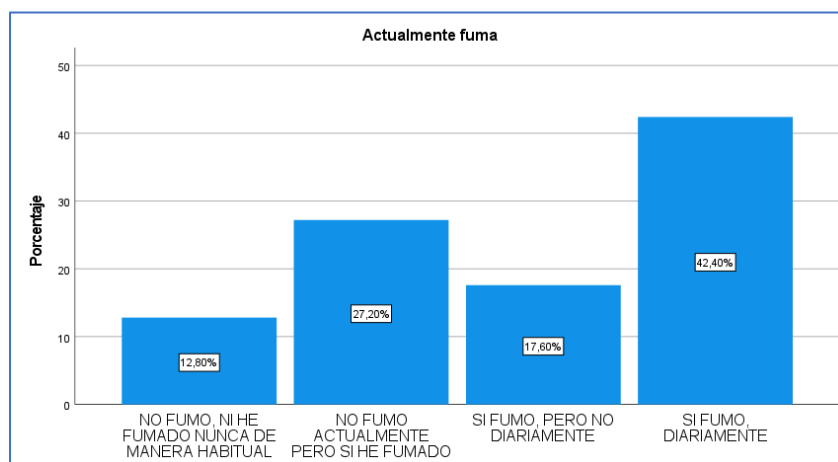
En un 56% (70) la población de estudio vive en un domicilio de tenencia propia, es un cuidador en el 35,2% (44) de los casos y viven en vivienda alquilada en un 8,8% (11).

TABLA 9. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Actualmente fuma.

		Actualmente fuma			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO FUMO, NI HE FUMADO NUNCA DE MANERA HABITUAL	16	12,8	12,8	12,8
	NO FUMO ACTUALMENTE, PERO SI HE FUMADO	34	27,2	27,2	40,0
	SI FUMO, PERO NO DIARIAMENTE	22	17,6	17,6	57,6
	SI FUMO, DIARIAMENTE	53	42,4	42,4	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 9. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Actualmente fuma.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

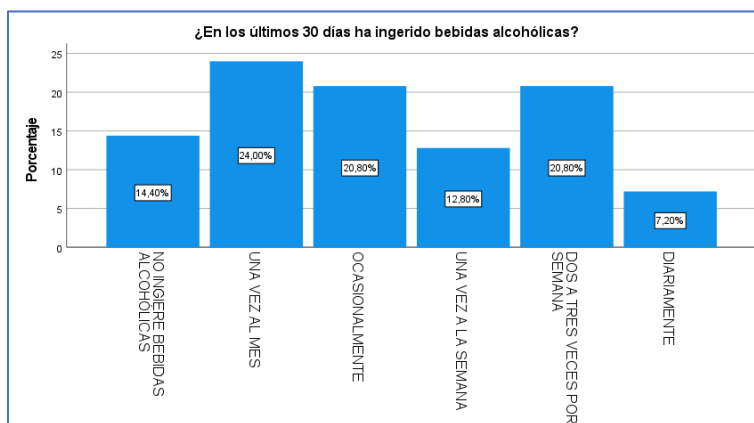
El hábito de fumar en las personas de este grupo de estudio refleja que si fuman diariamente en un 42,4% (53) no fuman actualmente, pero si han fumado en un 27,2% (34), si fuman, pero no diariamente en un 17,6% (22) y un 12,8% (16) no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual.

TABLA 10. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: ¿En los últimos 30 días ha ingerido bebidas alcohólicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	18	14,4	14,4	14,4
	UNA VEZ AL MES	30	24,0	24,0	38,4
	OCASIONALMENTE	26	20,8	20,8	59,2
	UNA VEZ A LA SEMANA	16	12,8	12,8	72,0
	DOS A TRES VECES POR SEMANA	26	20,8	20,8	92,8
	DIARIAMENTE	9	7,2	7,2	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 10. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: ¿En los últimos 30 días ha ingerido bebidas alcohólicas?



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

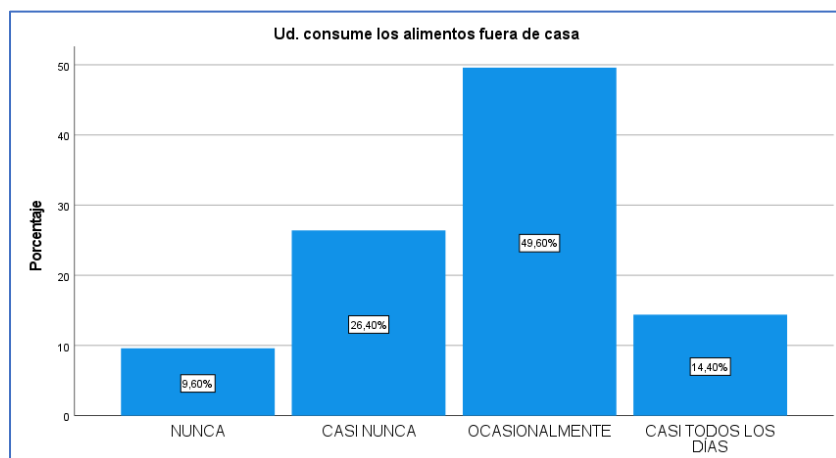
En relación a la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas se evidencia que en un 24% (30) ha tomado en los últimos 30 días al menos una vez al mes, de manera ocasional y en una frecuencia de dos a tres veces por semana un 20,8% (26), el 14,4% (18) no ingiere bebidas alcohólicas, el 12,8% (16) ingiere bebidas alcohólicas una vez a la semana y por último un 7,20% (9) toma diariamente.

TABLA 11. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. consume los alimentos fuera de casa.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	12	9,6	9,6	9,6
	CASI NUNCA	33	26,4	26,4	36,0
	OCASIONALMENTE	62	49,6	49,6	85,6
	CASI TODOS LOS DÍAS	18	14,4	14,4	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 11. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. consume los alimentos fuera de casa.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

En el hábito de consumir los tiempos de comida fuera de casa se observa en el 49,6% (62) de los casos, en un 26,4% (33) casi nunca se alimenta fuera de casa y, en un 14,4% (18) casi todos los días tiene esta conducta alimenticia de riesgo, y el 9,6% (12) nunca consume los alimentos fuera de casa.

TABLA 12. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo.

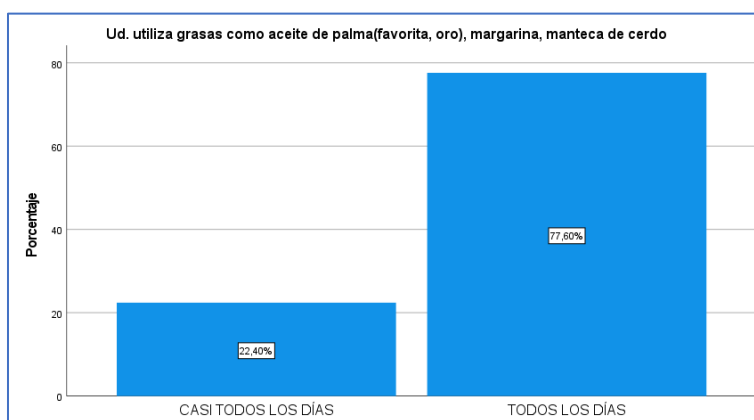
Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASI TODOS LOS DÍAS	28	22,4	22,4	22,4
	TODOS LOS DÍAS	97	77,6	77,6	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023

Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 12. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

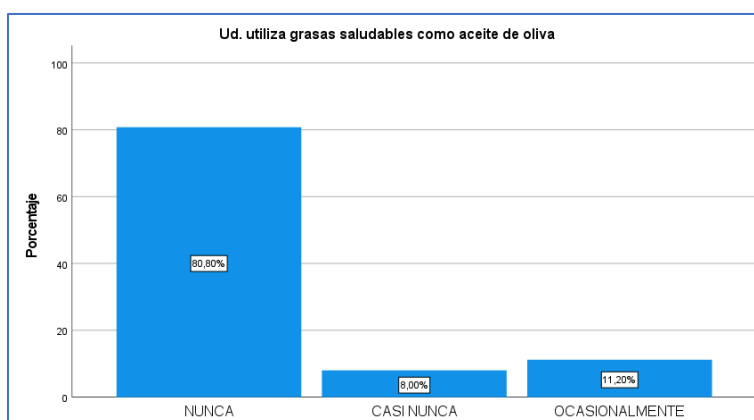
El hábito de consumir grasa saturada se observa en un 77,6% (97) del total de la población estudiada, y en un 22,4% (28) casi todos los días consume aceites hidrogenados.

TABLA 13. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	101	80,8	80,8	80,8
	CASI NUNCA	10	8,0	8,0	88,8
	OCASIONALMENTE	14	11,2	11,2	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 13. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

Se observa que el 80,8% (101) de los casos nunca consume aceite de oliva y que ocasionalmente un 11,2% (14) lo consume y un 8% (10) casi nunca lo consume.

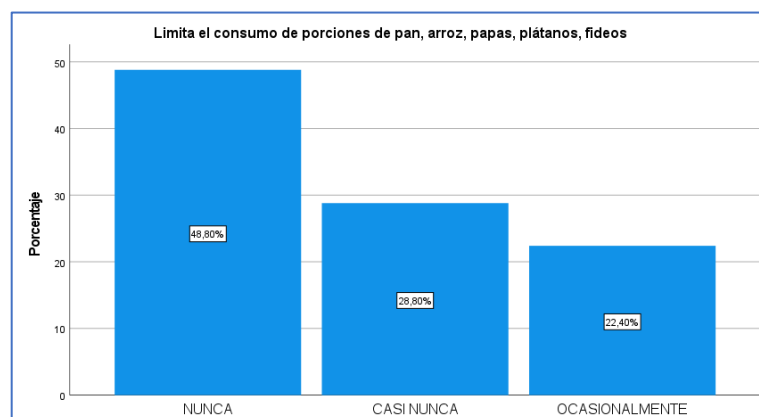
TABLA 14. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos.

Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	61	48,8	48,8	48,8
	CASI NUNCA	36	28,8	28,8	77,6
	OCASIONALMENTE	28	22,4	22,4	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 14. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

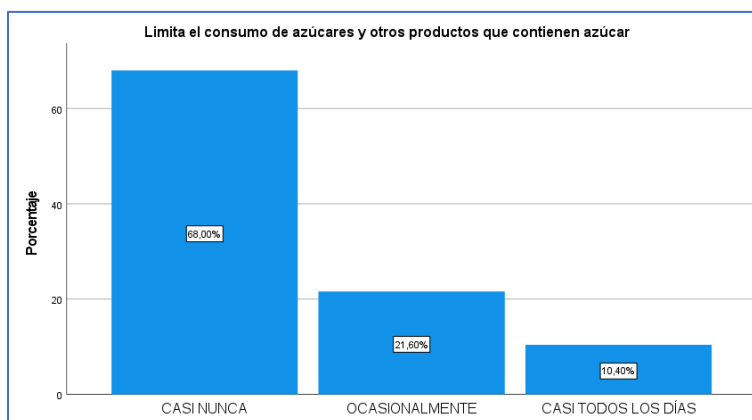
No limita el consumo de carbohidratos el 48,8% (61) de la población de estudio y solo el 22,4% (28) lo limita de manera ocasional.

TABLA 15. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar.

Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASI NUNCA	85	68,0	68,0	68,0
	OCASIONALMENTE	27	21,6	21,6	89,6
	CASI TODOS LOS DÍAS	13	10,4	10,4	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 15. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

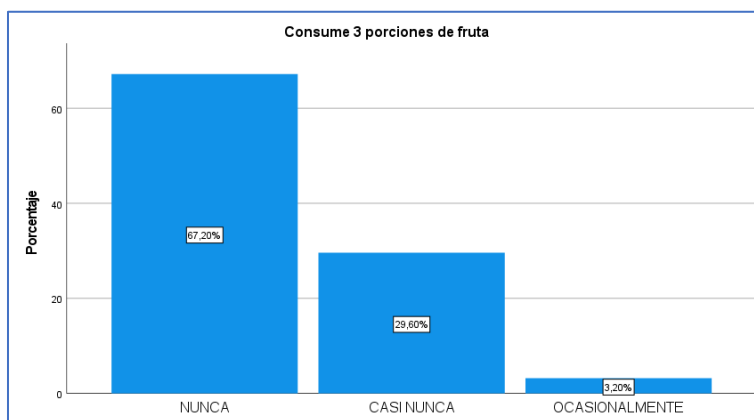
En cuanto al consumo de azúcar y productos derivados del azúcar se observa que el 68,0 % (85) casi nunca limita su consumo, el 21,6% (27) lo limita ocasionalmente y el 10,4% (13) limita su consumo casi todos los días.

TABLA 16. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume 3 porciones de fruta

		Consumo 3 porciones de fruta			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	NUNCA	84	67,2	67,2	67,2
	CASI NUNCA	37	29,6	29,6	96,8
	OCASIONALMENTE	4	3,2	3,2	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 16. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume 3 porciones de fruta



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

En el hábito relacionado al consumo de frutas, se observa que el 67,2% (84) de los participantes nunca consume tres porciones al día, el 29,6% (37) casi nunca y ocasionalmente las consumen en un 3,2% (4).

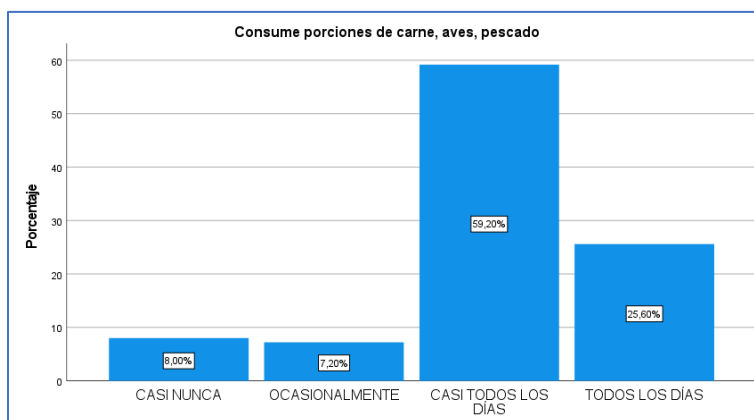
TABLA 17. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume porciones de carne, aves, pescado.

Consume porciones de carne, aves, pescado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASI NUNCA	10	8,0	8,0	8,0
	OCASIONALMENTE	9	7,2	7,2	15,2
	CASI TODOS LOS DÍAS	74	59,2	59,2	74,4
	TODOS LOS DÍAS	32	25,6	25,6	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 17. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume porciones de carne, aves, pescado.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

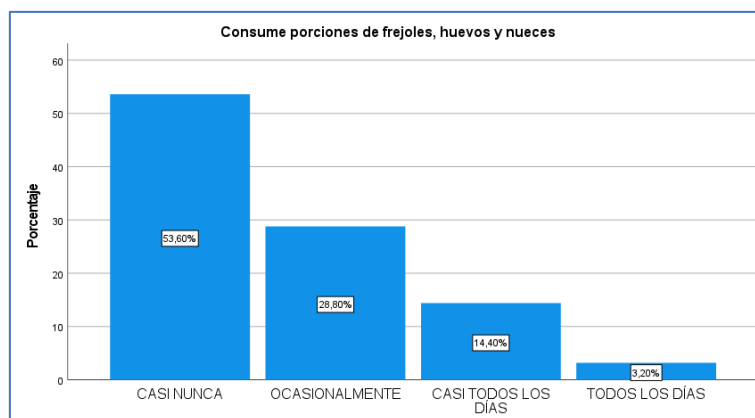
El hábito relacionado al consumo de proteína de origen animal, en las personas de este grupo de estudio se observa que, las consumen casi todos los días en un 59,2% (74), todos los días en un 25,6% (32), ocasionalmente las consumen en un 7,2% (9) y casi nunca en un 8% (10).

TABLA 18. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume porciones de frejoles, huevos y nueces.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASI NUNCA	67	53,6	53,6	53,6
	OCASIONALMENTE	36	28,8	28,8	82,4
	CASI TODOS LOS DÍAS	18	14,4	14,4	96,8
	TODOS LOS DÍAS	4	3,2	3,2	100,0
Total		125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 18. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume porciones de frejoles, huevos y nueces.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

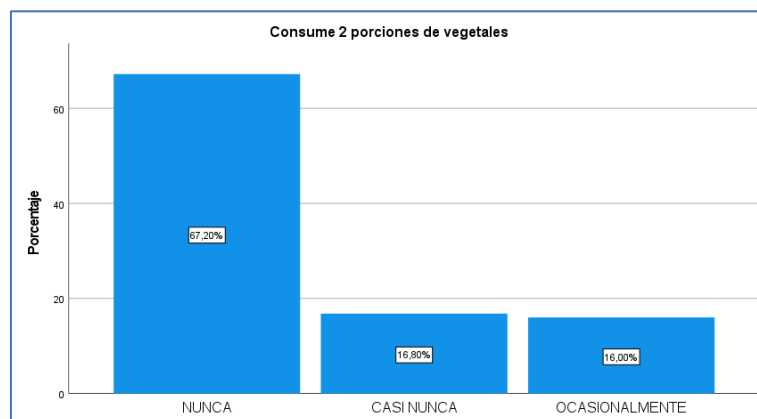
El hábito relacionado al consumo de proteína de origen vegetal y alimentos abundantes en micronutrientes se observa que casi nunca las consumen en un 53,6% (67), ocasionalmente las consumen en un 28,8% (36), casi todos los días en un 14,4%, % (18) y todos los días en un 3,2% (4).

TABLA 19. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume 2 porciones de vegetales.

Consume 2 porciones de vegetales					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	84	67,2	67,2	67,2
	CASI NUNCA	21	16,8	16,8	84,0
	OCASIONALMENTE	20	16,0	16,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 19. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume 2 porciones de vegetales.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

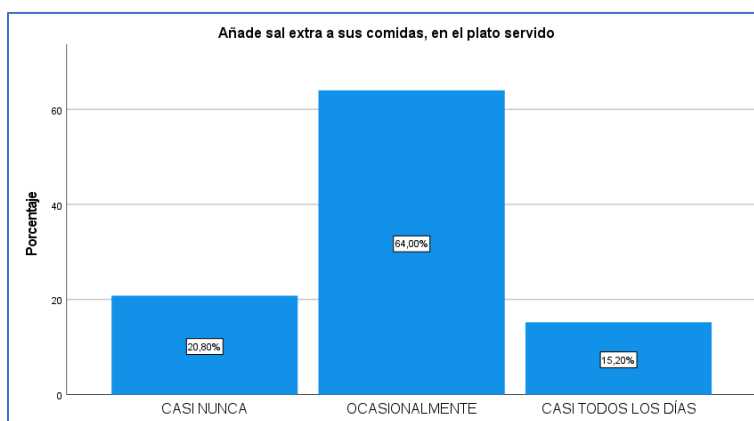
El hábito relacionado al consumo de vegetales en población de estudio se observa que, nunca consumen dos porciones de ensalada al día en un 67,2% (84), casi nunca en un 16,8% (21) y ocasionalmente las consumen en un 16% (20).

TABLA 20. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASI NUNCA	26	20,8	20,8	20,8
	OCASIONALMENTE	80	64,0	64,0	84,8
	CASI TODOS LOS DÍAS	19	15,2	15,2	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 20. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

El hábito relacionado al uso de sal extra en el plato servido se observa que, ocasionalmente en un 64% (80) la añaden, casi nunca en un 20,8% (26) y casi todos los días en un 15,2 % (19).

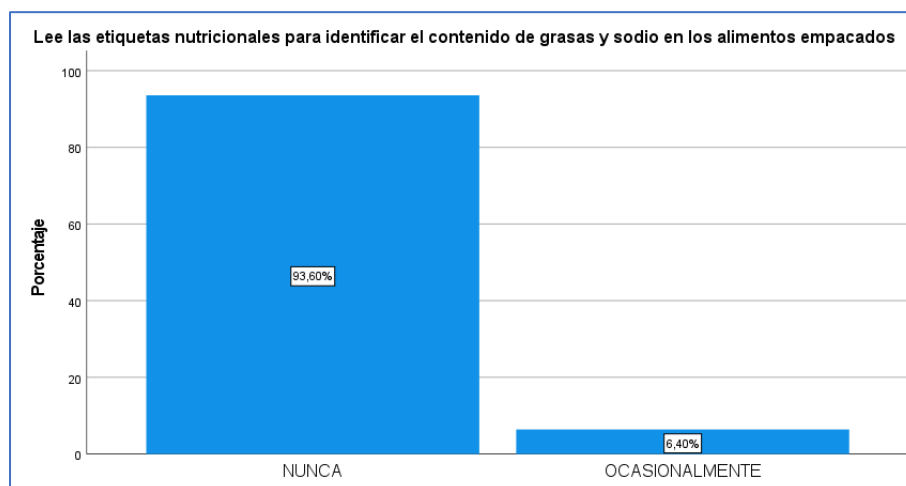
TABLA 21. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Lee las etiquetas nutricionales para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.

Lee las etiquetas nutricionales para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	117	93,6	93,6	93,6
	OCASIONALMENTE	8	6,4	6,4	100,0
Total		125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 21. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Lee las etiquetas nutricionales para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

El hábito relacionado a la lectura de las etiquetas nutricionales para identificar el porcentaje de grasas, sodio y azúcar se observa que el 93,6% (117) no tiene este comportamiento y ocasionalmente lo lee el 6,4% (8) de la población de estudio.

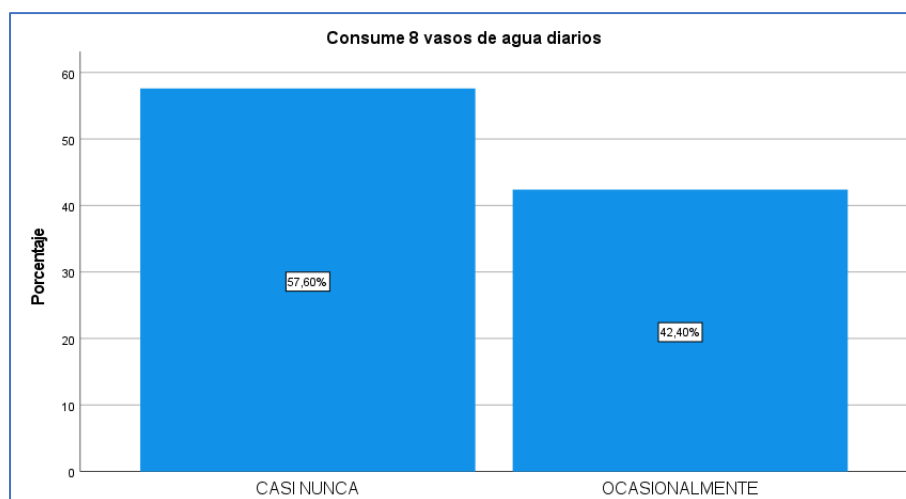
TABLA 22. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume 8 vasos de agua diarios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASI NUNCA	72	57,6	57,6	57,6
	OCASIONALMENTE	53	42,4	42,4	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 22. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Consume 8 vasos de agua diarios.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

El hábito relacionado al consumo recomendado de agua al día se observa en el 57,6% (72) del grupo de estudio y de manera ocasional en un 42,4% (53).

TABLA 23. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Sigue un programa de ejercicios planificados.

Sigue un programa de ejercicios físicos planificados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NUNCA	125	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 23. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Sigue un programa de ejercicios planificados.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

El 100 % (125) de la población que conforma el estudio nunca ha seguido un programa de ejercicios planificados.

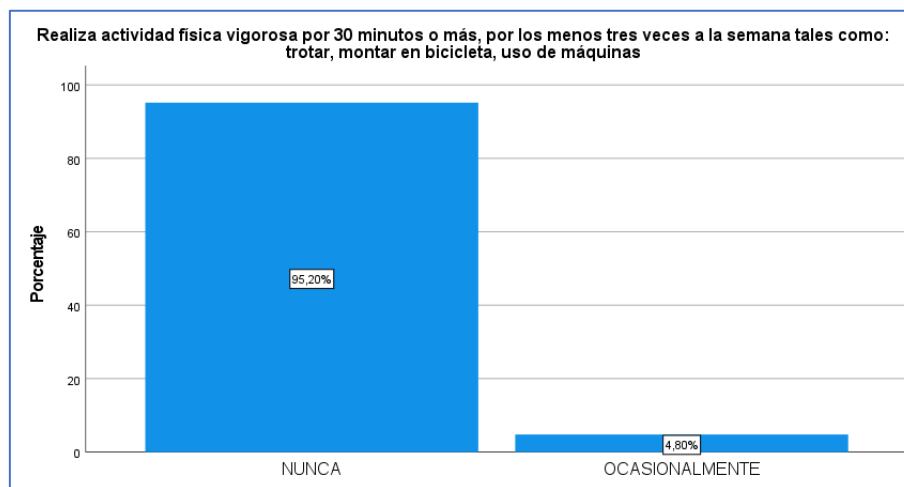
TABLA 24. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas.

Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	119	95,2	95,2	95,2
	OCASIONALMENTE	6	4,8	4,8	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 24. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

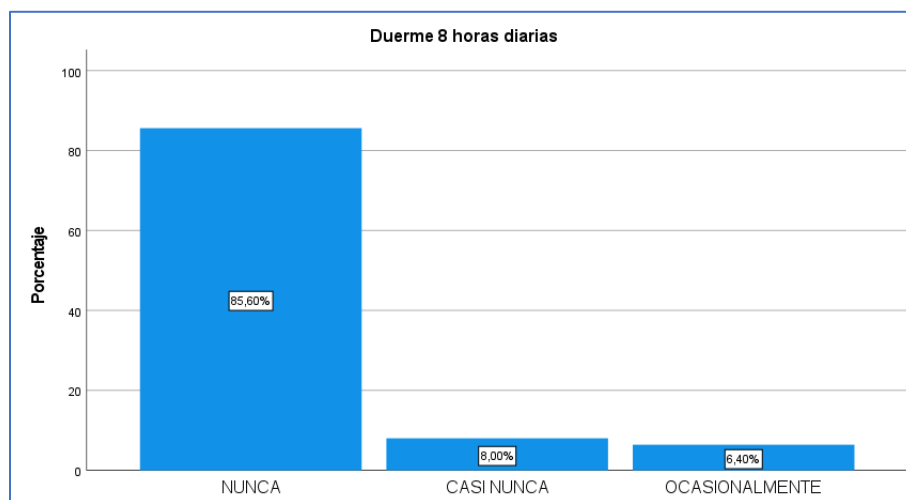
De los 125 encuestados, el 95,2% (119) nunca ha realizado ejercicios vigorosos en una frecuencia de tres veces por semana y ocasionalmente los han realizado en un 4,8% (6).

TABLA 25. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Duerme 8 horas diarias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	107	85,6	85,6	85,6
	CASI NUNCA	10	8,0	8,0	93,6
	OCASIONALMENTE	8	6,4	6,4	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 25. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Duerme 8 horas diarias.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

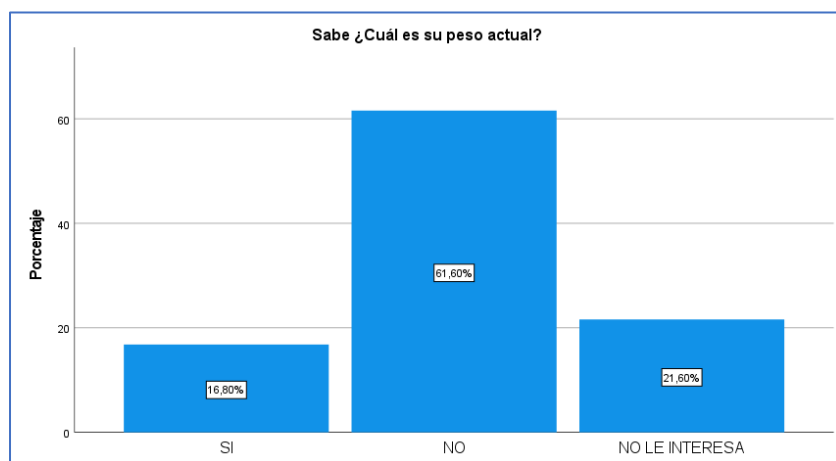
De los 125 encuestados el 85,6% (107) nunca duerme 8 horas diarias, un 8,0 % (10) casi nunca y ocasionalmente duermen lo adecuado un 6,4% (8).

TABLA 26. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Sabe ¿Cuál es su peso actual?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	21	16,8	16,8	16,8
	NO	77	61,6	61,6	78,4
	NO LE INTERESA	27	21,6	21,6	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 26. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Sabe ¿Conoce es su peso actual?



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

En relación al interés de las personas para conocer su peso actual, los resultados evidencian que el 61,6% (77) no conoce su peso, al 21,6% (27) no le interesa y tan solo el 16,8% (21) lo conoce. Razón por la cual, el día de la encuesta se realizó la toma de peso y talla de cada habitante seleccionado para el estudio

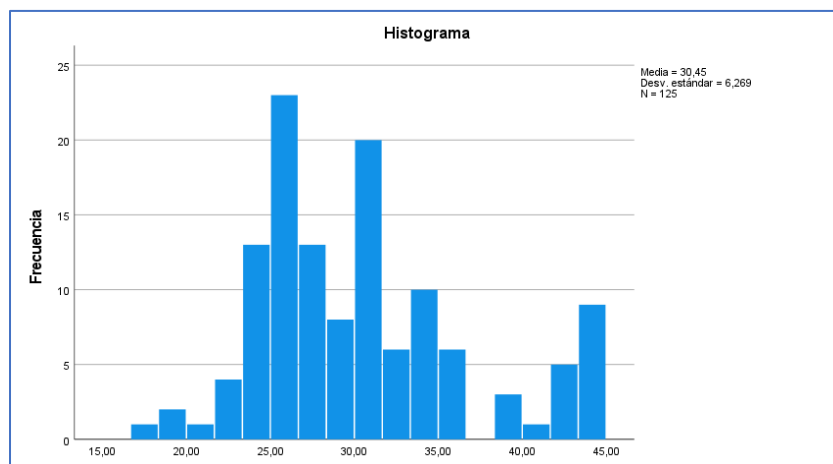
TABLA 27. Prevalencia del Índice de Masa Corporal.

IMC
Estadísticos

IMC		
N	Válido	125
	Perdidos	0
Media		30,4526
Mediana		29,7400
Moda		30,76
Mínimo		18,00
Máximo		44,79

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 27. Prevalencia del Índice de Masa Corporal.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

Al calcular el índice de masa corporal de los 125 encuestados, se observa que la media se encuentra en 30,4 Kg/Talla m² que corresponde a Obesidad Grado I. La mediana se encuentra en los valores de 29,7 Kg/Talla m² que corresponde a sobrepeso. Los valores mínimos son de 18 Kg/Talla m² de peso normal y los valores máximos son de 44,7 Kg/Talla m² corresponden a Obesidad grado III.

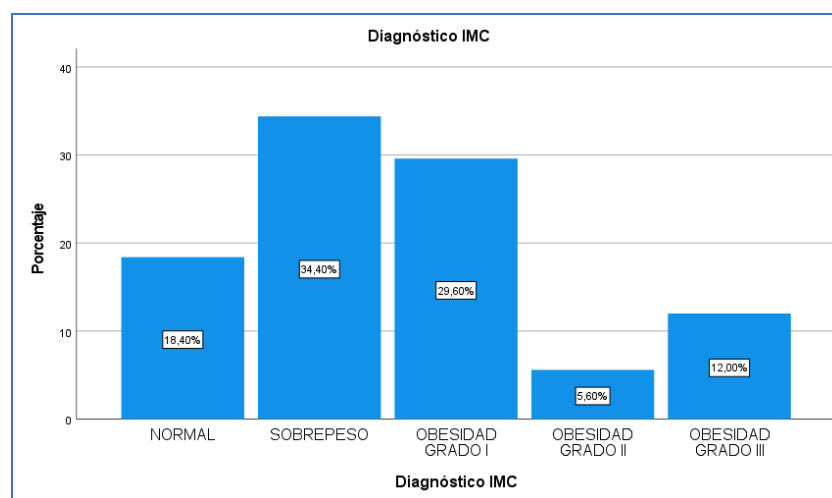
TABLA 28. Diagnóstico del Índice de Masa corporal.

Diagnóstico IMC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NORMAL	23	18,4	18,4	18,4
	SOBREPESO	43	34,4	34,4	52,8
	OBESIDAD GRADO I	37	29,6	29,6	82,4
	OBESIDAD GRADO II	7	5,6	5,6	88,0
	OBESIDAD GRADO III	15	12,0	12,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 28. Diagnóstico del Índice de Masa corporal.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

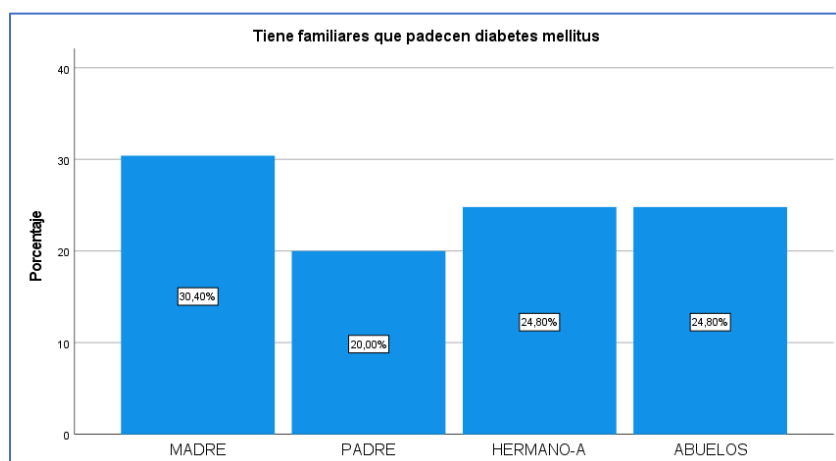
El diagnóstico con base al índice de masa corporal, en este grupo de estudio corresponde al 34,4% (43) de personas con Obesidad Grado I, al 29,6% (37) con sobrepeso, al 18,4% (23) con peso normal, en un 12% (15) presentaron Obesidad Grado II y en un 5,6 (7) Obesidad Grado III.

TABLA 29. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Tiene familiares que padecen diabetes mellitus.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MADRE	38	30,4	30,4	30,4
	PADRE	25	20,0	20,0	50,4
	HERMANO-A	31	24,8	24,8	75,2
	ABUELOS	31	24,8	24,8	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 29. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Tiene familiares que padecen diabetes mellitus.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

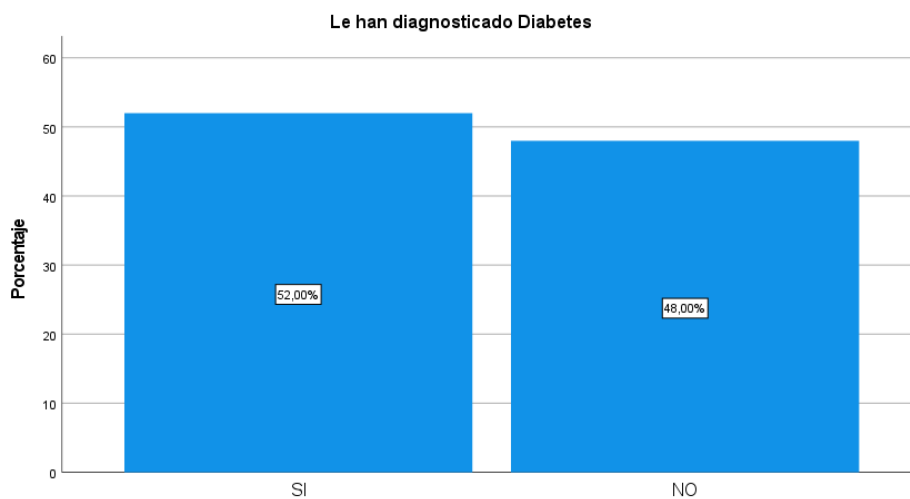
Todos los habitantes de este grupo tienen antecedentes familiares de Diabetes Mellitus, así tenemos que, la madre ha presentado la enfermedad en un 30,40% (38), el hermano o hermana en un 24,8% (31) y los abuelos en un 24,8% (31) y el padre en un 20% (25).

TABLA 30. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Le han diagnosticado Diabetes

		Le han diagnosticado Diabetes			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	65	52,0	52,0	52,0
	NO	60	48,0	48,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 30. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Le han diagnosticado Diabetes.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

Fueron diagnosticados de Diabetes en este grupo de habitantes, en un 52 % (65) y no tienen la enfermedad un 48% (60).

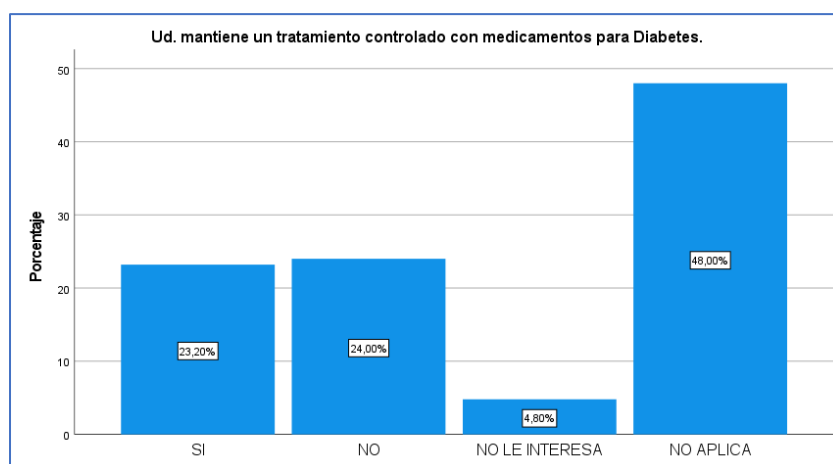
TABLA 31. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para Diabetes.

Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para Diabetes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	29	23,2	23,2	23,2
	NO	30	24,0	24,0	47,2
	NO LE INTERESA	6	4,8	4,8	52,0
	NO APLICA	60	48,0	48,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 31. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para Diabetes.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

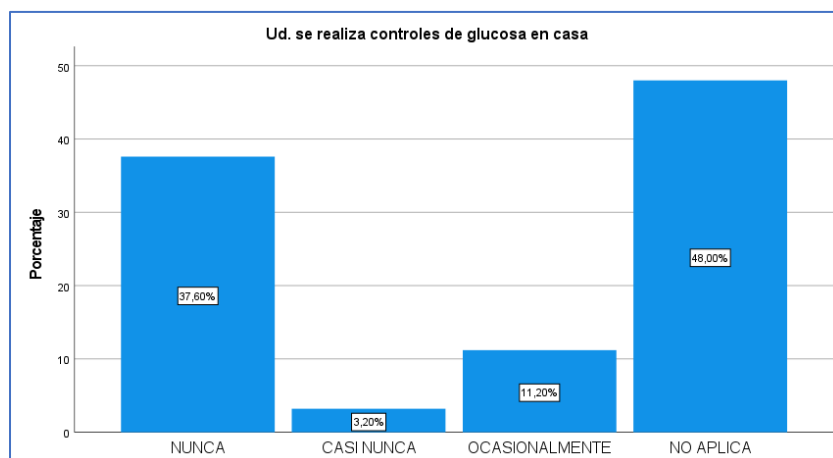
De las personas encuestadas, el 23,2% (29) mantienen un control farmacológico adecuado para la diabetes y no siguen un tratamiento el 24,0% (30) de los casos con diagnóstico de diabetes y no le interesa un tratamiento médico en un 4,8% (6) y no aplica en un 48% (60) porque no padecen de diabetes.

TABLA 32. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se realiza controles de glucosa en casa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	47	37,6	37,6	37,6
	CASI NUNCA	4	3,2	3,2	40,8
	OCASIONALMENTE	14	11,2	11,2	52,0
	NO APLICA	60	48,0	48,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 32. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se realiza controles de glucosa en casa



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

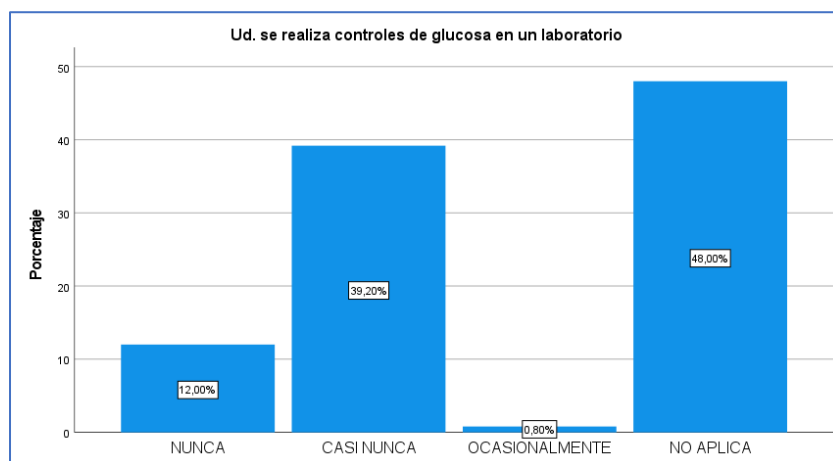
De las personas encuestadas el 37,6 % (47) nunca se realizan un control de glucosa en casa, ocasionalmente lo realiza el 11,2% (14), casi nunca en un 3,2% (4) y no aplica en un 48% (60) porque no padecen de diabetes.

TABLA 33. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se realiza controles de glucosa en un laboratorio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	15	12,0	12,0	12,0
	CASI NUNCA	49	39,2	39,2	51,2
	OCASIONALMENTE	1	,8	,8	52,0
	NO APLICA	60	48,0	48,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 33. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se realiza controles de glucosa en un laboratorio



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De las personas encuestadas el 39,2 % (49) casi nunca se realiza el control de la glucosa en un laboratorio, nunca en un 12% (15), ocasionalmente en un 0,8% (1) y no aplica en un 8% (60) porque no padecen de diabetes.

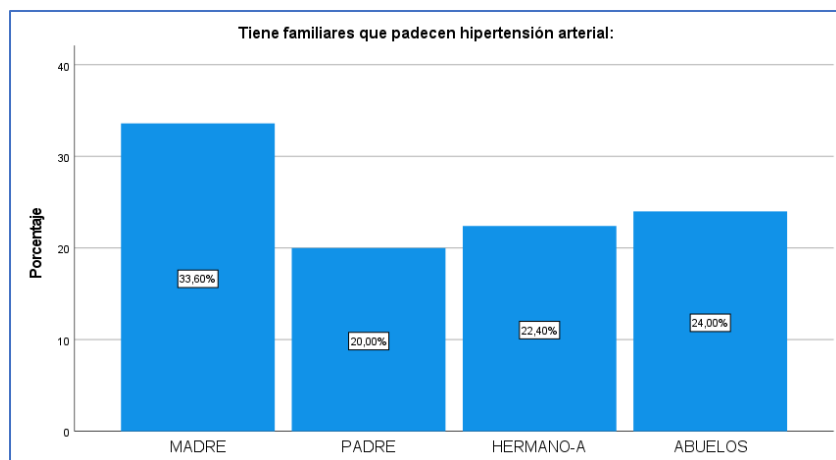
TABLA 34. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Tiene familiares que padecen hipertensión arterial.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MADRE	42	33,6	33,6	33,6
	PADRE	25	20,0	20,0	53,6
	HERMANO-A	28	22,4	22,4	76,0
	ABUELOS	30	24,0	24,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 34. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Tiene familiares que padecen hipertensión arterial.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

Este grupo de estudio tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial, así tenemos que, la madre padeció de esta enfermedad en un 33,6% (42), los abuelos en un 24% (30) el hermano o hermana en un 22,4% (28) y el padre en un 20% (25).

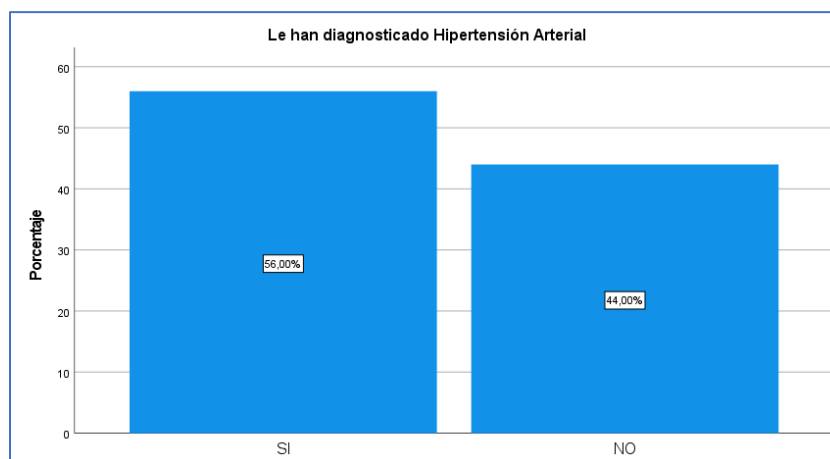
TABLA 35. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Le han diagnosticado Hipertensión arterial.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	60	56,0	56,0	56,0
	NO	65	44,0	44,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 35. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Le han diagnosticado Hipertensión arterial.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

Este grupo de estudio padece de hipertensión arterial en un 56 % (60) y no padecen esta enfermedad en un 44 % (65).

TABLA 36. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para la Hipertensión Arterial.

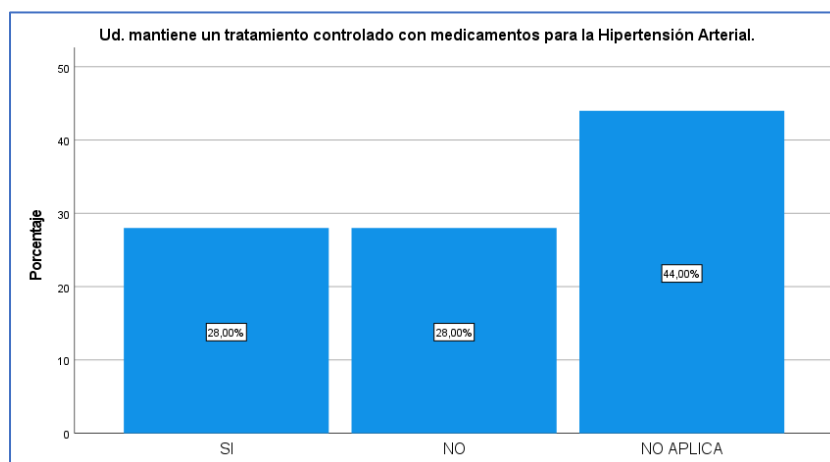
Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para la Hipertensión Arterial.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	25	18,0	18,0	18,0
	NO	35	28,0	28,0	56,0
	NO APLICA	65	44,0	44,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 36. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para la Hipertensión Arterial.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

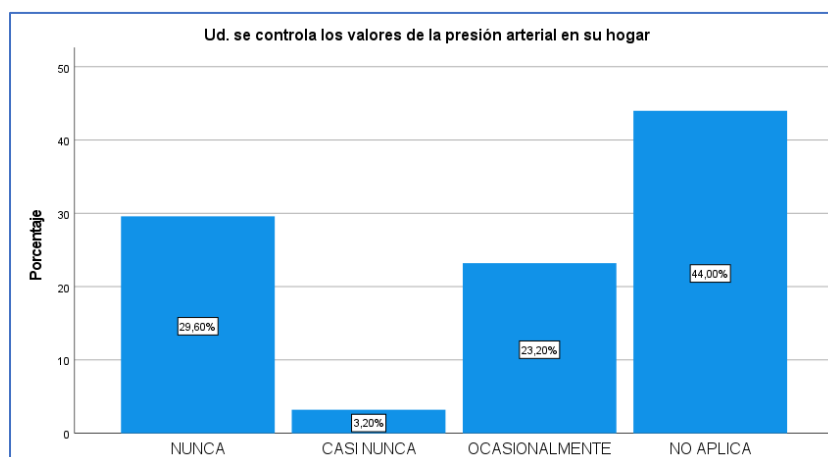
De las personas encuestadas en este grupo, mantienen un tratamiento controlado con medicamentos para Hipertensión en un 28 % (35), no siguen un tratamiento en un 28 % (35), y no aplica en un 44% (65) porque no padecen de hipertensión arterial.

TABLA 37. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se controla los valores de la presión arterial en su hogar.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	37	29,6	29,6	29,6
	CASI NUNCA	4	3,2	3,2	32,8
	OCASIONALMENTE	19	23,2	23,2	56,0
	NO APLICA	65	44,0	44,0	100,0
Total		125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 37. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se controla los valores de la presión arterial en su hogar.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

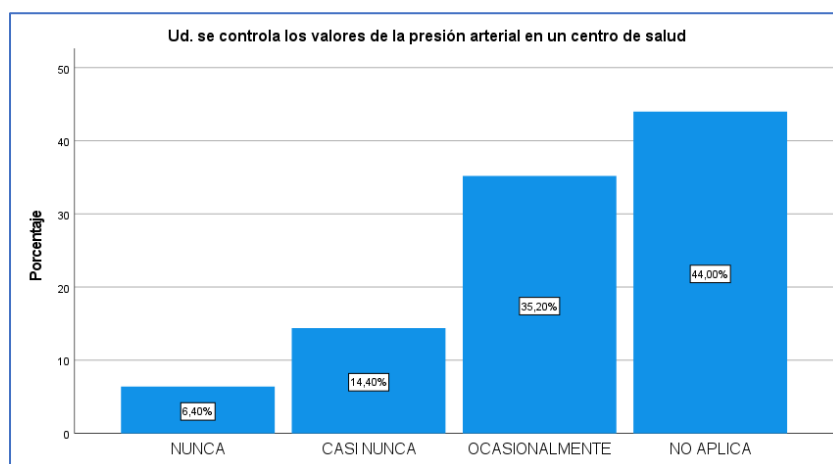
De las personas encuestadas, no controlan nunca los valores de presión arterial en el hogar en un 29,6% (37), ocasionalmente en un 23,2% (19), casi nunca en un 3,2% (4) y no aplica en un 44% (65) porque no padecen de hipertensión arterial.

TABLA 38. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se controla los valores de la presión arterial en el centro de salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	8	6,4	6,4	6,4
	CASI NUNCA	18	14,4	14,4	20,8
	OCASIONALMENTE	34	35,2	35,2	56,0
	NO APLICA	65	44,0	44,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 38. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Ud. se controla los valores de la presión arterial en el centro de salud.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De las personas encuestadas en este grupo, controlan ocasionalmente los valores de presión arterial en el centro de salud, en un 35,2% (34), casi nunca en un 14,4 % (18), nunca en un 6,4% (8) y no aplica en un 44% (65) porque no padecen de hipertensión arterial.

TABLA 39. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Asiste a programas educacionales para el cuidado de su salud.

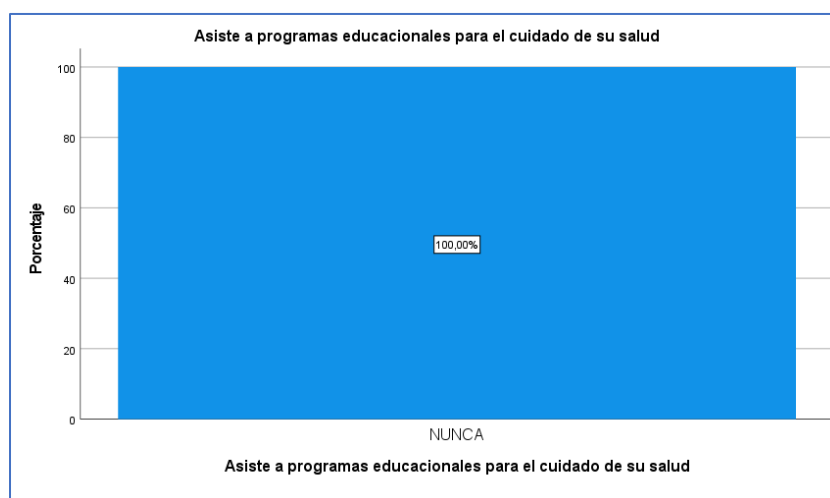
Asiste a programas educacionales para el cuidado de su salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	125	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

GRÁFICO 39. Distribución porcentual según la pregunta de la encuesta: Asiste a programas educacionales para el cuidado de su salud.



Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

El 100% (125) de los habitantes del recinto San Ignacio nunca han asistido a programas educacionales para el cuidado de salud.

4.1.2. Análisis bivariado.

TABLA 40. Relación según el sexo con le han diagnosticado Diabetes Mellitus Tipo II.

Tabla cruzada Sexo* Le han diagnosticado Diabetes Mellitus Tipo II.

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Sexo	FEMENINO	23	20	43
	MASCULINO	42	40	82
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

En este grupo de estudio, el sexo masculino es el que padece diabetes mellitus tipo II en mayor número representado por 64,6 % (42) y de 35,3 % (23) diagnósticos para el grupo de mujeres.

TABLA 41. Relación según el sexo con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada Sexo*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Sexo	FEMENINO	21	22	43
	MASCULINO	39	33	82
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

En este grupo de estudio, el sexo masculino es el que padece hipertensión arterial en mayor número que el sexo femenino, así tenemos que el 65 % (39) hombres padecen de hipertensión arterial y el 35 % (21) corresponde al sexo femenino.

TABLA 42. Relación según la edad con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.

Tabla cruzada Edad*Le han diagnosticado Diabetes Mellitus Tipo II.

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Edad	30-34 AÑOS	17	13	30
	35-39 AÑOS	3	3	6
	40-49 AÑOS	22	17	39
	50-54 AÑOS	0	4	4
	55-59 AÑOS	10	8	18
	60-64 AÑOS	13	15	28
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

La edad de diagnóstico de mayor frecuencia se encuentra en los rangos de 45 a 49 años que corresponde al 33, 8 % (22) del total de la población con diagnóstico de diabetes mellitus.

TABLA 43. Relación según la edad con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada Edad*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Edad	30-34 AÑOS	6	14	30
	35-39 AÑOS	3	3	6
	45-49 AÑOS	21	18	39
	50-54 AÑOS	4	0	4
	55-59 AÑOS	9	9	18
	60-64 AÑOS	17	11	28
Total		60	65	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

La edad de diagnóstico de mayor frecuencia en pacientes con hipertensión se encuentre entre los 45 a 49 años que corresponde al 35 % (21) de la población estudiada seguido del 28,3 % (17) entre los 60 a 65 años.

TABLA 44. Relación según la pregunta de la encuesta: Actualmente fuma con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.

Tabla cruzada Actualmente fuma*Le han diagnosticado Diabetes

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Actualmente fuma	NO FUMO, NI HE FUMADO NUNCA DE MANERA HABITUAL	11	5	16
	NO FUMO ACTUALMENTE, PERO SI HE FUMADO	13	21	34
	SI FUMO, PERO NO DIARIAMENTE	10	12	22
	SI FUMO, DIARIAMENTE	31	22	53
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

En la frecuencia de consumo de tabaco se observa que el 20 % (13) ha fumado alguna vez en su vida y el 47,6 % (31) fuma diariamente lo cual constituye un importante factor de riesgo para la aparición de complicaciones.

TABLA 45. Relación según la pregunta de la encuesta: Actualmente fuma con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada Actualmente fuma*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Actualmente fuma	NO FUMO, NI HE FUMADO NUNCA DE MANERA HABITUAL	7	9	16
	NO FUMO ACTUALMENTE, PERO SI HE FUMADO	13	11	34
	SI FUMO, PERO NO DIARIAMENTE	13	9	22
	SI FUMO, DIARIAMENTE	27	26	53
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De las personas con diagnóstico de hipertensión arterial un 45 % (27) fuma diariamente seguido del 21,6 % (13) que lo realiza, pero no a diario.

TABLA 46. Relación según la pregunta de la encuesta: En los últimos 30 días ingiere bebidas alcohólicas. con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.

		Le han diagnosticado Diabetes Mellitus Tipo II.		Total
		SI	NO	
¿En los últimos 30 días ha ingerido bebidas alcohólicas?	NO INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	8	10	18
	UNA VEZ AL MES	12	18	30
	OCASIONALMENTE	15	11	26
	UNA VEZ A LA SEMANA	9	7	16
	DOS A TRES VECES POR SEMANA	14	12	26
	DIARIAMENTE	7	2	9
	Total	65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

Un 23,07 % (15) de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus ha bebido alcohol ocasionalmente en los últimos 3 días, seguido del 21,5 % (14) que lo realiza de dos a tres veces por semana.

TABLA 47. Relación según la pregunta de la encuesta: En los últimos 30 días ingiere bebidas alcohólicas. con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
¿En los últimos 30 días ha ingerido bebidas alcohólicas?	NO INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	3	8	18
	UNA VEZ AL MES	22	8	30
	OCASIONALMENTE	10	13	26
	UNA VEZ A LA SEMANA	7	9	16
	DOS A TRES VECES POR SEMANA	16	10	26
	DIARIAMENTE	2	7	9
	Total	60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

Un 36,6 % (22) de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial ha bebido alcohol una vez al mes en los últimos 30 días, seguido del 26,6 % (16) que lo realiza de dos a tres veces por semana.

TABLA 48. Relación según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.

Tabla cruzada Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo*Le han diagnosticado Diabetes

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo	CASI TODOS LOS DÍAS	14	14	28
	TODOS LOS DÍAS	51	46	97
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

Es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus Tipo II el consumo de grasas como aceites de palma, margarinas y manteca de cerdo, de este grupo de estudio, se observa que el 78,4 % (51) personas con la enfermedad consumen estos productos todos los días.

TABLA 49. Relación según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo	CASI TODOS LOS DÍAS	5	13	28
	TODOS LOS DÍAS	55	42	97
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

Es un factor de riesgo el consumo de grasas saturadas en personas con diagnóstico de hipertensión arterial. Del grupo encuestado se observa que el 50, 4 % (55) lo consumen todos los días.

TABLA 50. Relación según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.

Tabla cruzada Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva*Le han diagnosticado Diabetes

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva	NUNCA	53	48	101
	CASI NUNCA	4	6	10
	OCASIONALMENTE	8	6	14
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

Se observa un escaso consumo de aceite de oliva en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus. El 81,5 % (53) de los encuestados nunca lo consume y tan solo el 12,3 % (8) lo consume ocasionalmente.

TABLA 51. Relación según la pregunta de la encuesta: Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva con le han Diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva	NUNCA	50	45	101
	CASI NUNCA	6	3	10
	OCASIONALMENTE	4	7	14
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

Se observa un escaso consumo de aceite de oliva en personas diagnosticadas con Hipertensión Arterial. El 83,3 % (50) de los encuestados nunca lo consume.

TABLA 52. Relación según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.

Tabla cruzada Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos*Le han diagnosticado Diabetes

Recuento

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos	NUNCA	34	27	61
	CASI NUNCA	15	21	36
	OCASIONALMENTE	16	12	28
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De este grupo de estudio, se observa que el 52,3 % (34) de los participantes con diabetes mellitus nunca limitan el consumo de carbohidratos complejos como la papa, fideos, arroz, etc.

TABLA 53. Relación según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos	NUNCA	33	28	61
	CASI NUNCA	22	14	36
	OCASIONALMENTE	5	13	28
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De este grupo de estudio, se observa que el 55 % (33) de los participantes con hipertensión arterial nunca limitan el consumo de carbohidratos complejos como la papa, fideos, arroz, etc.

TABLA 54. Relación según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar con Le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.

Tabla cruzada Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar*Le han diagnosticado Diabetes

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar	CASI NUNCA	44	41	85
	OCASIONALMENTE	14	13	27
	CASI TODOS LOS DÍAS	7	6	13
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De este grupo de estudio, se observa que el 67,6 % (44) de los participantes con diabetes mellitus nunca limitan el consumo de azúcar ni de otros productos manufacturados con azúcar.

TABLA 55. Relación según la pregunta de la encuesta: Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar	CASI NUNCA	50	34	85
	OCASIONALMENTE	6	14	27
	CASI TODOS LOS DÍAS	4	7	13
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De este grupo de estudio, se observa que el 83,3 % (50) de los participantes con hipertensión arterial nunca limitan el consumo de azúcar y de otros productos manufacturados con azúcar.

TABLA 56. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 3 porciones de fruta con Le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.

Tabla cruzada Consume 3 porciones de fruta*Le han diagnosticado Diabetes

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Consume 3 porciones de fruta	NUNCA	46	38	84
	CASI NUNCA	17	20	37
	OCASIONALMENTE	2	2	4
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De este grupo de estudio, se observa que el 70,7 % (46) de los participantes con diabetes mellitus nunca consumen porciones de fruta en la cantidad recomendada, sobre todo los de bajo índice glucémico.

TABLA 57. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 3 porciones de fruta con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada Consume 3 porciones de fruta*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Consume 3 porciones de fruta	NUNCA	46	38	84
	CASI NUNCA	12	15	37
	OCASIONALMENTE	2	2	4
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De este grupo de estudio, se observa que el 76,6 % (46) de los participantes nunca consumen porciones de fruta en la cantidad recomendada, con mayor predominio las de bajo índice glucémico.

TABLA 58. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 2 porciones de vegetales con Le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.

Tabla cruzada Consume 2 porciones de vegetales*Le han diagnosticado Diabetes

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Consume 2 porciones de vegetales	NUNCA	44	40	84
	CASI NUNCA	10	11	21
	OCASIONALMENTE	11	9	20
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De este grupo de estudio, se observa que el 67,6 % (44) de los participantes con diabetes mellitus nunca consumen dos porciones ensalada al día.

TABLA 59. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 2 porciones de vegetales con le han diagnosticado hipertensión arterial.

Tabla cruzada Consume 2 porciones de vegetales*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Consume 2 porciones de vegetales	NUNCA	50	34	84
	CASI NUNCA	4	10	21
	OCASIONALMENTE	6	11	20
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De este grupo de estudio, se observa que el 83,3 % (50) de los participantes con hipertensión arterial nunca consumen dos porciones de ensalada al día y mínimo de pacientes 10 % (6) lo consume ocasionalmente.

TABLA 60. Relación según la pregunta de la encuesta: Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido con Le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.

Tabla cruzada Añade sal extra en el plato servido*Le han diagnosticado Diabetes

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido	CASI NUNCA	13	13	26
	OCASIONALMENTE	45	35	80
	CASI TODOS LOS DÍAS	7	12	19
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De este grupo de estudio, se observa que el 69,2 % (45) de los participantes con diagnóstico de Diabetes Mellitus adicionan sal al plato ya servido antes de consumirlo.

TABLA 61. Relación según la pregunta de la encuesta: Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido	CASI NUNCA	6	13	26
	OCASIONALMENTE	43	37	80
	CASI TODOS LOS DÍAS	11	5	19
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

De este grupo de estudio, se observa que el 71,6 % (43) de los participantes con diagnóstico de Hipertensión Arterial adicionan sal al alimento ya servido antes del consumo.

TABLA 62. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 8 vasos de agua diarios con le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.

Tabla cruzada Consume 8 vasos de agua diarios*Le han diagnosticado Diabetes

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Consume 8 vasos de agua diarios	CASI NUNCA	42	30	72
	OCASIONALMENTE	23	30	53
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

Los resultados demuestran que el 64,6 % (42) de los casos con diabetes mellitus casi nunca consume 8 vasos de agua al día.

TABLA 63. Relación según la pregunta de la encuesta: Consume 8 vasos de agua diarios con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada Consume 8 vasos de agua diarios*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Consume 8 vasos de agua diarios	CASI NUNCA	26	36	72
	OCASIONALMENTE	34	19	53
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

Los resultados demuestran que el 56,6 % (34) de los casos con hipertensión arterial consume 8 vasos de agua al día ocasionalmente y el (26) casi nunca lo hace.

TABLA 64. Relación según la pregunta de la encuesta: Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas con Le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Realiza actividad física	NUNCA	63	56	119
vigorosa por 30 minutos o más,	OCASIONALMENTE	2	4	6
por los menos tres veces a la				
semana tales como: trotar,				
montar en bicicleta, uso de				
máquinas				
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

Los resultados demuestran que el 96,9 % (63) de los casos con diabetes mellitus nunca realiza actividad física vigorosa por al menos por treinta minutos al día.

TABLA 65. Relación según la pregunta de la encuesta: Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

		Le han diagnosticado Hipertensión		Total
		Arterial		
		SI	NO	
Realiza actividad física	NUNCA	56	53	119
vigorosa por 30 minutos o más,	OCASIONALMENTE	4	2	6
por los menos tres veces a la				
semana tales como: trotar,				
montar en bicicleta, uso de				
máquinas				
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

Los resultados demuestran que el 93,3 % (56) de los casos con hipertensión arterial nunca realiza actividad física vigorosa al menos por treinta minutos al día.

TABLA 66. Relación según la pregunta de la encuesta: Duerme 8 horas diarias con le han diagnosticado Diabetes Mellitus tipo II.

Tabla cruzada Duerme 8 horas diarias*Le han diagnosticado Diabetes

Recuento

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Duerme 8 horas diarias	NUNCA	56	51	107
	CASI NUNCA	5	5	10
	OCASIONALMENTE	4	4	8
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

El 86,1 % (56) del 100 % (65) de la población con diagnóstico de diabetes mellitus no tiene un hábito de sueño saludable.

TABLA 67. Relación según la pregunta de la encuesta: Duerme 8 horas diarias con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada Duerme 8 horas diarias*Le han diagnosticado Hipertensión Arterial

Recuento

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Duerme 8 horas diarias	NUNCA	51	46	107
	CASI NUNCA	5	5	10
	OCASIONALMENTE	4	4	8
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

El 85 % (51) del 100 % (60) de la población con diagnóstico de hipertensión arterial no tiene un hábito de sueño de al menos 8 horas al día.

GRÁFICO 40. Relación según el índice de Masa Corporal con le han diagnosticado Diabetes mellitus tipo II.

Tabla cruzada

		Le han diagnosticado Diabetes		Total
		SI	NO	
Diagnóstico IMC	NORMAL	16	7	23
	SOBREPESO	20	23	43
	OBESIDAD GRADO I	14	23	37
	OBESIDAD GRADO II	3	4	7
	OBESIDAD GRADO III	12	3	15
Total		65	60	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

El peso es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, se observa en este grupo de estudio con diabetes mellitus que el 30,7 % (20) de personas tienen sobrepeso y el 21,5 % (14) tienen obesidad grado I.

GRÁFICO 41. Relación según el índice de Masa Corporal con le han diagnosticado Hipertensión Arterial.

Tabla cruzada

		Le han diagnosticado Hipertensión Arterial		Total
		SI	NO	
Diagnóstico IMC	NORMAL	4	16	23
	SOBREPESO	23	20	43
	OBESIDAD GRADO I	23	14	37
	OBESIDAD GRADO II	2	3	7
	OBESIDAD GRADO III	8	2	15
Total		60	55	125

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.
Elaborado por: Ingrid Álvarez

El peso es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, se observa en este grupo de estudio con hipertensión arterial que el 38,3 % (23) de los encuestados tienen sobrepeso y 38,3 % (23) tienen obesidad grado I.

TABLA 68. Relación del Índice de Masa corporal con le diagnosticaron Diabetes Mellitus tipo II.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	G1	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,281a	4	,024
Razón de verosimilitud	11,764	4	,019
Asociación lineal por lineal	,092	1	,762
N de casos válidos	125		

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

El valor de p es 0,024 menor a 0,05, es estadísticamente significativo, es decir, el índice de masa corporal influye en el desarrollo de la diabetes mellitus tipo II.

TABLA 69. Relación del Índice de Masa corporal con le diagnosticaron Hipertensión Arterial.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	G1	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,510a	4	,014
Razón de verosimilitud	13,392	4	,010
Asociación lineal por lineal	10,921	1	,001
N de casos válidos	125		

Fuente: Encuesta a los habitantes de 30 a 65 años del recinto San Ignacio. Cantón Mocache, Provincia de los Ríos, 2023.

Elaborado por: Ingrid Álvarez

El valor de p es 0,014 menor a 0,05, es estadísticamente significativo, es decir, el índice de masa corporal influye en el desarrollo de hipertensión arterial.

4.1.3. Análisis Comparativo, evolución, tendencias y perspectivas

La muestra estuvo conformada por 125 personas entre 30 y 65 años con una media de 45-49 que conforma el 31,2 % (39) de la población total. El 65,6 % (82) corresponde al género masculino y el 34,4 % (43) al género femenino. En relación al grado de instrucción se distribuye de manera similar el nivel primario y la secundaria incompleta con el 28 % (35) y el 23,2 % (29) respectivamente, seguido del 19,2 % (24) sin ningún grado de formación educativa. El porcentaje de personas que se dedican a las actividades de campo comprende el 40,8 % (51) y el 27,2 % (34) se ocupa de los quehaceres domésticos, este alto porcentaje de personas que se dedican a actividades informales junto con el grado de instrucción bajo tienen un efecto directo sobre el 93,6 % (117) de personas que no tienen ningún tipo de cobertura de salud. El estado civil más frecuente corresponde a la unión libre con el 68 % (85) de los participantes. La tenencia del domicilio en el 56 % (70) consta bajo dominio propio, en tanto que el número integrantes de mayor presentación se sitúa en un 62,4 % (78) entre 4 a 6 integrantes por familia. Entre los factores de riesgo conductuales estudiados se obtuvo que el 42,4 % (53) de los participantes fuman diariamente y consumen alcohol el 24 % (30) de los encuestados con una frecuencia de una vez cada 30 días. En relación a los hábitos de alimentación se obtuvo que el 40,6% (62) ocasionalmente consume alimentos preparados fuera de casa. En cuanto al modo de preparación, el 77,6 % (97) registra un consumo diario de aceites achiotados y de otras grasas saturadas como aceites de palma y margarinas; la incorporación de aceites saludables como el de oliva es escasa en la población estudiada con un porcentaje del 80,8 % (101) que nunca la utiliza; el consumo de carbohidratos de alto índice glucémico como la papa, yuca, arroz, fideos y plátano es de consumo frecuente y en la mayoría de las ocasiones el 48,2 % (61) no limita su consumo diario; el consumo de azúcares en su versión pura como en productos manufacturados con alto porcentaje de azúcar se consume en el 68 % (85) de los participantes; el consumo de tres porciones de frutas de manera ocasional solo se cumple en el 3,2 % (4) de los casos y el 67,2 % (84) nunca consume frutas; en cuanto a las porciones de proteína de origen animal como el pescado, pollo y carnes es consumido casi todos los días por el 59,3 % (74) de la población estudiada; en contraste con al consumo de vegetales que reporta una frecuencia de consumo ocasional en el 16,0 % (20) de los casos y el 67,2 % (84) de encuestados nunca llega a consumir dos porciones de vegetales diariamente; adicionar sal extra al plato servido se

observa de manera ocasional en el 64,0 % (80) de los participantes seguido del 15,2 % (19) que todos los días adiciona sal extra; la información contenida en las etiquetas nutricionales solo es leída e interpretada para identificar los porcentajes de azúcar, grasas y sodio por el 6,4 % (8) de la población estudiada; el hábito de consumo de agua en la cantidad recomendada es llevada a cabo ocasionalmente solo por el 42,4 % (53) de los encuestados; el cumplimiento de un programa de ejercicios físicos planificados se observó en el 0% (0) de la población y en un porcentaje considerablemente bajo para la actividad física vigorosa mediante la utilización de máquinas por 30 minutos se concentró en el 4,8 % (6) de la población y el 95,2 % (119) nunca realiza actividad física; el descanso recomendado para una persona adulta considerando la etapa en la que se encuentra tiene lugar de manera ocasional en el 6,4 % (8) y el 85,6 % (107) nunca duerme las horas recomendadas; la media del IMC obtenido fue del 30,4 el cual refiere que el 34,4 % (43) tiene sobrepeso seguido del 29,6 % (37) que registra obesidad grado I. En cuanto al factor de riesgo heredofamiliar, los resultados arrojan que el 100 % (125) de los participantes con diabetes mellitus e hipertensión arterial tienen antecedentes de la enfermedad; la carga hereditaria en los casos de diabetes mellitus que comprende el 52 % (65) se distribuye en la siguiente frecuencia: el 30,4 % (38) para la madre y el 24,8 % (31) para hermanos/as y abuelos/as; en cuanto a la hipertensión el riesgo se distribuye en un 33,6 % (42) para la madre y el 24,0 % (30) para los abuelos/as. El control domiciliario de ambas patologías nunca se realiza en el 29,6 % (37) y el 37,6 % (47) de los casos de hipertensión arterial y diabetes mellitus respectivamente; el seguimiento de la glucosa en un laboratorio se cumple de manera ocasional en 0,8 % (1) y de la tensión arterial en una unidad de salud bajo la misma frecuencia se cumple el 35,2 % (44). El control farmacológico en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus se cumple en el 23,2 % (29) de los casos y en el 28,0 % (35) para los casos de hipertensión arterial. Los resultados evidencian que el 52 % (65) de los participantes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II el 64,6 % (48) corresponde al sexo masculino mientras que el 35,3 % (23) al sexo femenino. En relación a la hipertensión arterial que comprende al 48 % (60) el 65,0 % (39) son de sexo masculino y el 35,0 % (21) son de sexo femenino, el cual denota un predominio del sexo masculino para ambas enfermedades. Del total de los diagnósticos de Diabetes mellitus 33,8 % (22) e hipertensión arterial 35,0 % (21) cursan entre los 45 a 49 años de edad; el 47,6 %. En cuanto al análisis **bivariado** de los participantes se observa que el 47,6 % (31) de los

casos de diabetes mellitus fuma diariamente sin una diferencia significativa para el 45 % (27) con diagnóstico de hipertensión que lo realiza en la misma frecuencia. La ingesta ocasional de bebidas alcohólicas para los casos de diabetes alcanza una cifra del 23,0 % (15) y del 36,6 % (22) en una frecuencia de una vez al mes para los usuarios con hipertensión. El 78,4 % (51) de los encuestados con diabetes mellitus recurre al uso de margarinas y aceites de origen vegetal para la cocción de alimentos todos los días y el 91,6 % (55) de los usuarios con hipertensión lo realiza en la misma frecuencia de consumo; por el contrario, el uso de grasas saludables como el de oliva solo fue utilizado por el 6,66 (4) de las personas con diabetes y el 23,0 % (15) de personas con hipertensión lo consumía en raras ocasiones; el consumo de carbohidratos complejos de alto índice glucémico se realiza diariamente en el 52,3 % (34) de los casos con diabetes mellitus y del 55 % (33) por personas con hipertensión; la restricción en el consumo de azúcar por personas con diabetes mellitus es llevada a cabo de manera consciente solo por el 10,7 % (7) y de 6,66 % (4) por personas con hipertensión arterial; el 67,6 % (44) de personas diagnosticadas con diabetes mellitus no consume vegetales en tanto que el 3,07 % (2) lo consume ocasionalmente. La adición ocasional de sal al plato servido se observa en el 75 % (45) de los casos de hipertensión arterial; en cuanto a la actividad física en ambos grupos se realiza escasamente, el 96,9 % (63) de diabéticos nunca realiza ningún tipo de ejercicio físico y el 93,3 % (56) de casos con hipertensión tampoco lo hace. El IMC de mayor prevalencia que registra la población con diabetes se encuentra en la clasificación de sobrepeso con el 30,7 % (20) y en el mismo porcentaje para sobrepeso y obesidad grado I en personas hipertensas con el 38,3 % (23).

En la presente investigación se evidencia, en el análisis por sexo para ambas enfermedades, una mayor prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo II e hipertensión arterial en hombres respecto a las mujeres en edades compuestas entre 45 a 49 años de edad, lo cual merece intervenciones urgentes sobre los factores de riesgo debido a que esta etapa comprende un periodo activo de desenvolvimiento social y laboral. (Callapiña et al ., 2021), describieron que la DM y HTA afectan más a la población masculina versus las mujeres (21,7 % - 17,8 %) respectivamente, pero sin una distinción significativa. Sin embargo, las mujeres con DM tipo II tienen mayor riesgo de padecer enfermedades coronarias que los hombres con la misma condición, cuyo riesgo aumenta con la edad; a partir de los 48 años las mujeres con DM2 tienen un 20 % más de riesgo de sufrir un infarto de miocardio, ictus o la muerte

(Blanco et al., 2021). Es decir, este riesgo puede aumentar hasta tres veces más que una mujer sin DM2 y de solo dos veces en el hombre. La OMS también deja claro que la diabetes no se presenta de la misma manera en hombres y mujeres. Además, las complicaciones relacionadas con la diabetes como ceguera, daño renal y depresión también son más frecuentes en mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En relación a los factores sociodemográficos la Comisión Interamericana de Derechos declara que factores como la alimentación, la nutrición, la vivienda, el acceso al agua limpia, condiciones de trabajo seguras y sanas e higiene de los entornos saludables guardan correspondencia con el goce humano a la salud además que forman parte de un conjunto de factores que predisponen el desarrollo de enfermedades prevenibles. En contrapunto con las personas que gozan del acceso a alimentos nutritivos, a ambientes sanos y acceso a información en materia de salud. La información sugiere que para el disfrute de un nivel de salud óptimo el individuo debe tener cubierto elementos esenciales para su desarrollo como vivienda adecuada, educación, nutrición, entre otros (Relatoría Especial sobre derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2023).

La evidencia del estudio visibiliza que un importante porcentaje de individuos tiene acceso a una vivienda propia, pero que un reducido número mantiene un trabajo estable lo cual está condicionado por el bajo nivel de instrucción que a su vez condiciona las decisiones sobre el autocuidado de la salud, la adherencia al tratamiento y mayor carga de la enfermedad, como también la actividad u ocupación; esta cadena de factores desfavorables va a configurar el nivel de salud y la situación económica del individuo y en consecuencia la capacidad para adquirir los alimentos adecuados y necesarios para su alimentación porque ventajosamente para la industria de alimentos los productos menos costosos son los que más daño hacen al consumidor. Las Naciones Unidas, respecto al panorama regional para la seguridad alimentaria destacó que el 22,5 % (131,3 millones) de personas en América Latina no cuenta con los recursos suficientes para acceder a una dieta saludable, la causa principal estaría condicionada por las condiciones socioeconómicas y nutricionales de la región contribuyendo al aumento de la obesidad y el sobrepeso (Organización Panamericana de la Salud , 2023).

En el último decenio se ha evidenciado, según la OMS, un aumento en la prevalencia de la hipertensión arterial y diabetes mellitus, lo cual guarda relación con las condiciones desfavorables, particularmente por los hábitos conductuales. Se encontró en la población de estudio un alto consumo de azúcares y productos industrializados con azúcar añadida, grasas saturadas, sodio y otros aditamentos como aceite de palma y aceites achiotados para la preparación de las comidas. (Vega, 2020), relacionó los hábitos alimenticios inadecuados y su contribución con la obesidad encontrando una estrecha interrelación entre la obesidad y la aparición de la diabetes mellitus tipo II. Además, planteó que del 80 % de las personas diagnosticadas con la enfermedad tienen sobrepeso o son obesos, es decir, con un índice de masa corporal igual o mayor a 25,00. También observó un alto porcentaje de pacientes (93,0 %) que adicionan sal a las comidas después de cocidas o al sentarse a la mesa y un disminuido consumo de frutas, hortalizas y verduras.

Por otro lado, (Jerez & Porras, 2021) estudiaron los patrones de consumo en mujeres de 40 a 49 años cuyos resultados muestran una asociación entre la prevalencia de hipertensión, diabetes y obesidad con los patrones de consumo de carnes de res, cerdo, embutidos y pollo o gallina más de dos veces al día y un consumo menor a dos veces al día de frutas y verduras. Es importante resaltar la influencia de los patrones de consumo y el riesgo asociado al desarrollo de enfermedades no transmisibles. Sin embargo, llama la atención que a pesar de que se encuentra documentado el daño que los productos de paquete causan a la población no se establezcan políticas públicas que regulen la importación o fabricación al interior del país de estos productos comestibles.

Al analizar la práctica de ejercicio físico se obtuvo que el total de la población estudiada no realiza ningún tipo de entrenamiento físico de manera planificada ni ocasional. Los estudios demuestran que las personas con actividad física insuficiente tienen mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles en contraste con aquellas que si practican de manera regular al menos 30 minutos de actividad física en alta o moderada intensidad al día. Actualmente, existen múltiples estrategias para estimular la práctica regular de ejercicios físicos desde edades muy tempranas. Sin embargo, el impacto que tiene la tecnología en los países desarrollados entraña sociedades menos activas debido a que los cambios en los patrones de movilización y transporte de las sociedades más modernas.

En muchos casos, la diabetes mellitus y la hipertensión frecuentemente se acompaña de otros factores como un elevado IMC, sedentarismo, sobrepeso y otras alteraciones clínicas. (Hernández, Arnold, & Mendoza, 2018), mencionan que en adultos con diabetes mellitus resulta útil la práctica de entrenamiento de fuerza para, en este sentido, aumentar la resistencia anaeróbica y la fuerza muscular. Por el contrario, en un paciente con hipertensión arterial mal controlado puede estar contraindicado. La evidencia muestra que el ejercicio físico mejora la composición corporal en pacientes con DM e HTA valiéndose del ejercicio de alta intensidad, Molina y Cols citado por Cano, y otros (2018), mostraron que 12 sesiones de entrenamiento de alta intensidad puede llegar a reducir hasta 1,8 kg de grasa en mujeres y 3,5 hg de grasa en hombres y, en programas de ejercicio en pacientes con HTA logró reducir en intervenciones de 4-12 semanas hasta 0,3 mmHg la presión sistólica y en pacientes con DM mejora el control glicémico.

Si bien la hipertensión arterial tiene un origen multifactorial no se puede descartar el peso genético para el desarrollo de la enfermedad. La presente investigación muestra un alto porcentaje de personas con antecedentes heredofamiliares lo cual refleja un riesgo latente para el desarrollo de la enfermedad. Varios estudios señalan que el antecedente de hipertensión en padre y madre aumenta la probabilidad hasta en un 76 % de que al menos un hijo desarrolle la enfermedad y en ausencia de esta relación heredofamiliar la probabilidad desciende a 36,5 % (Villarreal, y otros, 2022).

En cuanto a la diabetes mellitus tipo II, el estudio realizado por (Ávila, y otros, 2021), demostró que las personas físicamente inactivas y con antecedente familiar de la enfermedad tienen una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad en comparación con aquellas que realizan actividad física y no tienen antecedente de la enfermedad. El estudio evidencia que de una población de 140 personas el 75,6 % (124) presentó antecedentes familiares de la enfermedad, de los cuáles el 42 % (69) provenía de los padres. Debido al riesgo de la Diabetes Mellitus para provocar daños en los órganos diana es necesario instaurar en el paciente conductas de autorresponsabilidad y cuidado de su salud, más aún cuando se trata de enfermedades que ocupan los primeros lugares de mortalidad a nivel mundial, lo cual es una consecuencia directa de la no adherencia a los tratamientos, control y monitorización.

Es importante aclarar que este factor se asocia a la presencia de complicaciones como eventos cerebrovasculares y síndromes coronarios. Aunque no se estudiaron las causas de la no adherencia o abandono del tratamiento farmacológico, (Padilla & Morales, 2020), demuestran que el desconocimiento de la medicación, desconocimiento sobre las complicaciones de la enfermedad, abandono familiar, desabastecimiento de la medicación en el centro de salud y escasos recursos económicos se ponderan entre las principales

Alrededor de mundo, las tendencias de la hipertensión demuestran que la enfermedad ha disminuido en los países desarrollados y se ha desplazado a los países de ingresos medianos y bajos; algunas de las tasas más altas se observan en República Dominicana, Jamaica y Paraguay para las mujeres y en Hungría, el Paraguay y Polonia para los hombres. Si bien el número de personas con hipertensión ha aumentado el cambio en el perfil demográfico que denota una población más envejecida contribuye al aumento de las tasas de la enfermedad (Relatoría Especial sobre derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2023). La diabetes mellitus tipo II además de ser una de las causas principales de mortalidad se ha convertido en el factor predisponente de discapacidad en la región de las Américas y, si la tendencia continúa ascendiendo en los próximos años se ha pronosticado un aumento de 91,1 millones de personas con diabetes para el 2030 y de 346 millones a nivel mundial.

En Ecuador, los cinco factores de riesgo principales para enfermedades no transmisibles que explican la tendencia de muertes y discapacidad se encuentran el índice de Masa Corporal elevado, glucosa en ayuno elevada, consumo de alcohol y tabaco, desnutrición y presión sistólica elevada; de estos, solo el tabaco es el responsable de provocar 15 muertes cada día a pesar que desde el 2015 su consumo ha reducido notablemente. El alcohol, a más de representar un factor de riesgo para enfermedades no prevenibles, comprende también un factor de riesgo para más de 200 enfermedades y trastornos según la encuesta ENSANUT 2018. Tanto en el interior como fuera del país, la inactividad física puede llegar hasta en un 80 % en todos los grupos lo que explica el aumento del IMC, sobrepeso y obesidad entre sus habitantes.

5. CAPÍTULO V

5.1. CONCLUSIONES

Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- De la totalidad de los encuestados se observa que el 65,6 % (82) de la población son de sexo masculino en una edad comprendida entre los 45 a 49 años de edad 31,2 % (39); gran parte de la población no tiene ningún tipo de instrucción escolar 19,2 % (24); la ocupación más frecuente es el trabajo jornalero 40,8 % (51); el 93,6 % (117) no tiene ningún tipo de cobertura de salud por el escaso vínculo laboral bajo relación de dependencia; el 68,0 % (85) cohabita mediante asociación libre en una vivienda de tenencia propia 56,0 % (70) en familias conformadas por 4 a 6 integrantes 62,4 % (78).
- Los factores de riesgo conductuales de mayor prevalencia en la población estudiada comprenden el consumo de tabaco con predominio en el sexo masculino; la inactividad física, sobrepeso y obesidad grado I y, una alimentación inadecuada basada en carbohidratos de alto índice glucémico. El factor de riesgo heredofamiliar se observa en la totalidad de los casos para ambas enfermedades, con predominio de herencia materna para Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión arterial.
- La prevalencia del control farmacológico en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II comprende el 46,1 % y del 58,3 % en los pacientes con hipertensión arterial; este resultado nos indica que 35 pacientes diabéticos y 30 pacientes hipertensos cumplen el tratamiento farmacológico para el control de la enfermedad.
- Respecto a la frecuencia de monitorización para diabetes Mellitus tipo II se obtuvo que el 37,6 % (47) nunca se realiza el control de la glucosa en casa y el 39,2% (49) casi nunca lo realiza en un laboratorio. En los casos de hipertensión, el 29,6 % (37) nunca se realiza el control de la presión arterial a nivel domiciliario y el 35,2 % (44) lo realiza de manera ocasional en una unidad de salud.

5.2. RECOMENDACIONES

Con los datos aportados se proponen las siguientes recomendaciones:

- Ampliar las intervenciones para el autocuidado de la salud desde una perspectiva incluyente y sensible a las necesidades de todos los grupos etarios y las condiciones sociodemográficas que inciden en el estado de salud de los habitantes.
- Para el control de los factores de riesgo se propone implementar estrategias y programas dirigidas a la adopción de hábitos y conductas saludables para que las personas asuman un mayor control de su salud con enfoque intersectorial.
- En torno a la no adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial se sugiere resaltar los roles educomunicacionales de los profesionales de la salud de manera interdisciplinaria enfocado a aumentar el nivel de conocimiento del usuario respecto a la enfermedad y que esto motive la toma de conciencia para adoptar un cambio en el modo de vida que llegue a ser transgeneracional y sustentable, con un impacto real sobre los factores de riesgo modificables.
- Conocer los valores de glucosa en sangre y la presión arterial de manera rutinaria es necesario especialmente para advertir el comportamiento metabólico de la enfermedad. Este aspecto también arraiga una conducta educacional donde el sistema de salud, sobremanera, Atención Primaria de Salud, debe tener completa injerencia mediante programas y estrategias relevantes para el entrenamiento del manejo de dispositivos portátiles para el control de glucosa y tensión arterial.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Acosta, C., Sposito, P., Torres, V., Pomies, L., Pereda, M., Viñas, S., & Soto, E. (2021). Variabilidad de la presión arterial, hipertensión arterial nocturna y su asociación con tabaquismo. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 54-65. doi:<https://doi.org/10.26445/06.01.6>
- Agost, M., Alfonso, L., & Sandoval, A. (2021). Políticas públicas sobre envejecimiento poblacional promulgadas en el contexto internacional, europeo y español entre 1982-2017. *Revista Cubana de Salud Pública*. .
- Agualongo, D., & Garcés, A. (2020). El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación. *Vínculos-ESPE*, 19-27. doi:10.24133/vinculospe.v5i2.1639
- Agualongo, D., & Garcés, A. (2020). El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación. *Vínculos*, 19-27. doi:10.24133/vinculospe.v5i2.1639
- Aguilar, J., López, R., Fernández, J., Padilla, D., & Álvarez, J. (2016). Influencia de la ocupación en actividades de la vida diaria y de ocio sobre la salud real de la persona mayor. *Psychology, Society and Education*, 135-147.
- Aleaga, A. (2018). *Análisis de la situación del adulto mayor en Quito Caso: Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré, período 2017*. Quito : Repositorio digital de la Universidad Andina del Ecuador .
- Alvarado, C., & Ochoa, M. (2022). *Representaciones sociales del proceso salud - enfermedad en adultos mayores del cantón Cañar*. Cuenca : Repositorio digital de la universidad de Azuay .
- Alvarez, R., Torres, L., Garcés, J. I., Bermejo, D., Lliguisupa, V., & Saquicela, A. (2022). Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos. Una revisión crítica . *Revista latinoamericana de hipertensión*, 17(2). doi:<http://doi.org/10.5281/zenodo.6662070>
- Añon, C. (2020). La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad. *Anuario de filosofía del derecho* , 289-317.
- Aponte, G., & Moreta, R. (2023). Impulsividad y consumo de alcohol y problemas asociados en adolescentes del Ecuador, análisis comparativo. *Revista Psicología Salud*, 11(1), 71-83. doi: 10.21134/pssa.v11i1.301
- Arévalo, D., Game, C., Padilla, C., & Wong, N. (2020). Predictores de satisfacción con la calidad de vida en adultos mayores de Ecuador. *Revista Espacios*, 41(12), 10.
- Asamblea Constituyente del Ecuador . (2008). *Constitución de la República del Ecuador* . Quito .
- Asociación de Academias de la Lengua Española . (2022). *Real Academia Española* . Obtenido de Real Academia Española: crónicas : <https://dle.rae.es/cr%C3%B3nicas>
- Ávila, G., Vega, M., Ruvalcaba, G., Barreto, M., Socorro, P., & Yam, A. (2021). Riesgo de diabetes de una comunidad rural en México: un estudio observacional. *Revista Cuidarte*.

- Banco Interamericano de Desarrollo . (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe* . Biblioteca Felipe-Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo .
- Banco Interamericano de Desarrollo . (2022). *Envejecer en América Latina y el Caribe: Protección social y calidad de vida de las personas mayores*. Fuente proporcionada por la biblioteca de Felipe Herrera.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento-Banco Mundial . (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020: Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. *OECD Library* , 1-3. doi:<https://doi.org/10.1787/f09e3793-es>
- Baquero, S., Mora, M., Salinas, R., & Jiménez, W. (2019). Determinantes sociales de la salud influyentes en la complicación de pacientes hipertensos y diabéticos que padecen insuficiencia renal. *Revista Médica de Risalda*, 15-24. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0122-06672019000100015&script=sci_arttext
- Barboza, E. (Noviembre de 2020). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. *Revista cuidarte* , 11(2). doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1066>
- Barzola, E. (04 de Noviembre de 2020). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. *Revista cuidarte* , 11(2). doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1066>
- Blanco, J., Valdés, S., Botas, P., Rodríguez, S., Morales, P., Díaz, L., . . . Delgado, E. (2021). Diferencias de género en la mortalidad de personas con diabetes tipo 2: Estudio Asturias 2018. *Estudio Asturias 2018 Gaceta Sanitaria*, 442-448. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.02.014>
- Bleda, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Revista Barataria: Castellano - Manchega de Ciencias Sociales*(7), 149-160. doi:<http://dx.doi.org/10.20932/barataria.v0i7.241>
- Breyda, V. (2017). Determinantes sociales de la salud en la población adulta mayor del barrio san nicolás de coro. *Gestión I+D*, 2(2).
- Bustamante, M., Lapo, M., Torres, J., & Camnino, S. (2017). Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Revista Información tecnológica*, 165-176. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642017000500017>
- Callapiña, M., Cisneros, Y., Guillén, N., & De La Cruz, J. (2021). Estilo de vida asociado al control de hipertensión arterial y diabetes mellitus en un centro de atención en lima, durante la pandemia de Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 79-88. doi:<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v22i1.3759>
- Cano, J., Ramírez, R., Sade, F., Izquierdo, M., Fritz, N., Ateaga, R., & Álvarez, C. (2018). Ejercicio físico en pacientes con diabetes e hipertensión: prevalencia de respondedores y no respondedores para mejorar factores de riesgo cardiometabólicos. *Revista médica de Chile*, 693-701.

- Carmiña, G. (2017). Perspectivas historico-sociales del paradigma de la salud . *Revista CON-CIENCIA* , 63-77.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL . (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores*. Santiago .
- Corral, A., & Pría , M. (2017). Estratificación de territorios según condiciones de vida como expresión de las desigualdades sociales en salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 370-383.
- Cruz, E. (2019). Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Medicina Interna de México* , 515-524. doi:<https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2444>
- De La Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No positive Result* , 81-90.
- Dialoguemos . (16 de abril de 2019). *Dialoguemos.ec: El consumo de sal en Ecuador está por encima de lo recomendado por la OMS, según estudio de la USFQ*. Obtenido de <https://dialoguemos.ec/2019/04/el-consumo-de-sal-en-ecuador-esta-por-encima-de-lo-recomendado-por-la-oms-segun-estudio-de-la-usfq/>
- Domínguez, Y., Chirino, E., Cabrera, E., & Rodríguez, J. (2020). Nivel de actividad física y su relación con factores clínicos y complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 31(3).
- Espín, M., Constante, J., & Granja, D. (2022). Políticas públicas para el adulto mayor en época de pandemia por COVID- 19. *Revista Científica UISRAEL*. doi:10.35290/rcui.v9n1.2022.530
- Forttes, P. (2020). *Envejecimiento y atención a la dependencia en ECUADOR*. Fuente proporcionada por la Biblioteca Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo.
- García, B., & Vásquez, J. (2017). *Factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles del personal de salud*. tesis , Ilopongo, El Salvador.
- Gómez, L., Menéndez, J., & Dauval, C. (2020). Ejercicios físicos para los hipertensos . *Revista Conrado* , 19-25.
- González, C., Orozco, K., Arias, M., Carbajal, M., & Samper, R. (2018). Envejecimiento y mortalidad: condiciones de salud, económicas y familiares en el último año de vida de las personas mayores en México. *Papeles de población* , 43-62.
- González, R., & Cardentey, J. (2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Finlay*, 8(2), 103-110.
- Guerra, S., & Aragón, A. (2019). *Determinantes sociales de diabetes mellitus tipo II en usuarios de 35 a 55 años que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar de Zaragoza febrero a septiembre*. Tesis para la obtención del grado de maestro en salud Pública.
- Gumá, J., Arpino, B., & Solé, A. (diciembre de 2019). Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. *Revista Originales* , 33(2), 127-133. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.010>

- Hernández, J., Arnold, Y., & Mendoza, J. (2018). Efectos benéficos del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29(2), 1-18.
- Hernández, J., Oviedo, M., Rincón, A., Hakspiel, M., & Mantilla, B. (Junio de 2019). Tendencias teóricas y prácticas de la promoción de la salud en el ámbito escolar en Latinoamérica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 51(2), 195-210.
- Herrera, & Liliam. (2021). Relación entre tabaquismo y las principales enfermedades no transmisibles en El Salvador. *Revista ALERTA*, 26-32. doi:10.5377/alerta.v5i1.11753
- Huenchuan, Sandra . (2018). *Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos* . Santiago : Libros de la CEPAL N° 154.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos . (2020). *Registro Estadísticos de defunciones y Censos* . Quito : Gestión de Estadísticas Sociales y Demográficas en Base a Registros Administrativos.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2022). *Estadísticas vitales: registro de defunciones generales de 2021*. Quito.
- Inundación, D., Edwards, E., Giovannini, D., Ridley, E., Rosende, A., Hernan, W., & DiPette, D. (agosto de 2020). HEARTS como herramienta para integrar el manejo de la hipertensión y la diabetes en los entornos de atención primaria de salud. *Revista Panamá Salud Pública* . doi:10.26633/RPSP.2022.213
- Jerez, Y., & Porras, A. (2021). Relación entre patrones alimentarios, diabetes, hipertensión arterial y obesidad según aspectos sociogeográficos, Colombia 2010. *Revista Cubana de salud Pública*, 46(3).
- Laiva, A. M., Peterman, F., & Celis, C. (2021). ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? *Revista Médica de Chile*, 149-152. doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872021000100149
- Landrove, O., Morejón, A., Venero, S., Suárez, R., Almaguer, M., Pallarols, E., . . . Ordúñez, P. (2018). Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. *Revista Panamericana de salud Pública*, 1-8. doi:https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.23
- Laurell, A. (2017). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos médicos sociales* .
- León, C. (2020). Asociación entre la calidad de sueño y el estado nutricional en profesionales sanitarios. *Revista UniNorte Med*, 47-65. doi:10.5281/zenodo.6897464
- López, Á. (2019). *La salud de las mujeres desde la perspectiva de los determinantes sociales* . Tesis doctoral, Universidad de Girona , Girona .
- López, D. H., Canturin, E., & Gutiérrez, A. (2023). Desigualdades socioeconómicas y salud de adultos mayores en Perú: análisis de la Encuesta Demografía y Salud Familiar, 2014 y 2019. *Revista Cubana de Salud Pública*, 49(1).

- Luna, Y., Machado, C., & Valdez, K. (2018). El envejecimiento poblacional, un reto para la sociedad y el Sistema de salud en Cuba. *Panorama Cuba y Salud*, 156-159.
- Luxardo, N., Passerino, L., Sasseti, F., Palermo, C., Brage, E., López, F., & Calzia, T. (2018). *Antecedentes del concepto "determinantes sociales de la salud" en el estudio de las desigualdades*. Oviedo.
- Mabel, F. (23 de noviembre de 2020). *Definición de una dieta saludable*. Obtenido de Alimentación para la salud: Definición de una dieta saludable: <https://alimentacionysalud.unam.mx/definicion-de-una-dieta-saludable/>
- Maguey, H., Valencia, I., & Medina, F. (24 de julio de 2023). *Unam Global revistas*. Obtenido de Dietas que pueden dañar la salud de las personas : https://unamglobal.unam.mx/global_tv/dietas-que-pueden-danar-la-salud-de-las-personas/
- Márquez, S., Molina, M., Ortiza, D., & Ordoñez, R. (Febrero de 2022). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles: una experiencia desde la utilización de herramientas digitales. *Serie científica de la universidad de las ciencias informáticas*, 127-137.
- Marrugo, C., & Arrieta, A. (2023). Demanda de los servicios de salud de la población adulta mayor de bajos ingresos en Colombia . *Salud UIS* , 55.
- Martínez, T., Gonzalez, C., León, G., & González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1).
- Miguel, P., Sarmiento, Y., Mariño, A., & Columbé, Y. (2017). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Revista Finlay* , 155-167.
- Minch, M., & Chávez, I. (2020). Evolución de las enfermedades no transmisibles en el mundo . *Milenaria, Ciencia y arte* , 9-11.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social . (2021). *Ministerio de Inclusión Económica y Social: Dirección Población Adulta Mayor*. Obtenido de <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Ministerio de Salud de Argentina . (2018). *Factores de riesgo cardiovascular* . Buenos Aires .
- Ministerio de Salud Pública . (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud MAIES* . Quito .
- Ministerio de Salud Pública . (2017). *Guía práctica clínica de la diabetes mellitus tipo II* . Quito : Ministerio de Salud Pública .
- Ministerio de Salud Pública . (2019). *Hipertensión Arterial: Guía práctica Clínica* . Quito : Plataforma gubernamental de desarrollo social .
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud MAIS*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2 de Marzo de 2023). *Atención Integral de la Diabetes Mellitus*. Recuperado el 2023, de <https://www.salud.gob.ec/msp-presento-el-programa-de-atencion-integral-de-la-diabetes-mellitus/>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2018). *Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo*. Quito: Plataforma gubernamental de desarrollo social.
- Ministerio del Deporte de Ecuador . (2021). *Ficha metodológica plan nacional de desarrollo 2021-2025* . Quito .
- Morales, J. (2013). *Diabetes* . Ciudad de Mexico : Edición electrónica .
- Muñoz, L., Patiño, Y., Gonzalez, P., & López, A. (2018). Factores de riesgo para enfermedad crónica no transmisible en jóvenes universitarios de una programa de las ciencias de la salud de Barranquilla. *Revista Latinoamericana de hipertensión*, 13(4), 380-384.
- Neuro Lleida. (29 de marzo de 2021). *Neurolleida.cat: ¿Qué es el ejercicio físico y cuáles son sus beneficios?* Obtenido de <https://www.neurolleida.cat/es/asociacion/neurolleida/blog/que-es-el-ejercicio-fisico-y-cuales-son-sus-beneficios/39811.html>
- Ochoa, K., Alvarado, C., Mendoza, M., & Roca, L. (Julio de 2022). Factores asociados con enfermedades no transmisibles en el personal docente y administrativo de una institución universitaria. *Revista Médica Herediana*, 32(4), 224-233. doi:<http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v32i4.4119>
- Octavio, J. (2009). La variabilidad cardiovascular: de la fisiología cardiovascular a la práctica clínica. *Gaceta Médica de Caracas* , 127-130.
- Organización Mundial de la Salud . (1998). *Promoción de la salud Glosario* . Ginebra .
- Organización Mundial de la Salud . (2021). *Carga de enfermedad por diabetes en la región de las Américas 2000-2019*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedad-por-diabetes>
- Organización Mundial de la Salud . (9 de junio de 2021). *Obesidad y sobrepeso* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud . (16 de septiembre de 2022). *Enfermedades no transmisibles* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud . (2023). *Panorama de la diabetes en la Región de las Américas* . Washington D.C : Organización Panamericana de la salud .
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22>.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud en las Américas: perfil de país Ecuador*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-ecuador#:~:text=Asimismo%2C%20en%20el%202021%20se,del%20pa%C3%ADs%20\(figura%201\)](https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-ecuador#:~:text=Asimismo%2C%20en%20el%202021%20se,del%20pa%C3%ADs%20(figura%201)).

- Organización Panamericana de la salud . (2019). *Enfermedades no transmisibles en la región de Las Américas: hechos y cifras* . Washington : OPS/NMH/19-016.
- Organización Panamericana de la Salud . (2020). Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe . *OCDE*, 108-109. doi:<https://doi.org/10.1787/d472291a-es>
- Organización Panamericana de la Salud . (12 de abril de 2021). *Organización Panamericana de la Salud: Nuevo estudio de la OPS/OMS indica que 85 mil personas al año en las Américas pierden la vida exclusivamente por consumo de alcohol*. Obtenido de Paho.org: <https://www.paho.org/es/noticias/12-4-2021-nuevo-estudio-opsoms-indica-que-85-mil-personas-al-ano-americas-pierden-vida>
- Organización Panamericana de la Salud . (17 de Agosto de 2022). *Organización Panamericana de la Salud* . Obtenido de Lucha contra el tabaquismo en las Américas: nuevo reporte de la OPS: <https://www.paho.org/es/noticias/17-8-2022-lucha-contra-tabaquismo-americas-nuevo-reporte-ops>
- Organización Panamericana de la Salud . (19 de enero de 2023). *Informe ONU: 131 millones de personas en América Latina y el Caribe no pueden acceder a una dieta saludable*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/19-1-2023-informe-onu-131-millones-personas-america-latina-caribe-no-pueden-acceder-dieta>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Estado de salud de la población: prevención y control de las enfermedades no transmisibles*. Obtenido de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable-es.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe*. Washington.
- Padilla, V., & Morales, J. (2020). Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en adultos mayores. *Revista Científica dominio de las Ciencias* , 68-80. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i4.1550>
- Petermann, F., Díaz, X., Garrido, Á., Leiva, A., Martínez, M., Salas, C., . . . Celis, C. (2018). Asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y actividad física Asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y actividad física. *Elsevier España* , 230-235. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.008>
- Quiñonez, S. (2020). *Estudios de los determinantes sociales en adultos mayores que asisten a los espacios activos en GAD ambato y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles* . Ambato .
- Quiróz, J., Villarreal, V., Nielsen, M., & Muñoz, L. (2021). Sistema de análisis de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo. *Revista Tecnociencia Chihuahua*.
- Quispe, G., Ayaviri, D., Djabayan, P., & Arellano, O. (2021). El costo de la salud en adultos mayores: Un estudio descriptivo y retrospectivo en Ecuador. *Información tecnológica* , 75-90.

- Ramírez, D. (2018). *Determinantes que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores del Barrio Unido somos más del Cantón Esmeraldas*. Esmeraldas: Tesis previo a la obtención del título de enfermería .
- Rangel, L., Gamboa, E., & Murillo, A. (Octubre de 2017). Prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables asociados a enfermedades no transmisibles en estudiantes universitarios latinoamericanos: una revisión sistemática. *Revista nutrición Hospitalaria*, 1185-1197. doi:<https://dx.doi.org/10.20960/nh.1057>
- Reche, L. (2019). *Enfermedades no Transmisibles*. Manual de Atención Primaria: Dirección de Patologías prevalentes, Ministerio de Salud de Buenos Aires.
- Relatoría Especial sobre derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos . (2023). *Las enfermedades no transmisibles y los derechos humanos en las Américas*. OAS Cataloging-in-Publication Data .
- Rico, M., & Vega, G. (2018). Sueño y sistema inmune. *Revista alergia Mexico*, 160-170. doi:<https://doi.org/10.29262/ram.v65i2.359>
- Rodríguez, K., Martín, A., Pría, M., & Álvarez, M. (2019). Discapacidad en adultos mayores por condiciones de vida. *Revista cubana de medicina general e integral*, 35(4).
- Romero, Z., & Montoya, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 59-93.
- Sacoto, F., Torres, D., & López, D. (2020). Sostenibilidad en la prevención de enfermedades crónicas: lecciones del programa Salud al Paso en Ecuador. *Revista Panamá Salud Pública*. doi: 10.26633/RPSP.2020.113
- Salud, C. E. (2021). *Determinantes sociales de la salud*. Washington. Obtenido de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-sp.pdf
- Salvatierra, A., Lozano, M., Hernández, N., Trejo, L., Garrido, m., Cebrián, C., . . . Ruvalcaba, J. (2019). La trascendencia de los determinantes sociales de la salud "Un análisis comparativo entre los modelos". *JONNPR*, 51-63.
- Sánchez, A., & Rubiano, Y. (2018). Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la Tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia). *Index Enfermería*, 229-232. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132->
- Sánchez, J., & Sánchez, N. (2022). Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones. *Revista Finlay* .
- Serra, M. (2020). Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Revista Finlay*, 10(2).
- Skapino, E., & Álvarez, R. (2019). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una institución bancaria del Uruguay . *Revista Uruguaya de cardiología*, 246-255.

- Thomas, J. (07 de Agosto de 2022). "Determinantes Sociales de la Salud", "Habitus" y "Embodiment" detrás de un IMC elevado. Un análisis social del actual escenario epidemiológico. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 125-138. doi:<https://doi.org/10.37527/2022.72.2.006>
- Torres, Y., Hernández, A., Garcés, D., Fino, R., & Veloza, M. (2017). *Determinantes sociales y estilos de vida de los adultos mayores en Colombia; Revisión documental 2005 - 2015*. Bogotá : Biblioteca virtual: descriptores en Ciencias de la Salud .
- Uyaguari, G., Mesa, I., Ramírez, A., & Martínez, P. (2021). Factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus II. *Vive Revista de salud*, 4(10), 96-106. doi:<https://doi.org/10.33996/revistavive.v4i10.79>
- Vaccaro , G., Jurado, M., Gonzabay, E., & Witt, P. (Abril de 2023). Desafíos y problemas de la salud pública en Ecuador. *Reciamuc*, 10-21. doi:10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.10-21
- Varona, P., Gámez, D., & Díaz, M. (Julio de 2018). Impacto del sobrepeso y obesidad en la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(3), 71-81.
- Vega, J. (2020). Hábitos alimentarios y riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en individuos con diagnóstico de obesidad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 31(1).
- Villalba, M. (2023). Diabetes mellitus: los orígenes de un no tan dulce término. *Revista Medical UIS*, 75-81. doi:<https://doi.org/10.18273/revmed.v35n3-2022008>
- Villarreal, R., Camacho, A., Vargas, E., Rodríguez, L., Gonzáles, L., & Reyes, V. (2022). Antecedente heredofamiliar de hipertensión (padre-madre), facor de riesgo para la familia hipertensa (hijos). *Revista clínica de Medicina de familia* , 15-21.
- Vinueza, A., Tapia, E., Tapia, G., Nicolalde, T., & Carpio, T. (2023). Estado nutricional de los adultos ecuatorianos y su distribución según las características sociodemográficas. Estudio transversal. *Versión hospitalaria*, 40(1), 102-108. doi:<https://dx.doi.org/10.20960/nh.04083>
- Vinueza, A., Vallejo, K., Revelo, K., Yupa, M., & Riofrío, C. (2022). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de la serranía ecuatoriana. Resultados de la encuesta ENSANUT-2 2018. *Revista científica digital*, 12(2), 58-66. doi: <http://dx.doi.org/10.47244/cssn.Vol12.Iss2.656>
- Walter, P., Quevedo, Y., & Rosero, M. (2023). Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo II y su relación a trastornos alimenticios en adultos. *Revista científica investigar* , 7(1), 344-366. doi:<https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.1.2023.344-366>
- Waters, W., Freire, W., & Ortega, J. (2020). Desigualdades sociales y en salud en adultos mayores ecuatorianos. *Mundos Plurales: Revista latinoamericana de políticas y acción pública*, 6(2), 9-23.
- Zárate, A. (2007). Algunas consideraciones históricas del diagnóstico de la diabetes mellitus. *Gaceta Médica México*, 131(2), 191-195.

Zavala, A., & Fernández, E. (2018). Diabetes mellitus tipo 2 en el Ecuador:revisión epidemiológica.
Revista medicinas UTA, 2(4), 3-9. doi:DOI:
<https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v2i4.132.2018>

7. ANEXOS

Anexo 1. Ficha para validación de instrumento

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

**FORMULARIO DE PREGUNTAS PARA ENCUESTA A LOS ADULTOS MAYORES DEL
RECINTO SAN IGNACIO DEL CANTÓN MOCACHE**

Tema de Investigación: Prevalencia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles en los habitantes de 30 a 65 años del sector San Ignacio del cantón Mocache, provincia de Los Ríos.

Objetivo: Identificar la prevalencia de los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache, Provincia de Los Ríos, 2023.

Instrucciones: Contestar las siguientes preguntas de acuerdo con los criterios que usted considere correctos, de antemano agradeciendo su colaboración.

- Determinar la prevalencia del control farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache.
- Identificar la frecuencia de monitoreo de la Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial en los habitantes de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache.

Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Edad: 30 – 34 años: [] 35 – 39 años [] 40 – 44 años [] 45 - 49 años [] 50 – 54 años [] 55 – 59 [] 60 - 64 años [] más de 64 años []
Grado de Instrucción: Ninguna [] Primaria [] Secundaria Completa [] Secundaria Incompleta [] Superior completa [] Superior incompleta [] Posgrado []
Ocupación: Trabajador estable [] Eventual [] Sin ocupación [] Jubilado [] Estudiante [] Oficio: Comerciante [] Jornalero [] Ama de casa [] Empresario [] Otro [] Escribir, ¿Cuál ?
Cobertura de salud: Pública [] Privada [] Sin seguro []
Estado Civil: Soltero [] Viudo [] Casado [] Divorciado [] Unión libre [] Unión de hecho []
Cuántos integrantes tiene su familia: De 1 a 3 [] De 4 a 6 [] De 7 a 10 [] Más de 10 []
Tenencia de la vivienda: Alquiler [] Cuidador/alojado [] Propia [] Plan social []

PREGUNTAS	VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
Ud. consume los alimentos fuera de casa. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Consume 3 porciones de fruta. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Consume porciones de carne, aves, pescado. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Consume porciones de frejoles, huevos y nueces. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Consume 2 porciones de vegetales. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Lee las etiquetas nutricionales para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados: Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Consume 8 vasos de agua diarios. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Sigue un programa de ejercicios físicos planificados. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Duerme 8 horas diarias. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
Actualmente fuma No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual <input type="checkbox"/> No fumo actualmente pero si he fumado <input type="checkbox"/> Si fumo, pero no diariamente <input type="checkbox"/> Si fumo, diariamente <input type="checkbox"/>			
¿En los últimos 30 días ha ingerido bebidas alcohólicas? No ingiere bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos a tres veces por semana <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/>			
Sabe ¿Cuál es su peso actual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No me interesa <input type="checkbox"/>			
Peso (Kg): _____ Talla (m): _____			
Tiene familiares que padecen diabetes mellitus: Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Le han diagnosticado Diabetes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para Diabetes. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No me interesa <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>			
Ud. se realiza controles de glucosa en su hogar Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>			
Ud. se realiza controles de glucosa en un laboratorio Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>			
Tiene familiares que padecen Hipertensión Arterial: Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>			
Le han diagnosticado Hipertensión Arterial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para la Hipertensión Arterial. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No me interesa <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>			
Ud. se controla los valores de la presión arterial en su hogar. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>			
Ud. se controla los valores de la presión arterial en un centro de salud. Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>			
Asiste a programas educacionales para el cuidado de su salud Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>			

RUBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	100 -80	MUY CONFIABLE
APROBADO LEVES CAMBIOS	79 – 50	CONFIABLE
CAMBIAR ITEM	49 – 0	POCO CONFIABLE

Datos de Evaluador Experto

Lugar:

Nombre:

Título Académico:

Lugar de Trabajo:

COD. Prof. SENESCYT:

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

**FORMULARIO DE PREGUNTAS PARA ENCUESTA A LOS ADULTOS MAYORES DEL
RECINTO SAN IGNACIO DEL CANTÓN MOCACHE**

Tema de Investigación: Prevalencia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles en los habitantes de 30 a 65 años del sector San Ignacio del cantón Mocache, provincia de Los Ríos.

Objetivo: Identificar la prevalencia de los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de 30 a 65 años del Recinto San Ignacio del cantón Mocache, Provincia de Los Ríos, 2023.

Instrucciones: Contestar las siguientes preguntas de acuerdo con los criterios que usted considere correctos, de antemano agradeciendo su colaboración.

Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			
Edad: 30 – 34 años: [] 35 – 39 años [] 40 – 44 años [] 45 - 49 años [] 50 – 54 años [] 55 – 59 [] 60 - 64 años [] más de 64 años []			
Grado de Instrucción: Ninguna [] Primaria [] Secundaria Completa [] Secundaria Incompleta [] Superior completa [] Superior incompleta [] Posgrado []			
Ocupación: Trabajador estable [] Eventual [] Sin ocupación [] Jubilado [] Estudiante []			
Oficio: Comerciante [] Jornalero [] Ama de casa [] Empresario [] Otro [] Escribir, ¿Cuál ?			
Cobertura de salud: Pública [] Privada [] Sin seguro []			
Estado Civil: Soltero [] Viudo [] Casado [] Divorciado [] Unión libre [] Unión de hecho []			
Cuántos integrantes tiene su familia: De 1 a 3 [] De 4 a 6 [] De 7 a 10 [] Más de 10 []			
Tenencia de la vivienda: Alquiler [] Cuidador/alojado [] Propia [] Plan social []			
PREGUNTAS	VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
Ud. consume los alimentos fuera de casa. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Ud. utiliza grasas como aceite de palma (favorita, oro), margarina, manteca de cerdo. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100

Ud. utiliza grasas saludables como aceite de oliva. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Limita el consumo de porciones de pan, arroz, papas, plátanos, fideos. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Limita el consumo de azúcares y otros productos que contienen azúcar. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Consume 3 porciones de fruta. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Consume porciones de carne, aves, pescado. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Consume porciones de frejoles, huevos y nueces. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Consume 2 porciones de vegetales. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Añade sal extra a sus comidas, en el plato servido. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Lee las etiquetas nutricionales para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados: Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Consume 8 vasos de agua diarios. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Sigue un programa de ejercicios físicos planificados. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Realiza actividad física vigorosa por 30 minutos o más, por los menos tres veces a la semana tales como: trotar, montar en bicicleta, uso de máquinas. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Duerme 8 horas diarias. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días []	100	100	100
Actualmente fuma No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual [] No fumo actualmente pero si he fumado [] Si fumo, pero no diariamente [] Si fumo, diariamente []	100	100	100
¿En los últimos 30 días ha ingerido bebidas alcohólicas? No ingiere bebidas alcohólicas [] Una vez al mes [] Ocasionalmente [] Una vez a la semana [] Dos a tres veces por semana [] Diariamente []	100	100	100
Sabe ¿Cuál es su peso actual? Si [] No [] No me interesa []	79	79	79
Peso (Kg): Talla (m):	100	100	100
Tiene familiares que padecen diabetes mellitus: Madre [] Padre [] Hermano [] Hermana [] Abuelos [] Otro []	100	100	100
Le han diagnosticado Diabetes Si [] No []	100	100	100
Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para Diabetes. Si [] No [] No me interesa [] No aplica []	100	100	100
Ud. se realiza controles de glucosa en su hogar Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días [] No aplica []	100	100	100
Ud. se realiza controles de glucosa en un laboratorio Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días [] No aplica []	100	100	100
Tiene familiares que padecen Hipertensión Arterial: Madre [] Padre [] Hermano/a [] Abuelos [] Otro [] No aplica []	100	100	100

Le han diagnosticado Hipertensión Arterial Si [] No []	100	100	100
Ud. mantiene un tratamiento controlado con medicamentos para la Hipertensión Arterial. Si [] No [] No me interesa [] No aplica []	100	100	100
Ud. se controla los valores de la presión arterial en su hogar. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días [] No aplica []	100	100	100
Ud. se controla los valores de la presión arterial en un centro de salud. Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días [] No aplica []	79	79	79
Asiste a programas educacionales para el cuidado de su salud Nunca [] Casi nunca [] Ocasionalmente [] Casi todos los días [] Todos los días [] No aplica []	100	100	100

RUBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	100 -80	MUY CONFIABLE
APROBADO LEVES CAMBIOS	79 – 50	CONFIABLE
CAMBIAR ITEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

Datos de evaluador experto:

Lugar: Quevedo

Nombre: Tanya Crespo Silva

Título académico: Lcda. En enfermería – Especialista en Atención Primaria de Salud

Lugar de trabajo: Los Ríos - Quevedo – Distrito de Salud 120D03

COD. Prof. SENESCYT: 1038-10-71-5007





UNEMI