

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría profesional en Epidemiología y Salud Colectiva

Consumo alimentario e hipertensión arterial

Estudio de los Modos de Vida en pacientes y sus familias en el Centro de Salud La Concepción, cantón Mira

María Silvana Chusquillo Barrigas

Tutora: Ylonka Tillería Muñoz

Quito, 2023



Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, María Silvana Chusquillo Barrigas, autora del trabajo intitulado “Consumo alimentario e hipertensión arterial. Estudio de los Modos de Vida en pacientes y sus familias en el Centro de Salud La Concepción, cantón Mira”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo, por lo tanto, la Universidad utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en formato virtual, electrónico, digital u óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

23 de junio 2023

Firma _____

Resumen

Este estudio tiene como objetivo determinar los Modos de Vida de los pacientes hipertensos y sus familias y analizar la relación entre el consumo alimentario y la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud “La Concepción”.

La investigación se realizó mediante la acción participativa del personal de salud, la investigadora, los pacientes hipertensos y sus familias, luego se llevó a cabo un estudio analítico y explicativo, que investiga la clase social, los procesos destructivos y protectores de la salud, el estadio de la hipertensión arterial y el estado nutricional de cada paciente. De este modo, conocimos las expresiones del proceso salud-enfermedad que se evidencian en los pacientes hipertensos de acuerdo a los modos de vida y a los hábitos alimenticios que tienen. Esto permite entender que los resultados de la presente investigación son una manifestación no solo de los modos de consumo alimentario de la población en estudio, sino de otros procesos sociales que a continuación se analizan.

Los resultados de este estudio muestran que existe mayor número de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, en las familias que pertenecen a las fracciones de clase social con mayor vulnerabilidad, como son los pequeños trabajadores agrícolas y los pensionistas del Seguro Social Campesino, se observa que en aquellas familias las circunstancias como el bajo nivel educativo, la falta de recursos económicos y la longevidad, limitan a mejorar sus condiciones de vida. De la población en estudio el 97,3% son afrodescendientes, el 21,9% presenta buen estado nutricional y el 78% presentan malnutrición (sobrepeso y obesidad), el 63% presenta riesgo cardiovascular; el 49,3 % presentaron valores de tensión arterial normal, mientras que el 50,7% presentaron hipertensión arterial en diferentes estadios, además se demuestra estadísticamente que el alto consumo de sal y carbohidratos, con una frecuencia diaria, conduce a la hipertensión arterial, así como también que la frecuencia diaria de consumo de carbohidratos induce al sobrepeso y obesidad.

Palabras clave: Hipertensión arterial, consumo alimentario, modos de vida, estilos de vida, La Concepción, pacientes, familias

En honor a los pacientes hipertensos del Centro de Salud La Concepción, por enseñarme a través de su alto espíritu de colaboración y buena voluntad que es posible trabajar en pro de la salud y bienestar de la comunidad.

A mi familia por brindarme todo el apoyo incondicional y por educarme con valores que me han fortalecido no solo como profesional sino como ser humano. Esta tesis es fruto del amor, esfuerzo y sacrificio compartido.

A mi ángel, Luis Ernesto Chusquillo Angamarca, porque su inesperada partida no solo dejó un vacío inmenso en nuestra familia, sino que será la muestra de que en la vida, toda meta es posible conseguir, si se trabaja con amor y perseverancia.

A Jordan Hernández quién llegó a mi vida en el momento preciso como un ser muy especial, como la casualidad más bonita, y gracias a su amor, respeto y lealtad, llegó a constituirse en aquello que necesito para continuar en mi evolución en varios aspectos de mi vida.

Agradecimientos

A Dios por bendecirme siempre y darme la fortaleza para superar cada una de las adversidades que se presentaron en este largo proceso.

A la Universidad Andina Simón Bolívar, a cada una de las personas que conforman esta noble institución, donde se evidencia no solo la responsabilidad laboral sino el compromiso y amor al desempeñar sus actividades. El esfuerzo se refleja en la excelencia académica que ofertan y en la calidez que brindan al estudiante, que hace que seamos parte de cada noble convicción.

A mis maestros, porque con su amplia experiencia lograron captar nuestra atención y motivar los caminos profesionales al verlos como ejemplo de superación.

A mi tutora, PhD. Ylonka Tillería, quien desde el primer momento asumió el compromiso de guiar el presente estudio; ella permitió a través de sus conocimientos y de su motivación la ejecución y culminación de mi trabajo de titulación.

A María de Lourdes Larrea, por el aporte significativo en la organización y ejecución del presente trabajo de investigación.

A mis padres y hermanos, por brindarme su apoyo, mantener firme su confianza en mí y darme palabras de aliento en cada proceso de la Maestría.

Al Centro de Salud la Concepción, por abrirme sus puertas para realizar el presente trabajo de investigación.

Tabla de contenidos

Figuras y Tablas.....	15
Abreviaturas.....	17
Introducción.....	19
Planteamiento del problema de estudio	20
Justificación	23
Capítulo primero: Enfoque y Marco Teórico	25
1. La epidemiología crítica como manifestación del pensamiento integral en salud .	25
2. Situación epidemiológica de la hipertensión arterial.....	26
3. La salud como un campo complejo	27
3.1. Dominio general	28
3.2. Dominio particular.....	31
3.2.1. Modos de Vida.....	32
3.3. Dominio individual.....	34
3.3.1. Estilos de Vida.....	35
4. La determinación social del consumo alimentario	37
5. Categorías del proceso de determinación social del consumo alimentario y el estado nutricional.....	38
5.1. Determinación social del consumo alimentario y el estado nutricional	38
5.2. La subsunción del consumo alimentario al capital.....	39
6. Relación entre el consumo alimentario y la hipertensión arterial.....	40
6.1. Obesidad e hipertensión arterial	43
6.2. Ingesta de sodio en la dieta de la población afrodescendiente	43
6.3. Dieta DASH.....	44
7. Criterios diagnósticos: Hipertensión Arterial, Sobrepeso, Obesidad	46
7.1.1. Clasificación de la HTA	46
7.1.2. Fisiopatología de la HTA	47
7.1.2.1. Fisiopatología de genes e hipertensión arterial.....	47
7.1.3. Características de hipertensión arterial en etnia afrodescendiente	48
7.1.4. Tratamiento de la hipertensión arterial	48
7.2. Sobrepeso y Obesidad	50

7.2.1. Indicador del sobrepeso y obesidad.....	51
7.2.2. Riesgo de complicaciones metabólicas	51
Capítulo segundo: Metodología.....	55
1. Objeto de estudio	55
2. Pregunta de investigación.....	55
3. Objetivo General.....	55
4. Objetivos específicos.....	55
5. Diseño metodológico.....	55
6. Marco Muestral.....	56
7. Universo.....	56
8. Muestra	56
9. Criterios de Inclusión y de Exclusión.....	57
10. Técnicas e instrumentos utilizados	57
11. Procedimientos para la recolección de datos, métodos para el control y calidad de los datos	58
12. Procesamiento de la información.....	60
13. Normas de Ética.....	60
14. Socialización de los resultados	61
Capítulo tercero: Resultados.....	63
1. Contexto socio histórico de la parroquia La Concepción.....	63
2. Segregación socioespacial del territorio de la parroquia La Concepción de la provincia del Carchi.....	64
2.1. Orografía.....	66
2.2. Hidrografía.....	66
2.3. Clima	66
2.4. Costumbres Alimenticias y Modos de Producción.....	66
3. Caracterización de la población.....	67
4. Inserción Social	69
5. Modos de Vida.....	72
6. Consumo Alimentario.....	75
6.1. Estado nutricional y hábitos alimentarios.....	75
6.2. Descripción de los hábitos alimentarios	75
6.3. Patrones de Consumo según Modos de Vida	82
7. Perfil de Salud Familiar	83

8. Perfil Individual de Salud	85
8.1. Perfil de salud individual, según comunidad.....	88
9. Procesos de exposición y vulnerabilidad.....	89
10. Procesos Protectores de Salud	91
11. Procesos críticos en la salud	92
Discusión	103
Conclusiones.....	109
Recomendaciones	115
Lista de referencias	117
Anexos	125
Anexo 1: Matriz de procesamiento de procesos críticos	125
Anexo 2: Consentimiento previo, libre e informado	127
Anexo 3: Autorización del uso de imagen.....	128
Anexo 4: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción, cantón Mira.....	129
Anexo 5: Encuesta a los Pacientes hipertensos y sus familiares, aplicada durante el Primer Semestre del 2022 (Sección Nutricional)	136
Anexo 6: Evidencia Fotográfica	142

Figuras y Tablas

Figura 1. Dimensiones de Modos de Vida	32
Figura 2. Recomendaciones de la Dieta DASH.....	45
Figura 3. Mapa del área geográfica de la parroquia La Concepción (2019)	64
Figura 4. Molécula Calórica del consumo diario de los pacientes encuestados.....	77
Figura 5. Tipo de dietas de los pacientes encuestados.....	78
Figura 6. Frecuencia del consumo de sal.....	79
Tabla 1 Reducción de TAS con los cambios en las prácticas de vida.....	50
Tabla 2 Datos demográficos de los pacientes.....	68
Tabla 3 Inserción Social del principal responsable económico del hogar.....	70
Tabla 4 Caracterización de la vivienda y saneamiento ambiental.....	73
Tabla 5 Consumo y tratamiento de agua, higiene y conservación de alimentos	74
Tabla 6 Diagnóstico nutricional de los pacientes encuestados.....	75
Tabla 7 Frecuencias de consumo de alimentos.....	80
Tabla 8 Frecuencia del consumo de Alimentos según Comunidad.....	81
Tabla 9 Patrones de consumo de los pacientes.....	82
Tabla 10 Perfil de salud familiar del paciente	83
Tabla 11 Historia personal de salud del paciente	85
Tabla 12 Actividad Física de los pacientes.....	87
Tabla 13 Perfil de salud individual, según comunidad.....	88
Tabla 14 Soporte colectivo de los pacientes.....	91
Tabla 15 Estadío de Hipertensión Arterial según ocupación	94
Tabla 16 Estadío de Hipertensión Arterial y frecuencia del consumo de sal	95
Tabla 17 Estadío de Hipertensión Arterial y frecuencia del consumo de carbohidratos	95
Tabla 18 Valoración nutricional respecto al consumo de carbohidratos.....	96
Tabla 19 Valoración nutricional según sexo	97
Tabla 20 Valoración nutricional según Inserción Social.....	98
Tabla 21 Valoración nutricional según grado de escolaridad.....	99

Tabla 22 Valoración nutricional según comunidad y sexo.....	100
Tabla 23 Valoración nutricional según comunidad y grupo etario	101
Tabla 24 Valoración del control de Hipertensión Arterial según antecedentes patológicos familiares.....	102

Abreviaturas

AII: Angiotensina tipo II

APP: Antecedentes patológicos familiares

ARAI: Antagonistas de los receptores de angiotensina II

CA: Calcio antagonista

cm: Centímetro

CS: Centro de Salud

CV: Cardiovascular

DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension)

DMII: Diabetes Mellitus tipo II

ECA: Enzima convertidora de angiotensina

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

ENT: Enfermedades No Transmisibles

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

ERC: Enfermedad renal crónica

GPC: Guía de práctica clínica

g: Gramos

HTA: Hipertensión Arterial

IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

IERAC: Instituto Ecuatoriano de Reforma Agraria y Colonización

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

IMC: Índice de masa corporal

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

INSOC: Cuestionario para la investigación de la inserción social.

Kg: Kilogramo

LC: La Concepción

LL: La Loma

mg: Miligramo

mmHg: Milímetros de mercurio

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PAD: Presión Arterial Diastólica

PAS: Presión Arterial Sistólica

SA: Santa Ana

SABE: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento

SEM: Semana

SRAA: Sistema Renina Angiotensina Aldosterona

SSC: Seguro Social Campesino

T/A: Tensión arterial

TAD: Tensión arterial diastólica

TAS: Tensión arterial sistólica

Introducción

Al desempeñarme como trabajadora de la salud en la zona norte del país, he podido evidenciar que la enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en la localidad es la hipertensión arterial en afrodescendientes, esto fue lo que me motivó a trabajar en la parroquia La Concepción, donde existe una alta prevalencia de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en afrodescendientes en relación al resto de etnias. Se evidencia que a través del tiempo el Pueblo Afrodescendiente ha estado relacionándose con varios grupos de personas conformando así relaciones en contextos de explotación, de dominación y de hegemonía, lo que se ha presentado por la gran inequidad en las relaciones de poder, que condiciona los modos de vida de esta población.

La enfermedad crónica no transmisible más común de la parroquia La Concepción es la hipertensión arterial, al analizar la realidad de los pacientes hipertensos de nuestras comunidades rurales el problema se centra en el consumo alimentario deficiente de una buena nutrición, pues se evidencia actualmente que nuestros campesinos adoptan sistemas alimentarios que modifican la alimentación, lo que lleva a reconocer la falta de alimentos con alto valor nutritivo, que sean accesibles, aceptados culturalmente y producidos en la localidad. Por lo que es urgente trabajar a favor de políticas públicas que apoyen a una verdadera reforma agraria, mediante sistemas alimentarios sustentables, producidos de manera local, donde haya mayor participación del productor campesino, pensando en la recuperación de nuestros suelos, en una buena alimentación y en nuestra salud que es nuestra vida misma. (Hernández & Aurélie 2009, 91).

La Hipertensión Arterial, es una enfermedad muy preocupante, su cronicidad es causante de la muerte de las personas en todo el mundo, esto hace alusión a que las políticas de Salud Pública se enfoquen en un tratamiento multidisciplinario, donde la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades sean el fundamento de la conservación de la salud. Los procesos destructivos de la salud como la alimentación no balanceada caracterizada por consumir excesivamente alimentos altos en calorías, altos en sodio y en grasas saturadas, contribuyen al aumento de diagnósticos de sobrepeso y obesidad, y que junto a la falta de actividad física conllevan a deteriorar la salud, lo que trae como consecuencias el apareamiento cada vez mayor de las enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial (Gonzales y Alcalá 2010).

La mala alimentación es una manifestación de las relaciones de poder y la inequidad, donde es evidente una gran discordancia, al considerar que en algunos lugares existen poblaciones con desnutrición, mientras que en otras zonas hay muchos desórdenes alimentarios que se dan por el consumismo y capitalismo donde se evidencia gran desperdicio de los alimentos, los que se manifiesta con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, lo que constituye gastos cada vez más elevados para el sistema de salud, el aumento de personas con discapacidad y secuelas familiares irreparables (Pineda Caicedo 2020).

En la presente investigación se pretende trabajar con los pacientes hipertensos y sus familias en el Centro de Salud “La Concepción”, de la parroquia La Concepción del Cantón Mira de la provincia del Carchi, para lo cual se analizará la caracterización socio – histórica y socio – espacial de la parroquia La Concepción, así como también se analizará la relación entre el consumo alimentario y la hipertensión arterial, mediante la identificación de los patrones de consumo alimentario, la caracterización de los modos de vida y de los estilos de vida, lo que llevará a comprender como el proceso salud-enfermedad se manifiesta en los pacientes hipertensos según sus modos de vida y sus hábitos alimenticios.

El capítulo primero inicia con una explicación de la determinación social desde los conceptos epistemológicos y el sustento teórico para lograr comprender como las ideas de los principales mentores de la epidemiología crítica están relacionadas con los problemas de salud de la población, en este caso con el problema de la hipertensión arterial.

El capítulo segundo describe la metodología que se aplica para llevar a cabo el presente estudio, se resaltan las técnicas utilizadas para la obtención de la información de relevancia.

El capítulo tercero analiza los resultados de las variables descritas en la operacionalización metodológica; mediante la determinación social se describen las dimensiones relacionadas con el consumo alimentario y la hipertensión arterial de la población en estudio.

Planteamiento del problema de estudio

Actualmente la hipertensión arterial es causa de aproximadamente 10,4 millones de fallecimientos anuales en todo el mundo, y esta cifra a futuro continuará

incrementándose por el crecimiento de la población mundial y el envejecimiento de las personas (Pico-Pico et al. 2020, 68).

En Latinoamérica, el 41% de la población tiene el diagnóstico de hipertensión arterial, el 16% de pacientes hipertensos no reciben tratamiento y el 38,6% si reciben tratamiento antihipertensivo, pero aun así no logran controlar la presión arterial (Pico-Pico et al. 2020, 68).

En Ecuador, 1 de cada 5 personas entre 18 a 69 años padece de hipertensión arterial, de ellos un aproximado del 45% desconoce que tiene esta enfermedad. La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, silenciosa, causante de enfermedades cardiovasculares, que según la OPS representan la principal causa de muerte en el Ecuador (Organización Panamericana de la Salud 2021).

En Ecuador existe un alta incidencia y prevalencia de Hipertensión Arterial, especialmente en la población afrodescendiente, en nuestro país, esta enfermedad crónica está entre las diez principales causas de morbilidad y de mortalidad; en el norte de Ecuador, en las provincias del Carchi, Esmeraldas e Imbabura, es muy notorio este problema de salud, por ser provincias con mayor concentración de afroecuatorianos ya que son propensos a presentar esta patología. Así por ejemplo se analiza que según las estadísticas de morbilidad ambulatoria, la Hipertensión Arterial durante el año 2016 en la provincia del Carchi se encuentra en el décimo lugar con un total de 3721 casos que representa el 2.01% de todas las causas de morbilidad (Ministerio de Salud Pública de Ecuador 2016).

En la parroquia La Concepción, la población padece principalmente de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, mismas que tienen una tasa muy alta de prevalencia e incidencia, al ser una población afroecuatoriana en su gran mayoría, la tendencia y predisposición a padecer enfermedades crónicas como la hipertensión arterial es muy elevada (EAIS del Centro de Salud la Concepción 2021, 76). Así por ejemplo se analiza que según las estadísticas de morbilidad ambulatoria, la Hipertensión Arterial durante el año 2016 en la parroquia la Concepción se encuentra en el sexto lugar con un total de 152 casos que representa el 3.20% de todas las causas de morbilidad (Ministerio de Salud Pública de Ecuador 2016).

En las comunidades en investigación la hipertensión arterial afecta con mayor frecuencia a los adultos mayores de autoidentificación étnica afrodescendiente. En la mayoría de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, se desconoce la etiología, en muchos casos es de origen congénito (hereditario), las personas de etnia

negra/afrodescendiente son más propensos a padecer esta enfermedad, así como los pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad, por lo que se analiza que los procesos destructivos asociados a la hipertensión arterial son el alto consumo de carbohidratos, el alto consumo de sal, el consumo excesivo de alcohol y el sedentarismo.

Mira es uno de los seis cantones de la provincia del Carchi. Según el Censo 2010 la parroquia La Concepción tiene una población de 2807 habitantes, lo que representa el 23,05% de la población del cantón Mira, de acuerdo al sexo en la parroquia La Concepción las mujeres representan el 49,63% y los hombres el 50,37%. La autoidentificación étnica de esta parroquia es la siguiente: el 37,31% son Afroecuatoriano/a Afrodescendiente, el 0,31% son Montubio/a, el 60,70% son Mestizo/a, el 0,61% son Blanco/a y el 0,08% se autoidentifican con alguna Otra etnia (Alcedo et al. 2020, 17,169).

Al realizar en google académico la búsqueda de todas las investigaciones con las palabras “Hipertensión Arterial en América” se encontró una totalidad de 16200 resultados desde el año 2018, casi todos los estudios encontrados son de carácter descriptivo o transversales, enfocados en los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial, así como estudios de prevalencia de esta patología.

Luego se realizó una búsqueda con más especificaciones en la web, para lo cual incorporé las palabras “Pueblo Afrodescendiente” obteniendo un total de 454 estudios desde el año 2018 hasta la actualidad, de ellos el 80% abordan el tema de la hipertensión arterial desde un paradigma positivista de la epidemiología clásica, pues la gran mayoría de estudios manifiestan una serie causas o de factores de riesgo de la hipertensión arterial, los cuales están asociados con su incidencia y prevalencia en varios lugares de América Latina, mientras que el 20% de estudios son de predominio cualitativo, los cuales exponen las percepciones de los pacientes hipertensos ante estos estudios, y tan sólo se encontró una investigación realizada en mi zona de estudio en el año 2011, que aborda a la hipertensión arterial en población adulta afroecuatoriana de la Comunidad La Loma del Cantón Mira, más no se encontró ninguna investigación realizada en el Ecuador desde el año 2018 hasta la actualidad que aborde el Consumo alimentario e hipertensión arterial, con un estudio de los Modos de Vida en pacientes hipertensos y sus familias, desde una mirada de la epidemiología crítica.

Justificación

En el marco de realizar una reformulación metodológica se pretende articular las herramientas de la epidemiología crítica para integrar el estudio de la determinación de la salud con la finalidad de mejorar las técnicas de diagnóstico e investigación en el campo de la clínica (Breilh 2003c, 1).

Tomando en cuenta la problemática antes descrita en la presente investigación se pretende trabajar con el primer enfoque de la salud colectiva, asumiendo los problemas de salud de las colectividades, que para ser abordados requieren de tres herramientas fundamentales: a) Un arsenal teórico (las ciencias sociales); b) El método epidemiológico; c) Técnicas extensivas (encuestas y análisis matemático), lo cual considero implementos indispensables para poder llevar a cabo un plan estratégico para la intervención y participación en las acciones de la salud colectiva (Breilh 2003c, 1).

Mediante el desarrollo de la presente investigación se pretende trabajar con los pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud “La Concepción” para lo cual se determinará los Modos de Vida y los procesos protectores y destructivos de la salud, se analizará la relación entre el consumo alimentario y la hipertensión arterial de la población en estudio, además se identificará los estilos de vida y el perfil de salud de los pacientes hipertensos. La investigación se llevará a cabo mediante la acción participativa de los pacientes hipertensos y sus familias, la investigadora y el personal operativo de salud.

El desarrollo de esta investigación permite mostrar varias realidades, muchas veces impensadas, que el pueblo afrodescendiente enfrenta día a día. Actualmente, hasta donde alcanza la evidencia científica, los mecanismos genéticos no son suficientes para explicar por sí solos el aumento explosivo de la obesidad y su conexión con las enfermedades crónicas no transmisibles. Como muestra este estudio, las determinaciones sociales que rodean a los individuos, a través de sus modos y estilo de vida, explican la enfermedad más allá de la perspectiva puramente clínica.

Cabe entonces la siguiente interrogante: ¿Qué está aconteciendo en la vida de las personas para que hayamos incorporado a nuestra alimentación diaria alimentos no saludables que contienen exceso de calorías y que nos hayamos vuelto cada vez más sedentarios, de un modo tal como para que la obesidad y otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial empiecen a presentarse entre los padecimientos más comunes de la gente? Sucedió que cambió la vida de la gente.

Cabe aquí la importancia de la presente investigación, porque permite analizar cuáles son los modos de vida de la población en estudio, porqué ha surgido un cambio muy notable en los modos de alimentarse con comidas con exceso de carbohidratos y de grasas, altas en sodio y con demasiados azúcares simples.

Este estudio beneficiará a la población con un aporte educativo y reflexivo, que fundamenta que la malnutrición (sobrepeso y obesidad) y la hipertensión arterial tiene su explicación más allá de la biología, o de la práctica individual del consumo alimentario y que su origen se debe a los procesos generados en el modo en que se dan los procesos de reproducción social, por ejemplo, la pobreza, los bajos salarios, el bajo nivel de educación, la exclusión, la discriminación, la violencia laboral, la ausencia de derechos laborales, la exposición socioambiental, la exposición a la contaminación química y biológica y la falta de seguridad social, que son verdaderos determinantes del deterioro de la salud y el apareamiento de las enfermedades.

Los resultados serán devueltos a la comunidad con el propósito de que las autoridades de turno realicen un compromiso vinculante que incluyan acciones y medidas destinadas a ayudar a mejorar la vida de los habitantes, a tomar decisiones que contribuyan a la salubridad de la población en general y a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional para todos, ya que sólo si se trabaja de una manera mancomunada en pro de la salud se podrá lograr tener una población con más gente sana y menos enfermos, con miras a que las tasas de prevalencia de enfermedades crónicas y de otras morbilidades no aumenten de una manera alarmante.

Capítulo primero

Enfoque y Marco Teórico

Al realizar esta investigación se adopta una postura epistemológica, que significa comprender diferentes perspectivas científicas, discutir las y profundizar en el marco conceptual un nuevo paradigma para la Epidemiología, que reconociendo la necesidad de trabajar con “sistemas complejos y niveles jerarquizados” permite abordar la presente investigación con un pensamiento integral de salud.

El análisis de los diferentes paradigmas epistemológicos tiene en cuenta la forma en que cada uno de ellos resuelve el problema de la relación entre el objeto de estudio, el sujeto que investiga y la práctica o praxis. La finalidad es dar realce a los elementos de la epidemiología crítica que permiten un enfoque apropiado para estudiar los procesos de determinación social de la salud.

Este capítulo está organizado en dos grandes componentes: el primero, una revisión de temas relacionados con la epidemiología crítica como manifestación del pensamiento integral en salud, la salud como un campo complejo, la determinación social del consumo alimentario y la relación entre el consumo alimentario y la hipertensión arterial; el segundo componente, una revisión de los distintos paradigmas científicos sobre hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad.

1. La epidemiología crítica como manifestación del pensamiento integral en salud

Un análisis integrado de los problemas de salud actuales requiere una comprensión de los diversos procesos que dan forma a la realidad de nuestra vida moderna y cómo los aspectos de la existencia humana se enmarcan dentro de dimensiones más complejas, como la sociedad y el capital; una perspectiva epidemiológica que va más allá de la idea de salud que solo cuantifica los sucesos “objetivos”, sobrepasando a los pensamientos de la salud que consideran las condiciones sociales como factores externos al individuo (Acurio Páez 2021).

En el campo de la praxis, un problema central de la epidemiología clásica es que la visión tecnocrática, construye políticas que parten de una visión de la realidad como conjunto

de 'factores' peligrosos que se asocian a efectos individuales, con lo cual, se encierra la lógica de la salud pública en actuar sobre los factores y no sobre los procesos sociales generales, estructurales que los explican y determinan. (Breilh 2014a, 66)

La medicina social y la salud colectiva latinoamericana apoyan a la epidemiología crítica, se une a las luchas populares antiimperialistas, apoyando siempre a las demandas sociales para lograr un desarrollo soberano, libre e independiente que logre transformar la sociedad en que vivimos y supere el régimen social centrado en la acumulación de riqueza (Morales et al. 2013).

La medicina social y la salud colectiva latinoamericana apoyan la epidemiología crítica, se suman a las luchas antiimperialistas de los pueblos y apoyan siempre la necesidad social de alcanzar la soberanía, la libertad y el desarrollo independiente, que logre transformar la sociedad en que vivimos con un pensamiento que supere el régimen social centrado en la acumulación de riqueza (Morales et al. 2013).

2. Situación epidemiológica de la hipertensión arterial

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la prevalencia de HTA fue del 9,3% en la población de 18 a 59 años, del 7,5% en mujeres y del 11,2% en hombres. De esta población, solo el 50% había tomado medicación en los últimos 15 días (Freire 2014, 12). Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento II 2010, la prevalencia de la HTA en adultos mayores de 60 años fue del 44% (INEC 2010).

Según el Ministerio de Salud Pública 2018, la Hipertensión arterial esencial primaria o aquella que surge sin etiología, se posicionó como la segunda causa de atenciones ambulatorias. En Ecuador, según los datos del INEC 2018, las enfermedades no transmisibles (ENT) representaron el 53% del total de mortalidades. De estas, el 48,6% correspondió a Enfermedades Cardiovasculares.

Las dietas malsanas, el sedentarismo, el consumo de tabaco y de alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles o las causan directamente. Estos riesgos conducen a cuatro cambios metabólicos/fisiológicos principales en el desarrollo de las enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial, la obesidad, la hiperglicemia y la hiperlipidemia, patologías que actualmente causan la mayor demanda de atención médica (OMS 2019).

3. La salud como un campo complejo

Los seguidores de las corrientes del pensamiento de la medicina social y de la salud colectiva latinoamericana, desde la década de los 80 promovieron el paradigma de la “Determinación Social de la Salud” divulgada principalmente por Jaime Breilh (2010).

El paradigma de la Determinación social de la salud y el Realismo crítico, en el que sujeto-objeto y praxis sostienen una movilidad dialéctica, incorporando además la categoría de complejidad, que reconoce un espacio formado por tres dominios: general (sociedad), particular (modos de vida) y singular (estilos de vida). (Breilh 2010, 50)

El proceso de determinación social está expresado mediante tres dimensiones: la dimensión general o del proceso de reproducción social, la dimensión particular o de los modos de vida, y la dimensión singular que se refiere a la condición individual; existe una jerarquía entre estas tres dimensiones, así, el nivel individual está subordinado al particular y el particular subsumido en el general de la reproducción social (Breilh 1997a; Breilh 2003; 2020), ubicando una subsunción de lo biológico en lo social.

Entonces, el objeto salud es concebido ya no como producto de actos contingentes, de decisiones individuales, ni como consecuencia predeterminada de factores externos incontrolables sino, siempre y simultáneamente, como un movimiento entre actos generativos individuales/comunales y procesos de dominación que reproducen e imponen la dinámica general (Samaja 2000; Breilh 2003). Se constituye un movimiento que reconoce una autonomía relativa de lo individual en el contexto de lo general, pero que a su vez —como manifiesta Breilh— es una relación que no se da en el vacío de las relaciones sociales más amplias, ni en un vacío ambiental-espacial, “sino que se da inscrito en un modo de vida cuyos patrones influyen poderosamente en las construcciones cotidianas” (Breilh 2003b, 51) y modula las condiciones biológicas e incluso fenogénicas.

La salud como sujeto histórico deja atrás la idea positivista de un sujeto investigador, institucional que busca controlar factores de riesgo, así como la de un sujeto individual que no mira la complejidad; entiende al sujeto como colectivo, diverso, histórico (Santos 2000), con un saber práctico, una capacidad transformadora y con fines concretos que responden a intereses y necesidades específicas. Un sujeto que entonces ya no describe factores causales aislados, sino que mira a la salud en su integralidad y que es capaz de identificar procesos protectores y destructivos no como procesos separados,

sino como “diferentes dimensiones y dominios de la reproducción social” (Breilh 2003b, 209); que aborda la realidad buscando una mirada transdisciplinaria. Un sujeto que se reconoce intercultural, valorando las complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales que busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos, prácticas y principios de vida culturalmente diferente y que parte de identificar las asimetrías que limitan que el otro pueda ser considerado sujeto (Walsh 2009, 44), que reivindica la posibilidad de lo diverso para una ciencia y una acción que debe ser emancipadora (Walsh 2009; Echeverría 1986 y 2010; Santos 2009).

La epidemiología crítica tiene un desafío práxico central que es la transformación de las relaciones de poder construidas alrededor de un sistema de acumulación y exclusión, es decir, se perfila como una práctica emancipadora que construye una vida basada en solidaridad, la soberanía, la sustentabilidad y la vida saludable (Breilh 2014a).

Para la epidemiología crítica, la dimensión de la reproducción social marca el proceso de determinación de los modos de vida y de las condiciones individuales y se refiere a la reproducción de las relaciones de producción, es decir: al régimen de propiedad y a la forma de distribución de los medios de producción. La distribución presupone producción, consumo e intercambio, implica la reproducción de la propia sociedad (Samaja 2000). En este plano también están las relaciones del poder, del prestigio y del sistema de acumulación.

La dimensión de la reproducción social rompe con la lectura clásica de una epidemiológica lineal y causalista; primero porque le da un sentido jerárquico en el proceso de determinación, generador de inequidades de etnia, género y clase; segundo porque ubica con claridad el sentido último de la praxis de una epidemiología que se reconozca transformadora. (Acurio Páez 2021, 41)

3.1. Dominio general

Según Breilh (2003), en el nivel general, se analiza la estructura social, es decir todo lo referente a la organización territorial, la económica, la política y el ámbito histórico, con este análisis se puede evidenciar como el Estado u otras entidades, suministran los servicios públicos, trabajan por la defensa de los derechos y por la economía de los pueblos. En este trabajo de investigación, esto se refiere a los procesos protectores y destructivos que afectan los modos de vida de la población en estudio.

Para comprender cómo se manifiestan los procesos protectores y destructivos en el proceso salud-enfermedad de los pacientes en estudio, se acudió a la explicación de la

Epidemiología Crítica, que ofrece una perspectiva más amplia para comprender la subsunción que existe entre los problemas de salud y las relaciones sociales que producen los modos de vida:

La distinción se establece primero por la forma de concebir el objeto salud. Mientras la vigilancia convencional concibe al objeto salud como un proceso esencialmente individual (casos), que se asume por el efecto negativo (enfermedad); en cambio el monitoreo comprende los procesos críticos de una colectividad (determinantes protectores y destructivos de la salud), que se dan en modos de vida grupales y dentro de estos las expresiones en los estilos de vida familiares personales y las condiciones de los organismos y psiquismo individuales. (Breilh 2003a)

En este nivel general, especialmente en relación con la hipertensión arterial, se hace mención a la dinámica de los sistemas de poder del neoliberalismo y de la globalización que determinan el consumo de una dieta neoliberal en la sociedad y en la familia, produciendo procesos destructivos para la salud.

La globalización influencia en los gustos y tendencias del consumo alimentario, con un gran impacto en los hábitos alimenticios de las personas y consecuentemente en su salud. Debido al avance de los mercados mundiales y de las tecnologías hoy en día los alimentos pueden ser consumidos en cualquier momento y en cualquier lugar, pues el comer es un fenómeno político, caracterizado por la dinámica de los procesos de reproducción social y está regulado por el capital cultural humano, por lo que se comprende que en el acto de comer se expresa la desigualdad social y su interiorización en nuestros cuerpos (Acurio Páez 2021).

El componente principal de esta dimensión general es el sistema alimentario capitalista “caracterizado por ser inherentemente insuficiente para satisfacer las necesidades de consumo humano, pero sí es suficiente para satisfacer las necesidades de producción del capital” (Veraza 2007). Por lo que se interpreta, que los alimentos se han convertido en una herramienta de dominación y sometimiento a los países tercermundistas (Rubio 2015, 40). Ecuador no es la excepción, así, en el presente trabajo se evidencia que en la Parroquia La Concepción del cantón Mira de la Provincia del Carchi los pacientes hipertensos consumen en su gran mayoría productos a bajos costos y en grandes cantidades, pues su dieta se basa en una alta frecuencia en alimentos procesados altos en azúcares, sal y grasas. Por lo que es urgente que el Estado cambie las políticas públicas en materia alimentaria, a fin de acceder a dietas más beneficiosas para la salud de las personas, así por ejemplo que impulsen el consumo de verduras y frutas,

promuevan los cultivos de la localidad y se logre combatir la desigualdad de los pequeños productores agrícolas frente a las empresas transnacionales.

En cuanto al dominio general de la salud colectiva, existen diferentes relaciones de igualdad/desigualdad en las que operan las familias y los individuos, quienes están insertos en la reproducción social en un momento histórico determinado (Breilh 2003b, 51–52).

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el porcentaje de pobreza por necesidades básicas insatisfechas en el año 2010 en la provincia de Carchi es de 57.2%, en el Cantón Mira es de 74.7% y en la parroquia La Concepción es de 62% (INEC 2010).

Indiscutiblemente esto nos demuestra que el desarrollo del país no se encuentra en las provincias fronterizas, como es el caso de la provincia del Carchi, donde se evidencia que más de la mitad de la población son pobres y Mira se ubica como uno de los cantones con los más altos niveles de pobreza de la provincia del Carchi, dentro de este cantón se evidencia que en la parroquia La Concepción todos sus habitantes cuentan con servicios básicos muy deficientes y con fuentes de trabajo que no garantizan una mejoría de la determinación social existente, lo que aumenta la vulnerabilidad para contraer enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, así como otras patologías.

La presencia del Estado en la parroquia La Concepción se da mediante el Ministerio de Inclusión Económica y Social con el programa del Adulto Mayor “Envejeciendo Juntos”; por el Ministerio de Educación con la Unidad Educativa 19 de Noviembre y con las escuelas: Mixta Cañar La Loma, Andrés F. Córdova y Ernesto Ruiz, y por el Ministerio de Salud Pública con el Centro de Salud La Concepción, quien hace cumplir las políticas públicas de salud en esta zona.

La epidemiología crítica cuestiona las acciones y políticas que, en el mejor de los casos buscan una gobernanza redistributiva, que deja intocado el sistema hegemónico y usa la epidemiología para profundizar la acumulación capitalista mediante un rol estatal que hace este problema perdurable, la epidemiología crítica definida como una ciencia emancipadora, expresa el compromiso con las luchas sociales, con sus organizaciones y sus demandas (Acurio Páez 2021).

A pesar de la considerable atención que los profesionales de la salud han prestado a la nutrición y la salud, todavía quedan muchas preguntas sin respuesta sobre su relación con la nutrición y la enfermedad. Los estudios epidemiológicos son importantes, pero

para llegar a conclusiones válidas deben centrarse en el panorama general, no en componentes individuales.

La mala nutrición no puede verse solo como un problema de desequilibrio nutricional, de falta o exceso de nutrientes en la alimentación diaria de las familias, sino por el contrario, deben entenderse a partir de las prácticas sociales que configuran las necesidades alimentarias. Por ejemplo, los hábitos de consumo de alimentos dependen del modelo capitalista de reproducción social.

Realizar un estudio de la alimentación, como hecho social total, demanda abandonar el análisis centrado en el individuo y asumir como referencia lo colectivo, entendido como una realidad social que no se deriva de lo individual, que no es la agregación estadística de los datos de personas (Fischler 1995b; Contreras 1995; Almeida Filho 2006; Breilh 2014b). Para comprender esta complejidad, es necesario conocer estos tres movimientos:

El primero el que se da entre las tres dimensiones de la realidad; general, particular y singular, un segundo el que se establece entre el objeto y sujeto de investigación en el campo de la praxis y un tercero un movimiento de autonomía relativa, que se contrapone a la subsunción y regulación generadas por las condiciones generales del sistema. (Breilh 2003b, 124)

Por lo argumentado, este estudio asume el desafío de enfrentar la realidad de la mala nutrición y el consumo alimentario desde el paradigma de la epidemiología crítica.

3.2. Dominio particular

En la dimensión particular se reconoce la existencia de distintos modos de vida como la “expresión estructurada y dinámica del perfil epidemiológico, que articula las relaciones de poder de clase, etnia y de género, que condicionan patrones estructurados del vivir en colectividades definidas” (Breilh 2010, 43), así como también evidencia las relaciones que cada uno de estos grupos establece con la naturaleza (Breilh 2015).

En este dominio se analiza los modos de vida de la población en estudio, la cual está subsumida a las relaciones de poder construidas en el dominio general, estas son: la vivienda, los servicios básicos, la educación, el acceso a una salud digna; de igual manera aquí se analiza la exposición a los procesos destructivos de la salud como a los productos de riesgo biológico, químico, físico y psicológico. También en este dominio se analiza

las creencias, el respeto a los conocimientos o percepciones sobre el consumo alimentario y la hipertensión arterial (López-Chávez et al. 2020).

3.2.1. Modos de Vida

Todos los seres humanos en general, a pesar de estar ubicados en un mismo territorio geográfico, se diferencian unos de otros individuos al igual que unos de otros núcleos familiares, esto se da porque se involucran en diferentes procesos que les hacen desarrollar distintas estrategias de afrontamiento con el fin de utilizar o encontrar recursos para satisfacer sus necesidades, esto es lo que conlleva a la generación de los diversos modos de vida (Breilh 2002).

Las familias presentan crisis multidimensionales: algunas de ellas se ubican en el dominio singular es decir en sus estilos de vida, otras crisis se desarrollan en el dominio particular de los grupos sociales y sus modos de vida, y otras se desenvuelven en el dominio general, que se asocian con el resto de la sociedad. (Breilh 2002,2)

Se define a los modos de vida como los grupos o clases sociales particulares con sus modos de vivir específicos (que se realizan en los espacios de trabajo, los de consumo y vida doméstica, los de organización política, los de construcción cultural y los de relación con la naturaleza) y sus relaciones de género y etno-culturales (Soliz 2016, 70).

En el dominio particular se realiza el análisis de los patrones típicos de trabajo; vida cotidiana y vida familiar dentro del consumo de alimentos; formas organizativas y actividades políticas de la población en estudio; así como también las formas y construcciones culturales y de subjetividad; y las relaciones ecológicas según Breilh (1989).

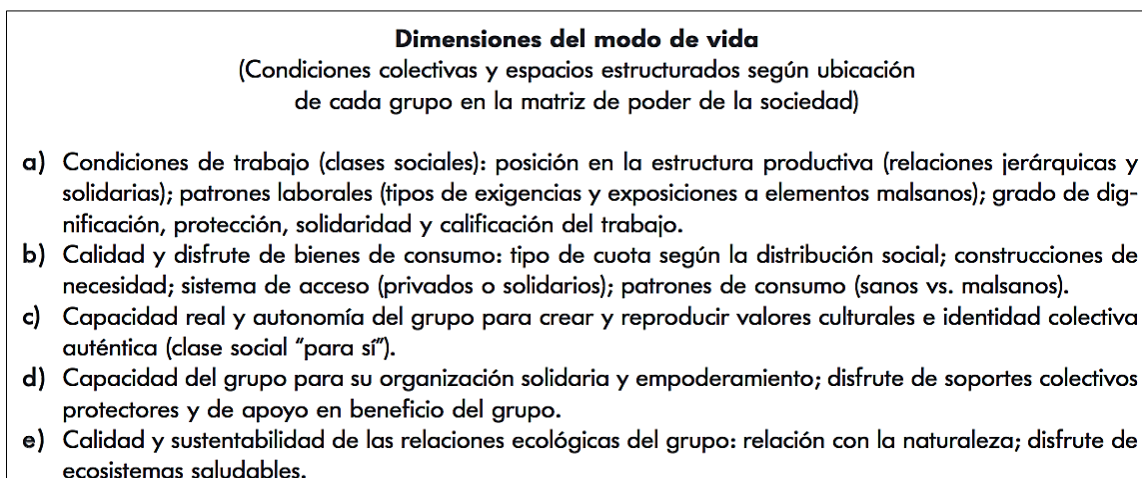


Figura 1. Dimensiones de Modos de Vida

Fuente y elaboración: La Epidemiología Crítica, una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano (2010)

Según Breilh (2002), en este nivel cada clase social tiene su particular modo de vida, que depende de la relación con otras clases sociales, que puede ser contradictoria, cuando una clase social se ve afectada por los intereses y modos de vida de otra, provocando una crisis, que conlleva al establecimiento de los procesos destructivos de la salud, y en contraposición a esto se aumentan esfuerzos para garantizar la protección y el apoyo adecuado a la salud, mismos que al no ser suficientes, tienden a acentuar las consecuencias negativas en la salud de las familias.

A través del tiempo ha sido evidente el encadenamiento laboral principalmente en las poblaciones afrodescendientes campesinas, y esta inequidad existe hasta la actualidad ya que la población en estudio en su mayoría afrodescendiente son campesinos con un nivel de educación nulo o muy bajo, tienen condiciones de vida deficientes, están envueltos en un círculo vicioso de miseria y necesidad, pues para su sobrevivencia solo esperan cobrar un jornal diario, venden su fuerza laboral por muy poca remuneración económica, y lo que resulta peor, es el utilizar este dinero para otros procesos destructivos como es en la compra de alimentos de poco valor nutricional y en ocasiones en la compra de alcohol y tabaco.

No es solo la inequidad aislada sino todo el sistema social basado en acumulación y mercado, que impide alcanzar las cuatro “S” de la vida, sustentable, soberana, solidaria, saludable y biosegura, y con ello evitar la transformación del modelo civilizatorio en los cinco espacios claves de modos de vida (laboral, consumo, consciencia, organización, relación con la naturaleza), en donde la construcción de la salud es medida por la reproducción social, a través de mecanismos de subsunción de la inserción social con los genotipos y fenotipos de las personas en los contextos de ecosistemas respectivos. (Breilh 2013, 24)

La estructura organizativa social de la Concepción, está dada por la participación de los comuneros, quienes designan a sus Autoridades locales de la siguiente manera: Presidente, Vicepresidente, Tesorero, Secretario, Primer Vocal, Segundo Vocal, cuyas funciones son: Representación legal y ejercicio de la autoridad, comisiones, participar en delegaciones, entre otras (Alcedo et al. 2020).

Se observa una organización de viviendas en manzanas y de viviendas aisladas, la mayoría construidas de adobe para cada una de las familias, algunas casas se encuentran construidas en terrenos firmes, mientras que otras en la ribera del Río Mira.

En el ámbito recreativo de la parroquia La Concepción se tiene la celebración de las principales fiestas, las mismas que son de carácter social o religioso.

Sociales: conmemoración de la Parroquialización (17 de abril); conmemoración de algún asunto social que se realiza entre todos los familiares cercanos y lejanos, se hace también fiesta ante la culminación de algunos trabajos muy importantes para las familias, por ejemplo: construcción de la casa, siembras, cosechas y mingas.

Religiosas: en agradecimiento a Dios y a los Santos, Corpus Cristi (junio); San Francisco de Asís (octubre); y La Inmaculada Concepción (8 de diciembre).

Con lo antes mencionado se manifiesta que dentro de los dominios de vida de las personas que habitan en la parroquia La Concepción, se hace presente la unión comunitaria, la buena relación y el respeto con la naturaleza, lo que representa los valores culturales y de identidad colectiva propios del pueblo afroecuatoriano.

3.3. Dominio individual

Según Breilh (2002), en el dominio individual se relatan los aspectos fisiológicos y psicológicos del individuo, es una expresión de todo el complejo sistema de determinación social, en el cual intervienen los procesos protectores y destructivos de la salud.

En la dimensión singular se evidencian las expresiones fenomenológicas individuales y las prácticas familiares de consumo y de cuidado, se puede valorar la forma en que se encarnan los procesos sociales en las formas de consumo y en la condición biológica (Breilh 2003b).

En el nivel singular – individual, se toma como punto de partida al consumismo, la desestructuración alimentaria y la búsqueda de distinción en el consumo de alimentos como factores destructores de la salud (Acurio Páez 2021).

Es el habitus del individuo, el que resume la incorporación de elementos y clasificación de prácticas muchas veces hasta inconscientes a nivel individual, las mismas que están subsumidas en una relación dinámica con los modos de vida, encarnando en los individuos las diferentes expresiones relacionadas con el proceso salud enfermedad. (Breilh 2003b, 52)

Breilh considera las siguientes dimensiones dentro de los estilos de vida:

a) Itinerario típico personal en la jornada de trabajo. b) Patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivienda; acceso y calidad de servicios; recreación. c) Concepciones y valores personales. d) Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud. e) Itinerario ecológico personal. (Breilh 2010, 20)

La jornada laboral en La Concepción comienza muy en la mañana, a las 6:00, con el desayuno, luego van a los terrenos a trabajar, regresando a sus hogares a las 12:30 del mediodía donde se reúnen con la familia para almorzar, en horas de la tarde continúan con la jornada laboral y termina a las 17h00. Las mujeres aparte de cumplir con actividades del hogar, también realizan actividades agrícolas en sus huertos, se encargan del cuidado de sus hijos y de la alimentación del hogar.

La alimentación de la población en estudio está basada principalmente en el consumo de arroz, harinas, fréjol, yuca, plátano, y caña de azúcar. También realizan actividades físicas como largas caminatas, prácticas de recreación como el baile de La Bomba. En cuanto a las concepciones de la naturaleza todos los habitantes preparan y beben aguas frescas medicinales para prevenir enfermedades y el control de sus enfermedades.

Cada uno de los 5 ejes antes descritos cumplen un papel muy importante en la autonomía y el futuro de la vida de un individuo, estos ejes a menudo pueden ser protectores del proceso de salud - enfermedad, o pueden ser destructivos o mixtos dependiendo de la función que cumplan y es lo que garantizará la encarnación o no de varias alteraciones fenogenóticas de los individuos (Breilh 2013).

3.3.1. Estilos de Vida

El concepto de estilos de vida permite entender de manera holística los comportamientos de las personas, asumiendo la articulación de las condiciones materiales y simbólicas en el nivel singular. Pero, los recursos individuales para enfrentar un problema o mantener una conducta deben valorarse en función de su pertenencia a un determinado sector sociocultural en el contexto de la relación dialéctica grupo / sujeto (Acurio Páez 2021).

Según Hendricks y Russell (2006), las condiciones que influyen los estilos de vida de las personas se determinan de dos formas: 1) Intraindividual mediante términos de estados internos, incluye la herencia y la inteligencia o los factores de personalidad. 2) Interindividual, son condiciones que hacen referencia a circunstancias externas, físicas o interpersonales, aquí se incluye a la familia, los compañeros de interacción o las relaciones sociales que conllevan a un individuo a participar en un comportamiento patrón.

Según Breilh (2003, 87–92) los estilos de vida son las actividades cotidianas que una persona realiza diariamente, las cuales están relacionadas con la dinámica particular, espacial y comunitaria, son las opciones de preferencia que un individuo personalmente asume para afrontar los modos de vida.

Tal como lo muestra Menéndez (2008) en esta investigación se evidencia que no son los estilos de vida individuales de los pacientes la causa básica de su problema de salud, manifestados en patologías como hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, sino el pertenecer a un sector social determinado.

Para el caso de la presente investigación los pacientes son afrodescendientes con muy baja economía, por lo que sus estilos de vida en cuanto a los hábitos alimenticios son muy limitados, razón por la cual los pacientes consumen alimentos a medida que alcance su bolsillo; alimentos altamente energéticos y de bajos precios, como los carbohidratos: también existe un limitado consumo de alimentos que más altos precios tienen como son las proteínas, y si disponen de las mismas las comercializan como es el caso del fréjol, la carne y los huevos, sacando de estas ventas su sustento económico, por lo que es importante señalar que los pacientes no llevan dietas equilibradas, no porque no deseen, sino porque no tienen los recursos necesarios.

No es suficiente aconsejar al paciente con indicaciones como: “no consuma carbohidratos”, “consuma más proteínas”, “no consuma alimentos altos en sodio”, este problema de la alimentación no se lo debe abordar individualmente sino que el cambio debe generarse desde una perspectiva social, contrahegemónica, con políticas públicas de salud efectivas, con trabajo interinstitucional, pues trabajando de una manera articulada con otros sectores encargados del desarrollo social y económico de la localidad se lograría un mayor beneficio a favor de la salud colectiva. El consumo es también político, como explica Izurieta.

Se concibe al consumo como un espacio de relevancia política para enfrentar a las fuerzas destructoras del modelo económico de acumulación de capital omniabarcante. Los sujetos consumidores pueden generar una conciencia de transformación y no ser solo entes “contemplativos” a las dinámicas de producción y circulación del sistema económico capitalista, caracteriza una transformación colectiva e integral hacia la esfera de producción, de reconexión campo-ciudad, consumidores y grupos campesinos vulnerados. La mirada dialéctica del consumo y la ética de investigación permiten los cambios para la transformación (Izurieta 2018, 123).

Por lo tanto los estilos de vida referentes al consumo alimentario permiten comprender el comportamiento de algunos problemas de salud que se manifiestan como

patologías (hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad), ya que están relacionadas con la dinámica de la vida cotidiana de los individuos y con algunos procesos sociales que colocan la responsabilidad de la mala nutrición exclusivamente en el paciente, sin tomar en cuenta la gran responsabilidad de las grandes empresas alimentarias, que en sí son las verdaderas productoras de las enfermedades (Menéndez 2008, 54).

4. La determinación social del consumo alimentario

En el contexto de una construcción colectiva, es fundamental la identificación y el análisis de los procesos protectores y deteriorantes de la salud, mediante la participación activa de los actores sociales, para lograr plantear alternativas de solución a los problemas encontrados, para lo cual se seguirá los postulados de la epidemiología crítica según Breilh:

Se retoman como referentes teóricos la integración de determinantes generales, particulares y singulares en el proceso salud-enfermedad. En el nivel general del análisis se definen los procesos donde se estructuran las relaciones macro-sociales; allí se incluyen condiciones económicas, sociales y políticas, relacionadas de manera directa con la vida de los individuos y los colectivos. Los procesos particulares se desenvuelven en niveles más específicos, como grupos sociales y territorios, y expresan condiciones mediadoras entre lo macro y micro-social. En lo singular, se condensan procesos relacionados con el genotipo y fenotipo, entre los que se destacan la historia familiar y personal, los estilos de vida y los padecimientos particulares, entre otros. (Breilh 1997b, 57)

Los autores científicos que surgen de nuestra América Latina promueven una nueva corriente del pensamiento de la epidemiología crítica, que tiene como finalidad lograr la ruptura de la epidemiología convencional y hegemónica, proponiendo terminar con los determinantes sociales de la salud y empezar con el enfoque de la epidemiología crítica centrada en la relación salud- enfermedad desde la perspectiva de la determinación social de la salud, para lo cual Breilh y colaboradores proponen:

La determinación social de la salud es mucho más que una colección de determinantes fragmentados y aislados que, desde el punto de vista reduccionista, está asociada con los factores de riesgo clásicos y los estilos de vida individuales. No podemos permitir que el concepto de los determinantes sociales de la salud se convierta en algo banal, cooptado y reducido meramente, a fumar, comportamiento sedentario o una nutrición pobre, cuando lo que necesitamos es reconocer que detrás de esos síntomas y efectos existe una construcción social basada en la lógica de una cultura hegemónica globalizada cuyo objetivo final es la comercialización de la vida misma. (Spiegel et al. 2015, 9)

Este trabajo de investigación se desarrolla para entender la realidad de ciertos problemas de salud (hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad) y por qué varios procesos sociales se encuentran subsumidos en determinadas relaciones de poder. Por lo tanto es importante analizar que la mala nutrición y el adquirir una enfermedad no es una responsabilidad exclusivamente del paciente, sino es la suma de varios procesos destructivos de la salud, (bajo nivel económico, inseguridad social, ausencia de políticas públicas para la salud, factores de exposición que deterioran la salud, procesos relacionados con el genotipo y fenotipo, expresiones fenomenológicas, malos estilos de vida y padecimientos particulares), que en si explican como el ser humano pasa por el proceso de gozar de buena salud a adquirir una enfermedad.

5. Categorías del proceso de determinación social del consumo alimentario y el estado nutricional

Siguiendo el paradigma de la epidemiología crítica, esta investigación se basa en dos categorías principales: a) la determinación social del consumo alimentario y el estado nutricional y b) la subsunción del consumo alimentario al capital (Acurio Páez 2021, 50).

5.1. Determinación social del consumo alimentario y el estado nutricional

Según Breilh (1997 citado en Acurio Páez 2021, 53), las condiciones biológicas estarán determinadas por las condiciones sociales, y la complejidad de estas relaciones y procesos requiere el reconocimiento de las dimensiones general, particular y singular de la determinación social para explicar el conjunto de contradicciones y movimientos que existen entre ellas.

La dimensión general hace mención a las condiciones estructurales del proceso de determinación de la salud (Breilh 2010), que depende de “la estructura de distribución del capital y los mecanismos que tienden a garantizar su reproducción” (Bourdieu 2013, 31). En este trabajo de investigación el componente de la dimensión general es el sistema alimentario del capitalismo donde se evidencia que los alimentos se han convertido en un instrumento de dominio y sumisión a los países tercermundistas (Rubio 2015, 40).

Desde esta lógica en la presente investigación sobre el Consumo Alimentario e Hipertensión Arterial, se entiende que la hegemonía se manifiesta de la siguiente manera: La clase social dominada que en este caso es el pueblo afroecuatoriano es quien participa

de un sistema alimentario capitalista impuesto por las clases dominantes (dueños de grandes cadenas de supermercados y sus distribuidores) y que gracias a un conjunto de aparatos ideológicos (superestructura), han creado una gran influencia en toda la colectividad de los sectores rurales, consolidando su hegemonía en el consumo alimentario, llegando hasta las pequeñas tiendas productos industrializados, procesados y ultraprocesados, de bajo o ningún valor nutricional en grandes cantidades y a bajos precios que han sido sustituidos por los productos producidos en el campo.

La dimensión particular, por su parte, reconoce la existencia de distintos modos de vida como la “expresión estructurada y dinámica del perfil epidemiológico, que articula las relaciones de poder de clase, etnia y de género, que condicionan patrones estructurados del vivir en colectividades definidas”. (Breilh 2009, 43)

El modo de vida surge del pensar, actuar, sentir y representarse como grupo, en una forma de ser que se convierte en un marcador de ser socialmente con derecho a diferenciarse, enfatizando que esta diferencia implica la asignación de capital a un sistema de diferencias simbólicas (Bourdieu 2013 citado en Acurio Páez 2021, 54).

Actualmente vivimos en un modelo neoliberal, hegemónico, caracterizado por la desregularización económica, social e ideológica, que libera capital y asegura una relación entre capital y trabajo, que siempre favorece al capital y profundiza la explotación del trabajo (Bauman 2011).

Finalmente, en cuanto a la dimensión singular son evidentes las expresiones fenomenológicas individuales, así como las prácticas familiares de consumo alimentario y de cuidados de la salud, aquí se valora la manera en que se encarnan los procesos sociales en las formas de consumo de alimentos y en la condición biológica que se expresa en las morbilidades que presentan los individuos en estudio: hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad (Acurio Páez 2021, 54).

5.2. La subsunción del consumo alimentario al capital

El sistema alimentario subordinado a los intereses de todo capital (producción-distribución-consumo-desecho) explica cómo el consumidor se convierte en una mercancía negociable, en valor de cambio, para satisfacerse las necesidades de su cuerpo, y las demandas del mercado (Acurio Páez 2021, 60).

En esta investigación se puede manifestar que las condiciones de consumo alimentario están determinadas por el salario, es decir cuántos productos alimenticios el salario puede comprar (valor) (Acurio Páez 2021, 59), por lo que aquí se hace mención que los pequeños trabajadores agrícolas están muy limitados al consumo de alimentos de alto valor nutricional debido a la baja remuneración económica que perciben por su jornal laboral diario, los productos agrícolas que producen son destinados para la venta a los grandes mercados y con el dinero destinado para la alimentación de la familia adquieren a bajos precios mayor cantidad de productos alimenticios de muy bajo aporte nutricional, por lo que se evidencia que los pacientes hipertensos y sus familias consumen una dieta alta en calorías vacías (azúcares simples) por su baja economía y porque la dieta no está ajustada al esfuerzo que exige la tipología de inserción laboral, por lo que mediante el consumo abundante de carbohidratos, grasas y alimentos procesados se compensa esta carencia.

La creciente demanda actual de alimentos perjudiciales para la salud puede comprenderse si se analiza los procesos de producción junto con las condiciones económicas que garantizan la acumulación de capital, síntoma clásico de la verdadera absorción de capital a través del consumo (Acurio Páez 2021, 60).

6. Relación entre el consumo alimentario y la hipertensión arterial

La alimentación establece un sistema de comunicación que constituye un complejo sistema de signos, de imágenes, un protocolo de usos, de situaciones y condiciones necesarias para estudios dietéticos que obedecen a comportamientos propios de las personas. Es importante mencionar que la ingesta de alimentos va más allá del nivel nutricional y abre aspectos sociales, rituales y simbólicos. Se trata de afirmar la personalidad de cada individuo a través de usos y preferencias alimentarias específicas, que corresponden a determinados grupos sociales con su identidad cultural (Maury 2010).

La alimentación es parte fundamental del cuidado de la vida y de la reproducción social de las colectividades y los individuos. Cómo comen las personas no es solo un hecho biológico sino un hecho social y antropológico que tiene que ser estudiado como tal. Desde una perspectiva marxista del estudio de la salud, es imposible separar la manera cómo nos alimentamos de las condiciones impuestas por el sistema de producción capitalista, y por ende de su manifestación en la salud de los individuos (Córdova Soria 2020, 27)

La alimentación es un determinante importante, clave para la conservación de la salud y afecta directamente a la calidad de vida de la población. Por lo que se destaca la importancia de los estudios realizados sobre la relación entre el consumo alimentario y las enfermedades crónicas no transmisibles, pues uno de los estudios menciona lo siguiente: “Se estima que una de cada cinco muertes y uno de cada seis años de vida ajustados por discapacidad se atribuyen a dietas de mala calidad” (Ballesteros et al. 2022, 2).

Los cambios en la economía alimentaria mundial impactan en los hábitos y patrones alimentarios considerados determinantes de la salud. Dentro de los cambios más importantes se advierte el descenso en el consumo de frutas y vegetales, y el aumento de alimentos con alto contenido de energía, grasas, azúcares y sodio, principalmente, ultraprocesados. Este patrón alimentario afecta negativamente la salud de la población, especialmente a los sectores sociales de menores ingresos, que además tienen una alta prevalencia de inseguridad alimentaria y de las distintas formas de malnutrición como retraso de crecimiento, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso, obesidad, entre otras (Ballesteros et al. 2022, 2).

El aumento cada vez mayor de la malnutrición se presenta en sectores con altos niveles de pobreza asociados a la inseguridad alimentaria, a la ingesta de alimentos de mala calidad y al consumo de dietas sin equilibrio nutricional (Aguirre y Torrado 2009).

Existen varias investigaciones que abordan el tema de la alimentación desequilibrada de la población y su relación con las enfermedades crónicas, como por ejemplo el estudio de Barrera y otros en el año 2012, en Colombia, donde se obtuvieron los siguientes resultados: el 42,3% de la población en estudio prefería alimentos fritos y el alto consumo de almidones 43,4%, tenían un bajo consumo de frutas y vegetales con una frecuencia de 2 -3 veces/semana (200-300 gramos/semana) (Barrera et al. 2012), cuando la OMS recomienda consumir más de 400 gramos al día para mejorar la salud y disminuir el riesgo de enfermedades no transmisibles (Organización Mundial de la Salud 2019a).

Otro ejemplo es el estudio realizado por Díaz Realpe y otros en el año 2007 en Colombia el cual indica que la población en estudio presenta sobrepeso en el 45,8 % así como también antecedentes familiares con eventos cerebrovasculares 58.3% (Díaz-Realpe, Muñoz-Martínez, y Sierra-Torres 2007).

La investigación realizada por Ferrante y Virgolini en el año 2007 en Argentina, demostró que hay más prevalencia de enfermedades cardiovasculares como la HTA en personas que consumen cigarrillo con el 33.4%, y en personas con bajo consumo de frutas y verduras con el 35,3% (Ferrante y Virgolini 2007).

Analizando todo el contexto en estudio puedo mencionar que existen varios estudios a nivel nacional e internacional sobre consumo alimentario e hipertensión arterial desde una mirada convencional, positivista donde se explica el fenómeno biológico del estado nutricional de las personas, la etiología o los llamados “factores de riesgo” así como análisis estadísticos de la hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad.

La Epidemiología Crítica basada en la epistemología y paradigmas críticos, tiene sus categorías centradas en una transformación social que lucha contra todas las formas de opresión e inequidad, en todas las dimensiones de la reproducción social. Por lo tanto, es focalizada en la dinámica de los procesos y en las colectividades como agentes activos en esa transformación, por medio de la generación y fortalecimiento de procesos protectores para una vida saludable de los seres vivos y de los ecosistemas. Los procesos críticos son una ruptura epistémica; en lugar de factores y efectos entran historia y movimiento. (Allan Künzle 2021, 3)

El presente trabajo de investigación aboga por una epidemiología crítica con la posibilidad de superar miradas positivistas, lineales y causalistas de las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, ya que nos permite partir desde una perspectiva de las desigualdades sociales de la salud en el sistema capitalista (Ortiz, Jarillo, y Guinsberg 2007).

En el análisis del consumo y prácticas alimentarias de los pacientes hipertensos en estudio, inciden la edad, el género y las relaciones interpersonales. Así, por ejemplo en la zona de investigación se evidencia que las mujeres son las directas responsables de la alimentación de todas las familias, de ahí la importancia de hacerlo de una forma saludable, con una gran expectativa cultural de poner en práctica buenos hábitos alimenticios con una dieta equilibrada saludable que se pueda transmitir de generación en generación (Neuman, Eli, y Nowicka 2019).

Un adulto mayor afrodescendiente de la comunidad nos comentó sobre el buen uso de plantas medicinales y los beneficios nutricionales de los productos de la localidad. Vemos que la edad, indicador del momento del curso de vida también condiciona las elecciones y prácticas alimentarias. Por ejemplo, en esta investigación se evidencia que algunos pacientes hipertensos adultos mayores suelen preparar la comida en menores cantidades porque disminuyen el apetito y su fuerza física, la simplificación de las comidas también se vincula con que los pacientes viven solos debido a la viudez. Lo contrario sucede con los pacientes hipertensos adultos y sus familiares donde la preparación de la comida es en mayores cantidades y en mayores frecuencias, con dietas altas en calorías y altas en sodio.

Un análisis importante también es el aspecto geográfico-territorial de la parroquia La Concepción, donde hay vías de conexión terrestre de segundo y tercer orden, por lo que el transporte es muy limitado con el servicio diario de dos buses intercantonales y de camionetas. El mercado más grande está ubicado en el centro del cantón Mira a una distancia de 35Km, por el limitado servicio del transporte los pobladores no pueden salir a menudo a comprar los productos al mercado, pero existen camionetas que comercializan mariscos, frutas y verduras de otras zonas dos veces a la semana, razón por la cual también el consumo de estos productos es limitado.

Por lo tanto, la hipertensión arterial no se asume como una enfermedad más, sino como una expresión de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, resultado de procesos destructivos y deteriorantes de la salud de los pacientes en estudio.

6.1. Obesidad e hipertensión arterial

Existe una relación directa entre la obesidad y enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. En los últimos años se ha presentado evidencia de que los adipocitos son una fuente de mensajeros químicos que informan al cerebro sobre el estado del balance energético del organismo, como la leptina, como que influyen en otros procesos, por ejemplo, en un estado crónico de inflamación, que se observa en las personas con obesidad, que se explica a continuación: los adipocitos llenos de grasa están bajo un estrés severo debido a la creciente demanda de grasa sobre sus propios sistemas metabólicos operativos. El estrés pone en alerta a las células ante una situación de alarma. En este caso, liberan mensajeros químicos que, entre otras cosas, estimulan el sistema inmunitario y provocan una respuesta inflamatoria que se propaga por todo el organismo. La inflamación, una respuesta común del sistema inmunitario para defenderse de los microorganismos y otros daños en los tejidos, en las personas con obesidad se torna en una característica crónica; es como una llama constantemente encendida por mensajeros producidos por los adipocitos en estrés. Con el tiempo, una gran cantidad de células inflamatorias circulan en la sangre de las personas obesas, destruyendo las delicadas paredes internas de los vasos sanguíneos y causando aterosclerosis, lo que impide el flujo sanguíneo normal, lo que lleva a enfermedades como la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, ceguera, entre otras (Saltus 2005).

6.2. Ingesta de sodio en la dieta de la población afrodescendiente

Un estudio realizado en Costa Rica sobre la alimentación y nutrición para prevenir la HTA describe algunos estudios con poblaciones de etnia negra que tienen presiones arteriales más altas y presentan un mayor riesgo de complicaciones que las personas de otras etnias. En la población de etnia negra de este estudio se demuestra como su presión arterial disminuye si se reduce el consumo de sodio y se aumenta el consumo de potasio mediante la dieta DASH en comparación con individuos de otras etnias, por lo que se puede manifestar que de acuerdo a este estudio la población negra es sensible a la sal porque la presión arterial responde al consumo de sodio. Además este estudio manifiesta que existe una estimación de que los factores genéticos representan el 30 % de las variaciones en la presión arterial (Esquivel y Jiménez 2010).

Varios estudios han aclarado la relación entre la hipertensión arterial y la etnia negra, demostrando que algunas personas responden a la sobrecarga de sal (sensibilidad a la sal) aumentando los valores de presión arterial, mientras que otras no (tolerancia a la sal). Los individuos negros presentan hipertensión arterial con actividad suprimida de la renina y la angiotensina II, que se asocia a una mayor sensibilidad a la sal, retención de sodio y corrección del volumen extracelular, lo que da como resultado una excreción de sodio más lenta (Brier y Luft 1994).

6.3. Dieta DASH

La dieta DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) tiene un enfoque dietético para detener la hipertensión mediante un plan de alimentación que contribuye a reducir los valores de la presión arterial alta, perder peso, bajar los niveles del colesterol LDL y reducir el riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares (Sociedad Argentina de Cardiología 2017).

Según un estudio reciente publicado en el Journal of the American College of Cardiology, los adultos con hipertensión arterial sistólica leve (hasta 159 mm Hg) que consumieron esta dieta y redujeron el consumo de sal lograron controlar su hipertensión arterial presión arterial sin medicamentos. Después de solo 4 semanas al poner en práctica la dieta DASH, se evidenció que los participantes que al comienzo del estudio tenían una presión arterial sistólica de 150 mm Hg o más, pudieron bajar 11 mm Hg. Y si una persona a más de consumir la dieta DASH reduce el consumo de sal a 6g/día, logra bajar hasta 21 mmHg su presión arterial sistólica (Sociedad Argentina de Cardiología 2017).

Si se cumple con el plan nutricional de la dieta DASH se logrará reducir la presión arterial sistólica, pero además de cumplir con esta dieta los especialistas en Cardiología del estudio INTERMAP advierten que para controlar la presión arterial alta también se requiere reducir la ingesta de sodio. En este sentido, es importante señalar que la mayoría de sal que se consume habitualmente proviene de los alimentos procesados, motivo por el cual los cardiólogos y nutricionistas recomiendan siempre dar lectura a las etiquetas de los alimentos y seleccionar los que son bajos en sodio y no agregar sal adicional a las comidas habituales (Sociedad Argentina de Cardiología 2017).

La dieta DASH se basa en verduras, frutas y granos enteros; es baja en grasas y carbohidratos; alta en potasio, calcio y magnesio y con un aporte moderado de carnes rojas, aves y pescado. A continuación se presentan las recomendaciones (Figura 2):

Grupo de Alimentos	Raciones diarias	Equivalencias de 1 ración	Aporte
 <p>Granos y derivados</p>	7 a 8	<ul style="list-style-type: none"> - 1 rodaja de pan. - ½ taza de cereales. - ½ taza de arroz hervido, pastas o cereal integral. 	Energía y fibras.
 <p>Vegetales</p>	4 a 5	<ul style="list-style-type: none"> -1 taza de hojas de vegetales de hoja crudos. - ½ taza de vegetales cocidos. -170cc de jugo de vegetales. 	Potasio, magnesio y fibras.
 <p>Frutas</p>	4 a 5	<ul style="list-style-type: none"> - 200cc de jugo de frutas. - ½ fruta - ¼ taza de frutas desecadas. - ½ taza de frutas frescas, congeladas o cocidas. 	Potasio, magnesio y fibras.
 <p>Lácteos descremados</p>	2 a 3	<ul style="list-style-type: none"> - 230cc de leche descremada. - 1 taza de yogur descremado. - 40gr de queso descremado. 	Calcio y proteínas.
 <p>Carne vacuna, aves y pescados</p>	2 o menos	<ul style="list-style-type: none"> -85 gramos de carne vacuna cocida, de ave o pescado. 	Proteínas y magnesio.
 <p>Frutas secas y semillas</p>	½	<ul style="list-style-type: none"> -1/3 taza de granos - ½ taza de legumbres cocidas 	Energía, proteínas y fibras.

Figura 2. Recomendaciones de la Dieta DASH

Fuente y elaboración: The DASH Diet, Clinical Cardiology (1999)

7. Criterios diagnósticos: Hipertensión Arterial, Sobrepeso, Obesidad

7.1. Hipertensión Arterial

La clasificación de los valores de corte de la tensión arterial (TA) es de utilidad universal, tanto para simplificar el enfoque del diagnóstico como para facilitar la decisión sobre el tratamiento. La hipertensión arterial se define como valores ≥ 140 mmHg TAS y/o ≥ 90 mmHg TAD (Mancia, et al. 2013).

7.1.1. Clasificación de la HTA

Según el MSP los estadios de la Tensión Arterial se clasifican de la siguiente manera (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2019, 24):

Estadio: Sistólica / Diastólica

- Óptima: <120 y <80
- Normal: 120-129 y/o 80-84
- Normal alta: 130-139 y/o 85-89
- Hipertensión grado 1: 140-159 y/o 90-99
- Hipertensión grado 2: 160-179 y/o 100-109
- Hipertensión grado 3: ≥ 180 y/o ≥ 110
- Hipertensión sistólica aislada: ≥ 140 y <90

La hipertensión arterial sistólica aislada se presenta por la disminución progresiva de la elasticidad de las arterias, se observa mayormente en pacientes ancianos. Las evidencias demuestran que la elevación de la presión arterial sistólica (PAS) es un gran predictor de mortalidad en las poblaciones adultas mayores porque son causa de enfermedad coronaria y de accidente cerebrovascular. Esta observación se extiende a todo rango elevado de cifras de presión arterial, incluyendo la presión arterial diastólica (PAD) (Rodríguez y Hernández 2007).

La evaluación inicial de un paciente con HTA debe confirmar (Mancia, et al. 2013):

- El diagnóstico de hipertensión arterial.
- Detectar las causas de hipertensión arterial secundaria.

- Evaluación del riesgo cardiovascular (CV), detectar el daño en un órgano blanco y conocer las condiciones clínicas concomitantes.

Para lo cual se requiere la medición correcta de la TA, historia clínica completa (anamnesis y examen físico), exámenes de laboratorio y otras pruebas complementarias (MSP 2019).

7.1.2. Fisiopatología de la HTA

Diversos factores están implicados en la fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. El elemento básico es la disfunción endotelial y la ruptura del equilibrio entre los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas) y los vasodilatadores (principalmente óxido nítrico). Además, contribuyen a lo anterior diversos factores hormonales y el síndrome anémico (Wagner 2010).

En una investigación sobre prevalencia de la hipertensión arterial de los autores De la Rosa y Acosta Silva, en el año 2017 en Esmeraldas, se indican como resultados que el sexo femenino fue el que más prevaleció con diagnóstico de hipertensión arterial con un porcentaje del 63.8%, esto se atribuye a que el sexo femenino al pasar por la etapa de la menopausia, sufre cambios hormonales, por ejemplo los estrógenos disminuyen y estas hormonas tienen un papel cardioprotector por lo que las mujeres quedan expuestas a enfermedades cardiovasculares como la HTA (Rosero Panezo 2017).

7.1.2.1. Fisiopatología de genes e hipertensión arterial

Hasta el momento se ha identificado unos 150 loci (lugares) cromosómicos que alojan genes directa o indirectamente relacionados con HTA. Las proteínas codificadas por estos genes afectan a cualquiera de los factores fisiopatológicos que determinan la HTA: contractilidad miocárdica, volumen sanguíneo y resistencia vascular. Los genes candidatos más importantes son probablemente los relacionados con el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), pero también se están investigando los relacionados con la síntesis y el metabolismo de los esteroides adrenales, así como los que afectan el tono vascular, el transporte de iones y el manejo renal del sodio, entre otros. Ciertas variantes (polimorfismos) de estos genes son más comunes en personas con hipertensión que en personas normotensas; por lo tanto, se consideran alelos de riesgo (Quiroga 2010).

Un estudio realizado en Estados Unidos, el Caribe y África occidental reveló una gran prevalencia de hipertensión arterial en poblaciones de etnia negra genéticamente relacionadas (Cooper y Rotimi 1994).

Existen asociaciones entre las mutaciones de genes, en las cuales el gen del Angiotensinógeno puede estar relacionado con la hipertensión arterial, el gen de la enzima convertidora de angiotensina puede estar relacionada con la hipertrofia ventricular izquierda y la nefropatía hipertensiva, y el gen de la Aducina 1 podría estar relacionada con hipertensión arterial sal sensible. (Beevers 2001, 913)

En Argentina un estudio determinó que la tendencia a tener valores de presión arterial alta predomina en el área rural y que el factor genético tiene mucha importancia ya que en las comunidades pequeñas existe una mayor posibilidad de parentesco entre las familias (Fraix, Tamango, y Pituelli 2015).

Existen estudios en el norte de nuestro país que demuestran que la etnia afroecuatoriana es la etnia que más factores genéticos presenta para tener presiones arteriales elevadas, por ejemplo en el estudio realizado por Aguas en el 2012 en la provincia del Carchi, donde los resultados manifiestan que de los pacientes encuestados el 99% son pacientes hipertensos afrodescendientes, así como también en un estudio realizado por Barahona et al en el año 2021 en el Juncal, provincia de Imbabura, donde se encontró que el 96% de la población estudiada es afrodescendiente, en ambos estudios se manifiesta que la población afrodescendiente es sensible a la sal porque la presión arterial se eleva como respuesta al alto consumo de sodio.

7.1.3. Características de hipertensión arterial en etnia afrodescendiente

Las personas hipertensas de etnia afrodescendiente tienen las siguientes características: Inician la enfermedad a tempranas edades, son mayormente susceptibles a que órganos diana sufran daños, presentan mayor tendencia a la hipertensión arterial secundaria como la insuficiencia renal terminal, la HTA está muy relacionada con un incremento significativo de enfermedad cardiovascular (Figueroa 2006).

7.1.4. Tratamiento de la hipertensión arterial

Para prescribir el tratamiento a un paciente con diagnóstico de HTA se debe tomar en cuenta los signos y síntomas que presenta, el estadio de la HTA, la edad, el grupo étnico y la comorbilidad.

Según la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Hipertensión Arterial 2019 del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, los pacientes con diagnóstico de HTA para lograr un control óptimo requerirán tanto de tratamiento farmacológico como de cambios en su estilo de vida.

La terapia inicial con un solo fármaco tiene éxito en muchos pacientes con hipertensión primaria leve, pero es poco probable que la monoterapia alcance la presión arterial deseada en pacientes cuya presión arterial esté a más de 20/10 mmHg por encima de la meta. Solo se debe considerar la posibilidad de terapia con un solo fármaco en hipertensión grado 1 de bajo riesgo (presión sistólica <150 mmHg) o en pacientes muy ancianos (80 años) o más frágiles, en el resto de pacientes donde los cambios de hábitos y prácticas de vida saludables no resulten efectivas, se deberá empezar el tratamiento con la combinación de dos fármacos (Esh et al. 2018).

Para el tratamiento farmacológico de hipertensión arterial se pueden utilizar los diuréticos, IECA, ARAII y CA como medicamentos de primera línea solo o combinados (Esh et al. 2018).

En caso de que el paciente necesite terapia con dos fármacos, se recomienda combinar dos de las siguientes tres clases de medicamentos: bloqueador del sistema renina-angiotensina (IECA o ARAII), diurético tiazídico y bloqueador de los canales de calcio (Padwal et al. 2009).

Se debe instaurar tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial grado II y grado III con cualquier nivel de riesgo cardiovascular más los cambios de estilos de vida (Esh et al. 2018).

Es recomendable el tratamiento farmacológico antihipertensivo más cambios en los estilos de vida, en adultos mayores de 65 a 80 años si la TAS es de 140-159 mmHg, siempre y cuando éste sea bien tolerado (Esh et al. 2018).

En todos los adultos mayores hipertensos (incluidos ≥ 80 años) se recomienda el tratamiento farmacológico cuando la TAS sea ≥ 160 mmHg (Esh et al. 2018).

En pacientes hipertensos de etnia negra el tratamiento se puede iniciar con un diurético o un CA como medicamentos de primera línea, en combinación o no con un ARAII, (Esh et al. 2018).

En pacientes hipertensos de etnia negra para el tratamiento debe utilizarse una sola droga hasta llegar a su dosis máxima: anticálcicos, bloqueadores α -1, diuréticos tiazídicos (dosis baja), combinaciones sinérgicas con precaución (betabloqueadores + IECA) (Matarama 2005).

Para los casos de hipertensión arterial resistentes al tratamiento, lo más recomendable es referir para su manejo al nivel de atención especializada correspondiente (Esh et al. 2018).

Se presenta a continuación un resumen de los cambios de estilos de vida para la prevención y el manejo de la hipertensión arterial:

Tabla 1
Reducción de TAS con los cambios en las prácticas de vida

Cambio de prácticas de vida	Recomendación	Reducción aproximada de la TAS
Restricción de sal	5-6 gramos al día	2 - 8 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar a 30 ml al día	2 - 4 mmHg
Cambios en la dieta	Dieta rica en frutas, vegetales y reducida en grasas saturadas	8 - 14 mmHg
Reducción de peso	10 Kg IMC normal (18,5 – 24,9)	5 – 20 mmHg
Actividad física	30 minutos al día por 5 días a la semana	4 – 9 mmHg

Fuente: *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7), Conflicts of Interest - Financial Disclosure, 2003. (81)*
Elaboración propia

En este punto es importante hacer mención la recomendación de la OMS de que los adultos mayores de 65 años en adelante deben practicar actividades físicas 150 minutos a la semana, para disminuir el riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (Organización Mundial de la Salud 2019b).

7.2. Sobrepeso y Obesidad

Una persona presenta diagnóstico nutricional de sobrepeso o de obesidad cuando tiene un peso más de lo que corresponde a su estatura. Si la grasa se acumula excesivamente afecta la salud de las personas. Los diagnósticos nutricionales de sobrepeso y de obesidad son consecuencia de un desequilibrio entre las calorías consumidas y las calorías gastadas. A escala mundial, la mala nutrición se da porque las personas consumen cada vez más alimentos y bebidas de alto contenido calórico como grasas y carbohidratos y además llevan una vida sedentaria (OMS, 2016).

La obesidad es una enfermedad multifactorial, principalmente se atribuye a cambios en los modos de vida, los ligados a la reproducción humana y los genéticos.

En términos de genética, se han estudiado aproximadamente 200 genes relacionados con la obesidad y se han identificado 12 mutaciones en 7 genes causantes de la obesidad; actualmente se sabe que presente la sensibilidad genética puede justificar cerca del 30% de la obesidad observada. Algunas personas están genéticamente predispuestas a la obesidad, mientras que otras comen mucho y se mantienen delgadas. Los experimentos han demostrado que los factores genéticos modulan significativamente la respuesta a una dieta alta en grasas en animales de experimentación, lo que ahora sugiere que si los humanos responden a la ingesta de grasas de la misma manera que los monos y los ratones, también bajo control genético, donde algunos individuos tienen genes de susceptibilidad y otros genes de resistencia para hacer frente a la sobrecarga de grasas en la dieta y al desarrollo de sobrepeso y obesidad, entonces la cuestión tendrá su respuesta cuando la genética molecular de la obesidad humana sea comprendida (Perusse 1999).

7.2.1. Indicador del sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad es medido mediante el índice de masa corporal (IMC). El IMC indica la relación entre el peso y la talla, es utilizado para determinar el sobrepeso y la obesidad en adultos. El IMC se calcula de la siguiente manera: el peso de una persona en kilogramos divididos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2), es decir $\text{IMC} = \text{Peso (kg)}/\text{Talla (m)}^2$ (OMS, 2016).

Clasificación del estado nutricional del adulto según el IMC, (OMS, 2016):

IMC	Clasificación
< 18.5	Deficiencia Proteica Energética
18.5 – 24.9	Normal
25 – 29.9	Sobrepeso
30 – 34.9	Obesidad Grado I
35 – 39.9	Obesidad Grado II
>40	Obesidad Grado III

7.2.2. Riesgo de complicaciones metabólicas

Según la OMS el diámetro de la cintura debe ser igual o menor a 88 cm en la mujer y 102 cm en el hombre, si los valores son superiores a los mencionados es indicativo de

obesidad abdominovertebral, que está asociado al riesgo cardiovascular y a padecer enfermedades metabólicas por lo que los individuos puede presentar enfermedades como la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, hiperglicemia, diabetes mellitus tipo II, hipertrigliceridemia, dislipidemia, entre otras patologías. Sumado a esto un IMC mayor a 25, que indica un diagnóstico nutricional de sobrepeso y obesidad, relaciona un mayor riesgo de adquirir enfermedades metabólicas (Moliner, Domínguez, y Gonzáles 2004).

Según una investigación realizada en Lima, Perú, para conocer la frecuencia del síndrome metabólico en adultos mayores del Distrito de San Martín de Porres, se obtuvieron los siguientes resultados: la obesidad abdominal fue mayor en las mujeres con el 59,3% mientras que los hombres presentaron el 32,1% (Aliaga et al. 2014). Esto sucede debido a que mientras el ser humano va envejeciendo, van sucediendo muchos cambios fisiológicos, por ejemplo cambia su composición corporal, disminuyendo la masa muscular y ósea e incremento y redistribución de la masa grasa la cual se ubica de preferencia en la zona central del cuerpo, lo que aumenta el riesgo cardiovascular (Gómez et al. 2012).

A continuación se presenta según la OMS los parámetros del diámetro de la cintura asociada al riesgo de enfermedades cardiovasculares, según el sexo (OMS 2004):

- Cintura en Hombres
 - >102 cm presenta riesgo
 - <102 cm no presenta riesgo
- Cintura en Mujeres
 - >88 cm presenta riesgo
 - <88 cm no presenta riesgo

Al finalizar este capítulo es importante mencionar a manera de resumen que la hipertensión arterial y la obesidad son morbilidades causadas por un conjunto de procesos críticos relacionados con elementos del paciente, de su familia y de la comunidad en general.

Es importante reflexionar que si bien las enfermedades crónicas son no transmisibles biológicamente, sí lo son socialmente, pues las consecuencias de padecer enfermedades crónicas son graves y no se mantienen en lo individual, sino que se transfieren a su familia, a la sociedad y al Estado, en forma de menor desarrollo social y económico de sus habitantes.

Las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la obesidad constituyen un verdadero problema social, por lo que su erradicación debe ser una responsabilidad social y política a nivel mundial.

Capítulo segundo

Metodología

1. Objeto de estudio

Los Modos de Vida y Estilos de Vida de los pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud La Concepción del cantón Mira.

2. Pregunta de investigación

¿Qué procesos determinan los Modos de Vida y Estilos de Vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud La Concepción del cantón Mira?

3. Objetivo General

Analizar los Modos de Vida y Estilos de Vida de los pacientes hipertensos y sus familias en el Centro de Salud La Concepción, cantón Mira.

4. Objetivos específicos

- Determinar los Modos de Vida y los procesos protectores y destructivos relacionados con el consumo alimentario.
- Estudiar la relación entre el consumo alimentario y la hipertensión arterial en pacientes y sus familias del Centro de Salud “La Concepción”.
- Identificar los estilos de vida y el perfil de salud de los pacientes hipertensos.

5. Diseño metodológico

Para el desarrollo de la presente investigación se empleó un estudio descriptivo y transversal, de metodología cuantitativa, donde se analiza el perfil nutricional y el perfil de morbilidad de los pacientes en estudio, acompañado de dos encuestas familiares una sobre modos y condiciones de vida, y otra sobre la frecuencia de consumo alimentario. Mediante un enfoque cuantitativo se describe la determinación social de la salud de los pacientes hipertensos y sus familias. El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en un periodo de 6 meses.

6. Marco Muestral

El trabajo de investigación se desarrolló en las comunidades de La Concepción, Santa Ana y La Loma, pertenecientes a la parroquia La Concepción, cantón Mira de la provincia del Carchi en la región Sierra, al norte del país.

7. Universo

El Universo está integrado por 245 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial registrados en el censo actualizado de los pacientes hipertensos del Centro de Salud “La Concepción” información que fue tomada de la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) del Ministerio de Salud Pública y de los Tarjeteros de pacientes con enfermedades crónicas, para el uso de esta información primero se realizó una solicitud dirigida a las autoridades de salud de la Zona 1 para que me autoricen el desarrollo de la presente investigación en esta Unidad Médica, una vez que obtuve esta autorización escrita y suscrita por las autoridades de turno, procedí al desarrollo de la misma.

8. Muestra

El modelo de muestreo es por selección aleatoria simple con afijación proporcional.

El modelo de Muestreo Aleatorio Simple con afijación proporcional, consiste en asignar una proporción de acuerdo al tamaño relativo de la población de pacientes del Centro de Salud La Concepción de cada comunidad. En este caso de las comunidades La Loma, Santa Ana y La Concepción.

Para el cálculo de la Muestra (n) se aplicó la siguiente fórmula:

n= muestra	p= probabilidad de éxito
N= Población – Universo	q= margen de error
Z= Nivel de confianza	d= precisión

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_a^2 * p * q}$$

$$n = \frac{245 * 1,96^2 * 0,05 * 0,95}{0,05^2 * (245-1) + 1,96^2 * 0,05 * 0,95} = 73$$

Por lo tanto la muestra seleccionada fue de 73 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de las comunidades La Loma, Santa Ana y La Concepción.

9. Criterios de Inclusión y de Exclusión

Criterios de inclusión: Pacientes entre 40 y 90 años de edad con diagnóstico de Hipertensión Arterial de las comunidades: La Loma, Santa Ana y La Concepción, que asisten a los servicios de salud del Centro de Salud La Concepción y que, de manera voluntaria deseen participar en el presente estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes hipertensos que no deseen formar parte del estudio y aquellos pacientes que por motivos ajenos a su voluntad o de manera voluntaria, se retracten y no puedan brindar la información para realizar las encuestas.

10. Técnicas e instrumentos utilizados

Para realizar la toma de medidas de antropometría a los pacientes en estudio, se usaron los protocolos establecidos por la Organización Mundial de la Salud en sus guías para medir antropometría. Y para la toma de presión arterial se usó la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial 2019.

La antropometría fue hecha por la investigadora principal y por dos colaboradoras profesionales de la salud, utilizando una báscula digital de marca BEURER, BE1303, con capacidad de 180 kg, con precisión de 1g. Para la talla se utilizó un tallímetro marca Rice Lake desmontable, con alcance de medición hasta 210 cm, con precisión de 1 mm, previo a realizar la medición de talla y peso se calibraron los instrumentos utilizados. Para realizar la toma del diámetro de la cintura se utilizó una cinta métrica marca Hoehstmass con alcance de medición de 150 cm, con precisión de 1mm, previo a realizar la medición del diámetro de la cintura se pidió al paciente ponerse en posición anatómica, en bipedestación y descubrir las prendas de vestir del abdomen.

Para realizar la toma de tensión arterial se usó dos tensiómetros digitales de marca Riester con alcance de medición de hasta 280mmHg, con una precisión de 1mmHg y previo a la toma se calibraron los instrumentos utilizados.

El formulario-encuesta (Anexo 4): Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción, cantón Mira, usado en la investigación fue creado utilizando como primera referencia la Matriz de procesamiento de procesos críticos (Anexo 1), además se hizo una revisión bibliográfica de estudios preexistentes, tales como el de Andrea Pineda (2020) sobre Nutrición en niños y niñas afrodescendientes de Colón Eloy del María, provincia de Esmeraldas y del cuestionario del estudio de Luis Córdova (2020) sobre Modos de vida de los trabajadores del Ingenio Azucarero Valdez de la ciudad de Milagro en la provincia del Guayas de la sección Consumo de Alimentos.

Para trabajar la categoría de Inserción Social se trabajó con el instrumento INSOC (Cuestionario para la Investigación de la Inserción Social) de Jaime Breilh (2017).

Para realizar el estudio de consumo alimentario (Anexo 5): dentro de la encuesta a los pacientes del Centro de Salud La Concepción y poder obtener un estimado de la frecuencia del consumo de alimentos de los pacientes encuestados, se utilizó la Tabla de Composición de los Alimentos para el Ecuador, que fue desarrollada en la elaboración de la encuesta ENSANUT – 2012, también se realizó la inclusión de más productos de consumo de la parroquia La Concepción y utilizando adecuadamente esta herramienta con las fórmulas del programa Excel y Tableau Software se enlazó la base de datos de las respuestas obtenidas por parte de la población en estudio.

11. Procedimientos para la recolección de datos, métodos para el control y calidad de los datos

Para el presente estudio se utilizó la técnica de reclutamiento por bola de nieve, para lo cual se realizó la invitación a la participación del estudio, a través del personal operativo de salud del Centro de Salud La Concepción. En primer lugar, se realizó una visita presencial al personal de salud de esta Unidad Médica, a la representante del Club de Pacientes Hipertensos y a la representante del Club del Adulto Mayor, con el fin de compartir los objetivos del presente estudio y explicar la importancia de que los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial formen parte del presente estudio, con este primer acercamiento me incluí como investigadora en el personal de salud del Centro de Salud La Concepción.

Posteriormente, se solicitó personal de salud, a la representante del Club de Pacientes Hipertensos y a la representante del Club del Adulto Mayor que actúen como mediadores con los pacientes hipertensos para que formaran parte de la muestra de estudio. A continuación, se convocó a la primera reunión presencial a los pacientes hipertensos de la Comunidad La Loma que accedieron a participar en el presente estudio, se compartió los objetivos y la importancia de su participación, se explicó a cada participante el consentimiento informado para que conozcan del tema de estudio y de manera voluntaria acepten ser parte de la muestra (Anexo 2).

Luego se solicitó a los pacientes hipertensos, que actúen como mediadores con sus familiares para que formaran parte de la muestra de estudio. Posteriormente se realizaron más reuniones presenciales para realizar las mismas actividades en las Comunidades Santa Ana y La Concepción.

Es importante mencionar que el proceso de acercamiento a los pacientes hipertensos y sus familias, y para generar confianza en la muestra en estudio, fue gracias a la buena relación construida desde años atrás, con el personal de salud y con los representantes de los Clubes por los múltiples procesos de acompañamiento a las familias, creando credibilidad y confianza, por lo que gracias a la participación del personal de salud en esta investigación existió la buena predisposición para continuar con las siguientes reuniones presenciales un fin de semana de cada mes durante 6 meses, tiempo en el cual se pudo desarrollar todas las actividades y las técnicas propuestas en el presente estudio.

Al tratarse de una investigación de tipo cuantitativo se empleó como técnica para la recolección de datos dos encuestas familiares que fue elaborada con base en los objetivos planteados, así como en investigaciones previas con similares características desde la perspectiva nutricional de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (Anexos 4 y 5). El proceso de elaboración de los formularios de investigación inició con una primera versión discutida con docentes universitarios con experticia en el tema.

Posteriormente para validar esta herramienta técnica, se realizó una prueba piloto con 10 pacientes hipertensos y sus familias; misma que ayudó a identificar la necesidad de mejorar el lenguaje y diseño del instrumento. Después de realizar estas correcciones se volvió a realizar una revisión con la Directora de tesis. Finalmente, esta versión ya corregida se aplicó como la encuesta definitiva a los 73 pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (el cuadro con detalles de todos los datos de

los pacientes hipertensos y sus familias constan en una base de datos y el resumen de los mismos en las tablas estadísticas reflejadas en el capítulo de Resultados y en Anexos).

Luego se procedió a realizar el proceso estadístico, que corresponde a la recolección de los datos, procesamiento, análisis y generación de resultados. Para ello se utilizó varios paquetes informáticos como Microsoft Excel, SPSS versión 27, TABLEAU Bussines Intelligence.

Respecto al proceso de recolección de información se procedió a generar el instrumento de recolección de datos en los pacientes hipertensos en estudio, con preguntas puntuales previo a un pilotaje satisfactorio. Posteriormente se ejecutó el procesamiento de datos analizando el comportamiento normalizado de los mismos, así también la fidelidad utilizando el coeficiente de Alfa de Cronbach, posteriormente se realizaron los test de contraste de variables categóricas, como el Chi Cuadrado. Finalmente se procedió a generar los resultados en tablas de una entrada y gráficos idóneos para demostrar los objetivos planteados.

12. Procesamiento de la información

La información recopilada fue organizada y analizada según las categorías planteadas desde la determinación social de la salud. El análisis de datos y el cálculo se llevó a cabo a través del paquete estadístico SPSS versión 27 con análisis univariados y bivariados y mediante el uso de tablas se dio a conocer la relación entre el consumo alimentario y la hipertensión arterial en pacientes y sus familias del Centro de Salud “La Concepción”.

13. Normas de Ética

La población en estudio tuvo el pleno conocimiento de la realización de esta investigación, ya que previamente se explicaron los objetivos del estudio. Se solicitó la autorización de su participación, el uso de la información a través de consentimiento libre e informado (Anexo 2), así como también se solicitó la autorización del uso de imagen a las personas cuyas fotografías se publicarían en esta tesis (Anexo 3), garantizando de esta manera el cumplimiento de los principios éticos expresados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA).

También existe la autorización escrita y suscrita por las autoridades de salud de la Zona 1 del MSP, para poder levantar la información que se necesita para llevar a cabo esta investigación.

14. Socialización de los resultados

Los resultados de este trabajo de investigación se socializarán con la UASB y con las comunidades en estudio de la parroquia La Concepción, por medio de estrategias participativas en reuniones de la investigadora con el personal operativo de salud y con los pacientes que intervinieron en la investigación, en un tiempo estimado de tres semanas. Además, existe el compromiso de entrega de los resultados encontrados y de la tesis final aprobada por la Universidad, a la Directora del Centro de Salud La Concepción y a la Coordinación Zonal 1-Salud.

Capítulo tercero

Resultados

1. Contexto socio histórico de la parroquia La Concepción

La Concepción, parroquia de mujeres y hombres trabajadores, que a pesar de la opresión que han enfrentado a través del tiempo han logrado cimentar su cultura y tradiciones en el norte del país. La presencia de la población negra en la parroquia La Concepción data en el siglo XVII, tiempo en que los Jesuitas buscaron alternativas para activar su producción por lo que traen a esta zona norte de país esclavos negros de origen africano que fueron capaces de soportar el clima del Coangue o Valle de Sangre (ASIS La Concepción 2021, 25).

Según el Análisis Situacional de Salud del Centro de Salud La Concepción en la sección de historia relata lo siguiente: En aquel tiempo existían tres haciendas pertenecientes a la Villa de San Miguel de Ibarra. La hacienda La Concepción fue la más grande y la más productiva, tierras que fueron cultivadas por los esclavos negros que vivían como huasipungueros, trabajando como peones en condiciones inhumanas, las viviendas características de los huasipungueros fueron las chozas de bahareque, vivían en hacinamiento en los perímetros de las haciendas, y no disponían de ningún servicio básico (ASIS La Concepción 2021, 25).

De acuerdo a los datos históricos se relata que desde el año 1965 hasta 1968 de acuerdo al registro de datos del Instituto Ecuatoriano de Reforma Agraria y Colonización (IERAC), se entregó a la parroquia La Concepción, por concepto de liquidación de huasipungos 191.9 hectáreas de tierra a 158 beneficiarios, dando como resultado del promedio a menos de 2 hectáreas de la superficie de las tierras para cada huasipunguero de las haciendas La Concepción, Santa Ana, La Loma y Chamanal, extensión que les sirvió para satisfacer las necesidades de supervivencia de sus familias (ASIS La Concepción 2021, 25).

2. Segregación socioespacial del territorio de la parroquia La Concepción de la provincia del Carchi

Según el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2011 – 2021 (GADPR La Concepción, 2014), La Concepción fue declarada como parroquia el 17 de abril de 1884 y pertenecía al cantón Tulcán. El 18 de agosto de 1980 Mira se convierte en Cantón donde se agrupan las parroquias de Mira, La Concepción, Juan Montalvo y Jijón y Caamaño (Alcedo et al. 2020, 15).

Luego se determinaron los límites de la Parroquia La Concepción así: al Norte está limitada con el Rio de la Plata, la parroquia Jacinto Jijón y Caamaño y con el cantón Espejo, al Sur con las parroquias Juan Montalvo y Mira, al Este con el cantón Espejo y al Oeste con la provincia de Imbabura (GADPR La Concepción, 2014).

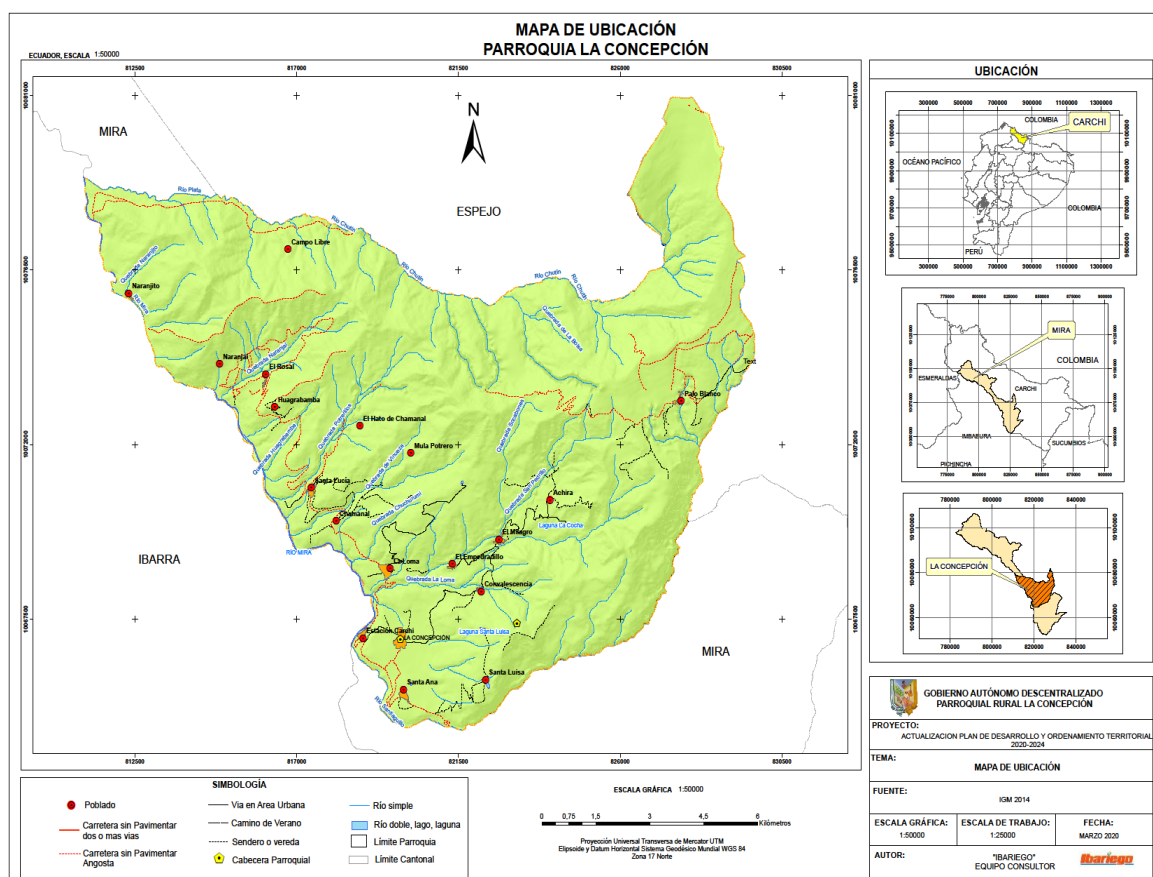


Figura 3. Mapa del área geográfica de la parroquia La Concepción (2019)

Fuente y Elaboración: Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la parroquia rural La Concepción (2019-2023)

La parroquia la Concepción cuenta con una superficie de 14.895,49 hectáreas. Es la parroquia rural más poblada del Cantón Mira (GADPR La Concepción, 2014).

La mayoría de las comunidades cuentan con vías de acceso desde Ibarra o desde Mira (GADPR La Concepción, 2014).

Según el Censo del 2010, la parroquia La Concepción cuenta con el 23,05% de la población del cantón Mira con 2.807 habitantes, de los cuales 1.393 son mujeres (49,63%) y 1.414 son hombres (50,37%) (INEC 2010).

Se analiza que los pobladores de la parroquia La Concepción a través del tiempo han atravesado por una crisis social y económica, que hasta la actualidad condiciona la determinación social de sus habitantes. Esta parroquia posee características demográficas y étnicas que producen cierto grado de vulnerabilidad en personas adultas mayores con enfermedades crónicas, así por ejemplo hay estudios que validan lo antes mencionado: La alta prevalencia geográfica de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afroecuatoriana de la comunidad La Loma, cantón Mira de la Provincia del Carchi, 2011(Aguas Aguas 2012), donde se evidencia que la prevalencia de hipertensión arterial alcanzó el 32% y este porcentaje fue mayor en adultos mayores de 61 años, también se encontró que este grupo de edad presenta mayor riesgo cardiovascular según la circunferencia de cintura. Se presentó hipertensión arterial en personas que tuvieron un alto consumo de sal (> de 6g) y un alto consumo de carbohidratos y grasas.

Otro estudio que se presenta en el norte del país son los Factores predisponentes de hipertensión arterial, diabetes y cardiopatía isquémica en la parroquia Anchayacu del cantón Eloy Alfaro (Rosero Panezo 2017), donde se evidencia que la enfermedad de mayor prevalencia fue la hipertensión arterial, y los factores predisponentes modificables son el consumo de carbohidratos, de grasas y de sustancias tóxicas como cigarrillos, el sedentarismo y el sobrepeso, mientras los factores de riesgo no modificables predisponentes a la hipertensión arterial son la etnia afrodescendiente, antecedentes patológicos familiares, la edad de 40 a 50 años y sexo femenino.

En el cantón Mira, parroquia La Concepción, existen contextos socio-históricos marcados por el maltrato a los afrodescendientes, los modos de vida especialmente los modos de producción, como el trabajo esclavizante en las haciendas, el trabajo de campesinos afrodescendientes en pequeñas tierras, los jornaleros son asalariados con una remuneración económica muy baja, lo que produce la movilidad de los hombres afrodescendientes jóvenes a las grandes ciudades, buscando mejores oportunidades de vida, quedando en las comunidades un gran porcentaje de madres responsables del hogar y la población de adultos/as mayores lo que repercute a nivel social e influye en el estado de salud de esta población.

2.1. Orografía

Territorialmente, la parroquia de La Concepción tiene una superficie aproximada de 14895,49 ha, con una topografía con inclinaciones y ondulaciones geográficas naturales que determinan las prácticas agronómicas y asentamientos humanos (Alcedo et al. 2020, 77,78).

2.2. Hidrografía

La red hidrográfica de la parroquia La Concepción está compuesta por ríos y quebradas, entre las principales se menciona: Río Mira, Río Plata, Río Chutín, Río Santiaguillo; Quebrada Naranjito, Naranjal, Guadabamba, Potrerillos, Santa Lucía, Chuchurumi, San Pedrillo, La Loma, Calera, El Rosario (GADPR La Concepción, 2014).

2.3. Clima

La temperatura en la parroquia varía entre 6 y 25 °C, es una Parroquia considerada con un clima cálido seco, pero tiene la comunidad Palo Blanco con el clima de páramo donde la temperatura es de 6° C aproximadamente (GADPR La Concepción, 2014).

2.4. Costumbres Alimenticias y Modos de Producción

Según el Análisis Situacional de Salud del Centro de Salud la Concepción se tiene la siguiente información: A través del tiempo ciertos cultivos utilizados en la dieta tradicional, como la yuca, el camote, el plátano, han ido desaparecido. Actualmente las tierras son utilizadas para cultivos comercializables, principalmente fréjol, morocho, pimiento, granadillas, aguacates, ovos y duraznos. Por lo que las familias campesinas han tenido que incorporarse a una economía monitorizada dependiente de los vaivenes del mercado. Hoy en día los habitantes de la parroquia La Concepción venden casi toda su producción con el fin de tener acceso a los alimentos y bienes que en la zona no se producen, se evidencia que el trueque definitivamente va desapareciendo. Se puede analizar también que si bien la producción orientada al mercado genera buenos créditos en temporadas de buena comercialización con precios altos, también obliga a los

campesinos a la intensiva utilización de insumos industrializados, que antes no eran utilizados en el cultivo parcelario (ASIS La Concepción 2021, 52).

La parroquia La Concepción por sus diferentes pisos climáticos tiene una gran diversidad agrícola, aquí predominan los cultivos de ciclo corto, el fréjol es el cultivo emblemático de esta zona, dispone de una cadena de producción y comercialización y es el sector productivo – económico que más beneficia a esta población, lo que sí es preocupante es que en la comercialización del fréjol no hay grandes ventajas para el productor primario porque existe una cadena de intermediarios quienes han desarrollado mecanismos para contar con la cosecha desde el inicio de la producción, la que luego es destinada hacia el mercado nacional y hacia Colombia (Alcedo et al. 2020).

Los aspectos económicos de la parroquia La Concepción están relacionados con la agricultura, la comercialización de la producción de fréjol, caña de azúcar y a la crianza de pollos. Existe además una empresa de producción de panela, miel y aguardiente en la Hacienda de Santa Ana. Los negocios relacionados con la producción de caña realizan sus entregas en el Ingenio IACEM para la producción de azúcar. Existe la empresa AVITALSA, que se dedica a la producción de pollos que se venden en las ciudades más cercanas como Ibarra o en Tulcán (Alcedo et al. 2020).

Es importante manifestar que mediante la descripción del componente productivo de la parroquia La Concepción, es evidente que si existe potencialidad en cuanto a diversidad productiva, hay gran diversidad climática, cuentan con vastos territorios de cultivo, hay disponibilidad de mano de obra con suficiente experiencia en siembras y cultivos, una buena posición geográfica, entre otras, pero se analiza que la comercialización de los productos es una gran limitante que se presenta en esta zona, por lo que las autoridades correspondientes debería actuar ante el pedido de la población quienes sugieren la creación de un centro de acopio o mercado mayorista en La Concepción, ya que geográficamente se ubica cerca de la ciudad de Ibarra, así como también cerca de la Región Costa, lo que les permitiría comercializar directamente los productos producidos en esta localidad a buenos precios, y reducirían gastos en el transporte.

3. Caracterización de la población

A continuación se describe a detalle los resultados obtenidos de los 73 pacientes hipertensos y sus familias de las comunidades rurales: La Loma, Santa Ana y La

Concepción que acuden a recibir atención médica el Centro de Salud “La Concepción” del cantón Mira.

Tabla 2
Datos demográficos de los pacientes

Variables	Categorías	n	%
Sexo	Hombre	25	34,2%
	Mujer	48	65,8%
	Total	73	100,0%
Grupo etario	Adulto/a	20	27,4%
	Adulto/a Mayor	53	72,6%
	Total	73	100,0%
Grado de Escolaridad	Sin escolaridad	21	28,8%
	Primaria incompleta	38	52,1%
	Primaria completa	14	19,2%
	Total	73	100,0%
Estado Civil	Soltero/a	7	9,6%
	Unión Libre	2	2,7%
	Casado/a	43	58,9%
	Divorciado/a	1	1,4%
	Viudo/a	20	27,4%
	Total	73	100,0%
Etnia	Afrodescendiente	71	97,3%
	Mestizo	2	2,7%
	Total	73	100,0%
Ocupación	Quehaceres domésticos	28	38,4%
	Agricultor	27	37,0%
	Jubilado	11	15,1%
	Jornalero	6	8,2%
	Tractorista	1	1,4%
	Total	73	100,0%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

De acuerdo a la tabla 2, según los resultados obtenidos de los 73 pacientes hipertensos encuestados el 65,8% son mujeres y 34,2% hombres, también encontramos que el 72,6% son adultos mayores es decir tienen edad igual o mayor a 65 años, el 52,1% tienen la primaria incompleta, el 58,9% son casados/as y el 27,4% son viudos/as, el 97,3%

son afrodescendientes, respecto a la ocupación, el 38,4% realizan quehaceres domésticos, mientras que el 37% son agricultores.

Se puede mencionar que debido a que la mayoría de pacientes son adultos mayores y a su condición económica, el grado de escolaridad es inferior a la primaria y la ocupación son quehaceres domésticos y agricultores donde producen sus propios alimentos para subsistir. La mayoría de los agricultores trabajan para los terratenientes de la zona o en las haciendas aledañas, en territorios que padecen marginación social, por lo que se evidencia población afrodescendiente empobrecida.

En el desarrollo de esta investigación se evidencia las relaciones de poder que existente entre las familias, pues se ve la marcada diferencia de quienes son los dueños de las grandes tierras y quién es jornalero/a, así como también se analiza que se conservan las relaciones de poder de etnia, edad y género, así se observa que los jornaleros/as afrodescendientes campesinos, sean estos hombres o mujeres, adultos o adultos mayores, todos tienen un nivel educativo nulo o muy bajo, viven en condiciones de vida deficientes, que los envuelven en un círculo vicioso de necesidad y miseria en donde vendiendo su fuerza laboral esperan cobrar un jornal diario de muy poca remuneración que solo les permite la subsistencia de las familias.

4. Inserción Social

La categoría Inserción Social, según Jaime Breilh, “nos permite distinguir a los grupos sociales según sus modos de vida” (Breilh 1989). Esta caracterización de los pacientes hipertensos y sus familias es muy importante, ya que nos permite agregar muchas variables, que describen los modos de vida de la población en estudio, y de esa manera poder agruparlos según su clase social.

Los modos de vida son el fundamento de esta caracterización por inserción social, que según Breilh son definidos como: “los patrones típicos de trabajo; de vida cotidiana y familiar en la esfera del consumo; formas de organización y actividad política; formas culturales y de construcción de la subjetividad; y relaciones ecológicas” (Breilh 1989). Esto es lo que genera relaciones de dependencia entre quienes dominan y entre quienes son los dominados en una determinada población.

Para la construcción de la tipología del modo de vida, se adaptó la propuesta de Breilh (2004) denominada como INSOC y se incorporó el análisis de las siguientes variables: principal responsable económico de la familia, ocupación del principal

responsable económico de la familia, propiedades del principal responsable económico, tarea principal del responsable económico, fuente de ingresos del principal responsable económico, promedio de ingresos mensuales, bono o ayuda del Estado. Se incorporó estas variables ya que una de las principales fuentes de análisis en la Epidemiología crítica es la inserción social del principal responsable económico del hogar para evidenciar la capacidad del sostenimiento de la economía de la familia, además se puede analizar como al establecer clases sociales dentro de una población determinada se determinan también algunas enfermedades, los que nos permite conocer cómo se encuentra un individuo insertado en la sociedad, así como también como son las relaciones del individuo con los procesos protectores y destructivos de la salud y su influencia en la conservación de la salud o en la aparición de sus enfermedades.

Tabla 3
Inserción Social del principal responsable económico del hogar

VARIABLES	CATEGORÍAS	n	%
Principal responsable económico de la familia	Usted mismo	42	57,5%
	Conyugue	28	38,4%
	Padre	2	2,7%
	Otro	1	1,4%
	Total	73	100,0%
Ocupación del principal responsable económico	Obrero o trabajador manual	7	9,6%
	Pequeño trabajador agrícola	30	41,1%
	Jubilado	17	23,3%
	Pequeño trabajador agrícola y jubilado	19	26,0%
	Total	73	100,0%
Propiedades del principal responsable económico	Locales	3	4,1%
	Máquinas	1	1,4%
	Herramientas	27	37,0%
	Tierra y herramientas	42	57,5%
	Total	73	100,0%
Tarea principal del responsable económico	Hace el trabajo	47	64,4%
	Hace y dirige el trabajo de otros	9	12,3%
	Dirige y organiza el trabajo	1	1,4%
	No aplica	16	21,9%
	Total	73	100,0%

Fuente de ingresos del principal responsable económico	Jornal diario	9	12,3%
	Negocio particular	4	5,5%
	Pensión jubilar	4	5,5%
	Jornal diario y pensión jubilar	12	16,4%
	Jornal diario y bono	21	28,8%
	Pensión jubilar y otros	23	31,5%
	Otros	0	0,0%
	Total	73	100,0%
Inserción Social	Jornalero no agrícola	7	9,6%
	Pequeño trabajador agrícola	32	43,8%
	Pensionita del Seguro Social	34	46,6%
	Campesino		
	Total	73	100,0%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

Tabla 3, referente a este estudio se analiza la inserción social de los pacientes hipertensos, conocer la parte socio económica del principal responsable económico de la familia, de tal manera que los resultados obtenidos son: el 57,5% son los mismos pacientes, el 38,4% son los cónyuges de los pacientes, el 41,1% son pequeños trabajadores agrícolas, el 23,3% son jubilados del SSC (Seguro Social Campesino) y el 26% son pequeños trabajadores agrícolas y jubilados del SSC.

Sobre la Ocupación del principal responsable económico el 9,6% son Obreros o trabajador manuales, el 41,1% son pequeños trabajadores agrícolas, el 23,3% son Jubilados del SSC y el 26,0% son pequeño trabajadores agrícolas y jubilados del SSC.

Sobre las propiedades, el 57,5% disponen de tierras y herramientas, el 37% disponen de herramientas donde este último son los pequeños trabajadores agrícolas que prestan su mano de obra como medio económico. El 64,4% el paciente hipertenso hace el trabajo propiamente, mientras que la diferencia hace y dirige el trabajo de otros.

Respecto a la fuente de ingresos, el 31,5% recibe una pensión jubilar acompañado con otros ingresos, el 28,8% recibe sus recursos económicos del jornal diario y bono del estado, el 16,4% recibe dinero del jornal diario y pensión jubilar.

De acuerdo al promedio de los ingresos mensuales, se hace referencia al sueldo básico unificado, donde se observa que el 90,4% recibe menos de 425 dólares. A tal efecto el 41,1% recibe bono o ayuda del estado para subsistir.

En resumen, podemos decir que la Inserción Social del principal responsable económico del hogar se debe al pensionista del Seguro Social Campesino con un 46,6%, al Pequeño trabajador agrícola con el 43,8% y al Jornalero no agrícola con el 9,6%.

5. Modos de Vida

Existen varios modos de vida porque la sociedad se compone de varias interrelaciones entre los grupos de personas que se encuentran en un determinado espacio geográfico. En el presente estudio se describen los procesos protectores y destructivos que suceden en la parroquia La Concepción y las conductas que han conformado los modos de vida de los pacientes hipertensos y sus familias.

Aquí es necesario plantear el análisis de las características de la vivienda de los pacientes hipertensos y sus familias que fueron operacionalizadas en la encuesta a través de variables como la ubicación, la infraestructura, pertenencia y estado de la vivienda.

En la construcción de la categoría de los Modos de Vida, las características de la vivienda son un elemento principal para analizar.

Los procesos adquieren proyecciones distintas frente a la vivienda saludable, de acuerdo con las condiciones sociales de cada espacio y tiempo en que se desarrollan, condiciones que pueden ser de construcción de equidad, mantenimiento y perfeccionamiento o que por el contrario pueden tornarse elementos de inequidad, privación y deterioro. Entonces, los procesos en que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales adquieren propiedades protectoras/benéficas (saludables) o propiedades destructivas/deteriorantes (insalubres). (Rojas et al. 2008, 188)

Tabla 4
Caracterización de la vivienda y saneamiento ambiental

Variables	Categorías	n	%
Tipo de vivienda	Mixta	2	2,7%
	Ladrillo	1	1,4%
	Bloque	13	17,8%
	Adobe	51	69,9%
	Tapia	6	8,2%
	Total	73	100,0%
Pertenencia de la vivienda	Propia	68	93,2%
	Arrendada	2	2,7%
	Prestada	3	4,1%
	Total	73	100,0%
Estado de la Vivienda	Bueno	31	42,5%
	Regular	36	49,3%
	Malo	6	8,2%
	Total	73	100,0%
Servicios Básicos	Si	72	98,6%
	No	1	1,4%
	Total	73	100,0%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
 Elaboración: Silvana Chusquillo

Los resultados obtenidos de la tabla 4, respecto a las condiciones de la vivienda de los pacientes hipertensos, encontramos que el 69,9% son construidas con adobe y el 17,8% con bloque, como material que predomina en la estructura de la vivienda. El 93,2% tiene casa propia, el estado de la misma es considerada por el mismo paciente como buena el 42,5% y como regular el 49,3%. Las viviendas si disponen de servicios básicos es decir energía eléctrica, agua entubada, alcantarillado y recolección de basura.

Es importante mencionar en lo referente a la tecnología para la comunicación que el 65,8% no disponen de celular, mientras que el 27,4% dispone de celular sin internet, por lo que se evidencia que la tecnología para la comunicación, esta es muy limitada, pues al trabajar con un grupo de pacientes hipertensos en su mayoría adultos mayores se denota que casi todos no hacen uso del servicio de celular ni de internet, una limitante es su baja condición económica, así como también su bajo nivel de educación.

Tabla 5
Consumo y tratamiento de agua, higiene y conservación de alimentos

Variables	Categorías	n	%
Consumo de agua	Entubada	72	98,6%
	Rio	1	1,4%
	Total	73	100,0%
Tratamiento del agua	Clora	14	19,2%
	Hierve	9	12,3%
	No trata	50	68,5%
	Total	73	100,0%
Higiene de alimentos	A veces lavan y hierven	7	9,6%
	Siempre lavan y hierven	66	90,4%
	Total	73	100,0%
Conservación de alimentos	Guarda	3	4,1%
	Refrigeración	65	89,0%
	No almacena	2	2,7%
	Seca y Refrigeración	2	2,7%
	Guarda y Refrigeración	1	1,4%
	Total	73	100,0%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

Referente a la tabla 5, el 98,6% dispone de agua entubada para el consumo diario de los habitantes del hogar de los pacientes hipertensos en estudio, así también el agua que beben el 68,5% no la tratan, es decir beben directo del grifo; respecto a la higiene de los alimentos el 90,4% siempre lavan y hierven, mientras que el 89% conservan sus alimentos en refrigeración propia o comunitaria.

Es importante mencionar en relación a los servicios básicos, todos los pacientes hipertensos y sus familias cuentan con servicios básicos deficientes ya que disponen agua entubada, si disponen de luz eléctrica y alcantarillado, así como también todos cuentan con el servicio de carro recolector para la eliminación de desechos sólidos, aunque no todos hacen uso del servicio.

De los resultados anteriores se analiza que no existe suficiente gestión territorial del Estado que trabaje de una manera integral y se evidencia que las condiciones de vida de los habitantes de esta localidad no alcanzan ni los estándares mínimos para llevar una vida digna (Córdova Soria 2020, 107).

6. Consumo Alimentario

6.1. Estado nutricional y hábitos alimentarios

En este apartado del estudio se analizará si el tipo la dieta que consume la población en estudio tiene una relación significativa con el diagnóstico nutricional que se basa en el Índice de Masa Corporal (IMC).

Tabla 6
Diagnóstico nutricional de los pacientes encuestados

Variable	Categoría	n	%
Valoración nutricional	Normal	16	21,9%
	Obesidad Mórbida	2	2,7%
	Obesidad Tipo I	21	28,8%
	Obesidad Tipo II	5	6,8%
	Sobrepeso	29	39,7%
	Total	73	100,0%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

Se analiza que de la encuesta aplicada a los 73 pacientes hipertensos arroja los siguientes resultados de valoración nutricional: el 39,7% de los pacientes presentan Sobrepeso; el 28,8% Obesidad Tipo I; el 6,8% Obesidad Tipo II; el 2,7% Obesidad Mórbida; mientras que el 21,9 presentan valoración nutricional normal, con lo que se demuestra que la mayoría de la población en estudio (78%) presentan una malnutrición que se manifiesta como sobrepeso u obesidad, lo cual depende de varios procesos destructivos de salud como por ejemplo el no consumir una dieta balanceada.

6.2. Descripción de los hábitos alimentarios

En esta investigación nos interesa analizar los hábitos alimentarios de los pacientes hipertensos y sus familias, y lograr determinar como la dieta afecta a la salud, ya que es muy probable que los pacientes no tengan una alimentación saludable y bien equilibrada, lo que podría incidir en altos niveles de incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas. Para ello, este estudio toma como indicador clínico la hipertensión arterial, puesto que existen varios estudios que investigan porque en la

actualidad hay incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas, y dentro de este grupo la enfermedad de mayor prevalencia es la hipertensión arterial (Rosero Panezo 2017); así como también hay estudios que analizan el perfil nutricional de las personas en determinadas zonas geográficas, donde se observa que los pacientes en estudio consumen dietas hipercalóricas, presentan diagnóstico de hipertensión arterial, tienen un bajo nivel educativo y pertenecen a grupos etarios de personas adultas mayores, así por ejemplo tenemos el análisis del perfil nutricional de los trabajadores del Ingenio Valdez, cuyo estudio determinó que la tendencia antes descrita es similar al estándar nacional (Córdova Soria 2020).

Para poder relacionar la hipertensión arterial con el consumo alimentario de la población en estudio se incluyó un Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos que ha sido validado por la Universidad de Antioquía, cuestionario que se ha utilizado para suministrar la información de alimentos requerida, para estimar la ingesta usual de alimentos y para incluir preguntas de acuerdo a mi necesidad (Monsalve y González 2011 citado en Córdova Soria 2020, 115).

El consumo total de un nutriente fue calculado de la siguiente manera: se sumó el peso de la frecuencia de consumo de los alimentos y el contenido de todos los nutrientes de cada alimento. Para el peso de frecuencias de consumo se asignó un peso de 1.0 a “una vez al día”, y así proporcionalmente en las otras respuestas, por ejemplo si la frecuencia de consumo es “2-3 veces al día” se asignó un peso igual a 2.5 y así sucesivamente para los otros valores del cuestionario (Willet 2013 citado en Córdova Soria 2020, 116).

Para estimar el consumo calórico de la población en estudio se insertó la tabla de composición de alimentos del Ecuador, la cual fue desarrollada paralelamente a la elaboración de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT – 2012), y con el correcto uso de las herramientas y fórmulas del programa Excel se creó la base de datos de las respuestas obtenidas y aplicando los factores de conversión de gramos a calorías se logró obtener el estimado del consumo calórico diario (Willet 2013 citado en Córdova Soria 2020, 116).

Frente a la necesidad de contar con una tabla actualizada de la composición de alimentos, se utilizó una tabla elaborada por el equipo técnico de la ENSANUT ECU la cual contiene una composición nutricional de los alimentos más comunes que se consumen en el Ecuador y de forma particular para este estudio se realizó la inclusión de los productos más consumidos en la parroquia La Concepción, usando esta herramienta

y mediante fórmulas del programa Excel y Tableau Software se obtuvieron los resultados obtenidos de la población en estudio (Ramírez et al. 2014).

Según la ENSANUT - 2012, alrededor del 61% de la ingesta energética total a nivel nacional proviene de los carbohidratos y alrededor del 13% de las proteínas, sin que se observen grandes diferencias entre los grupos de edad. También se analizó que alrededor del 26% de la energía total proviene de las grasas, de las cuales el 12% corresponde a grasas saturadas. En Ecuador, un promedio del 12% del total de las calorías consumidas proviene de grasas saturadas, mientras que las recomendaciones establecen que el aporte debe ser inferior al 10% (Ministerio de Salud Pública de Ecuador 2014 citado en Córdova Soria 2020, 117).

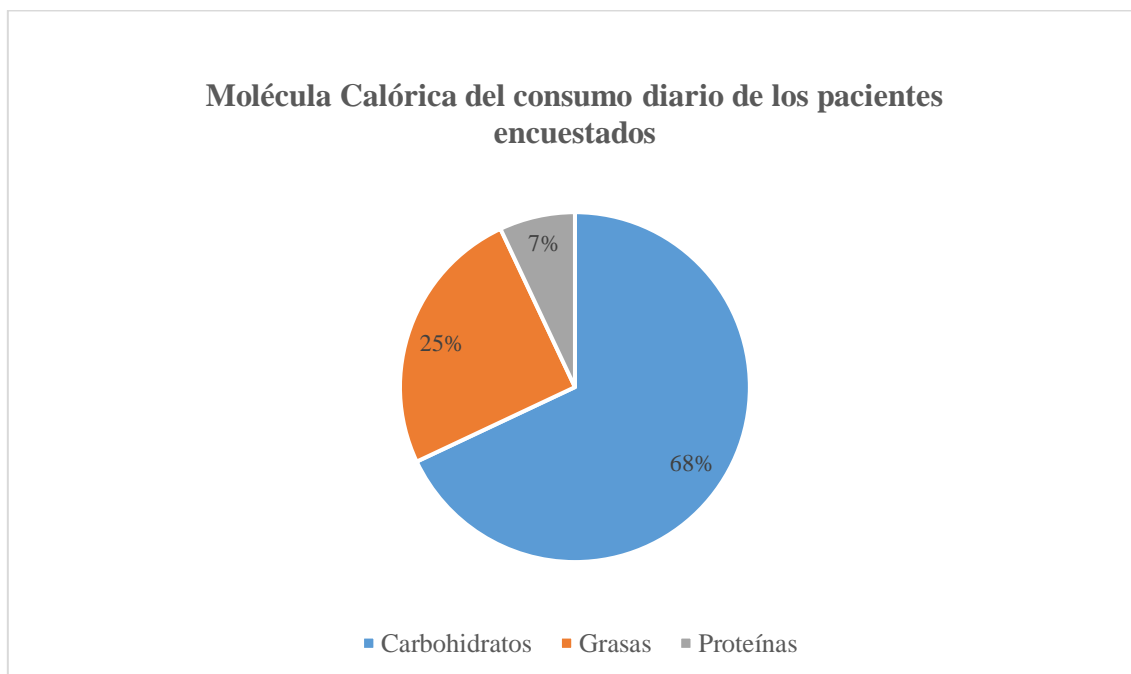


Figura 4. Molécula Calórica del consumo diario de los pacientes encuestados

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)

Elaboración: Silvana Chusquillo

Al comparar el resultado del consumo calórico diario de la encuesta a los pacientes hipertensos y a sus familias del Centro de Salud La Concepción realizada en el mes de Julio 2022 (Figura 4), el 68% del consumo total de energía proviene de carbohidratos, el 7% proviene de proteínas y el 25% de la energía total proviene de las grasas, por lo que observamos una diferencia sustancial con respecto a los valores de la Encuesta ENSANUT – 2012, así entre los valores de consumo de carbohidratos existe una diferencia aproximada de 7%, se analiza también que existe una diferencia del 6% entre los valores de consumo de proteínas y tan solo una diferencia del 1% entre los valores de

consumo de grasas, las diferencias más notables puede atribuirse a las condiciones en que se realizó la encuesta a los pacientes, pudieron haber dado valores aleatorios o de memoria, es posible también que debido a las variaciones en cuanto a lugar geográfico en el que residen los pacientes o por el bajo nivel educativo pueden haber valores dispares en cuanto al consumo de determinados alimentos, es esto lo que genera una variación local en comparación con el nivel nacional. El anterior análisis permite establecer a primera vista que la alimentación de la población en estudio es bastante rica en carbohidratos y grasas lo que explica que la mayoría de pacientes hipertensos tengan un diagnóstico nutricional de sobrepeso y obesidad.

Ahora se hace referencia a como son los tipos de dietas de los pacientes en estudio y como se distribuyen, para lo cual se consideran tres diferentes tipos de dietas: hipocalórica, si la dieta aporta de 1700 a 2200 calorías por día; normocalórica, si la dieta aporta de 2201 a 3200 calorías por día; hipercalórica, si la dieta aporta más de 3200 calorías por día (Covarrubias 2021).

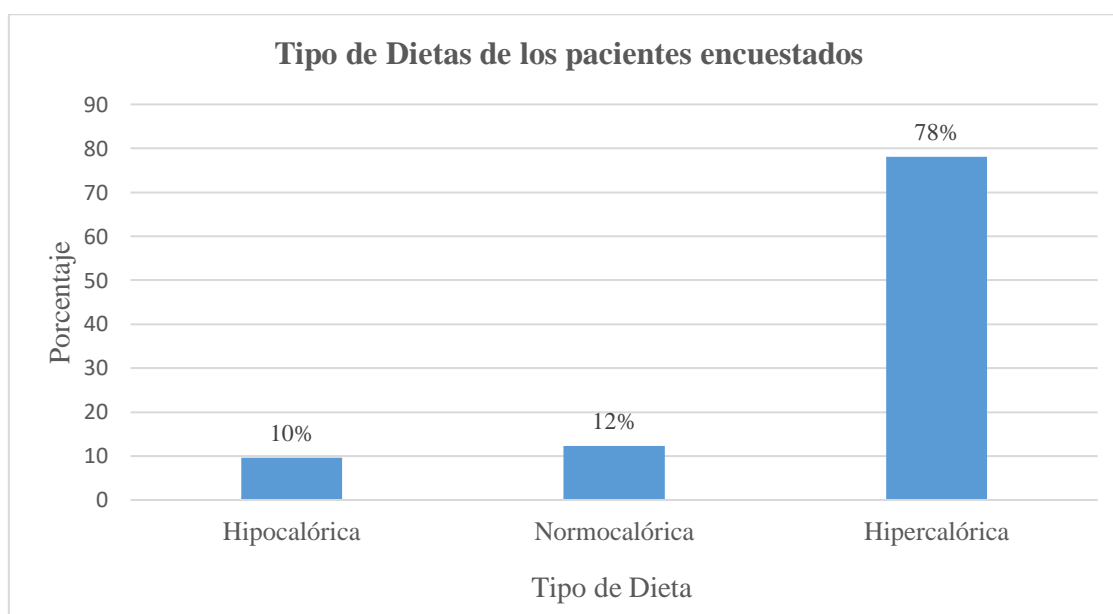


Figura 5. Tipo de dietas de los pacientes encuestados

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

En la figura 5, se analiza que el 78% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial consumen dietas hipercalóricas, el 12% consumen dietas normocalóricas, mientras que el 10% consumen dietas hipocalóricas. En esta investigación se analiza que la mayoría de la población en estudio consume dietas altas en calorías, de una manera desequilibrada, de bajo valor nutricional, por ejemplo se

presenta alto consumo de carbohidratos y grasas y bajo consumo de proteínas, por lo que su alimentación resulta poco saludable que no satisface las necesidades nutricionales del cuerpo. Esto se atribuye al bajo nivel económico de las personas en estudio, quienes tratan de adquirir productos alimenticios en grandes cantidades y a bajos costos, sin importar el aporte nutricional, además se observa que toda la población en estudio tiene un nivel educativo muy bajo que responde a un régimen alimenticio poco saludable, lo que confirma las tendencias mundiales en alimentación.

Es importante también analizar que una dieta con alto contenido de sal contribuye a que los valores de la tensión arterial aumenten. En la Guía de Práctica Clínica sobre la hipertensión arterial (2019) se recomienda la restricción de sal a 5-6 gramos al día lo cual ayudaría a la reducción aproximada en 2 - 8mmHg de la Tensión Arterial Sistólica (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2019, 29).

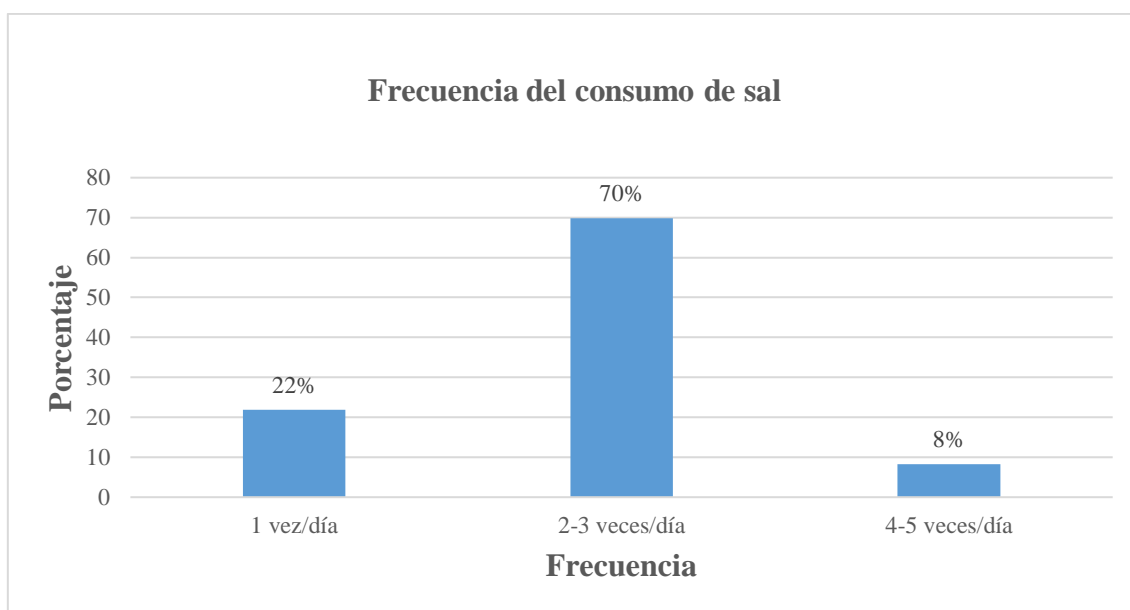


Figura 6. Frecuencia del consumo de sal

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)

Elaboración: Silvana Chusquillo

En la figura 6, se analiza que el 70% de los pacientes de toda la población en estudio consumen sal 2-3 veces/día y en cantidades que superan los 10 gramos diarios por lo que es evidente que mantienen una dieta con alto contenido de sal lo que también contribuye a que los valores de la tensión arterial aumenten.

Tabla 7
Frecuencias de consumo de alimentos

Alimentos	Frecuencia de consumo						Total general	
	1-2 veces/sem		3 ó más veces/sem		Diario		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Alimentos procesados	49	67,12%	22	30,14%	2	2,74%	73	100,00%
Azúcares	2	2,74%	20	27,40%	51	69,86%	73	100,00%
Carbohidratos	2	2,74%	21	28,77%	50	68,49%	73	100,00%
Frutas	30	41,10%	39	53,42%	4	5,48%	73	100,00%
Grasas	30	41,10%	25	34,25%	18	24,66%	73	100,00%
Leche y lácteos	41	56,16%	26	35,62%	6	8,22%	73	100,00%
Proteínas	20	27,40%	31	42,47%	22	30,14%	73	100,00%
Verduras y legumbres	26	35,62%	45	61,64%	2	2,74%	73	100,00%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

De acuerdo al consumo de alimentos, en la tabla 7 se manifiesta que según la frecuencia de consumo de la población en estudio, los alimentos que más se consumen a diario son: azúcares con el 69,86% (se destaca azúcar blanca, dulces y postres), carbohidratos con el 68,49% (se destaca harinas, arroz blanco y yuca), proteínas con el 30,14% (se destaca huevo de gallina, pollo, lenteja y fréjol) y las grasas con el 24,66% (se destaca aceite y manteca vegetal). Los alimentos que más se consumen 3 o más veces/sem son las frutas con el 53,42% (se destacan naranjas, mandarinas y manzanas), las verduras y legumbres con el 61,64% (se destacan tomate, cebolla, zanahoria, pepino, lechuga y espinaca) esto se atribuye al distanciamiento al mercado central que se encuentra ubicado en el centro del cantón Mira por lo que los habitantes esperan comprar estos productos a las camionetas distribuidoras. Se destaca también que los alimentos que más se consumen 1-2 veces/sem son los alimentos procesados con el 67,12% (Salchicha, atún, sardina, salsa de tomate, mayonesa, jugos de frutas procesados, galletas de dulce, sopas y cremas de sobre).

Tabla 8
Frecuencia del consumo de Alimentos según Comunidad

Comunidad	Frecuencia..	Alimentos															
		Alimentos procesados		Azúcares		Carbohidratos		Frutas		Grasas		Leche y lácteos		Proteínas		Verduras y legumbres	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La Concepción	1-2 veces/sem	13	17,81%					12	16,44%	12	16,44%	12	16,44%	12	16,44%	9	12,33%
	3 ó más veces/sem	6	8,22%	7	9,59%	4	5,48%	6	8,22%	6	8,22%	4	5,48%	4	5,48%	10	13,70%
	Diario	1	1,37%	13	17,81%	16	21,92%	2	2,74%	2	2,74%	4	5,48%	4	5,48%	1	1,37%
Santa Ana	1-2 veces/sem	19	26,03%	1	1,37%	1	1,37%	9	12,33%	14	19,18%	16	21,92%	4	5,48%	6	8,22%
	3 ó más veces/sem	12	16,44%	5	6,85%	11	15,07%	20	27,40%	9	12,33%	15	20,55%	21	28,77%	24	32,88%
	Diario			25	34,25%	19	26,03%	2	2,74%	8	10,96%			6	8,22%	1	1,37%
La Loma	1-2 veces/sem	17	23,29%	1	1,37%	1	1,37%	9	12,33%	4	5,48%	13	17,81%	4	5,48%	11	15,07%
	3 ó más veces/sem	4	5,48%	8	10,96%	6	8,22%	13	17,81%	10	13,70%	7	9,59%	6	8,22%	11	15,07%
	Diario	1	1,37%	13	17,81%	15	20,55%			8	10,96%	2	2,74%	12	16,44%		
Total general		73	100,00%	73	100,00%	73	100,00%	73	100,00%	73	100,00%	73	100,00%	73	100,00%	73	100,00%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

De acuerdo a la distribución del consumo de alimentos respecto a la comunidad donde pertenece el paciente, se denota que, los azúcares y los carbohidratos son mayormente consumidos de forma diaria en la comunidad de Santa Ana con el siguiente porcentaje 34,25% Azúcares y el 26,03% Carbohidratos. Respecto a los alimentos procesados la frecuencia más alta es en Santa Ana con el consumo de 1 a 2 veces por semana con el 26,03%. Así también la frecuencia más alta de consumo de grasas es en Santa Ana con el 19,18% de 1 a 2 veces por semana.

6.3. Patrones de Consumo según Modos de Vida

Tabla 9
Patrones de consumo de los pacientes

Variables	Categorías	n	%
¿Cómo describirías tu alimentación diaria?	El mayor número de veces como una dieta satisfactoria, a gusto y con un ambiente agradable.	66	90,4%
	Eventualmente como comida rápida	6	8,2%
	A menudo como mal, de apuro y en mal ambiente	1	1,4%
	Total	73	100,0%
¿Cómo es la alimentación diaria en tu casa?	Abundante	11	15,1%
	Suficiente	49	67,1%
	Escasa	13	17,8%
	Total	73	100,0%
¿Quién se encarga de preparar los alimentos en tu casa?	Mamá	14	19,2%
	Papá	1	1,4%
	Hijo / a	3	4,1%
	Hermano / a	1	1,4%
	Yo mismo	43	58,9%
	Otro	11	15,1%
	Total	73	100,0%
¿Dónde comes frecuentemente?	En casa	70	95,9%
	En casa de familiares	2	2,7%
	En restaurantes	1	1,4%
	En tiendas	0	0,0%
	En el lugar de trabajo	0	0,0%
	Total	73	100,0%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

Referente a las preguntas sobre los patrones de consumo según los Modos de Vida, estas fueron realizadas en función de la percepción de los pacientes hipertensos quienes señalaron lo siguiente: el 90,4% mencionaron que su alimentación es satisfactoria, a gusto y con un ambiente agradable, el 67,1% respondieron que su alimentación es suficiente, el

58,9% respondieron que los alimentos son preparados por el mismo paciente y el 95,9% señalaron que la alimentación consume dentro de su casa.

7. Perfil de Salud Familiar

Al analizar el perfil de salud familiar en esta investigación se tienen los siguientes resultados: el 57,5% de los pacientes hipertensos tienen otro miembro de la familia con hipertensión arterial. Así también como factor común todos los pacientes encuestados y sus familiares cuando se enferman acuden de forma primaria a los establecimientos de salud del MSP y también usan medicina ancestral como parte de su cultura.

Tabla 10
Perfil de salud familiar del paciente

Variables	Categorías	n	%
Enfermedades crónicas actuales	Diabetes y Obesidad	1	1,4%
	Hipertensión Arterial	42	57,5%
	Hipertensión Arterial e IRC	1	1,4%
	Hipertensión Arterial y Diabetes	9	12,3%
	Hipertensión Arterial y Obesidad	14	19,2%
	Hipertensión Arterial y Otras	6	8,2%
Cuando enferman a donde acuden	Médico Particular, MSP, Med ancestral	1	1,4%
	MSP, Hospital, Med ancestral	12	16,4%
	MSP, SSC, Hospital, Med ancestral	7	9,6%
	MSP, SSC, Med ancestral	53	72,6%
Antecedentes patológicos familiares	DMII	1	1,4%
	HTA	51	69,9%
	HTA y DMII	9	12,3%
	HTA y Obesidad	8	11,0%
	Obesidad	2	2,7%
	Otra	2	2,7%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

De los anteriores resultados se interpreta que de los 73 pacientes hipertensos encuestados refirieron que en sus hogares si hay otros miembros de la familia que también padecen enfermedades crónicas de esta manera se investigó que del 100% de los pacientes el 57,5% tienen otro familiar que presenta Hipertensión Arterial, el 19,2% tienen otro

familiar que presenta Hipertensión Arterial y Obesidad; mientras que el 12,3% tienen otro familiar que presenta Hipertensión Arterial y Diabetes.

De los 73 pacientes hipertensos encuestados refirieron que cuando enferman el 100% de pacientes usan medicina ancestral y acuden al MSP (Centro de salud La Concepción); el 82,2% acuden al SSC; el 26 % acuden a Hospitales del MSP o IESS; y tan solo el 1,4% acuden al Médico Particular.

Entonces se puede mencionar que los servicios de atención de los establecimientos de salud pública son muy importantes para los pacientes hipertensos y sus familiares del Centro de Salud La Concepción, porque es el primer recurso que buscan, conjuntamente con el uso de la medicina ancestral para resolver sus problemas de salud, así algunos pacientes hipertensos comentaron sus conocimientos ancestrales sobre el uso medicinal de las plantas, por ejemplo mencionaron que para bajar la presión arterial comen un ajo entero machacado en ensaladas, también usan té de cola de caballo, té de jengibre, infusión de pelo de choco, de diente de león, de hojas de durazno, de albahaca, de apio, de toronjil, de valeriana, de pasiflora, así como la cocción de cáscaras de lima con pacunga; para controlar la diabetes realizan infusión de flor de Jamaica, infusión de planta de insulina, té de jengibre, hojas de stevia como endulzante natural; para bajar de peso se sirven lo antes mencionado, además de jugos cítricos de limón, naranjas y limas, y comen alcachofa, apio y albahaca. Así como también dieron a conocer otros beneficios nutricionales y medicinales de los principales productos que se producen en la localidad, por ejemplo del fréjol saben que es un proteína que les aporta mucha energía, de los frutos como granadillas saben que les fortalece los huesos y ayuda al control de la gastritis, los aguacates tienen grasa buena, los ovos ayudan en las inflamaciones y los duraznos ayudan al control de la presión alta, en trastornos intestinales, para tratar la anemia, fortalecer los huesos y para cuidar la piel.

Es importante mencionar que no toda la gente tiene este conocimiento, la información fue proporcionada por unos pocos pacientes hipertensos adultos mayores que sobrepasan los 70 años y que han logrado controlar sus enfermedades crónicas por más de 30 años sin tener complicaciones secundarias. Estos pacientes son personas que han llevado un adecuado control de sus patologías, cuidando su salud con tratamientos naturales y con tratamiento farmacológico. Por lo que es importante la transmisión de estos conocimientos a las nuevas generaciones y evitar muchas veces que por desconocimiento las personas se enfermen o si ya tienen una patología de base tengan otras complicaciones secundarias.

Un problema que se evidencia en la zona de estudio es la falta de atención médica por parte del personal especializado porque no hay disponibilidad de turnos para especialidades médicas de los hospitales de mayor nivel de complejidad del MSP y del IESS, también se evidencia la falta de medicamentos lo que generan que la calidad del servicio de salud pública local sea deficiente.

Al observar la información relacionada con los antecedentes patológicos familiares se encontró que de toda la población en estudio el 70% tienen APP de hipertensión arterial, el 12% tienen APP de hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo II y el 11% tienen APP de hipertensión arterial y Obesidad.

Por lo tanto la historia patológica familiar es un aspecto muy importante dentro de la valoración inicial de cada paciente, pues en este estudio se encontró una alta prevalencia de HTA en los familiares de primer o segundo grado de consanguinidad del paciente hipertenso; por lo que se puede mencionar que la hipertensión arterial es una patología que en la mayoría de los casos es hereditaria.

8. Perfil Individual de Salud

Para realizar este trabajo de investigación es necesario establecer un perfil epidemiológico de todas las personas encuestadas para lo cual se utilizaron varios recursos (instrumentos médicos), los cuales brindan una información precisa y ayudan a entender cómo la exposición a procesos destructivos de la salud se expresa en genotipos (información genética hereditaria) y en fenotipos (rasgos observables) de una población mediante la manifestación de enfermedades.

Tabla 11
Historia personal de salud del paciente

Variables	Categorías	Sexo del Paciente					
		Hombre		Mujer		Total	
		n	%	n	%	n	%
Estadío de Hipertensión Arterial	TA Normal	10	40,0%	26	54,2%	36	49,3%
	HTA Sistólica Aislada	9	36,0%	13	27,1%	22	30,1%
	HTA Grado I	2	8,0%	6	12,5%	8	11,0%
	HTA Grado II	2	8,0%	1	2,1%	3	4,1%
	HTA Grado III	2	8,0%	2	4,2%	4	5,5%

	Total	25	100,0%	48	100,0%	73	100,0%
Valoración nutricional	Normal	8	32,0%	8	16,7%	16	21,9%
	Sobrepeso	12	48,0%	17	35,4%	29	39,7%
	Obesidad Tipo I	5	20,0%	16	33,3%	21	28,8%
	Obesidad Tipo II	0	0,0%	5	10,4%	5	6,8%
	Obesidad Mórbida	0	0,0%	2	4,2%	2	2,7%
	Total	25	100,0%	48	100,0%	73	100,0%
Riesgo Cardiovascular	Presenta riesgo	5	20,0%	41	85,4%	46	63,0%
	No presenta riesgo	20	80,0%	7	14,6%	27	37,0%
	Total	25	100,0%	48	100,0%	73	100,0%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

Los resultados del cruce de variables entre la hipertensión arterial, la valoración nutricional, no guardan relación o dependencia estadística con el sexo del paciente con los siguientes valores de significancia ($p=0.517$), ($p=0,132$), respectivamente. Excepto la relación entre el riesgo cardiovascular con el sexo, tienen absoluta relación y dependencia estadística ($p<0,001$), debido a la diferenciación de los límites de alerta para hombres ≥ 102 cm en la circunferencia abdominal, mientras que en las mujeres es ≥ 88 cm.

Del total de hombres encuestados, el 40% tienen la TA Normal, mientras que el 60% presenta HTA en diferentes estadios, así también el 68% tiene sobrepeso y obesidad, y el 80% no presenta riesgo cardiovascular. Del total de mujeres, el 54,2% tienen la TA Normal, mientras que el 45,8% presenta HTA en diferentes estadios, así también el 83% tienen sobrepeso y obesidad, y el 85,4% presentan riesgo cardiovascular.

Del total de los encuestados 78% tiene sobrepeso y obesidad, de tal manera, del total de hombres, el 68% tienen sobrepeso y obesidad, mientras que del total de mujeres, 83% tienen sobrepeso y obesidad.

Del anterior resultado se analiza que la mayoría de las mujeres hipertensas son amas de casa, expuestas a preocupación constante, por la baja economía familiar y tienen sobrecarga laboral ya que se encargan de realizar labores domésticas y a la agricultura, lo cual puede llevar a no controlar adecuadamente la hipertensión arterial y a adquirir trastornos alimentarios como el sobrepeso y la obesidad. La población adulta y adulta mayor encuestada que presenta cuadros de hipertensión arterial y obesidad en estadios avanzados en su mayoría es por sedentarismo y por el alto consumo de dietas

hipercalóricas (ricas en carbohidratos, azúcares y grasas) y dieta de alto contenido de sodio.

Otro problema para la salud de los pacientes hipertensos es la exposición a procesos destructivos como el consumo del alcohol y tabaco.

En cuanto al alcoholismo se evidencia que el 72,6% de las personas en estudio consumen alcohol, pero en muy poca frecuencia, así el 49,3% refirieron que “casi nunca” consumen, el 21,9% refirieron que “a veces” consumen y tan solo el 1,4% refirieron que “casi siempre” consumen.

En cuanto al consumo del tabaco, se evidencia que el 30,1% de las personas en estudio consumen tabaco, pero en muy poca frecuencia, así el 12,3% refirieron que “casi nunca” consumen, el 4,1% refirieron que “a veces” consumen, el 9,6% refirieron que “casi siempre” consumen, y tan solo el 4,1% refirieron que “siempre” consumen, este hábito es muy tóxico para la salud de los pacientes hipertensos, y profundiza más los problemas de salud y los problemas económicos de las familias.

Dentro del Perfil individual de salud es importante analizar también aquellos procesos protectores de salud de los pacientes hipertensos en estudio, así tenemos el consumo de medicamentos antihipertensivos y la actividad física.

De los pacientes en estudio se denota que, 90,4% consumen la medicación antihipertensiva, y el 9,6% no la consumen debido a que son medicamentos que en ocasiones no se dispone en el Centro de Salud La Concepción y los pacientes no tienen los recursos económicos para adquirirla. Se analiza que un gran porcentaje si consumen el medicamento antihipertensivo, lo que favorece el buen control de la HTA, que ayuda a proteger la salud de los pacientes en estudio.

Tabla 12
Actividad Física de los pacientes

Variables	Categorías	n	%
Actividad física	Baile	2	2,7%
	Caminata	62	84,9%
	Caminata y Baile	1	1,4%
	Ninguna	8	11,0%
	Total	73	100,0%
Tiempo de actividad física	Ninguna	8	11,0%
	1 a 2 horas diarias	12	16,4%

1 a 2 horas semanales	16	21,9%
2 a 4 horas semanales	1	1,4%
menos de 1 hora diaria	22	30,1%
menos de 1 hora semanal	14	19,2%
Total	73	100,0%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

De la tabla 12, en cuanto a la Actividad Física se denota que el 84% realizan caminata diariamente o semanalmente menos de una hora con mayor frecuencia, pues se evidencia que la mayoría de pacientes en estudio realizan esta actividad que favorece al sistema cardiovascular ayudando a conservar la salud.

8.1. Perfil de salud individual, según comunidad

Dado que no era motivo de nuestro estudio, se consultó a los pacientes sobre ciertos cambios en su perfil de salud mental específicamente a lo relacionado a sus horas de sueño y descanso. La mala nutrición puede afectar el sistema inmunológico de las personas, aumentando la vulnerabilidad a las enfermedades, desencadena una alteración del desarrollo físico y mental, y reduce la productividad de una población (Pineda Caicedo 2020, 19).

Tabla 13
Perfil de salud individual, según comunidad

Variables	Categorías	Comunidad del Paciente					
		La Loma		Santa Ana		La Concepción	
		n	%	n	%	n	%
Número de horas que duerme el Paciente	4 o menos hrs	2	9,1%	6	19,4%	5	25,0%
	5 a 6 hrs	8	36,4%	10	32,3%	4	20,0%
	7 o más hrs	12	54,5%	15	48,4%	11	55,0%
	Total	22	100,0%	31	100,0%	20	100,0%
Dificultad para conciliar el sueño	Si	11	50,0%	15	48,4%	10	50,0%
	No	11	50,0%	16	51,6%	10	50,0%
	Total	22	100,0%	31	100,0%	20	100,0%
Cambios en la salud mental del Paciente	Si	9	40,9%	7	22,6%	2	10,0%
	No	13	59,1%	24	77,4%	18	90,0%
	Total	22	100,0%	31	100,0%	20	100,0%

Dificultad para pensar y tomar decisiones	Si	13	59,1%	10	32,3%	7	35,0%
	No	9	40,9%	21	67,7%	13	65,0%
Total		22	100,0%	31	100,0%	20	100,0%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

En la tabla 13, al analizar el perfil de salud individual, según la comunidad donde habita el paciente, se observa que en La Concepción el 55% y en La Loma 54% duermen 7 o más horas, mientras que el 50% aproximadamente en todas las comunidades tienen dificultad para conciliar el sueño, esto se atribuye a que la mayoría de pacientes hipertensos son adultos mayores. Se preguntó si han presentado cuadros de estrés, ansiedad excesiva, ira, comportamiento violento, tristeza, depresión o apatía prolongadas, pensamientos sobre suicidio o daño a otras personas, abuso de sustancias tóxicas, cambios de humor repentinos y pensamientos inusuales, de cuyas respuestas se analiza que estos eventos se expresan con más frecuencia en la comunidad La Loma con el 40,9%, así como también en esta misma comunidad la mayoría de los pacientes presentaron dificultad para pensar y tomar decisiones con el 59,1%.

Es importante destacar que la mayoría de los pacientes de la comunidad La Loma son o fueron personas que vivieron sirviendo de peones/jornaleros de trabajos agrícolas en las grandes haciendas de la localidad, por lo que solo reciben o recibían órdenes, perdiendo su propia autonomía, a esto se suma su nivel educativo nulo o bajo y las condiciones de vida deficientes, que hace evidente las relaciones de poder que existen entre los diferentes tipos de familias, pues se ve la marcada diferencia de quienes son los dueños de las grandes tierras y quién es jornalero/a y como esto afecta no solo la salud física sino también la salud mental de los pacientes en estudio, ya sea por diferentes situaciones de origen psicológico y emocional que atraviesan.

El presente estudio no pretende generalizar la situación de toda la población afrodescendiente. Se trata de un estudio aplicado a una población en particular en un momento determinado, por lo que de ninguna manera los datos corresponden a toda la población afrodescendiente.

9. Procesos de exposición y vulnerabilidad

Para realizar el análisis de la exposición laboral se consideró una adaptación de la propuesta de Breilh y otros (2003), tomando en cuenta los procesos tangibles e intangibles de exposición laboral.

Al realizar el análisis del presente estudio se tiene:

En relación a los **procesos tangibles de exposición laboral** se analiza:

- En cuanto a los procesos destructivos físicos se tiene que al ser su principal actividad económica la agricultura las personas en estudio sufren diariamente a la exposición directa a radiación solar prolongada, ya que realizan largas jornadas laborales.
- En cuanto a la contaminación química, al realizar actividades agrícolas diariamente, los pacientes y sus familias sufren de la exposición a agroquímicos, como fertilizantes, herbicidas, plaguicidas, fungicidas e insecticidas. Para nuestro estudio es importante mencionar que el uso de fertilizantes químicos causa la contaminación por nitrógeno en las aguas subterráneas que tiene un impacto negativo en la salud humana. Se ha relacionado con el cáncer de estómago, las malformaciones congénitas, el bocio, la hipertensión arterial y el cáncer testicular (Bio Eco 2018).
- En cuanto a la gestión de agroquímicos la parroquia La Concepción puedo mencionar que no se cuenta con un plan para poder gestionar el uso y destino final adecuado de los desechos de productos químicos, lo que causa en este territorio contaminación ambiental por residuos peligrosos (Alcedo et al. 2020).
- En la contaminación biológica se encuentran expuestos a fuentes microbianas de contagio: botaderos de basura, ríos contaminados, servicios higiénicos no apropiados.
- En cuanto a la exigencia laboral física las personas en estudio realizan grandes esfuerzos físicos con posturas incómodas sobre todo en época de cosechas, donde cargan sobres sus hombros y espaldas grandes bultos de los productos que producen.

En relación a **los procesos intangibles de exposición laboral** se analiza:

- Las personas en estudio sufren de violencia laboral y ausencia de derechos laborales. La gran mayoría trabaja más de cinco días a la semana, sin respetar las ocho horas diarias que da la ley, y la remuneración del jornal diario es deficiente, que solo les permiten llevar al hogar un bajo sustento económico.

Exposición Socioambiental

Para este análisis se tomó en cuenta las características como la contaminación del agua y la infraestructura de las viviendas.

Al realizar el análisis de la encuesta realizada a los pacientes hipertensos y a sus familias del Centro de Salud La Concepción se tiene que en relación a la contaminación del agua, el 100% de las personas en estudio cuentan con agua entubada, y de ellos el agua que beben el 68,5% no la tratan, es decir beben directo del grifo, sin un proceso de potabilización previa, no higiénica para actividades domésticas, por lo que se considera que el agua de consumo humano, sería el causante de varias enfermedades como infecciones parasitarias y problemas gastrointestinales.

En cuanto a la Infraestructura de las viviendas estas son muy deficientes, pues el 69,9% son construidas con adobe y el 17,8% con bloque, con un bajo nivel técnico en su mayoría.

10. Procesos Protectores de Salud

Los procesos protectores de la salud están definidos en base a tres indicadores: socioambientales, laborales y domésticos.

En cuanto a los socioambientales, se tomó en cuenta si el paciente hipertenso es parte de una organización social, como son sus relaciones en la familia y en la comunidad, los resultados se describen a continuación.

Tabla 14
Soporte colectivo de los pacientes

VARIABLES	Categorías	n	%
Colectivo cultural, religioso, político, organizacional, sindicatos	Si	13	17,8%
	No	60	82,2%
Pertenece al Club de Pacientes hipertensos	Si	41	56,2%
	No	32	43,8%

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

Al analizar los resultados obtenidos en cuanto a los procesos protectores de salud de los pacientes hipertensos en estudio, encontramos que el 82,2% no pertenece a un colectivo cultural, religioso, político, organizacional, o de sindicatos, esto debido a que la población en estudio en su mayoría son adultos mayores que actualmente ya no participan en ninguna organización social por dificultad de salud, por dificultad de transporte, de economía y por falta de comunicación, por lo que tan solo el 17,8% de los

pacientes hipertensos manifestaron acudir a grupo religiosos. Se analiza también que de los pacientes encuestados El 56,2% si pertenece o acuden al club de pacientes hipertensos, con el objetivo de educarse y asesorarse en el control de su enfermedad para obtener bienestar en su salud.

En cuanto a los resultados obtenidos en el Dominio Particular de los procesos protectores de salud de los pacientes hipertensos en estudio, se encuentran los del entorno medioambiental donde viven los pacientes, se denota que el 87,7% de los pacientes encuestados, clasifican al entorno donde vive como bueno, el 97,3% considera que existe seguridad del entorno donde vive, y el 61,6 señala que si disponen de accesibilidad a parques, jardines y espacios verdes para la recreación. Esto denota las relaciones buenas con el entorno en el que habitan.

A nivel laboral se tomó en cuenta a los pacientes en estudio que cuentan con seguro social campesino que es el 46,6%, los que cuentan con algún tipo de bono o ayuda del Estado que es el 41,1%, y se destaca que la mayoría de personas cuentan con un trabajo informal que de alguna manera solventa sus necesidades básicas de subsistencia de la familia.

A nivel doméstico, se consideró que los pacientes hipertensos en estudio si tienen soporte familiar, si tienen buenas relaciones con el entorno donde viven, y si realizan actividades recreativas y de ocio en familia.

En cuanto a los resultados obtenidos en el Dominio Individual de los procesos protectores de salud de los pacientes hipertensos en estudio tenemos en cuanto a la alimentación que el 90,4% manifiestan que su alimentación es satisfactoria, a gusto y con un ambiente agradable, así también, el 67,1% su alimentación es suficiente, refieren además que los alimentos son preparados por ellos mismos en un 58,9%, y que el 95,9% su alimentación es consumida dentro de su casa.

11. Procesos críticos en la salud

La Epidemiología Crítica basada en la epistemología y paradigmas críticos cuyas categorías fundamentadas se basan en el cambio social que lucha siempre contra la opresión e inequidad, en todas las dimensiones de la reproducción social. Está enfocada en la dinámica de los procesos y en las colectividades como agentes activos de cambio, que generen y fortalezcan los procesos protectores de la salud para lograr una vida saludable de los seres humanos y de los ecosistemas. Los procesos críticos son una ruptura

epistémica; que en lugar de factores y efectos entran historia y movimiento (Allan Künzle 2021).

Se comprende entonces que los procesos para que sean considerados críticos deben tener un papel relevante de diagnóstico o de transformación en un determinado estudio epidemiológico crítico (Allan Künzle 2021).

Dentro de los procesos de encarnación social, desde la epidemiología, Nancy Krieger sostiene que el término “embodiment” hace referencia específicamente a “la incorporación en la biología del contexto social y ecológico, del mundo material y social en el que vivimos”(Krieger 2011); un ejemplo ideal en esta investigación tenemos gracias al concepto de Fischler cuando manifiesta sobre la incorporación al cuerpo de los alimentos y sus símbolos (Fischler 1995).

La presente investigación mide la encarnación que los procesos de determinación social generan en el nivel individual de los pacientes hipertensos, utilizando la malnutrición manifestada con diagnósticos nutricionales de sobrepeso y obesidad.

Las controversias generadas por la inequidad de etnia, de clase y de género son los procesos que constituyen la expresión biológica de los procesos sociales y culturales, que hacen referencia a las desigualdades, a la privación económica, a la comercialización de productos perjudiciales para la salud, la atención inadecuada de la salud y la degradación de los ecosistemas (Krieger 2011). En esta investigación se puede mencionar que la malnutrición es, sin duda, una expresión clara de la encarnación de los procesos socioculturales (Breilh 2014b), que han generado un embodiment propio que se expresa en sobrepeso y obesidad y para su análisis se valoró los indicadores de peso, talla e IMC de 73 pacientes hipertensos entre 40 y 90 años que asisten a recibir atención médica en el Centro de Salud La Concepción.

Tabla 15
Estadío de Hipertensión Arterial según ocupación

Estadío de Hipertensión Arterial	Ocupación del Paciente											
	Quehaceres domésticos		Agricultor		Jubilado		Jornalero		Tractorista		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HTA Grado I	4	14,3%	3	11,1%	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	8	11,0%
HTA Grado II	0	0,0%	3	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,1%
HTA Grado III	2	7,1%	2	7,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	5,5%
HTA Sistólica Aislada	8	28,6%	7	25,9%	4	36,4%	3	50,0%	0	0,0%	22	30,1%
TA Normal	14	50,0%	12	44,4%	6	54,5%	3	50,0%	1	100,0%	36	49,3%
Total	28	100,0%	27	100,0%	11	100,0%	6	100,0%	1	100,0%	73	100,0%

p=0.727

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
 Elaboración: Silvana Chusquillo

De acuerdo a los resultados de la tabla 15, los estadios de hipertensión arterial respecto a la ocupación del paciente, no existe dependencia estadística ($p=0.727$), de tal manera que sólo la ocupación como quehaceres domésticos, agricultor, jornalero, tractorista no explica por sí sola los estadios de la HTA que presentan los pacientes, ya que esto depende también de otros procesos críticos como la pobreza, los bajos salarios, el bajo nivel de educación, la exclusión, la discriminación, la violencia laboral, la exposición socioambiental, la exposición a la contaminación química y biológica, la degradación de los ecosistemas y la falta de seguridad social, que son verdaderos determinantes del deterioro de la salud y el apareamiento de la enfermedad.

En este estudio todos los pacientes tienen ya el diagnóstico de HTA, donde se evidencia que la mayor prevalencia se encuentra en las pacientes que realizan quehaceres domésticos de las cuales el 50% tienen su TA controlada y el otro 50% tienen su TA elevada que les ubica en otros estadios, le siguen en prevalencia de HTA los pacientes agricultores de las cuales el 54,5% tienen su TA controlada y el 45,5% tienen su TA descontrolada, la más baja prevalencia de HTA se evidencia en los jubilados, jornaleros no agrícolas y tractoristas.

Tabla 16
Estadío de Hipertensión Arterial y frecuencia del consumo de sal (*)

Estadío de Hipertensión Arterial	Frecuencia del consumo de sal						Total	
	1 vez/día		2-3 veces/día		4-5 veces/día			
	n	%	n	%	n	%	n	%
HTA Grado I	0	0,0%	8	15,4%	0	0,0%	8	11,0%
HTA Grado II	0	0,0%	3	5,8%	0	0,0%	3	4,1%
HTA Grado III	0	0,0%	1	1,9%	3	50,0%	4	5,5%
HTA Sistólica Aislada	1	6,7%	18	34,6%	3	50,0%	22	30,1%
TA Normal	14	93,3%	22	42,3%	0	0,0%	36	49,3%
Total	15	100,0%	52	100,0%	6	100,0%	73	100,0%

*p=0.000

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
 Elaboración: Silvana Chusquillo

De acuerdo al cruce de variables entre el estadío de la hipertensión arterial y la frecuencia de consumo de sal, encontramos dependencia estadística significativa ($p=0.000$), es decir que a mayor frecuencia de consumo de sal influye directamente en contraer o complicar esta enfermedad crónica. En los pacientes en estudio su gran mayoría afrodescendientes (97,3%) se evidenció que su alimentación diaria es muy alta en sodio, pues el 71,2% consumen sal 2-3 veces /día una cantidad superior a 15 gramos diarios, el 8,2% consumen sal 4-5 veces /día una cantidad superior a 20 gramos diarios, tomando en cuenta que la personas afrodescendientes tiene alta sensibilidad a la sal (elevación del 5% de la presión arterial al consumo de sal) (Sullivan 1991) con lo cual se profundiza más este problema de salud.

Tabla 17
Estadío de Hipertensión Arterial y frecuencia del consumo de carbohidratos (*)

Estadío de Hipertensión Arterial	Frecuencia del consumo de carbohidratos						Total	
	1-2 veces/sem		3 o más veces/sem		Diario			
	n	%	n	%	n	%	n	%
HTA Grado I	0	0,0%	4	19,0%	4	8,0%	8	11,0%
HTA Grado II	1	50,0%	2	9,5%	0	0,0%	3	4,1%
HTA Grado III	1	50,0%	0	0,0%	3	6,0%	4	5,5%
HTA Sistólica Aislada	0	0,0%	5	23,8%	17	34,0%	22	30,1%
TA Normal	0	0,0%	10	47,6%	26	52,0%	36	49,3%
Total	2	100,0%	21	100,0%	50	100,0%	73	100,0%

*p=0.001

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
 Elaboración: Silvana Chusquillo

Respecto a la tabla 17, encontramos como resultado del cruce de variables entre el estadio de la hipertensión arterial y la frecuencia de consumo de carbohidratos, una relación directa o dependencia estadística ($p=0.001$). Es decir, el consumo con alta frecuencia de carbohidratos existe alta probabilidad de contraer esta enfermedad crónica.

En los pacientes en estudio la malnutrición es un problema crónico que responde a un proceso de determinación social, por lo tanto, es un hecho social biológicamente expresado.

Tabla 18
Valoración nutricional respecto al consumo de carbohidratos (*)

Valoración Nutricional	Frecuencia del consumo de carbohidratos							
	1-2 veces/sem		3 o más veces/sem		Diario		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	2	100,0%	13	61,9%	1	2,0%	16	21,9%
Sobrepeso	0	0,0%	7	33,3%	22	44,0%	29	39,7%
Obesidad Tipo I	0	0,0%	0	0,0%	21	42,0%	21	28,8%
Obesidad Tipo II	0	0,0%	1	4,8%	4	8,0%	5	6,8%
Obesidad Mórbida	0	0,0%	0	0,0%	2	4,0%	2	2,7%
Total	2	100,0%	21	100,0%	50	100,0%	73	100,0%

* $p<0,001$, El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)

Elaboración: Silvana Chusquillo

Respecto a la tabla 18, resultado del cruce de variables, existe relación directa o dependencia estadística entre la valoración nutricional y la frecuencia de consumo de carbohidratos, es decir que el consumo diario de carbohidratos es directamente proporcional al tener sobrepeso y obesidad, pues en este estudio se evidencia que el 68,5% de pacientes hipertensos consumen carbohidratos diariamente (azúcares, harinas y yuca) de los cuales el 98% tienen diagnóstico de sobrepeso u obesidad.

En la parroquia La Concepción la malnutrición es un problema que persiste, respondiendo a un proceso de determinación social, por lo tanto, es un hecho social que se expresa biológicamente, a través de estos resultados se analiza que la malnutrición es, sin duda, una expresión clara de la encarnación de los procesos socioculturales (Breilh 2014b), que han generado un embodiment propio que se expresa en sobrepeso y obesidad.

Tabla 19
Valoración nutricional según sexo

Valoración nutricional	Sexo del Paciente				Total	
	Hombre		Mujer			
	n	%	n	%	n	%
Normal	8	32,0%	8	16,7%	16	21,9%
Obesidad Mórbida	0	0,0%	2	4,2%	2	2,7%
Obesidad Tipo I	5	20,0%	16	33,3%	21	28,8%
Obesidad Tipo II	0	0,0%	5	10,4%	5	6,8%
Sobrepeso	12	48,0%	17	35,4%	29	39,7%
Total	25	100,0%	48	100,0%	73	100,0%

p=0.132

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)

Elaboración: Silvana Chusquillo

Referente al contraste de variables entre la valoración nutricional respecto al sexo de los pacientes hipertensos, no tiene dependencia estadística ($p=0.132$), es decir que el sobrepeso y obesidad no está directamente relacionado con el sexo de los pacientes, ya que la malnutrición (sobrepeso y obesidad) tiene su explicación más allá de la biología, o de la práctica individual del consumo alimentario y que su origen se debe también al modo en que se dan los procesos de reproducción social, por ejemplo, la pobreza, los bajos salarios, el bajo nivel de educación, la exclusión, la discriminación, la violencia laboral, la ausencia de derechos laborales y la falta de seguridad social, que son verdaderos determinantes del deterioro de la salud y el apareamiento de las enfermedades.

Es importante resaltar en este estudio que en el subgrupo de hombres se observa que el 48% tienen sobrepeso y el 20% tienen obesidad, mientras que en el subgrupo de las mujeres se evidencia que un 35,4% tienen sobrepeso y un 47,9% tienen obesidad. Esto demuestra que si los pacientes sean estos hombres o mujeres, al estar sometidos a diferentes procesos críticos de reproducción social, también afectan su diagnóstico nutricional, y no solo depende de que las personas se mantengan sanas con el consumo de dietas equilibradas en calorías, que realicen actividad física o de modificaciones saludables en sus estilos de vida, el cambio no es solamente individual, sino se debe realizar un cambio desde una perspectiva social, contrahegemónica, con políticas públicas de salud efectivas, con trabajo interinstitucional en beneficio de la salud colectiva.

Tabla 20
Valoración nutricional según Inserción Social

Valoración nutricional	Inserción Social						Total	
	Jornalero no agrícola		Pequeño trabajador agrícola		Pensionista del Seguro Social Campesino			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	0	0,0%	6	18,7%	10	29,4%	16	21,9%
Obesidad Mórbida	0	0,0%	2	6,3%	0	0,0%	2	2,7%
Obesidad Tipo I	3	42,9%	7	21,9%	11	32,4%	21	28,8%
Obesidad Tipo II	1	14,3%	4	12,5%	0	0,0%	5	6,8%
Sobrepeso	3	42,9%	13	40,6%	13	38,2%	29	39,7%
Total	7	100,0%	32	100,0%	34	100,0%	73	100,0%

p=0.219

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
 Elaboración: Silvana Chusquillo

Respecto a la tabla 20, se observa independencia estadística entre la valoración nutricional y la Inserción Social, de tal manera que la Inserción Social dada por el pequeño trabajador agrícola, el jornalero no agrícola y el pensionista del seguro social campesino no explica por sí sola la valoración nutricional que presentan los pacientes hipertensos, ya que esto no solo depende de los ingresos del principal responsable económico de la familia, de la pobreza, de los bajos salarios, sino también de otros procesos críticos de reproducción social, por ejemplo, el bajo nivel de educación, la exclusión, la discriminación, la violencia laboral, la ausencia de derechos laborales, la exposición socioambiental, la exposición a la contaminación química y biológica, la degradación de los ecosistemas y la falta de seguridad social, que son verdaderos determinantes del deterioro de la salud y el apareamiento de las enfermedades.

Es importante resaltar en este estudio que en el subgrupo donde el principal responsable económico de familia son los pequeños trabajadores agrícolas se observa que el 40,6% tienen sobrepeso y así mismo el 40,7% tienen obesidad; en el subgrupo que son jornaleros no agrícola se evidencia que un 42,9% tienen sobrepeso y un 57,1% tienen obesidad; mientras que en el subgrupo que son pensionistas del seguro social campesino se evidencia que un 38,2% tienen sobrepeso y un 32,4% tienen obesidad. Esto demuestra la gran desigualdad socioeconómica que existe en la alimentación de las familias ya que si el principal responsable económico del hogar tiene ingresos muy bajos, que no cubren ni la canasta básica, es evidente que su alimentación se va a centrar en la compra del mayor número de alimentos de bajos precios, que sacien el hambre de las familias, por lo

tanto consumen alimentos altos en calorías, con poco o sin ningún valor nutricional generando un embodiment propio que se expresa en sobrepeso y obesidad, entonces se puede afirmar que el sobrepeso y la obesidad están profundamente relacionados con los modos de vida de mayor consumo.

Tabla 21
Valoración nutricional según grado de escolaridad

Valoración nutricional	Grado de Escolaridad						Total	
	Sin escolaridad		Primaria incompleta		Primaria completa			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	8	38,1%	6	15,8%	2	14,3%	16	21,9%
Obesidad Mórbida	0	0,0%	0	0,0%	2	14,3%	2	2,7%
Obesidad Tipo I	5	23,8%	11	28,9%	5	35,7%	21	28,8%
Obesidad Tipo II	1	4,8%	4	10,5%	0	0,0%	5	6,8%
Sobrepeso	7	33,3%	17	44,7%	5	35,7%	29	39,7%
Total	21	100,0%	38	100,0%	14	100,0%	73	100,0%

p=0.065

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

Respecto a la tabla 21, se denota que no guarda asociación estadística entre el valor nutricional respecto al grado de escolaridad del paciente, es decir que el sobrepeso y obesidad no está directamente relacionado solo con el grado de escolaridad de los pacientes hipertensos sino también con otros procesos de reproducción social, por ejemplo, la inequidad de etnia, de clase y de género, las desigualdades, la privación económica, la comercialización de productos perjudiciales para la salud, la falta de seguridad social, entre otros.

Sin embargo es importante resaltar en este estudio con los resultados analizados con las variables diagnóstico nutricional y grado de escolaridad, que se evidencia mayor prevalencia de pacientes hipertensos con diagnóstico de sobrepeso (44,7%) y con diagnóstico de obesidad (39,4%) en personas cuyo grado de escolaridad es la primaria incompleta. Considerando que toda la población en estudio tiene un muy bajo nivel de educación, los resultados son muy similares tanto en analfabetos como en las personas que terminaron la primaria.

Tabla 22
Valoración nutricional según comunidad y sexo

Valoración nutricional	Comunidad del Paciente												
	La Loma				Santa Ana				La Concepción				
	Sexo del Paciente		Sexo del Paciente		Sexo del Paciente		Sexo del Paciente		Sexo del Paciente		Sexo del Paciente		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	3	50,0%	4	25,0%	5	35,7%	4	23,5%	0	0,0%	0	0,0%	
Sobrepeso	3	50,0%	5	31,3%	6	42,9%	4	23,5%	3	60,0%	8	53,3%	
Obesidad	0	0,0%	5	31,3%	3	21,4%	6	35,3%	2	40,0%	5	33,3%	
Tipo I													
Obesidad	0	0,0%	2	12,5%	0	0,0%	2	11,8%	0	0,0%	1	6,7%	
Tipo II													
Obesidad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,9%	0	0,0%	1	6,7%	
Mórbida													
Total	6	100,0%	16	100,0%	14	100,0%	17	100,0%	5	100,0%	15	100,0%	

La Loma $p=0.272$ Santa Ana $p=0.372$ La Concepción $p=0.863$

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)

Elaboración: Silvana Chusquillo

Respecto a la tabla 22, no existe relación o dependencia estadística entre la valoración nutricional y la comunidad según sexo. Es decir, que el sexo, ni el vivir en una comunidad como La Loma, Santa Ana, La Concepción no es dependencia directa para el grado nutricional de las personas. Esto demuestra que si los pacientes sean estos hombres o mujeres habitantes de cualquier comunidad, al estar sometidos a diferentes procesos destructivos de reproducción social, por ejemplo la pobreza, la falta de educación, las condiciones deficientes de vida, la ausencia de derechos laborales, la falta de seguridad social, el consumo de productos perjudiciales para la salud, entre otros, también afecta su diagnóstico nutricional.

Una inadecuada nutrición no solo depende de que las personas se mantengan sanas con una buena práctica individual del consumo alimentario, que realicen actividad física o de modificaciones saludables en sus estilos de vida, el cambio no es solamente individual, sino se debe realizar un cambio desde una perspectiva social, contrahegemónica, con políticas públicas de salud efectivas, con trabajo interinstitucional en beneficio del desarrollo económico y social de la localidad.

En este estudio es importante mencionar que los hombres hipertensos que habitan en la comunidad La Loma tienen mayor proporción de una valoración nutricional normal (50%); en la comunidad La Concepción se evidencia mayor proporción en sobrepeso

tanto en hombres hipertensos (60%) como en mujeres hipertensas (53,3%); mientras que en la comunidad Santa Ana se evidencia mayor proporción de Obesidad en mujeres hipertensas (53%).

Tabla 23
Valoración nutricional según comunidad y grupo etario

Valoración Nutricional	Comunidad del Paciente											
	La Loma				Santa Ana				La Concepción			
	Grupo etario del Paciente		Grupo etario del Paciente		Grupo etario del Paciente		Grupo etario del Paciente		Grupo etario del Paciente		Grupo etario del Paciente	
	Adulto/a		Adulto/a		Adulto/a		Adulto/a		Adulto/a		Adulto/a	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	2	25,0%	5	35,7%	0	0,0%	9	42,9%	0	0,0%	0	0,0%
Sobrepeso	2	25,0%	6	42,9%	5	50,0%	5	23,8%	2	100,0%	9	50,0%
Obesidad	3	37,5%	2	14,3%	3	30,0%	6	28,6%	0	0,0%	7	38,9%
Tipo I												
Obesidad	1	12,5%	1	7,1%	1	10,0%	1	4,8%	0	0,0%	1	5,6%
Tipo II												
Obesidad	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,6%
Mórbida												
Total	8	100,0%	14	100,0%	10	100,0%	21	100,0%	2	100,0%	18	100,0%

La Loma $p=0.573$ Santa Ana $p=0.087$ La Concepción $P=0.611$

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)

Elaboración: Silvana Chusquillo

Respecto a la tabla 23, no existe relación o dependencia estadística entre la valoración nutricional y la comunidad según el grupo etario. Es decir, la valoración nutricional no es dependiente del lugar donde reside el paciente, ni de su edad; la población en estudio al estar sometida a diferentes procesos destructivos afecta a sus modos de vida, como ya se explicó anteriormente.

En este estudio es importante mencionar que al ser un estudio con la mayoría de su población adultos mayores se generan los siguientes resultados: en la comunidad Santa Ana se evidencia mayor proporción de adultos mayores hipertensos con una valoración nutricional de sobrepeso (23,8%) y de obesidad (33,4%); en la comunidad La Concepción se evidencia adultos mayores hipertensos con una valoración nutricional de sobrepeso (50%) y de obesidad (50%); mientras que en la comunidad La Loma se evidencia adultos mayores hipertensos con una valoración nutricional de sobrepeso (42,9%) y de obesidad (21,4%). El resultado de esta investigación confirma lo que diversos estudios plantean con

respecto a la relación directamente proporcional entre la hipertensión arterial y los grupos de edad más avanzada ya que en esta investigación se tienen los siguientes resultados: la prevalencia en el grupo de 40 – 64 años es del 27.4% y en el grupo de 65–90 es del 72.6%.

Tabla 24
Valoración del control de Hipertensión Arterial según antecedentes patológicos familiares (*)

Variable	Categorías	Antecedentes patológicos familiares			
		HTA		Otra enfermedad	
		n	%	n	%
Control HTA	TA Normal	32	46,4%	4	100,0%
	TA Descontrolada	37	53,6%	0	0,0%
	Total	69	100,0%	4	100,0%

*p= 0.037 Estadístico de chi-cuadrado significativo en el nivel 0.05

Fuente: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción (2022)
Elaboración: Silvana Chusquillo

Referente a la tabla 24, encontramos que si existe relación directa o dependencia estadística entre el control de la Hipertensión Arterial y los antecedentes patológicos familiares con un p de valor de 0.037, donde la Hipertensión Arterial tiene alta probabilidad cuando los familiares de primer y segundo grado de consanguinidad tienen esta enfermedad, en este estudio se demuestra que del 100% de pacientes donde sus familiares tienen HTA, el 53% de los pacientes tienen su TA descontrolada, es decir por encima de los rangos normales, mientras que el 100% de pacientes que sus familiares tienen otra enfermedad diferente a HTA tienen una TA Normal.

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo determinar los Modos de Vida de los pacientes hipertensos y sus familias y analizar la relación entre el consumo alimentario y la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud “La Concepción”. Actualmente las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y la obesidad están incrementando de manera alarmante, convirtiéndose en un serio problema de salud pública en todo el mundo, lo que constituye un verdadero reto para las autoridades de salud para lograr disminuir su incidencia y prevalencia y de esta manera conservar la salud de las personas.

En el transcurso de este estudio las variables integradas se relacionan no solo con el consumo de alimentos sino también con otras categorías como la inserción social, nivel educativo, ingresos económicos, calidad de vivienda, entre otras, al interrelacionarlas se comprende como estas relaciones dialécticas condicionan los modos de vida de la población en estudio y por tanto, afectan de una manera positiva o negativa en su salud.

Para comprender cómo se manifiestan los procesos protectores y destructivos en el proceso salud-enfermedad de los pacientes en estudio, se acudió a la explicación de la Epidemiología Crítica, que ofrece una perspectiva más amplia para comprender la subsunción que existe entre los problemas de salud y las relaciones sociales que producen los modos de vida:

La distinción se establece primero por la forma de concebir el objeto salud. Mientras la vigilancia convencional concibe al objeto salud como un proceso esencialmente individual (casos), que se asume por el efecto negativo (enfermedad); en cambio el monitoreo comprende los procesos críticos de una colectividad (determinantes protectores y destructivos de la salud), que se dan en modos de vida grupales y dentro de estos las expresiones en los estilos de vida familiares personales y las condiciones de los organismos y psiquismo individuales (Breilh 2003a).

Esta investigación ha permitido profundizar las relaciones de poder que se expresan sobre la realidad de los pacientes hipertensos del Centro de Salud La Concepción donde se evidencia cómo se expresa la dinámica del desarrollo capitalista, en este caso como el consumo alimentario neoliberal que actualmente se impone en el mundo entero, alcanza ya los sectores rurales, como es evidente en este estudio donde la gran mayoría de personas hipertensas tienen una malnutrición con diagnósticos de sobrepeso

y obesidad. Por lo que se afirma que la malnutrición es un sindemia (Swinburn et al. 2019), esto significa que coexisten varias epidemias que se expresan en el estado de nutrición, en el consumo de alimentos no saludables, en la de la pobreza y la desigualdad social.

De acuerdo a los resultados de esta investigación se afirma como actualmente la globalización influencia en los gustos y tendencias del consumo alimentario, con un gran impacto en los hábitos alimenticios de las personas y consecuentemente en su salud, lo que coincide con el estudio de David Acurio realizado en la ciudad de Cuenca, titulado: “Alimentación, inequidad y poder” (Acurio Páez 2021), donde se afirma que debido al avance de los mercados mundiales y de las tecnologías hoy en día los alimentos pueden ser consumidos en cualquier momento y en cualquier lugar, pues el comer es un fenómeno político, caracterizado por la dinámica de los procesos de reproducción social y está regulado por el capital cultural humano, por lo que se comprende que en el acto de comer se expresa la desigualdad social y su interiorización en nuestros cuerpos.

A pesar de las limitaciones encontradas en esta investigación, se logró plantear de una forma muy general las relaciones de poder las cuales tienen una respuesta que dan como resultado el perfil epidemiológico – nutricional de la población en estudio.

Con los resultados de este estudio se analiza que la etnia más común entre los pacientes hipertensos estudiados es la afroecuatoriana con un 97,3%, lo cual concuerda con el estudio realizado por Aguas en 2012 en la provincia del Carchi, que encontró que de los pacientes encuestados el 99% son pacientes hipertensos afrodescendientes. Esto también coincide con un estudio realizado por Barahona et al en el año 2021 en el Juncal, provincia de Imbabura, donde se encontró que el 96% de la población estudiada es afrodescendiente, se debe considerar que en todas estas zonas en estudio prevalece la etnia afroecuatoriana por lo que esto incide en cada estudio.

El 50,7% de la población estudiada presentó valores de HTA en diferentes estadíos. Resultados que resultaron similares a los obtenidos en la encuesta SABE (Ecuador-2010) (Freire 2010). Un estudio realizado en Cuenca reveló hipertensión arterial en adultos mayores en una zona urbana, con una prevalencia del 52,5% (Encalada et al. 2018). En otra investigación realizada en Argentina titulada “Registro Nacional de Hipertensión Arterial - Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial” (Marcos et al. 2011), la prevalencia de HTA fue del 33,5%. La prevalencia aumentó con la edad del 11,1% en < 35 años al 68,5% en \geq 65 años. Según estudios científicos, la hipertensión arterial es más común en personas negras que viven en zonas urbanas que

en otros grupos étnicos (Cappuccio y Cook 1997). Un estudio realizado en Estados Unidos, el Caribe y África occidental reveló una gran prevalencia de hipertensión arterial en poblaciones de etnia negra genéticamente relacionadas (Cooper y Rotimi 1994).

Varios estudios han aclarado la relación entre la hipertensión arterial y la etnia negra, demostrando que algunas personas responden a la sobrecarga de sal (sensibilidad a la sal) aumentando los valores de presión arterial, mientras que otras no (tolerancia a la sal). Los individuos negros presentan hipertensión arterial con actividad suprimida de la renina y la angiotensina II, que se asocia a una mayor sensibilidad a la sal, retención de sodio y corrección del volumen extracelular, lo que da como resultado una excreción de sodio más lenta (Brier y Luft 1994). Esto explica que la mayoría de la población en estudio (50,7%) presenta valores de hipertensión arterial en diferentes estadios.

Según los resultados de esta investigación el sexo femenino es el más afectado con el diagnóstico de HTA con el 65,8%. En la investigación de los autores De la Rosa y Acosta Silva, en el año 2017 en Esmeraldas, se indican resultados similares ya que el sexo femenino fue el que más prevaleció, con un porcentaje del 63,8%, el estudio también hace mención que el sexo femenino al pasar por la etapa de la menopausia, sufre cambios hormonales, por ejemplo los estrógenos descienden y estas hormonas tienen un papel cardioprotector por lo que las mujeres quedan expuestas a enfermedades cardiovasculares como la HTA (Rosero Panezo 2017).

La evaluación de la antropometría peso y talla permitió calcular el IMC a través del cual se identificó que el 78% de la población en estudio presentan sobrepeso y obesidad, dato muy preocupante ya que el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de que las personas padezcan problemas cardiovasculares y este resultado sobrepasa con un 19% a los resultados encontrados en la “Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento-2010” donde el 59% de los adultos mayores de 60 años presentaron estos estados de malnutrición (Freire 2010). Por lo que se evidencia que a través del tiempo los diagnósticos nutricionales de Sobrepeso y Obesidad van aumentando.

El 63% de la población en estudio presentó riesgo cardiovascular el cual fue valorado midiendo el perímetro de la cintura, siendo mayor en las mujeres que en los hombres, también es importante considerar que el 72,6% de la población en estudio es adulto/a mayor, lo que me permite comparar la coincidencia con los resultados encontrados en una investigación realizada en Lima, Perú, para conocer la frecuencia del síndrome metabólico en adultos mayores del Distrito de San Martín de Porres, donde la obesidad abdominal fue mayor en las mujeres con el 59,3% mientras que los hombres

presentaron el 32,1% (Aliaga et al. 2014). Es importante tomar en cuenta que cuando el ser humano envejece, suceden muchos cambios fisiológicos, por ejemplo cambia su composición corporal, disminuyendo la masa muscular y ósea e incremento y redistribución de la masa grasa la cual se ubica de preferencia en la zona central del cuerpo, lo que aumenta el riesgo cardiovascular (Gómez et al. 2012).

En cuanto al análisis de la actividad física que realizan los pacientes en estudio, se tiene que el 89% se mantiene activos, realizando caminatas diarias de 30 a 60 minutos, también realizan actividades laborales y tareas domésticas diarias, en ocasiones dedican tiempo al baile de la Bomba. Se observa que la mayoría de la población en estudio si cumple con la recomendación de la OMS de que los adultos mayores de 65 años en adelante se dediquen a practicar actividades físicas 150 minutos a la semana, para disminuir el riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (Organización Mundial de la Salud 2019b). Este resultado coincide con una investigación realizada en Chile para averiguar los hábitos alimentarios, el estado nutricional y los estilos de vida en adultos mayores, donde el 93% de la población en estudio manifestó realizar actividad física como la caminata.

La población en estudio refiere consumir alcohol en muy poca frecuencia el 72,6%, en cuanto al consumo del tabaco también refieren que fuman en muy poca frecuencia el 30,1% y tienen un buen hábito de sueño que va de 7 a más horas (52%) y de 5 a 6 horas (30%). En relación al consumo de alimentos, se encontró que el 68% del consumo total de energía proviene de carbohidratos (azúcares, harinas y yuca), el 25% proviene de las grasas (aceite y manteca vegetal), el 7% proviene de proteínas (huevos de gallina, pollo, lenteja y fréjol). También consumen moderadamente (2 a 3 veces por semana) frutas (naranjas, mandarinas y manzanas), verduras y legumbres (tomate, cebolla, zanahoria, pepino, lechuga y espinaca) y así como también consumen moderadamente alimentos procesados (salchicha, atún, sardinas, salsa de tomate, mayonesa, jugos de frutas procesados, galletas de dulce, sopas y cremas de sobre).

Algunos de los anteriores resultados presentan similitud con los estudios de Barrera y otros en el año 2012, en Colombia, donde se obtuvieron los siguientes resultados: el 42,3% de la población en estudio prefería alimentos fritos y el alto consumo de almidones 43,4%, tenían un bajo consumo de frutas y vegetales con una frecuencia de 2 a 3 veces/semana (200 a 300 gramos/semana) (Barrera et al. 2012), cuando la OMS recomienda consumir más de 400 gramos al día para mejorar la salud y disminuir el riesgo de enfermedades no transmisibles (Organización Mundial de la Salud 2019a).

Otro análisis que se realiza en virtud de los resultados antes mencionados sobre el consumo de tabaco y el bajo consumo de frutas y de verduras, es que los resultados presentan similitud con el estudio de Ferrante y Virgolini en el año 2007 en Argentina, donde hubo más prevalencia de enfermedades cardiovasculares como la HTA en personas que consumen cigarrillo con el 33.4%, y en personas con bajo consumo de frutas y verduras con el 35,3% (Ferrante y Virgolini 2007).

Continuando con el análisis del consumo alimentario es importante mencionar que las dietas ricas en carbohidratos y grasas son verdaderos determinantes del deterioro de la salud y el apareamiento de la enfermedad, pues las personas que consumen este tipo de dietas presentan Sobrepeso el 39,7% y Obesidad el 38,3% lo que coincide con los resultados obtenidos en un estudio realizado por Díaz Realpe y otros en el año 2007 en Colombia el cual indica que la población en estudio presenta sobrepeso en el 45,8 % así como también antecedentes familiares con eventos cerebrovasculares 58.3% (Díaz-Realpe, Muñoz-Martínez, y Sierra-Torres 2007).

Conclusiones

Este estudio acoge la corriente de la epidemiología crítica que cuestiona el enfoque causal de los estudios epidemiológicos clásicos del Ecuador sobre consumo alimentario e hipertensión arterial, así como también analiza la complejidad de los procesos que determinan los Modos de Vida y Estilos de Vida de los pacientes hipertensos de la población en estudio, lo que permite identificar las contradicciones que se dan en el sistema alimentario en el marco de la dinámica global de la reproducción social.

Desde el enfoque de la determinación social de la salud analiza la salud de los habitantes de la población en estudio con una mirada integral en las dimensiones: general, particular y singular; lo que le diferencia de otros estudios que conscientes del papel del condicionamiento social en la salud, actúan como si fueran hechos distintos de la reproducción biológica, como si los modos de vida, los medios de subsistencia, la publicidad, la política y el consumo no son parte de lo que sucede en la corporeidad de los humanos y en sus interacciones sociales. Por lo que el aporte fundamental de esta tesis es mostrar que la malnutrición (sobrepeso y obesidad) y la hipertensión arterial tiene su explicación más allá de la biología, o de la práctica individual del consumo alimentario y que su origen se debe a los procesos generados en el modo en que se dan los procesos de reproducción social.

Las políticas públicas y los programas de gobierno actuales sobre nutrición e hipertensión arterial aún están limitados a mirar los “factores de riesgo” como que actúan de una manera separada del proceso de la determinación social de la salud, limitándose solamente a la provisión de nutrientes y a la entrega de medicamentos, los mismos que actualmente son insuficientes para cubrir la demanda de población enferma.

En cuanto a la nutrición es importante manifestar que hace falta confrontar el papel crítico de la publicidad y la lógica hegemónica del mercado, que delega toda la responsabilidad a las personas y a su condición biológica de comer. Esta tesis puede servir para mantener una lectura y acción crítica frente a las actuales políticas públicas cuestionando el poder hegemónico y el rol estatal de hacerlo perdurable, por lo tanto, si bien los resultados de esta investigación buscan tener impactos en las políticas públicas, es necesario que ese no sea un ejercicio ingenuo ajeno a la comprensión del problema del poder.

Con respecto a las políticas públicas, las cuales tienen como finalidad brindar soluciones prácticas a problemas o situaciones públicas, por lo que es importante su aplicación efectiva para satisfacer las necesidades de una sociedad, se analiza que la política y las decisiones del gobierno actual y de los anteriores no han cumplido con su objetivo.

En cuanto a salud es importante manifestar que no todos los pacientes tienen las facilidades de acudir a la atención médica al Centro de Salud La Concepción, o formar parte de las actividades de promoción de la salud que realiza el personal operativo de esta Unidad Médica, pues en los sectores rurales es muy difícil lograr un control adecuado de las enfermedades crónicas no transmisibles, porque tanto los pacientes de las diferentes comunidades como el personal operativo de salud tienen varias limitaciones.

Esas limitaciones se manifiestan en las malas condiciones del transporte público, los pacientes no disponen de recursos económicos para transportarse privadamente, la mayoría de calles de segundo y tercer orden están en mal estado, los pacientes no pueden faltar a una jornada laboral, ya que si no trabajan, no comen; en tanto, la población adulta mayor ya no puede movilizarse por su limitación física, y los pacientes que a pesar de las limitaciones logran llegar al Centro de Salud La Concepción, a más de atención médica van por necesidades de medicamentos (mismos que son escasos) o por solicitar referencias a servicios de especialidades médicas, cuyos turnos están saturados, creando malestar en el usuario.

La población en estudio vive en el área rural con una calidad de vivienda insuficiente, por lo que se evidencia la falta de gestión territorial del Estado, que hasta la actualidad hace que las condiciones de vida de esta población no alcancen los estándares mínimos para llevar una vida digna, manifestándose la reproducción social de la desigualdad, lo que afecta la salud de los habitantes, factor destructivo que puede ser modificado y que podría mejorar significativamente el equilibrio de las relaciones de poder que se generan en el ámbito de la Determinación Social de la Salud. Por lo tanto, se torna urgente mejorar la salud de los habitantes con el apoyo de las autoridades de turno y con un trabajo interinstitucional organizado, pero tal mejora requiere cambios en el sistema político y en el gobierno.

Es necesario hacer mención que en el club de pacientes hipertensos resulta insuficiente impartir discursos o charlas educativas sobre hipertensión arterial o sobre la mala nutrición con un enfoque de expresión de un problema puramente biológico, sin

abordar la complejidad de los procesos de reproducción social que exigen cambios radicales en las lógicas generales de acumulación del capital.

Actualmente la producción de alimentos está marcada por un modelo hegemónico que se caracteriza por el monocultivo, la explotación laboral, la exposición a agroquímicos peligrosos y la remuneración del jornal diario deficiente. La producción de alimentos hoy en día se enfoca en lograr la máxima utilidad de los mismos; aunque esto incluya el consumo de alimentos tóxicos y de alimentos hiperprocesados que dañan la salud y el medio ambiente.

Esta investigación muestra que en el régimen de producción neoliberal actual, el capital financiero domina el capital de producción, orientando la mejor producción de alimentos hacia la exportación, como es el caso de la gran producción del fréjol en esta zona de estudio, así también se observa el bajo reconocimiento económico a la jornada laboral con bajos salarios y la alta concentración y centralización del capital, y la consolidación monopólica. En general, el Ecuador tiene un patrón de globalización, con altos niveles de desnutrición en las provincias de mayor producción agrícola, pero con mayores índices de pobreza. Puedo afirmar que en la provincia del Carchi, en la parroquia La Concepción la mayoría de los hogares tienen modos de vida precarios por lo que para poder subsistir casi toda la producción agrícola se destina también a la venta.

Esta investigación deja claro que la prevalencia de malnutrición (sobrepeso y obesidad) en la población en estudio es alta en todas las formas de inserción social y demuestra claramente que la distribución de la malnutrición responde a las diversas formas de inserción social y a como estas ocuparon el espacio social de la parroquia La Concepción. Así, la mayor prevalencia de malnutrición (sobrepeso y obesidad) se presentó en los pacientes hipertensos cuyos responsables económicos son jornaleros no agrícolas y pequeños trabajadores agrícolas.

En esta investigación se muestra que la mala nutrición de los pacientes hipertensos, las formas de consumo en la vida familiar, en la comunidad, así como la dinámica global del sistema alimentario no están separadas, de hecho, son un mismo objeto, pero con diferentes movimientos en su interior. Realizando un análisis con una mirada de la epidemiología crítica se llega a la reflexión de que a la mala nutrición de los pacientes hipertensos se suman otros procesos críticos que también inciden en el perfil de morbilidades (sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial) de la población en estudio, como es, la pobreza, los bajos salarios, el bajo nivel de educación, la desigualdad, la inequidad de etnia, de clase y de género, la exclusión, la discriminación, la violencia

laboral, la ausencia de derechos laborales, la exposición socioambiental, la exposición a la contaminación química y biológica, la degradación de los ecosistemas, la comercialización de productos perjudiciales para la salud, la atención inadecuada de la salud, la falta de seguridad social, que son verdaderos determinantes del deterioro de la salud y el apareamiento de las enfermedades.

Por lo tanto, el problema de la mala nutrición no se lo debe abordar individualmente sino que el cambio debe generarse desde una perspectiva social, contrahegemónica, con políticas públicas de salud efectivas, con trabajo interinstitucional, pues trabajando de una manera articulada con otros sectores encargados del desarrollo social y económico de la localidad se lograría un mayor beneficio a favor de la salud colectiva. Aquí es importante mencionar que la responsabilidad individual solamente puede ser efectiva cuando las personas tienen acceso a un modo de vida saludable. Por ello es muy importante en el plano social que las instituciones públicas y privadas den apoyo a los habitantes mediante un compromiso político sostenido de lograr por ejemplo que los hábitos alimentarios más saludables sean económicamente asequibles y fácilmente accesibles para todos, así, en este lugar de estudio sería muy importante la construcción de un mercado local que les permita a sus habitantes alimentarse mejor y dinamizar su economía.

Es enriquecedor para esta investigación haber trabajado con la cultura del Pueblo Afroecuatoriano, teniendo en cuenta la diversidad de manifestaciones culturales como expresión de lucha, dolor, sufrimiento, marginación, exclusión, burla por su color de piel, y al mismo tiempo con orgullo y alegría de ser negro. En el trabajo de campo, con un fondo musical del ritmo de la Bomba nos compartieron algunos de los saberes ancestrales en prácticas medicinales, por ejemplo la preparación de algunas bebidas para el control de la hipertensión arterial y la diabetes, y para perder peso, así como también algunos beneficios medicinales y nutricionales de productos que se producen en la localidad, esto nos hace reflexionar que los conocimientos y sabidurías ancestrales, son formas de conocer, de ser, de estar y actuar sobre la salud desde la relacionalidad.

Es importante manifestar que la salud de la población mejoraría si todos entendieran lo importante y útil que es estudiar los beneficios de las plantas en asuntos directamente relacionados con la salud, pues el uso correcto de las plantas medicinales muchas veces suele ser suficiente para prevenir enfermedades.

Este estudio se demuestra que los pacientes hipertensos que tienen diagnósticos nutricionales de sobrepeso y obesidad están concentrados en los grupos con bajo nivel de

educación, en este caso en los pacientes que tienen primaria incompleta y analfabetos. Además tomando en cuenta que la mayoría de los pacientes hipertensos en estudio son adultos mayores se pone de manifiesto la relación directamente proporcional entre la hipertensión arterial y los grupos etarios con edad más avanzada, por lo que se analiza que el nivel educativo y la edad inciden en los hábitos alimenticios de las personas, por lo que se les considera variables determinantes que afectan los estilos de vida de los pacientes hipertensos.

Mediante la identificación del perfil de salud de los pacientes, se establece un perfil epidemiológico de toda la población en estudio para comprender como la exposición a procesos destructivos se manifiestan en genotipos y fenotipos (enfermedad), así se tiene que todos los pacientes en estudio presentan diagnóstico de hipertensión arterial de los cuales el 50,7% no presentan un buen control de su enfermedad ya que tienen valores de Hipertensión Arterial en diferentes estadios, mientras que el 78,1% presentan malnutrición con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, esto debido al alto consumo de dietas hipercalóricas (78%) e hipersódicas (70%). Aquí se denota que existe un proceso de determinación social del estado nutricional de los pacientes hipertensos y que sus condiciones de malnutrición están subordinadas a la inserción de clase y a los modos de vida que esta genera como parte de la dinámica de reproducción social de la parroquia La Concepción.

Los resultados de esta investigación y su aplicación deben ayudar a fortalecer el movimiento hacia la producción agroecológica, el consumo saludable y la protección de la salud. La construcción de una epidemiología de la alimentación es todo un desafío que incluye pensar en programas que formen nutricionistas responsables, integrales de los alimentos y de todo el sistema alimentario, invita también a realizar un trabajo articulado interinstitucional para poder abordar los problemas que impiden el desarrollo económico y social de los habitantes de esta localidad.

Limitaciones del Estudio

La presente investigación se realizó en torno a los pacientes hipertensos que asistían a la atención médica al Centro de Salud La Concepción y a sus familias y permiten realizar una valoración de las prácticas en el entorno familiar para determinar el estado nutricional de los pacientes hipertensos, relacionado con la inserción social y contexto de

las comunidades en estudio, más dichos resultados no pueden asumirse como representación estadística de toda la parroquia La Concepción del cantón Mira.

Al desarrollar la presente investigación se tuvo mucha limitación al recopilar información sobre el tema, desde una perspectiva de la epidemiología crítica, pues al realizar las revisiones bibliográficas fueron pocos los estudios que permitieron conocer las expresiones del proceso salud – enfermedad en pacientes con diagnósticos de enfermedades crónicas como hipertensión arterial y obesidad.

Otra limitación con la cual me encontré al desarrollar mi trabajo de investigación fue al establecer el perfil de morbilidades de los pacientes en estudio debido a la falta de tiempo y a la escasez de recursos económicos y humanos para realizar exámenes médicos y exámenes de laboratorio, que me brinden una información precisa para dar un determinado diagnóstico; en este ámbito faltó información sobre el perfil lipídico de cada paciente en estudio. Sin embargo, lo que me ayudó fue que dentro de los estudios en la rama de la Epidemiología Crítica se usa mucho una categoría subjetiva pero muy útil para entender cómo la exposición a procesos destructivos se expresa en los fenotipos y genotipos de una población dada.

Recomendaciones

Existe la necesidad urgente de mejorar la salud de la población, con el apoyo de las autoridades competentes y el trabajo interinstitucional organizado, pero tales mejoras requieren cambios en las instituciones políticas y los gobiernos. Independientemente de que los partidos políticos, los grupos sociales y la ciudadanía apoyen o se opongan al actual gobierno, todos ellos deben ser incluidos en el análisis y cumplimiento de las políticas nacionales, siempre pensando en satisfacer las necesidades básicas de la sociedad.

Realizar acciones de coordinación e implementación entre organismos públicos y/o privados para la detección oportuna de problemas de salud, no solo de hipertensión arterial, sino de otras morbilidades que presenta la población afroecuatoriana, con el fin de integrarlos plenamente a los proyectos de salud locales y nacionales.

Articular con las instituciones públicas pertinentes el fortalecimiento de procesos participativos y populares sobre educación para la salud y la alimentación, no solo de los pacientes sino también de sus familias, ya que se entiende a la familia como un espacio de reproducción donde se cuida la vida, por lo que cumple un papel fundamental en la construcción de modos de vida saludables.

Apoyo al desarrollo de este tipo de investigaciones para disponer de datos de información confiables, que consideren la determinación social de la salud de la población, y con el apoyo de otros actores sociales, con un trabajo articulado interinstitucional, poder lograr resultados efectivos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y brindar tratamiento oportuno sea este farmacológico y/o no farmacológico, para lograr una población saludable.

Durante la formación académica, las universidades deben desarrollar en los futuros profesionales de la salud, competencias y habilidades relacionadas con los aspectos sociales y humanos, lo cual se lograría al trabajar directamente en las comunidades, teniendo objetivos y metas claras.

Lista de referencias

- Acurio Páez, David. 2021. “Cuenca: Alimentación, inequidad y poder. Estudio de la determinación sociocultural de los consumos alimentarios y del estado nutricional en la ciudad de Cuenca”. Tesis de doctorado, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://hdl.handle.net/10644/8879>.
- Aguas Aguas, Nelly Fernada. 2012. “Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo en Población Adulta Afroecuatoriana de La Comunidad La Loma, Cantón Mira, del Carchi 2011”. Tesis de licenciatura, Ibarra: Universidad Técnica del Norte. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2070>.
- Aguirre, P, y S Torrado. 2009. *La comida en los tiempos del ajuste*. Buenos Aires: Edhasa.
- Alcedo, Byron, Alexandra Farinango, Mariela Rosas, Mauricio Cisneros, y Carlos Pavón. 2020. “Actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Gobierno Autónomo Descentralizado de La Parroquia rural de La Concepción, Mira – Carchi 2019 -2023”. <https://laconcepcion.gob.ec/carchi/wp-content/uploads/2020/09/ACTUALIZACION-PDOT-CONCEPCION-FINAL.pdf>.
- Aliaga, Elizabeth, Tania Tello, Luis Varela, Segundo Seclén, Pedro Ortiz, y Helver Chávez. 2014. “Frecuencia de síndrome metabólico en adultos mayores del Distrito de San Martín de Porres de Lima, Perú según los criterios de ATP III y de la IDF.” *Rev Med Hered*, n° 25: 142-148.
- Allan Künzle, Luis. 2021. “Modelos conceptuales y representaciones gráficas en estudios de epidemiología crítica”. Tesis de posdoctorado, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://hdl.handle.net/10644/8086>.
- Ballesteros, Matías, María Zapata, Betina Freidin, Camila Tamburini, y Alicia Rovirosa. 2022. “Desigualdades sociales en el consumo de verduras y frutas según características de los hogares argentinos”. *Salud Colectiva* 18 (febrero): 18. doi:10.18294/sc.2022.3835.
- Barrera, María del Pilar, Análida Elizabeth Pinilla, Lida Marcela Caicedo, Yuri Milena Castillo, Yani María Lozano, y Karen Marcela Rodríguez. 2012. “Factores de riesgos alimentarios y nutricionales en adultos con diabetes mellitus”. *Revista de*

- la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. 60 (1): S28–40. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/70748>.
- Bauman, Zygmunt. 2011. *Vida de consumo*. Libros en la Argentina. Vol. 1. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Beevers, Gareth. 2001. *Revisión Clínica. Fisiopatología de la Hipertensión arterial*. 4ta ed. Chile: Mediterráneo Ltda.
- Bio Eco. 2018. “Los peligros de los fertilizantes químicos”. *Bio Eco Actual*. febrero 21. <https://www.bioecoactual.com/2018/02/21/los-peligros-los-fertilizantes-quimicos/>.
- Bourdieu, Pierre. 2013. *Las estrategias de la reproducción social*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Breilh, Jaime. 1989. *Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social*. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3565>.
- . 1997a. “Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad”. Tesis de maestría, Quito: Universidad Autónoma Metropolitana. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3405>.
- . 1997b. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología (epidemiología del trabajo)*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS.
- . 2003a. “De la vigilancia convencional al monitoreo participativo”. *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (4): 937–51. doi:10.1590/S1413-81232003000400016.
- . 2003b. *Epidemiología Crítica, Ciencia emancipadora e intercultural*. Buenos Aires - Argentina.
- . 2003c. “Metodología de la investigación en salud: Determinación y evidencias”, 21.
- . 2009. “Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud”. *Universidad Andina Simón Bolívar. Sede Ecuador. Programa Andino de Derechos Humanos, PADH*, 23. <http://hdl.handle.net/10644/948>.
- . 2010. *Epidemiología: Economía política y salud*. 7ma ed. Quito: Corporación Editora Nacional.
- . 2013. “El concepto de la Salud Colectiva”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31: 27.

- . 2014a. “Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica (La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública – salud colectiva)”. En *Tras las huellas de la determinación*, Universidad Nacional de Colombia, 19–76. Bogotá.
- . 2014b. “Estudio comparativo de los principales paradigmas sobre determinación social de la salud y operacionalización de un modelo alternativo para investigación de modos de vivir”. Informe de Investigación. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Brier, M, y F Luft. 1994. “Sodium kinetics in white and black normotensives subjects: possible relevance to salt-sensitive hypertension”. *Am J Med Sci* 307: s38–42.
- Cappuccio, F, y D Cook. 1997. “Prevalence, detection and management of cardiovascular risk factors in different ethnic groups in south London”. *Heart* 78: 555–63.
- Cooper, R, y CN Rotimi. 1994. “Hypertension in populations of West African origin: is there a genetic predisposition”. *J Hypertens* 12 (3): 215–27.
- Córdova Soria, Luis Miguel. 2020. “Modos de vida de los trabajadores del Ingenio Azucarero Valdez de la ciudad de Milagro en la provincia del Guayas, durante el primer semestre del 2018”. Tesis de maestría, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://hdl.handle.net/10644/8070>.
- Covarrubias, Nivia. 2021. “Dieta normocalórica: significado, características y menú para hacerla”. Portal educativo. *Cardamomo*. mayo 18. <https://www.cardamomo.news/dietas/Dieta-normocalorica-significado-caracteristicas-y-menu-para-hacerla-20210518-0007.html>.
- Díaz-Realpe, Jesús E., Juliana Muñoz-Martínez, y Carlos H. Sierra-Torres. 2007. “Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia”. *Revista de Salud Pública* 9 (1). Universidad Nacional de Colombia: 64–75. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42290106>.
- EAIS del Centro de Salud la Concepción. 2021. “Análisis Situacional Integral de Salud del Centro de Salud La Concepción, Enero-Diciembre 2021”. Distrito 04D03.
- Encalada, L, K Álvarez, K Tapia, A Paul, y S Barbecho. 2018. “Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. . 2018; 13(3);183-87”. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* 13 (3): 183–87.
- Esh, H, E Agabiti, MA France, FM Germany, y M Kerins. 2018. “2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the

- management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)". *European Heart Journal* 39 (33): 1–98.
- Esquivel, V, y M Jiménez. 2010. "Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial". *Revista Costa Rica Salud Pública* 19.
- Ferrante, Daniel, y Mario Virgolini. 2007. "Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales: prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina". *Rev. argent. cardiol*, 20–29. http://www.sac.org.ar/web_files/download/revista_articulos/files/Car6-8-pdf-680.pdf/rac/buscador/2007/75-1-5.pdf.
- Figuroa, C. 2006. "Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios." *Programa Psicología de la Salud de la Facultad de Estudios Superiores. Zaragoza*. 22 (2): 169–74.
- Fischler, Claude. 1995. *El (h)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- Fraix, T, B Tamango, y N Pitueli. 2015. "Comparación de Factores de Riesgo Cardiovascular en Población Rural y Urbana Argentina en Edad Pediátrica". *Revista de nefrología, diálisis y trasplante* 38 (2): 15.
- Freire, W. 2010. "Prevalencia de Enfermedades crónicas específicas por grupos de edad y sexo". *Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE)*, 23–24.
- Gómez, A, G Vicente, S Vila, J Casajús, y I Ara. 2012. "Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. 2012;27(1):22-30". *Rev. Nutr Hosp*. 27 (1): 22–30.
- Gonzales, R, y J Alcalá. 2010. "Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención." *Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM* 53 (5).
- INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2010. "Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas". *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza-por-necesidades-basicas-insatisfechas/>.
- Izurieta, Mónica. 2018. "Tejiendo relaciones campo y ciudad, conquistas de mujeres en procesos de producción, circulación y consumo". *Arquivos do CMD, Dossiê Consumo e Subjetividade*, 2 (7): 119–32.

- Krieger, Nancy. 2011. *Epidemiology and the People's Health*. Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195383874.001.0001.
- Marcos, Renata, Guillermo Fábregues, Mónica Díaz, Olga Páez, y José Alfie. 2011. “Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial”. *Revista argentina de cardiología* 80 (2): 121–28.
- Matarama, Miguel. 2005. “Enfermedades del Sistema Cardiovascular”. En *Medicina Interna*, 90–109. La Habana: Ciencias Médicas.
- Maury, Eduar. 2010. “Ritos de comensalidad y espacialidad. Un análisis antropológico de la alimentación”. *Gazeta de Antropología* 26 (2): 13.
- Menéndez, Eduardo. 2008. “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes.” *Estudios Sociológicos* 16 (46): 37–67.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. 2016. “Información estadística y geográfica de salud”. MSP. Quito, Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2019. *Guía de Práctica Clínica Hipertensión Arterial*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2019. Quito, Ecuador. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf.
- Moliner, Ramón, Manuel Domínguez, y María Gonzáles. 2004. “Hipertensión Arterial”. *Hipertensión y Riesgo Vascular* 26 (4): 34–41.
- Morales, Carolina, Elis Borde, Juan Eslava, y Sonia Concha. 2013. “Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”. *Revista de salud pública* 15 (6): 797–808.
- Neuman, N, K Eli, y P Nowicka. 2019. “Feeding the extended family: gender, generation and socioeconomic disadvantage in food provision to children”. *Food, Culture & Society*. 22 (1): 45–62.
- OMS. 2004. “La medida del perímetro abdominal es un indicador de enfermedad cardiovascular más fiable que el IMC”. <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2264-medida-perimetro-abdominal-es-indicador-enfermedad-cardiovascular-mas-fiable-imc-.html#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,valor%20es%20de%20102%20cent%C3%ADmetros>.

- Organización Mundial de la Salud. 2019a. “Aumentar el consumo de frutas y verduras para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles”. from: https://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/es/.
- . 2019b. “Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud: La actividad física en los adultos mayores”. <https://www.paho.org/es/noticias/9-5-2012-recomendaciones-mundiales-sobre-actividad-fisica-para-salud#:~:text=Los%20adultos%20de%2018%20a,de%20actividades%20moderadas%20y%20vigorosas>.
- Organización Panamericana de la Salud. 2021. “Ecuador implementa el programa HEARTS para luchar contra la hipertensión - OPS/OMS”. Accedido diciembre 15. <https://www.paho.org/es/noticias/17-5-2021-ecuador-implementa-programa-hearts-para-luchar-contrahipertension>.
- Ortiz, L, E Jarillo, y E Guinsberg. 2007. *La necesidad de un nuevo paradigma en el campo de la alimentación y nutrición*. Buenos Aires.
- Padwal, RS, BR Hemmelgarn, NA Khan, y Steven Grover. 2009. “The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1 – blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk”. *Canadian Journal of Cardiology* 25 (5): 279–86. <https://mail.msp.gob.ec/service/home/~/?auth=co&loc=es&id=1483&part=>.
- Perusse, L. 1999. “The human obesity gene map: the 1998 update”. *Obes Res*, 111–29.
- Pico-Pico, Angela Lourdes, Dolores Alexandra Anchundia-Alvia, Alba Amilis Sornoza-Pin, y Darwin Marcelo Fernández-Mendoza. 2020. “Factores de riesgo de la hipertensión arterial en adulto mayor en la comunidad de Cárcel Montecristi-Ecuador”. *Dominio de las Ciencias* 6 (4): 64–76. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1452>.
- Pineda Caicedo, Andrea Estefanía. 2020. “Nutrición en niños y niñas afrodescendientes de Colón Eloy del María, provincia de Esmeraldas. Un enfoque desde la epidemiología crítica”. Tesis de maestría, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://hdl.handle.net/10644/8064>.
- Quiroga, María. 2010. “Hipertensión arterial: aspectos genéticos”. *Anales de la Facultad de Medicina* 71 (4). UNMSM. Facultad de Medicina: 231–35. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832010000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

- Ramírez, María José, Katherine Silva, Philippe Belmont, y Wilma Freire. 2014. “Tabla de Composición de Alimentos para Ecuador: Compilación del Equipo Técnico de la ENSANUT - ECU 2012”. *ENSANUT ECU*.
- Rodríguez, Agustín, y Dayand Hernández. 2007. “Prevalencia de la hipertensión arterial sistólica aislada y factores de riesgo asociados en dos barrios del Municipio Independencia Estado Tachira”. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 6 (2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2007000200020&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.
- Rojas, María del Carmen, Norma Cristina Meichtry, María Beatriz Ciuffolini, Juan Carlos Vázquez, y Julio Castillo. 2008. “Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis desde el enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica”. *Salud Colectiva* 4 (2): 187–201. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/341/358>.
- Rosero Panezo, Aida Navila. 2017. “Factores predisponentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica en la parroquia Anchayacu del Cantón Eloy Alfaro”. Tesis de licenciatura, Esmeraldas: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas. <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1376>.
- Rubio, Blanca. 2015. *El dominio del hambre: Crisis de hegemonía y alimentos*. 2da ed. México: Universidad Autónoma de Chapingo: Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Saltus, R. 2005. “Panic in the endoplasmic reticulum”. *Harvard Public Health Review*, 22–25.
- Santos, Milton. 2000. *La naturaleza del espacio: técnica y tiempo, razón y emoción*. Ariel. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=99359>.
- Sociedad Argentina de Cardiología. 2017. “Día Mundial de la Hipertensión”. *WikiCardio*. http://www.wikicardio.org.ar/wiki/D%C3%ADa_Mundial_de_la_Hipertensi%C3%B3n.
- Sullivan, JM. 1991. “Salt sensitivity: definition, conception, methodology and longterm issues”. *Hypertension* 17 (1): 61–68.
- Wagner, Patrick. 2010. “Fisiopatología de la hipertensión arterial”. *An Fac med* 71 (4): 225–29. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a03v71n4.pdf>.

Walsh, Catherine E. 2009. *Interculturalidad, estado, sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época*. 1. ed. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador : Abya-Yala.

Anexos

Anexo 1: Matriz de procesamiento de procesos críticos

Dominio	Proceso crítico	Indicadores	Componente de Investigación
General	Modelo de acumulación del capital y expresión en el régimen alimentario.	Momentos de acumulación histórica del capital y la producción de alimentos. Carácter del consumo alimentario de hoy. Inequidades sociales. Producción en Ecuador.	Análisis documental
Particular	Inserción social	Tipo de ocupación. Propiedad de medios de producción. Inserción laboral. Fuente de ingreso. Condiciones de trabajo.	Encuesta familiar
	Modos de Vida	Características del consumo. Soportes colectivos y organizacionales. Prácticas alimentarias.	Encuesta familiar
	Matriz de inequidad y estructuras de poder	Ingreso familiar. Bono de asistencia estatal. Autodefinición étnica. Género del principal responsable económico. Escolaridad del principal responsable económico. Seguridad social. Acceso a tecnología y bienes perdurables.	Encuesta familiar
	Modelos de ruralización y segregación del espacio rural	Inserción territorial y condiciones de la vivienda. Localización de la vivienda. Propiedad de la vivienda Tipo de vivienda. Servicios básicos. Distancia a procesos socioambientales destructivos.	Análisis documental Cartografía Etnografía
	Consumismo	Prácticas de consumo. Sitios de compra. Sitios de consumo de alimentos.	Etnografía Encuesta familiar

Singular		Tipo de alimentos.	
	Modernidad y desestructuración alimentaria	Lugar de almuerzo (restaurantes, sitio de trabajo, casa, casa de familiar). Frecuencia del consumo de alimentos. Descripción de la alimentación diaria. Preparación de los alimentos.	Etnografía (tiempos, número de comidas, lugares) Encuesta familiar
	Malnutrición (sobrepeso y obesidad) Personas de 40 a 90 años.	Peso Talla Perímetro Abdominal IMC Estado Nutricional Edad	Antropometría Encuesta familiar Sistema PRAS-MSP.
	Hipertensión Arterial	Signos Vitales: Tensión arterial Frecuencia cardíaca	Encuesta familiar Sistema PRAS-MSP.

Fuente y elaboración propias

Anexo 2: Consentimiento previo, libre e informado

Fecha DD/MM/A: ___/___/_____

Ubicación por GPS _____/_____

Código de hogar _____

La Universidad Andina Simón Bolívar, interesada en analizar la situación de salud de la población hipertensa del Cantón Mira de la Provincia del Carchi ha considerado pertinente desarrollar una investigación titulada: *Consumo alimentario e hipertensión arterial. Estudio de los Modos de Vida en pacientes y sus familias en el Centro de Salud La Concepción, cantón Mira.*

Para lograr este objetivo es necesaria la participación de los pacientes hipertensos y sus familias por medio de encuestas familiares e individuales.

El estudio asegura *la confidencialidad de los datos proporcionados*, los cuales no serán divulgados y serán utilizados únicamente por el grupo investigador a fin de definir y caracterizar la problemática.

Su participación es voluntaria por lo cual, usted podrá retirarse en cualquier momento si así lo desea.

Una vez finalizada la investigación los resultados generales serán difundidos tanto en la comunidad como en la institución de salud para su uso y beneficio.

Datos de la Investigadora Principal:

Responsable de la Investigación: María Silvana Chusquillo Barrigas

Celular: 0959588409

Por medio del presente documento dejo constancia que conozco el objetivo del proyecto de investigación, así como mi forma de participar y la de mi familia.

Por lo expuesto, yo _____

con CI _____ accedo de forma voluntaria a participar en la investigación y tengo claro que puedo retirarme en cualquier momento si así lo considero conveniente.

Adicionalmente autorizo la utilización y publicación anónima de los resultados obtenidos.

FIRMA: _____

Anexo 3: Autorización del uso de imagen

Por el presente documento yo _____,
con cédula o documento de identidad N° _____, y con domicilio en
_____, autorizo expresamente a
_____, a utilizar las imágenes de las que soy
parte y que se registraron en las fotos efectuadas con fecha _____, en
cumplimiento con lo señalando en la Constitución del Ecuador en su artículo 66, numeral
18, que reconoce: “El derecho al honor y al buen nombre. La ley protegerá la imagen y
la voz de la persona”. Por lo tanto, autorizo su utilización y aprovechamiento para fines
publicitarios, didácticos, académicos, institucionales y, en general, para su difusión en
actividades, intereses o funciones de _____, en todo medio, sin
limitaciones en el número de su uso, durante el tiempo que considere adecuado a partir
de su primera exposición en medios masivos.

En _____, _____ de _____ del _____.

Nombre y apellidos de la persona fotografiada o representante legal de la comunidad.

Firma

Cédula de identidad

Anexo 4: Encuesta a pacientes hipertensos y sus familias del Centro de Salud La Concepción, cantón Mira.

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR - SEDE ECUADOR

ÁREA DE SALUD

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGIA Y SALUD COLECTIVA

1. IDENTIFICACIÓN (DATOS GENERALES)

N° Encuesta: _____

Nombre del Encuestador: _____

Parroquia: _____

Comunidad: _____

Código hogar: _____

Código georreferenciación: _____

N° Habitantes del hogar: _____

DATOS DEL PACIENTE HIPERTENSO

2. Sexo

1. Hombre	
2. Mujer	

3. Edad

4. Grado de escolaridad

1. Sin Instrucción.	
2. Primaria incompleta	
3. Primaria completa	
4. Secundaria incompleta	
5. Secundaria completa	
6. Tecnología	
7. Superior	
8. Posgrado	

5. Estado Civil

1. Casado	
2. Soltero	
3. Unión Libre	
4. Divorciado	
5. Viudo	

6. Autoidentificación

1. Afrodescendiente	
---------------------	--

2. Mestizo	
3. Indígena	
4. Blanco	
5. Otro	

7. Ocupación

--

INSERCIÓN SOCIAL (INSOC)**8. De estas personas, cuál es el principal responsable económico del mantenimiento, estudios y otras necesidades de la familia**

1= Usted mismo, 2= Conyugue, 3= Padre, 4= Madre, 5=Padraastro/madrastra, 6=Otro familiar cercano, 7= Otro: _____

9. ¿La ocupación de la persona que es principal responsable económico es?

1=Profesional con título que trabaja en empresa particular, 2= Profesional con título que trabaja para el estado, 3=Empleado de empresa particular no titulado, 4= Empleado público no titulado, 5=Comerciante propietario de pequeño negocio, 6= Obrero o trabajador manual de empresa no propia, 7=Pequeño trabajador agrícola, 8= Trabajadora doméstica no remunerada, 9= Jubilado, 10 Otra. ¿Cuál?_____

10. La persona que es el principal responsable económico, para la producción es propietario de:

1=Locales, 2=Tierra, 3=Máquinas (vehículo), 4=Herramientas, 5=Mercadería

11. ¿Cuál es la tarea principal del responsable económico en el trabajo?

1=Hace el trabajo (Jornalero), 2=Dirige y organiza el trabajo de otros (Capataz), 3=Hace y dirige el trabajo (Patrón o Propietario), 4=No aplica.

12. ¿Cuál es la fuente más importante de los ingresos del principal responsable económico?

1=Alquiler de propiedad, 2=Jornal diario o por semana, 3=Negocio particular, 4=Pensión Jubilar, 5= Sueldo como empleado del sector público, 6= Sueldo como empleado de empresa sector privado, 7=Sueldo como empleada doméstica, 8=Ventas ambulantes, 9= Donaciones de familiares, 10= Pensiones de familiares o bono, 11= Otros.

13. ¿Cuál es el promedio de ingresos mensuales?

1. Menor al sueldo básico	
2. Igual al sueldo básico	
3. Mayor al sueldo básico	

14. ¿Accede a algún tipo de bono o ayuda del Estado?

1. SI	
2. NO	

15. ¿El principal responsable económico es?

1=Hombre, 2=Mujer

DATOS DE LA VIVIENDA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL**16. Tipo de Vivienda**

1. Mixta	
2. Hormigón	
3. Ladrillo	
4. Bloque	
5. Adobe	
6. Tapia	

17. Pertenencia

1. Propia	
2. Arrendada	
3. Prestada	

18. Estado de la vivienda

1. Bueno	
2. Regular	
3. Malo	
4. Regular	
5. Malo	

19. Servicios básicos

1. Agua potable	
2. Agua entubada	
3. Luz eléctrica	
4. Alcantarillado	
5. Teléfono / Celular	
6. Internet	

20. Eliminación de desechos sólidos

1. Carro recolector	
2. Quema	
3. Entierra	
4. Arroja en un lugar	

21. Eliminación de agua y excretas

1. Alcantarillado	
2. Pozo séptico	
3. Letrina	
4. Campo abierto	

SOPORTE COLECTIVO**22. ¿Pertenece a algún colectivo cultural, religioso, político, organizacional, sindicatos, de mujeres?**

1. SI ¿Cuál?	
2. NO	

23. ¿Usted pertenece a algún Colectivo o Club de Pacientes hipertensos?

1. SI	
2. NO	

ESPACIO FÍSICO DONDE HABITAN**24. Califique el entorno donde usted vive**

1. Bueno	
2. Malo	
3. Regular	

25. ¿Usted se siente seguro en el entorno en el que vive?

1. SI	
2. NO	

26. ¿Cerca de su casa hay parques, jardines, espacios verdes?

1. SI	
2. NO	

CONSUMO Y TRATAMIENTO DE AGUA, ALMACENAMIENTO, HIGIENE Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS.**27. Consumo de agua**

1. Potable	
2. Entubada	
3. Río	
4. Tanquero	
5. Pozo	

28. Tratamiento del agua

1. Clara	
2. Hierve	
3. Filtro	
4. No trata	

29. Higiene de alimentos

	NO=0	A VECES=1	SI=2
1. Lava las frutas y vegetales			
2. Lava las carnes			
3. Hierve los alimentos			

30. Conservación de alimentos

1. Seca	
2. Guarda	
3. Refrigeración	
4. No almacena	

DETALLES DE PATRONES DE CONSUMO**31. FRECUENCIA DE CONSUMO DE GRUPO DE ALIMENTOS**

TIPOS DE ALIMENTOS	Diario=3	3 o + veces a la semana=2	1-2 veces a la semana=1	Nunca=0
1.Carbohidratos				
2.Verduras y legumbres				
3.Frutas				
4.Proteínas				
5.Lече y lácteos				
6.Grasas				
7.Azúcares				
8.Alimentos procesados y fritos				

32. ¿Cómo describirías tu alimentación diaria?

1. El mayor número de veces como una dieta satisfactoria, a gusto y con un ambiente agradable.	
2. Eventualmente como comida rápida.	
3. A menudo como mal, de apuro y en mal ambiente.	

33. ¿Cómo es la alimentación diaria en tu casa?

1.Abundante	
2.Suficiente	
3.Escasa	

34. ¿Quién se encarga de preparar los alimentos en tu casa?

1.Mamá	
2.Papá	
3.Hijo / a	
4.Hermano / a	
5.Yo mismo	
6,Otro (Señala quién?)	

35. ¿Dónde comes frecuentemente?

1.En casa	
2.En casa de familiares	
3.En restaurantes	
4.En tiendas	
5.En el lugar de trabajo	

PERFIL DE SALUD FAMILIAR**36. Enfermedades crónicas actuales**

Señale la enfermedad y que miembros de la familia la padecen

1. Hipertensión Arterial	
2. Diabetes	
3. Obesidad	
4. Hipotiroidismo	
5. Cáncer	
6. ACV	
7. Insuficiencia cardíaca	
8. Insuficiencia renal	
9. Otras ¿Cuáles?	

37. Cuando enferman a donde acuden

1. Médico particular	
2. MSP	
3. SSC	
4. Hospital	
5. Medicina Ancestral	

38. Antecedentes patológicos familiares

1. Hipertensión Arterial	
2. Diabetes	
3. Obesidad	
4. Otra ¿Cuál?	

HISTORIA PERSONAL DE SALUD**39. PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS**

Código: _____ Peso: _____ Talla: _____ Perímetro Abdominal: _____

IMC: _____ Valoración nutricional _____

Marca de los equipos utilizados: _____ Hora: _____

40. Signos Vitales

1. T/A (mm Hg)	
2. FC (lpm)	

41. ¿Cuántas horas duerme?

1. 4 o menos hrs	
2. 5 a 6 hrs	
3. 7 o más hrs	

42. Experimenta dificultad para conciliar el sueño

1. SI	
2. NO	

43. Ha experimentado cambios en su salud mental recientemente

1. SI ¿Cuál?	
2. NO	

44. ¿Ha experimentado dificultad para pensar y tomar decisiones recientemente?

1. SI	
2. NO	

CONSUMOS

45. ¿Usted consume alcohol?

1. SI	
2. NO	

Si consume alcohol pasar a la pregunta 46

46. ¿Con qué frecuencia consume alcohol? Indique el volumen.

1. Casi nunca		
2. A veces		
3. Casi siempre		
4. Siempre		

47. ¿Usted consume tabaco?

1. SI	
2. NO	

Si consume tabaco pasar a la pregunta 48

48. ¿Con qué frecuencia consume tabaco? Indique cuantos tabacos.

1. Casi nunca		
2. A veces		
3. Casi siempre		
4. Siempre		

49. ¿Toma algún medicamento antihipertensivo?

1. SI ¿Cuál?	
2. NO	

ACTIVIDAD FÍSICA

50. ¿Con qué frecuencia practica ejercicio físico? Indique el tiempo.

1. Todos los días		
2. Dos o tres veces por semana		
3. Una vez a la semana		
4. Nunca		

51. ¿Qué tipo de actividad realiza para cuidar su salud? Indique el tiempo.

Actividad: _____ Tiempo: _____

Por cada alimento, marque el recuadro que indica el promedio de la frecuencia de consumo en el último semestre. Debe calcular la cantidad de alimento ingerido, según el tamaño de referencia, o combinar el título		Nunca o menos de 1 al mes	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	Más de 6 al día
CONSUMO PROMEDIO EN EL ÚLTIMO SEMESTRE										
Bebidas sin alcohol	Gaseosa con azúcar (1 botella, 360 ml)									
	Bebidas energizantes (1 botella, 450 ml)									
	Jugos naturales (1 vaso, 200 ml)									
	Jugos de frutas procesados (1 vaso, 200 ml)									
	Café (1 taza, 80 ml)									
	Chocolate (1 taza, 80 ml)									
	Agua medicinal (1 taza, 80 ml)									
Agua mineral (1 vaso, 200 ml)										

Fuente: Tabla de Composición de los Alimentos para el Ecuador (2012)

Elaboración: Equipo técnico de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2012)

Adaptado por: Silvana Chusquillo

Anexo 6: Evidencia Fotográfica

Explicando en que consiste el trabajo de Investigación.



Explicación previa a la toma de presión arterial al paciente por parte del personal de salud de CS La Concepción.



Toma de presión arterial a paciente.