



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TEMA:

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN CON LOS
ALIMENTOS: UN ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PACIENTES
DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS DE CENTROS DE SALUD EN
GUAYAQUIL**

AUTOR:

Aguilar Tinoco Manuel Francisco

**Previo a la obtención del Grado Académico de
MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTOR:

Lobos Andrade Germán Enrique (PhD)

Guayaquil, Ecuador

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Lcdo. Manuel Francisco Aguilar Tinoco, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de: **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD.**

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Germán Lobos Andrade

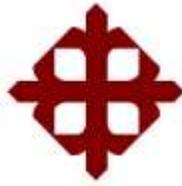
REVISORA

Ing. Elsie Zerda Barreno, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, Mgs.

Guayaquil, 31 de enero del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Manuel Francisco Aguilar Tinoco

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **“Factores que influyen en la satisfacción con los alimentos: Un análisis comparativo entre pacientes diabéticos y no diabéticos de centros de salud en Guayaquil”** previa a la obtención del **grado académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación en mención.

Guayaquil, 31 de enero del 2018

EL AUTOR

Manuel Francisco Aguilar Tinoco



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo, **Manuel Francisco Aguilar Tinoco**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del **proyecto de investigación titulado “Factores que influyen en la satisfacción con los alimentos: Un análisis comparativo entre pacientes diabéticos y no diabéticos de centros de salud en Guayaquil”**, trabajo realizado previa a la obtención del grado de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 31 de enero del 2018

EL AUTOR

Manuel Francisco Aguilar Tinoco



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME DE URKUND

← ↻ 🔒 Seguro | <https://secure.orkund.com/view/33480208-961220-387834#DcwOslwEETru7i20M5sbEiugIKgEQUSJMSd+8at5mm/5XGVSklqRKakiRp1mqyELnaxi11sY0dHoQxrhjDEfxH...> ☆ 🔍 ⋮

ORKUND

Documento TESIS COMPLETA A ENVIAR (18-12-17).docx (033961155)

Presentado 2017-12-18 15:10 (-05:00)

Presentado por manuel.aguilard@yahoo.com

Recibido maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje Tesis final para revisión de plagio. [Mostrar el mensaje completo](#)

2% de estas 73 páginas, se componen de texto presente en 11 fuentes.

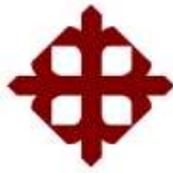
Lista de fuentes Bloques

	Categoría	Enlace/nombre de archivo	
+		TESIS FINAL DE ENTREGA 18-12-17 (Autoguardado).docx	🗑
+	Fuentes alternativas		
+	Fuentes no usadas		

🖨 🔍 👤 🗑

↑ ← →

⚠️ 1 Advertencias 🔄 Reiniciar 📤 Exportar 🔗 Compartir 🔒



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado la vida, fortaleza y perseverancia para seguir adelante con mis proyectos.

Mi gratitud especial a mi esposa por ser un pilar indispensable en mi crecimiento profesional y por su apoyo incondicional.

A mi Director del Proyecto de Investigación, el Dr. Germán Lobos Andrade por sus excelentes recomendaciones y orientaciones en la elaboración de la misma.

Al Dr. Miguel Cardoso, Director Médico de la Fundación Santa Isabel, por haberme permitido realizar encuestas en dicho centro.

A todos los docentes de esta Maestría por compartir sus conocimientos, los cuales me han servido para mejorar como profesional y ser humano.

A mi querida Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, por haberme dado la oportunidad de pertenecer a este privilegiado grupo de Maestranes.

Manuel Francisco Aguilar Tinoco

DEDICATORIA

Quiero dedicar este Proyecto de Investigación a mis tres queridos hijos, quienes se encuentran muy lejos de mí y a quienes amo y extraño con toda mi alma. Deseo darles a conocer por medio de la culminación de esta etapa tan importante de mi vida que las ansias de superación en un ser humano nunca deben de morir y que a pesar de las dificultades y tropiezos que se presenten, siempre debemos de seguir adelante y luchar por nuestros sueños.

A todas aquellas personas que día a día se esfuerzan por educarse de una u otra manera y que a pesar de los inconvenientes a los que tengan que afrontarse, continúan con esa lucha inquebrantable por adquirir conocimientos. “La educación es la llave para abrir la puerta dorada de la libertad” (George Washington Carver).

Manuel Francisco Aguilar Tinoco

INDICE GENERAL

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN.....	1
Antecedentes.....	7
Planteamiento del del problema	14
Justificación.....	14
Variables.....	17
CAPÍTULO I.....	18
Marco teórico y conceptual	18
Satisfacción con los alimentos.....	18
Hábitos alimentarios	21
Estilos de vida.....	29
Frecuencia del consumo de alimentos	32
Diabetes	33
Diabetes tipo I (DMI)	36
Diabetes gestacional	40

Diabetes producida por situaciones especiales.....	42
CAPÍTULO II.....	50
MARCO REFERENCIAL	50
Estudios relacionados a nivel internacional.....	50
Estudios relacionados en Ecuador	58
CAPÍTULO III	66
MARCO METODOLÓGICO	66
Generalidades	66
Alcance de la investigación	66
Diseño de la investigación.....	67
Variables de investigación.....	67
Técnicas de recopilación de la información	69
Etapas de recolección.....	69
Población	70
Muestra	70
Análisis estadístico	71
Análisis de confiabilidad y validez.....	72
Análisis correlacional	73
Análisis de regresión.	75

CAPÍTULO IV	77
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y PROPUESTA	77
Generalidades	77
Variables sociodemográficas	77
Prevalencia de enfermedades entre los grupos.	81
Diferencia en frecuencia de consumo de alimentos entre diabéticos y no diabéticos.	82
Diferencia en frecuencia de dieta y actividad física entre diabéticos y no diabéticos.	85
Análisis de validez en fiabilidad de las escalas.	88
Análisis de correlación	89
Análisis de regresión	90
PROPUESTA	91
POLÍTICAS PÚBLICAS SUGERIDAS.	93
1. Ampliar la educación nutricional para toda la familia.	93
2. Impulsar masivamente las actividades físicas y deportes.	96
3. Implementar programas de detección temprana de diferentes enfermedades.	98
4. Brindar educación interactiva en salud.	102

5. Incrementar impuestos a productos con alto contenido calórico.....	104
CAPÍTULO V	108
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	108
Conclusiones.....	108
Recomendaciones	111
BIBLIOGRAFÍA	113
APÉNDICE	123

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Alimentos funcionales para diabetes.....	26
Tabla 2: Prevalencia de diabetes tipo II en países latinoamericanos.....	38
Tabla 3: Principales diferencias entre diabetes tipo I y II	40
Tabla 4: Causas no comunes de diabetes.....	43
Tabla 5: Operacionalización de las variables.	69
Tabla 6: Unidad de atención por paciente	73
Tabla 7: Interpretación de Alfa de Cronbach.	73
Tabla 8: Valores sugeridos para KMO	74
Tabla 9: Valores de coeficiente de Spearman.	75
Tabla 10: Cantidad y porcentaje de la muestra de acuerdo al género.	79
Tabla 11: Cantidad y porcentaje de la muestra de acuerdo al estado civil.....	79
Tabla 12: Cantidad y porcentaje de la muestra de acuerdo al nivel educativo.....	80
Tabla 13: Cantidad y porcentaje de la muestra de acuerdo a su actividad económica..	81
Tabla 14: Medias de variables: edad, integrantes de hogar, peso, altura y gasto en alimentos de acuerdo a la muestra en diabéticos y no diabéticos.	81
Tabla 15: Cantidad y porcentaje de diabéticos y no diabéticos que presentan otro tipo de complicaciones clínicas.....	83

Tabla 16: Frecuencia de consumo de alimentos en muestra de diabéticos y no diabéticos.	85
Tabla 17: Diferencias en continuidad de dieta entre diabéticos y no diabéticos.....	87
Tabla 18: Frecuencia de actividad física entre diabéticos y no diabéticos.....	88
Tabla 19: Tiempo promedio de actividad física entre diabéticos y no diabéticos.....	89
Tabla 20: Medidas de confiabilidad de constructo.....	89
Tabla 21: Medidas de validez de constructo.	90
Tabla 22: Correlaciones entre las escalas de estudio para la muestra no diabética.....	90
Tabla 23: Modelo predictivo de satisfacción alimentaria.....	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Composición de la muestra de diabéticos y no diabéticos de acuerdo al género.	79
Figura 2: Composición de la muestra de diabéticos y no diabéticos de acuerdo al estado civil.....	80
Figura 3: Composición de la muestra de diabéticos y no diabéticos de acuerdo al nivel educativo.	80
Figura 4: Prevalencia de complicaciones entre diabéticos y no diabéticos.	82
Figura 5: Porcentaje de diabéticos y no diabéticos que reporta no consumir el alimento especificado.	84
Figura 6: Porcentaje reportado de continuidad de dieta entre diabéticos y no diabéticos.	87
Figura 7: Porcentaje reportado de frecuencia de actividad física entre diabéticos y no diabéticos.....	88
Figura 8: Porcentaje reportado de tiempo de actividad física de diabéticos y no diabéticos.	89

RESUMEN

La satisfacción con los alimentos es un tema trascendental porque se relaciona directamente con salud y alimentación. Lamentablemente muy poco se ha investigado al respecto. El objetivo principal de este estudio fue comparar tres diferentes factores que influyen en esta satisfacción, que son: hábitos alimentarios, estilos de vida y frecuencia de consumo de alimentos. Se realizó una encuesta con 26 preguntas a 200 pacientes diabéticos y 200 no diabéticos, en tres centros de salud de Guayaquil. Los encuestados oscilaron entre 19 y 64 años de edad. Se consideró pacientes con diabetes porque dicha enfermedad es catalogada la epidemia del siglo XXI y de acuerdo al INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), en el año 2013, esta fue la primera causa de muerte en Ecuador con 4.685 defunciones. La metodología utilizada fue correlacional y explicativa. Al final del estudio se detectó que existen dos correlaciones positivas, tanto para los no diabéticos como diabéticos, las cuales son: a.) Entre los hábitos alimentarios y la satisfacción con los alimentos y b.) Entre los hábitos alimentarios y los estilos de vida. En los grupos estudiados, los alimentos que menos se consumieron fueron, de mayor a menor porcentaje: a.) Bebidas gaseosas y jugos embotellados; b.) Embutidos y c.) Enlatados. La hipertensión arterial fue la enfermedad concomitante que prevaleció con los diabéticos y las enfermedades gástricas entre los no diabéticos. Este trabajo propuso cinco políticas públicas que servirán para prevenir o mejorar la calidad de vida de los diabéticos y personas con otras dolencias.

Palabras claves: Satisfacción alimenticia, hábitos alimentarios, estilos de vida, frecuencia de consumo de alimentos, diabetes.

ABSTRACT

Satisfaction with food is a transcendental issue because it is directly related to health and nutrition. Unfortunately, very little has been investigated about it. The main objective of this study was to compare three different factors influencing this satisfaction, which are: eating habits, lifestyles and frequency of food consumption. A survey was conducted with 26 questions to 200 diabetic and 200 non-diabetic patients, at three health centers in Guayaquil. Respondents ranged from 19 to 64 years of age. It was considered patients with diabetes because this disease is the main epidemic of the XXI century and according to the INEC (National Institute of Statistics and Censuses), in 2013, it was the leading cause of death in Ecuador with 4,685 deaths. The methodology used was correlational and explanatory. At the end of the study, there were two positive correlations, both for non-diabetics and diabetics, which are between:

a). Eating habits and food satisfaction, and b). Eating habits and lifestyles. In the groups studied, the foods that were least consumed are: (from highest to lowest percentage): a.) Soft drinks and bottled juices; b.) Sausages and c.) Canned food. Hypertension was the concomitant disease that prevailed with diabetics and gastric diseases among non-diabetics. This work proposed five public policies that will serve to prevent or improve the quality of life of diabetics and people with other diseases.

Keywords: Food satisfaction, eating habits, lifestyles, frequency of food consumption, diabetes

INTRODUCCIÓN

La satisfacción con los alimentos es un tema relativamente nuevo dentro del campo investigativo, por cuanto se lo empezó a estudiar a principios de la década de los noventa y en la actualidad son escasos los trabajos que se han llevado a cabo acerca de ella. Se ha logrado comprobar por medio de diferentes estudios que esta temática es significativa para la salud de los seres humanos. La escala que normalmente se utiliza para estudiarla es la SWFL (por sus siglas en Inglés que significa *Satisfaction with Food-related Life*). La alimentación humana es en los actuales momentos un tema de estudio destacado, por cuanto tiene una concordancia con la salud y asimismo porque el consumo de alimentos está influido por varias causas que no son netamente nutricionales.

De acuerdo a Schnettler et al (2013), hay pruebas contundentes que relacionan el bienestar de las personas con la satisfacción con los alimentos, preferencias para ciertas comidas y el placer relacionado con la alimentación. La alimentación es en sí misma uno de las vías más importantes de socialización y de identificación del ser humano, siendo imposible separar el alimento de una noción de placer. Esta alimentación como dominio abarca aspectos críticos, debido a que las actitudes hacia los alimentos contienen valores y preferencias (Brant & Rozin, 2013).

Para entender con claridad este tópico es indispensable empezar definiendo qué es la *satisfacción*, la cual es “un estado psicológico resultante de la transacción entre el individuo (personalidad) y su entorno micro social (estado civil, familia, participación, satisfacción laboral, apoyo social), y macro social (ingresos, cultura)”. (Díaz, 2001, p.32). Asimismo de acuerdo a Morales et al el *alimento* es: “un producto natural o elaborado, susceptible de ser ingerido y digerido, cuyas características lo hacen apto y agradable al consumo, constituido por una mezcla de nutrientes que cumplen determinadas funciones en el organismo.” (2011, p.429). La selección de alimentos es un proceso complejo que

está compuesto por diferentes fuerzas tales como sociales, culturales, económicas, biológicas, psicológicas y económicas. (Schnettler et al, 2011).

Existen varios factores que influyen en la satisfacción con los alimentos y en este trabajo investigativo se va a llevar a cabo un estudio de tres de ellos, los cuales son estilos de vida, hábitos y frecuencia de consumo, en pacientes diabéticos y no diabéticos de tres centros de salud en la ciudad de Guayaquil y al final se procederá a comparar dichos resultados. Se escogieron pacientes diabéticos por cuanto en general, el grado de satisfacción con los alimentos que ellos poseen es reducido ya que deben tener una dieta estricta, baja en grasas y calorías, además tienen que eximirse de comer ciertos alimentos que muchas veces son agradables a su paladar.

Asimismo en Ecuador, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC (2015), la diabetes representa la enfermedad con mayor incidencia de defunciones y por ese motivo su estudio es de gran importancia. Al finalizar el trabajo, se propondrán varias políticas públicas que permitan mejorar la calidad de vida de las personas que poseen enfermedades relacionadas con una inadecuada alimentación tales como la diabetes, obesidad o hipertensión arterial.

Los estilos de vida saludables conllevan a la aparición de conductas que promueven el mejoramiento de la calidad de vida y estos poseen conocimientos, acciones y hábitos que sirven para conservar, reponer o renovar su bienestar y salud. (Schnettler et al, 2013). Estos estilos de vida contienen patrones de conducta, ya sean colectivos o individuales, que normalmente son constantes a lo largo del tiempo y que pueden transformarse en situaciones de riesgo o seguridad. Según Rivera (2007), el estilo de vida es una forma de vida que está conformada por un grupo específico de estándares de comportamiento que estructuran la distribución temporal, el régimen social de relaciones y los modelos de consumo de un conjunto específico de personas.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud,(OMS, 2005, p. 118), se define al estilo de vida como una “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”. Se relaciona con una forma de ser única, basada y respaldada por un ambiente sociocultural específico, en constante proceso de cambio. El estilo de vida se encuentra conformado por un grupo de hábitos, actitudes, consumos, prácticas, tendencias, etc.

Actualmente se ha comenzado a incorporar nuevos alimentos a la canasta familiar, los cuales deben de ser bajos en grasas y calorías. Esto se debe a la aparición de distintos estilos de vida más saludables y además a una renovada orientación de la alimentación dentro del plano cultural y social. (Álvarez & Álvarez, 2009). Este es un proceso de transformación pausado pero definitivo el cual va a servir para orientar la conducta alimentaria de la población. Este nuevo estilo de vida se va popularizando cada vez más y es indispensable conocer los nuevos ingredientes culturales que están provocando cambios fundamentales en los hábitos alimentarios. (Sanz et al, 2011).

La sociedad actual promueve disfrutar de la salud el mayor tiempo permitido y una forma adecuada de obtener este propósito es por medio de hábitos alimentarios saludables. Según Sanz et al (2011) hábito es todo mecanismo estable que crea habilidades o destrezas, es flexible y puede ser usado en diferentes situaciones de la vida diaria. El proceso de creación de hábitos está basado en la construcción de rutinas. Los hábitos alimentarios se pueden definir como aquellas costumbres que obtenemos durante nuestra vida y que modifican la manera de alimentarnos. Es muy importante tener una dieta balanceada y con todos los nutrientes que vaya acompañada con la práctica de ejercicio físico; esa es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir

nutrientes diversos, que representen las cifras necesarias para poder solventar todas las necesidades que posee el cuerpo humano.

De acuerdo a las estadísticas existentes, la salud es prioritaria en la sociedad actual y hay un interés progresivo por los hábitos alimentarios saludables y la nutrición adecuada. Según Schnettler et al (2013), al momento de hacer la compra de los comestibles, se toma en consideración la salud y por ese motivo el consumo de alimentos que se consideran saludables se han incrementado considerablemente. Existen otros factores que inciden al momento de realizar la compra de alimentos tales como el sabor, el precio y si es de utilidad o no. Hay una idea generalizada de la dieta balanceada y variada, por medio de la cual se está tratando de educar a esta sociedad para lograr conseguir una vida más saludable. Las personas en general están concientizándose cada vez más de que una dieta adecuada influye positivamente en su salud.

Los alimentos que se están popularizando cada vez más son aquellos que promueven una mejor calidad de vida, los cuales deben ser agradables y por sobre todo contribuir con beneficios extras para la salud tales como poderes preventivos o curativos. Según la opinión de Álvarez & Álvarez (2009), se está atravesando por un proceso de cambio significativo que va de la compra y consumo de alimentos al de *nutrientes*, de los hábitos alimentarios a los hábitos relacionados con la dieta y del cambio de un régimen saludable al de una dieta perfeccionista y desarrollada. El comportamiento de consumo de alimentos posee dimensiones progresivas, constituye datos cognitivos y es producto del razonamiento hipotético-deductivo, pero al mismo tiempo, es influido por los afectos, estimulaciones, experiencias personales satisfactorias, pensamiento mágico, etc. (Rivera, 2007).

Además en este trabajo investigativo se va a proceder a estudiar la satisfacción con los alimentos en un grupo de pacientes diabéticos y por lo tanto es indispensable

mencionar a la diabetes, la cual es una enfermedad silenciosa que está causando estragos en todos los estratos sociales y en estos últimos veinticinco años se ha propagado vertiginosamente y es la causante de millones de muertes a nivel mundial. Según datos de la OMS (2005), el 8.5% de los adultos en todo el mundo (18 años o más), tiene diabetes; además indica que en el año 2012 murieron aproximadamente 1,5 millones de personas alrededor del mundo debido a esta enfermedad. El Ecuador no es la excepción y de acuerdo a datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2011-2013), en este país existen un total aproximado de 414 514 personas entre 10-59 años que padecen de diabetes, destacándose una incidencia mayor de esta enfermedad en el grupo de 50 a 59 años.

Toda persona que padece diabetes debe tener una dieta adecuada para evitar que la enfermedad se complique, sobre todo disminuir considerablemente el consumo de productos que contengan azúcares en sus diferentes formas y los alimentos ricos en carbohidratos y grasas.(Blumer, 2013). Pero lamentablemente en la cultura ecuatoriana, la ingesta de estos comestibles es frecuente, razón por la cual es muy complicado poder cambiar los hábitos alimenticios de los diabéticos, lo cual conlleva a una serie de problemas de salud. Para evitar todos estos inconvenientes y así reducir el índice de mortalidad por causa de la diabetes, es necesario crear programas de concientización en la población a nivel nacional, empezando desde las escuelas.

Además, es importante añadir que a nivel de las personas diabéticas, la satisfacción que ellos tienen con los alimentos que consumen depende de varios factores tales como sus hábitos alimenticios, estilos de vida relacionados a su alimentación y frecuencia del consumo de sus alimentos.(Ballali & Lanciai, 2012) Esta relación es de suma importancia estudiarla para poder conocer las causas por las que unos siguen una dieta específica y otros en cambio no lo hacen, afectando de esa manera significativamente su salud. Por

medio de este trabajo de investigación se va a analizar una serie de datos relacionados con las dietas de estas personas para elaborar una propuesta significativa que permita mejorar su calidad de vida.

Con el propósito de investigar esta problemática, el proyecto se desarrolla en cinco secciones distribuidas de la siguiente manera:

- Capítulo I: Marco teórico y conceptual, en donde se va a desarrollar toda la teoría. En primer lugar, se procederá a explicar lo relacionado acerca de la satisfacción con los alimentos. Luego, se va a detallar información sobre tres variables que influyen en esta satisfacción, las cuales son estilos de vida, hábitos alimentarios y la frecuencia del consumo de alimentos y finalmente todo lo relacionado acerca de la diabetes.
- Capítulo II: Marco referencial, en el cual se procederá a explicar las experiencias de este tipo de investigación en otros países y en el Ecuador. Se elaborará una encuesta en tres centros de salud de la ciudad de Guayaquil, a un total de 400 pacientes, 200 diabéticos y 200 no diabéticos. Se detallará ciertas prácticas en políticas de salud, orientadas al consumo de alimentos y la prevención o control de la diabetes que han llevado a cabo distintos gobiernos a nivel mundial. Todo esto con la finalidad de incorporar al final elementos de gestión de salud que permitan mejorar los hábitos alimenticios de la población y crear estilos de vida más saludables
- Capítulo III: Marco metodológico, donde se va a incluir todo lo relacionado al muestreo, las escalas a utilizar y los análisis estadísticos que se realicen con respecto al tema.
- Capítulo IV: Aquí se procederá a detallar minuciosamente la muestra. Se expondrán todos los hábitos, frecuencias, estilos de vida y otras características

más del trabajo investigativo con sus respectivos gráficos explicativos. Asimismo se llevará a cabo el planteamiento de una propuesta de intervención para buscar solución a éste problema.

- Conclusiones y recomendaciones: En esta última sección se procederá a hacer un análisis complejo de todo el trabajo realizado.

Antecedentes

La historia de la especie humana, se puede explicar con bastante precisión mediante la historia de la alimentación. Se han producido importantes cambios entre el hombre prehistórico y el hombre actual, algo evidente simplemente fijando la atención en el cambio del significado de la alimentación. El hombre prehistórico se preocupaba sobre todo por la cantidad de alimento, ya que su mayor interés se basaba en la supervivencia, mientras que el hombre actual dispone de muchos más recursos, sin apenas esfuerzo, centrando su elección en la calidad, determinada además por las costumbres, tradiciones, creencias y el saber culinario entre otros.(Álvarez & Álvarez, 2009). El hecho de elegir según la calidad, no implica que coma mejor, dado el creciente número de enfermedades relacionadas con la alimentación en la actualidad. Esta evolución de la alimentación a lo largo de la historia, ha estado influenciada por cambios sociales, políticos y económicos.

El estudio de los alimentos y la alimentación como tal tiene una larga historia en diversas disciplinas, principalmente en la antropología, que de acuerdo a Minzt y Du Bois (2002) comenzó en el siglo XIX con Garrick Mallery (1888) y William Robertson Smith (1889). Los autores señalan que estos estudios son anteriores a los años ochenta, y así se esboza la historia de este subcampo. Este acto cotidiano, el comer, ha llamado la atención a la investigación pues como explica Fox (2003) “para asegurar la supervivencia genética el deseo del hambre debe ser satisfecho cada día” (p. 1), pero la satisfacción en relación al alimento en el ser humano va más allá de sólo ingerir.

Como sugiere Schenettler et al. (2011) “la alimentación actúa al mismo tiempo como un producto hedónico y de construcción social que lleva a una autodefinición de la persona, puesto que ocupa parte importante de la vida cotidiana, y es el centro de experiencias sociales de disfrute compartido” (p. 132). Sobre ello, Fox (2003) se acerca de la misma forma al concepto, estableciendo a la alimentación también como un “impulso profundamente social” (p. 1), pues desde que el ser humano existe, la comida es casi siempre compartida; la gente come reunida, las comidas son eventos en los que toda la familia, el asentamiento o la aldea se congregan.

La comida es también una ocasión para compartir, para distribuir y dar, para la expresión del altruismo, ya sea de padres a hijos, hijos a suegros, o cualquier persona a visitantes y extraños. La comida es lo más importante que una madre da a un niño; es la sustancia de su propio cuerpo, y en la mayor parte del mundo la leche materna sigue siendo el único alimento seguro para los bebés. Así, “el alimento se convierte no sólo en un símbolo de, sino en la realidad del amor y la seguridad” (Fox, 2003, p. 1).

De la misma forma, gracias a la contribución de posteriores autores (Grunert, Dean, Raats, Nielsen, & Lumbers, 2007 y Schenettler et al., 2012) se puede establecer al alimento como uno de los dominios importantes de la vida que afectan la satisfacción de los individuos. A pesar de que hasta el momento se ha prestado poca atención al dominio de la alimentación, la contribución de los alimentos a la calidad de vida fue ya establecida por la American Dietetic Association en el 2005. Ha habido particularmente poca investigación en la literatura de bienestar moderno sobre las consecuencias de las opciones dietéticas de las personas, a excepción indirectamente como parte de la investigación sobre los efectos de la obesidad (Blanchflower, Oswald, & Stewart-Brown, 2012).

A partir de este hecho, el vínculo entre la salud objetiva y la ingesta de alimentos comenzó a parecer claro; la salud objetiva es una de las influencias más importantes en la satisfacción general con la vida (Brief et al., 1993 citado por Schenettler, 2011). Además, los patrones de dieta están asociados a su vez con la salud del individuo, en particular, las características de una dieta pueden orillar a trastornos metabólicos, entre ellos la diabetes.

Aunque los estudios relacionados a la satisfacción alimentaria frente a la diabetes son escasos, las fuertes asociaciones entre la enfermedad, los patrones de dieta y la calidad de vida son evidentes. Sobre ello, el Agriculture and Agri-Food Canada (1998) citado por Gucciardi, Vogt, DeMelo & Stewart, (2009) sostiene que el tener acceso económico para recursos suficientes y así a alimentos nutritivos es necesario en los pacientes con diabetes para satisfacer sus necesidades nutricionales, preferencias alimentarias y vida sana.

La diabetes, de acuerdo a Sánchez (2007), ya era conocida desde mucho tiempo antes de la era Cristiana y según manuscritos descubiertos por Ebers en Egipto, estos indican que en el siglo XV A.C. ya se describieron ciertos síntomas similares a esta enfermedad. El médico griego Areteo de Capadocia describió a la diabetes como una enfermedad húmeda y fría en donde los músculos y carne se fusionan para transformarse en orina. El citado médico fue quien le dio el nombre de diabetes que en griego significa *sifón*, que hace relación al principal síntoma de esta enfermedad que es la excesiva producción de orina.

Posteriormente, ya en el siglo XI, Avicena mencionó a esta enfermedad de una forma precisa en su acreditado *Canon de la Medicina*. En 1679, Tomas Willis realizó una delineación muy detallada de todos los síntomas de la misma y le dio el nombre de *diabetes mellitus* (sabor a miel), que hace mención al sabor dulce que posee la orina de los diabéticos. Según Durán et al (2012), a finales del siglo XVIII, el científico inglés

Rollo logró una significativa mejoría en un paciente diabético por medio de una dieta abundante en proteínas y baja en hidratos de carbono. Además pudo observar que los niveles de azúcar en la sangre disminuyeron notablemente.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, el clínico Francés Bouchardat destacó que la vida sedentaria y la obesidad son causa principal en la aparición de esta enfermedad y basó el tratamiento de la misma en una dieta especial baja en azúcares y calorías. Ya es reconocido científicamente la importancia de una dieta adecuada, baja en azúcares, grasa e hidratos de carbono que debe ser combinada con ejercicios y una gran cantidad de frutas y vegetales.

Planteamiento del problema

En la sociedad actual, las personas están cada vez más conscientes de su autocuidado, por ello buscan consumir y obtener en el mercado aquellos productos que contribuyan a su salud y al bienestar físico (Schnettler et al, 2014). Sin embargo, la exploración de los beneficios de una alimentación adecuada todavía se encuentra en amplias discusiones, y es que además de la estrecha relación entre alimentación y salud, existen diversos factores emocionales, sociales y culturales (Coria, Jara, Rivera, Calderón, Maldonado & Morales, 2014). Con todo ello, se puede afirmar que la alimentación es uno de los dominios centrales de la vida y afecta de manera importante la satisfacción de los individuos (Schnettler et al., 2014).

En este contexto, también juega un papel determinante los hábitos alimentarios los cuales pueden ser descritos como manifestaciones recurrentes de comportamientos individuales respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, y para qué se consumen los alimentos (Macías, Gordillo & Camacho, 2012); es decir, los hábitos alimentarios definen lo que se come, sea nutritivo o no, y la cantidad o frecuencia con la que se ingiere un tipo de alimento dado. Cabe destacar, que no siempre y en la mayoría de los casos los hábitos alimentarios de una persona no son los mejores en términos de nutrición y salud.

De hecho, hoy día el simple acto de alimentarse constituye no sólo un fenómeno cultural que nutre identidades como se vio anteriormente, sino que se ha convertido en un hecho polémico que pone en riesgo la salud de las personas (Sandoval, Domínguez Ibáñez & Cabrera, 2009). Incluso Durán et al (2012), señala que el hecho de elegir según la calidad de los alimentos, no implica que se coma mejor, dado el creciente número de enfermedades relacionadas con la alimentación en la actualidad; y es que existe una serie de vínculos que ponen en riesgo serio a la salud, solo por mencionar algunos Sandoval et

al. (2009) señala la forma de producción, las estrategias de publicidad y comercio y el consumo excesivo en el mercado.

La diabetes es uno de los ejemplos claros de estos riesgos sobre la salud relacionados a la alimentación, y de hecho representa una de las enfermedades con mayor incidencia de muertes a nivel mundial, especialmente la diabetes Tipo II porque constituye aproximadamente -entre el 90 al 95 % de todos los casos de diabetes diagnosticados- (Carver & Abrahamson, 2009). En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2015), se registraron un total de 4 695 personas que fallecieron a causa de la diabetes y de todo este grupo la mayoría fueron mujeres con 2 538 casos.

Esta investigación buscó determinar en una muestra de individuos diabéticos y no diabéticos, la relación que existe entre la satisfacción alimenticia con los hábitos alimentarios, estilos de vida y la frecuencia del consumo. Además, se procedió a investigar diferentes características de sus costumbres alimenticias. La muestra se obtuvo de tres centros médicos de la ciudad de Guayaquil, los cuales fueron: a) Fundación Santa Isabel, Madre del Precursor, ubicado en la Ciudadela Sauces VI; b) Subcentro de Salud del Ministerio de Salud Pública(MSP), ubicado en la Ciudadela La Florida y c) Hospital de la Policía Nacional, Guayaquil No. II. La muestra considerada para este trabajo incluyó un total de 400 individuos (n=400), de los cuales 200 eran pacientes con diabetes (n1=200) y 200 con otras dolencias (n2=200). Los cuestionarios fueron aplicados durante el segundo trimestre del 2017. La finalidad de este trabajo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, para lo cual se proponen diversas alternativas que podrían tomar la forma de políticas públicas.

En este último punto radica precisamente la pertinencia de la investigación, por cuanto la alimentación es una de las principales dimensiones de la calidad de vida subjetiva, además de la salud, familia, trabajo y finanzas. Por lo tanto, es muy importante

generar evidencia científica que permita conocer cuáles son las variables que estarían influyendo en la satisfacción alimentaria y que también estuvieran actuando como variable de transmisión con la satisfacción con la vida. La adecuada identificación de las variables explicativas de la satisfacción alimentaria, junto con la magnitud de los coeficientes asociados a cada variable explicativa, permiten estimar el impacto de dichas variables sobre la satisfacción alimentaria, y por lo tanto, su impacto sobre la calidad de vida subjetiva.

Estos resultados, que son precisamente los obtenidos en esta investigación, son pertinentes para los encargados (*policy makers*) del diseño e implementación de políticas públicas relacionadas con los hábitos alimentarios, estilos de vida y frecuencia del consumo de alimentos. De manera que los *policy makers*, fundamentalmente del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Inclusión Económica y Social, junto con la evidencia científica reportada en esta investigación, podrán generar políticas públicas más eficientes para alcanzar los objetivos de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población del Ecuador.

Los autores Hernández, Elnecavé & Huerta (2011,) indican que el costo de atención tan elevado de la diabetes se debe principalmente a las complicaciones secundarias y es necesaria una orientación terapéutica para disminuir los costos de atención. En todo paciente diabético es indispensable que exista una apropiada alimentación y nutrición, estas personas deben de regirse a una dieta equilibrada que les pueda ofrecer todos los alimentos y calorías necesarias que el cuerpo necesita. Esta debe ser proporcionada y diversificada.

Formulación del problema

- ¿Cuál es el efecto de los hábitos alimentarios, estilos de vida y frecuencia del consumo de alimentos sobre la satisfacción con los alimentos en los pacientes diabéticos y no diabéticos de los centros de salud en la ciudad de Guayaquil?

Justificación

En esta sección se va a explicar el porqué es importante esta investigación. Este análisis implica centrar el problema desde cuatro enfoques que son primordiales:

- **Enfoque social**

Dentro de este aspecto cabe destacar el objetivo No. 3 del Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017 pg.68), el cual textualmente dice: “Mejorar la calidad de vida de la población”. Este trabajo de investigación se enmarca perfectamente con este objetivo por cuanto puede servir para proponer soluciones reales al problema del deterioro de la salud tanto de los pacientes diabéticos como de los que poseen otros tipos de dolencias y al mismo tiempo servirá para mejorar la forma en que los ciudadanos ingieren sus alimentos a través de recomendaciones específicas, que en el futuro se podrían convertir en políticas públicas que se difundirían en escuelas y colegios del país.

- **Enfoque económico**

La diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares representan millones de dólares en gastos anualmente a muchos gobiernos, quienes invierten un gran porcentaje de este dinero para su tratamiento. (Bergman et al, 2012). Al finalizar esta tesis el autor puede proponer la implementación de cinco políticas públicas, las cuales se concentran

principalmente en la prevención de dichas enfermedades, lo que significaría un ahorro de mucho dinero para el estado, el cual podría ser utilizado en otros servicios tales como campañas de promoción y prevención de salud.

De acuerdo a datos del INEC (2015), -en Ecuador el gasto total anual- en salud por habitante fue de \$1 040 y además el gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) fue de 9.2%. Asimismo, las pérdidas de productividad causadas por la incapacidad laboral y por las jubilaciones anticipadas debidas a estas enfermedades representan millones de dólares de desembolso para el Estado todos los años.

- **Enfoque académico**

La investigación sobre las variables que influyen en la satisfacción alimenticia en Ecuador es relativamente escasa. Los datos del cuestionario aplicado a 400 individuos utilizados en esta investigación, así como los resultados obtenidos, permitieron generar evidencia científica de nivel correlacional y de nivel causa-efecto entre satisfacción alimenticia y algunas variables explicativas tales como hábitos alimentarios, estilos de vida y frecuencia del consumo de alimentos. Los resultados reportados por esta investigación constituyen un aporte al conocimiento respecto de cómo se modela la calidad de vida subjetiva, satisfacción alimenticia y sus variables explicativas en la población ecuatoriana. Este trabajo podría motivar la redacción de diferentes artículos científicos, usando como base la información obtenida.

- **Enfoque profesional**

Es muy importante el rol que desempeñan las enfermeras y promotores de la salud en la educación y difusión de información relacionada con la diabetes y otras enfermedades, quienes pueden robustecer conocimientos previos, utilizando información obtenida de este trabajo investigativo. Pueden poner en práctica diversos programas educativos relacionados con el tema, lo cual va a servir para que se produzca un cambio

positivo en los estilos de vida de todos estos pacientes. Este trabajo será de mucha utilidad para varios profesionales tales como diabetólogos, endocrinólogos, médicos familiares e internistas ya que servirá para entender un poco más el comportamiento de estos pacientes dentro de sus hábitos alimenticios.

Objetivo general

- Revisar los factores que influyen en la satisfacción con los alimentos, en pacientes diabéticos y no diabéticos de tres centros de salud en la ciudad de Guayaquil, para sugerir diversas posibilidades que podrían transformarse en políticas públicas, las cuales ayudarían a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos específicos

- Realizar la revisión de la literatura internacional relacionada con el tema de investigación, a través del análisis de la bibliografía y base de datos.
- Caracterizar la población de pacientes diabéticos y no diabético de los tres centros de salud que participan en la investigación, en variables relacionadas con los alimentos.
- Modelar las relaciones entre las variables involucradas para la muestra de personas diabéticas y no diabéticas.
- Proponer soluciones que pueden tomar la forma de políticas públicas relacionadas con los estilos de vida alimenticios y el cuidado de la salud.

Hipótesis

- Existe una relación significativa entre la satisfacción con los alimentos y los hábitos alimentarios, los estilos de vida y la frecuencia del consumo de alimentos, para el grupo de individuos diabéticos y no diabéticos.

Variables

- **Variable Dependiente**
Satisfacción con los alimentos.

- **Variables Independientes (3):**
 - a. Hábitos alimentarios.
 - b. Estilos de vida.
 - c. Frecuencia del consumo de alimentos.

CAPÍTULO I

Marco teórico y conceptual

Satisfacción con los alimentos

El componente cognitivo del bienestar es la satisfacción vital, ya sea de manera global o por dominios específicos, y el componente afectivo es la presencia de sentimientos positivos, lo que algunos autores llaman felicidad (Bisogni et al, 2002). De acuerdo a Lloret et al (2014), la satisfacción vital es la valoración positiva que toda persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta como la salud, los amigos, familia, estudios, tiempo libre, etc. La satisfacción es un estado psicológico resultante de la interacción entre el individuo (su personalidad) y su entorno micro social (estado civil, familia, participación social y satisfacción personal) y su ambiente macro social (cultura e ingresos) (Díaz, 2001).

Dentro del plano científico, la alimentación humana es uno de los temas de mayor importancia por cuanto la misma tiene relación directa con la salud y además el consumo de alimentos está relacionado con diferentes factores no sólo nutricionales. Según los autores Bisogni, Connors & Devine (2002), la elección de alimentos es un proceso que conlleva motivaciones biológicas, sociales, psicológicas, culturales y económicas. La alimentación es considerada un proceso muy destacado de socialización e identificación en el ser humano y además no se puede separar el alimento con el placer.

A lo largo de la historia de la humanidad, el obtener alimentos placenteros ha sido considerado como una actividad determinante de la rutina diaria y además como un evento de gran importancia en nuestras vidas, por cuanto nos produce mucho placer pero al mismo tiempo es posible que consigamos sentir preocupación y dolor. (Macías et al, 2012). El uso que se le pueda dar a los alimentos es reconocido como una forma de identidad, por ejemplo en la forma como se preparan los alimentos (Leiva et al, 2016).

Por esa razón los alimentos tienen la función principal de resguardar el funcionamiento de los diferentes sistemas del cuerpo humano y al mismo tiempo sirven como productos de construcción social que lleva a la autodefinition del ser humano (Orellana et al, 2013). El consumo y selección de alimentos puede ser una fuente para conseguir satisfacción o, insatisfacción en nuestra vida diaria. Hay evidencias contundentes que relacionan la satisfacción personal con las preferencias alimenticias y la alimentación en sí. Estudios han comprobado que la satisfacción con el consumo de alimentos está íntimamente ligada a un buen estado de salud.

De acuerdo a la opinión de Schnettler et al (2011), los alimentos juegan un rol indispensable en el desarrollo temprano de las personas, se asocian al folklore y cultura de los pueblos. Cuando se produce la migración rural-urbana la mayoría de esta población comienza a vivir un proceso continuo de aculturación y esto produce una serie de cambios sobre todo en la alimentación. Debido a la construcción de carreteras y caminos vecinales en todo el país, ha permitido en estos últimos años el intercambio de productos agrícolas con mucha facilidad entre el campo y la ciudad, razón por la cual los hábitos alimenticios de las personas provenientes de regiones rurales poco a poco va cambiando, hasta ellos convertirse en asiduos consumidores de enlatados, jugos y refrescos envasados y diferentes productos procesados.

La satisfacción con la alimentación ha demostrado ser un campo valioso para debatir y avanzar la teoría antropológica y los métodos de investigación, ya que el acto de comer es absolutamente esencial para la existencia humana; de hecho, los estudios alimentarios han iluminado amplios procesos sociales como la creación de valor político-económico y la creación de valor simbólico (Minzt & Du Bois, 2002). Así mismo, la comida puede construir tantos tipos de identificación de alimentos como los hay en la moda, el habla, la música, las costumbres y similares; claro, las más evidentes son las identificaciones

étnicas, religiosas y de clase (Fox, 2003). Para Bisogni, Connors & Devine (2002), la elección de alimentos es un proceso que conlleva motivaciones biológicas, sociales, psicológicas, culturales y económicas.

Sin embargo, una de las primeras teorías en formarse respecto a la alimentación fue la teoría de la alimentación óptima (OFT) de Kaplan y Hill (1985), la cual se basa en un modelo conductual-ecológico que postula que las personas adoptan estrategias alimentarias maximizando su ingesta calórica por unidad de tiempo, con los costos calóricos de esas estrategias alimentarias. Asimismo, el autor reconoce que la teoría no puede ser usada si se quiere comprender la riqueza de la satisfacción alimenticia humana que involucra una variedad de dimensiones como la ecológica, económica, social, y cognitiva simbólica.

Aunque la teoría explica el comportamiento de patrones de alimentación de todas las especies, su adaptación al ser humano, como cazador, se puede sustentar de acuerdo a Stanhope et al (2009) porque el comportamiento humano es también producto de la evolución Darwiniana, la evolución cultural del hombre resulta que es también un resultado de la selección natural, y la teoría puede ser vista como una variante de lógica económica aplicada a las elecciones de la producción.

Por su parte, Sanz et al (2011) explica el enfoque de la OFT como el componente biológico de la satisfacción alimentaria. El autor afirma que los seres humanos compensan la dilución de la densidad calórica aumentando la ingesta en volumen; este sistema de regulación energética se complementa con una capacidad innata para detectar y preferir dos características asociadas en la naturaleza con alta densidad de energía, estas dos características son sabor dulce y textura grasa. Por lo tanto, al menos, parece que el ser humano nace con un sistema que indica su déficit de energía y con algunas pistas sobre qué cosas en el medio ambiente es probable que satisfagan este déficit.

Asimismo, Savoca et al (2004) extiende los componentes de la satisfacción alimentaria estableciendo que la cantidad que un ser humano consume en una comida sería una función de:

- Grado de hambre, o déficit energético.
- La cantidad de alimento disponible.
- La variedad de la comida.
- El entorno social.
- La adecuación de los alimentos para la ocasión.
- Reglas culturales sobre cantidades apropiadas para comer y tiempo para comer.
- Tiempo y actividades competitivas.
- Memoria de la última comida.

Hábitos alimentarios

Según la OMS (2015), los hábitos alimentarios son un conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidas por la disponibilidad de éstos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos. La nutrición es uno de los principales determinantes del envejecimiento exitoso (Schnettler, Höger, Orellana, Miranda, Lobos, Sepúlveda & Salinas, 2017), esto se debe a que los hábitos alimenticios están asociados con diversas enfermedades crónicas. De acuerdo a Altamirano y Cruz (2009) aunque no se puede afirmar que existan alimentos diabetógenos, se han encontrado evidencias de que una alimentación caracterizada por exceso de alimentos de alta densidad energética, ricos en grasas (especialmente saturadas), azúcares refinados y simples, y pobres en carbohidratos complejos (fibras), conllevan a una disminución de la tolerancia a la glucosa y de la sensibilidad a la insulina.

Según Bantle et al (2008), el índice glicémico permite categorizar los alimentos que contienen hidratos de carbono de acuerdo a su capacidad de incrementar los niveles de glicemia (velocidad y magnitud). Además, varios son los factores que influyen en la magnitud del índice glicémico entre ellos están: la cantidad de hidratos de carbono, la naturaleza de los compuestos monosacáridos (glucosa, fructosa, galactosa), la naturaleza del almidón (amilosa, amilopectina), la interacción entre almidón y nutrientes, cocción y procesamiento de los alimentos, tamaño de la partícula, forma del alimento, estructura celular, método de preparación, otros componentes alimenticios (grasa y proteína, fibra dietaria, ácidos orgánicos) (Bolaños, 2009).

Además, de acuerdo a Minzt & Du Bois (2002) la alimentación humana puede ser vista desde diferentes puntos, el autor los divide en siete subsecciones: las clásicas etnografías alimenticias, productos y sustancias simples, alimentos y cambio social, inseguridad alimentaria, comer y ritual, comer e identidades, y materiales de instrucción. Para el autor el trabajo antropológico más rico y extenso entre estos subtemas se ha centrado en la inseguridad alimentaria, el comer y el ritual, y el comer y las identidades.

Las etnografías clásicas permiten a los autores describir la producción de alimentos, la preparación, el intercambio, las preferencias, el simbolismo, el consumo y las consecuencias nutricionales, estos estudios son complementados con una colección de información relacionada con las maneras de alimentarse de una región en específico. Mientras, como explica Minzt & Du Bois (2002), desde el punto de productos y sustancias simples, los antropólogos analizan sustancias únicas como fuentes de alimentos tales como plantas y animales lo que permite darles enfoques en su mayoría, botánicos, económicos o culturales.

En cuanto a la alimentación y los cambios sociales, el autor explica que este enfoque se puede observar también dentro de las etnografías clásicas pues los efectos de los

amplios cambios sociales en los patrones alimentarios, y viceversa, son de creciente interés para los etnógrafos. Así, dentro de estas investigaciones, explica el autor, se pueden explorar los efectos culinarios del colapso soviético, la producción en masa de alimentos, el apareamiento de la biotecnología, el movimiento de pueblos, la creciente globalización de los alimentos y la guerra. Las interacciones entre las tecnologías de producción y procesamiento de alimentos, las características físicas de los nuevos alimentos y las respuestas de los consumidores a los nuevos alimentos son determinantes críticos del cambio en la dieta (López et al, 2003).

Sobre la inseguridad alimentaria Minzt & Du Bois (2003) citan el trabajo antropológico de Pottier (1999). Su investigación se centra en los antecedentes sociales detrás de la inseguridad alimentaria y en los proyectos destinados a aliviarla, explorando rudamente temas tan variados como la asignación de recursos internos, la desigualdad de género, la gestión del riesgo de los campesinos, los efectos de la Revolución Verde, la polarización de clases rurales, conocimientos y significados, restricciones a los pequeños comerciantes de alimentos, pérdida de la diversidad genética e incluso presta atención a la intervención eficaz contra la hambruna.

Como sugieren Leiva et al (2016), la alimentación puede estar ligada a los rituales, sobre ello los etnógrafos han encontrado múltiples puntos de entrada para el estudio de cómo los seres humanos conectan la comida con rituales, símbolos y sistemas de creencias. En contextos consagrados, la comida "une" a las personas a sus creencias a través de "poderosos vínculos entre la comida y la memoria" (Feeley-Hamik, 1995 citado por Minzt & Du Bois, 2002, p. 107).

Finalmente, Panagiotakos et al (2007) explica el enfoque entre comer e identidades, el cual se refiere que al igual que todas las sustancias materiales culturalmente definidas, utilizadas en la creación y mantenimiento de las relaciones

sociales, la comida sirve tanto para solidificar la pertenencia a grupos como para separar a los grupos. El autor sugiere que los trabajos sobre este enfoque tratan de cómo funciona el alimento en la asignación social, en términos de etnicidad, raza, nacionalidad, clase e individualidad y género.

En relación al índice glucémico, las frutas tienen también una relación importante. De acuerdo a Stanhope, Schwarz, Keim, Griffen, Bremer, Graham & McGahan (2009) el consumo excesivo de azúcar y por tanto el aumento de jarabe alto en fructosa, tienen un efecto negativo en la salud de las personas, especialmente al favorecer el aumento del peso corporal y el incremento de diabetes y enfermedad cardíaca coronaria. Por el contrario, Bantle, Wylie-Rosett, Albright, Apovian, Clark, Franz, Wheeler, (2008) establecen que el consumo de frutas es beneficioso, pues los vegetales y cereales integrales permiten protegernos contra enfermedades como la diabetes, el cáncer y otras cardiovasculares. Esta protección se da por la fibra dietética presente en este tipo de alimentos, componente que disminuye la velocidad de absorción intestinal, lo cual ocasiona que el índice glicémico se vea reducido, es decir beneficia y reduce la respuesta glicémica en general (Morales et al., 2011).

Otro alimento importante a mencionar son los ácidos grasos, pues se ha encontrado evidencia contundente sobre sus beneficios potenciales en la salud. De hecho, Savoca et al (2004) afirman que las poblaciones con alto consumo de pescado tienen un menor riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes. Esto se explica por la capacidad de los ácidos grasos como omega 3 para alterar los procesos de señales de transducción de la insulina (Storlien, Hulbert, & Else, 1998). Así también, se ha demostrado que la ingesta de ácidos grasos es inversamente proporcional a la sensibilidad a la insulina en pacientes no diabéticos (Stuifbergen et al., 2000)

Por otro lado, un concepto nuevo relacionado a los alimentos ha surgido en torno al control de enfermedades crónicas: *alimentos funcionales*, los cuales pueden ser definidos como productos alimenticios que junto con el impacto nutricional, tienen efectos beneficiosos sobre una o más funciones del organismo humano, mejoran las condiciones generales y físicas y/o disminuyen el riesgo de la evolución de las enfermedades (ILSI, 1999, citado por Ballali & Lanciai, 2012). En presencia de diabetes, de acuerdo a Ballali & Lanciai (2012), los alimentos funcionales actúan aumentando la secreción de la insulina y la captación de glucosa por el músculo esquelético y ayuda a la inhibición de la absorción de la glucosa intestinal y producción de glucosa hepática. Un resumen de estos alimentos y sus beneficios se presentan en la tabla 3.

Tabla 1: Alimentos funcionales para diabetes.

	Posibles beneficios	Efectos	Toxicidad
Estevia	Ninguno	Reducción de la glucosa postprandial.	Esteviósido oral, A un nivel aceptable Diaria (5 mg / kg de peso corporal), es seguro y no es carcinógeno.
Canela	Reducción de la fosforilación de los receptores de insulina, retrasando el vaciado gástrico	Reducción de la glucosa postprandial	Los posibles efectos pueden superarse usando extractos acuosos de canela.
Allium (cebollas, ajos, puerros)	Estimulación de la secreción de insulina por el páncreas y por complejación con moléculas que contienen tiol endógenas. Sirven para prevenir la inactivación de sulfhidrilo de la insulina.	Disminución de la glucosa en suero en ayunas	Ninguna
Ginseng	Disminución de la FBG y la HbA1c, la respuesta glucémica a la OGTT y la insulina plasmática en ayunas.	Ninguno	Los efectos secundarios potenciales incluyen nerviosismo, excitación, dolor de cabeza, hipertensión, insomnio.

Adaptado de Ballali y Lanciai (2011). Functional food and diabetes: A natural way in diabetes prevention. International Journal of Food, Science and Nutrition, 63(1), 51-6

Otros alimentos asociados en la reducción de riesgo de diabetes son los productos bajos en grasa, los frutos secos, el café y el té verde (Carver & Abrahamson, 2009). Por el contrario, el consumo de más de dos bebidas azucaradas al día se asocia con un mayor riesgo de sobrepeso y de diabetes II (Carver & Abrahamson, 2009). El consumo de alcohol podría reducir el riesgo de padecer diabetes (Durán et al., 2012).

Es muy importante destacar el consumo de vegetales y hortalizas en la dieta diaria ya que por medio de estos adquirimos diferentes tipos de nutrientes que son esenciales en la vida de todo ser humano. Muchos de ellos contienen potasio, el cual es muy útil para eliminar la retención de líquidos en nuestro organismo y de esa manera se ayuda a evitar la hipertensión arterial. Además, no contienen grasa y la cantidad de calorías que poseen son mínimas, lo cual evita la aparición de la obesidad. Asimismo en una gran cantidad de ellos está presentes otros minerales tales como: calcio, hierro, fósforo, zinc o magnesio que son indispensables para el desempeño correcto de nuestro cuerpo. Varios vegetales poseen vitaminas tales como la A y la C, que nos sirven para robustecer nuestro sistema inmunológico y las vitaminas del complejo B que protegen el sistema nervioso. (Bisogni et al, 2002).

Por último se debe considerar el agua, que es indispensable para la vida de todo ser humano. El 70% de nuestro cuerpo está formado por agua y normalmente toda persona pierde un promedio de dos litros de agua diariamente por medio de la sudoración, orina, respiración y defecación, razón por la cual es necesario reponer dicha cantidad de agua para que nuestro cuerpo funcione correctamente, pero lamentablemente la gran mayoría de las personas no lo hace y se produce una deshidratación crónica, cuyos principales síntomas son: problemas para fijar la mirada en cosas pequeñas, la memoria momentánea desaparece, se presentan dolores de cabeza e irritabilidad. El agua sirve como lubricante

en diferentes partes de nuestro organismo tales como los cartílagos y las articulaciones y además ayuda en el proceso de la digestión.

El Ecuador implementó la ley de *etiquetado de alimentos procesados de tipo semáforo*, en forma obligatoria, la cual es pionera en toda la región de la América Hispana; ésta es una política pública que promueve el derecho que tiene la población a una vida saludable y a mantenerse informada de una manera clara y precisa sobre el contenido de los alimentos. (OPS, 2009). Es necesario mantener vigente este tipo de medidas para disminuir el consumo de bebidas y alimentos no saludables lo cual es difícil de conseguir debido a las presiones que ejerce la poderosa industria alimenticia. Debido a esta situación que se ha presentado, la Directora de la OPS, Dra. Carissa Etienne ha hecho un llamado a todos los gobiernos de la región para que se mantengan firmes y unidos y de esa manera poder implementar todas las leyes que sean necesarias para mejorar la salud de la población.

Las etiquetas constan de dos partes: a). Un semáforo que tiene tres barras horizontales de colores rojo, amarillo y verde, según la concentración alta, media o baja de azúcar, sal y grasa, y b) Información detallada de si los productos poseen entre sus ingredientes edulcorantes no calóricos; advierten sobre el consumo no recomendado de bebidas energéticas que posean cafeína o taurina y por último deben informar si este alimento contiene transgénicos. (OPS, 2008). La OPS ayudó al Ministerio de Salud Pública (MSP) durante todo el proceso de implementación de esta política pública y además ha colaborado en la transmisión y el análisis de la misma en toda la región de las Américas. Por último esta organización también colaboró en la creación del reglamento sobre el etiquetado de alimentos.

Estilos de vida

De acuerdo a Schwartzmann (2003), el primer psicólogo que usó el término “estilo de vida” fue Carl Jung en 1912, quien se refirió a un estilo de vida individual, característica de cada persona, el cual servía para modelar la personalidad. Según lo expresa Nothwehr & Stump (2000), fue Alfred Adler quien desarrolló en sí el término “estilo de vida”, tal y como se lo conoce en la actualidad. Este autor resaltó la importancia de la individualidad, el comportamiento específico de cada persona y los esfuerzos del humano por superar todos los problemas que se presentan.

El estilo de vida se define como “...la psique misma, la mente unificada,...el significado que los individuos dan al mundo y a ellos mismos, sus metas, la dirección de sus esfuerzos y las aproximaciones que hacen a los problemas de la vida” (Ansbacher y Ansbacher, 1965, p. 349). Mientras tanto los autores Hall y Lindzey (1957, p. 86), definen al estilo de vida como: “el sistema y principio que influencia todas las manifestaciones vitales del comportamiento del individuo”.

El artículo de la OMS titulado *Alimentación sana* (2015, p. 39), señala que “llevar una dieta sana ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como distintas enfermedades no transmisibles y diferentes afecciones”. Pero debido a varios factores tales como el cambio en los estilos de vida, el incremento de la producción de comida procesada y la urbanización acelerada provocada en los últimos 25 años, ha producido un cambio brusco en los hábitos alimenticios. De acuerdo al MSP, los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes entre niños, adolescentes y adultos ecuatorianos, lo cual está propiciando un aumento importante de la obesidad y el sobrepeso, que es el principal factor de riesgo modificable de la diabetes.

Existe en la actualidad una gran porcentaje a nivel mundial de personas que consumen muy pocas frutas y vegetales, beben una reducida cantidad de agua diariamente y el consumo de cereales integrales y fibra dietética ha disminuido drásticamente. En cambio el consumo de azúcares libres, sal, grasas saturadas y alimentos con un gran contenido de calorías y productos transgénicos se ha incrementado considerablemente, produciendo un daño considerable a la población.

Dentro de los estilos de vida la dieta, la actividad física y el manejo farmacológico son claves en el tratamiento de la diabetes tipo II (López & Ocampo, 2007). Estudios anteriores han demostrado que los estilos de vida están asociados con el estado de salud física y mental, así como con la calidad de vida de los adultos (Schwartzmann, 2003). Es importante destacar que la infancia es un período en el que se inician los patrones dietéticos y de estilo de vida (Cunnane, 1993).

Los programas de prevención de la diabetes que permiten cambios en el estilo de vida han demostrado ser el método más efectivo para prevenir la diabetes tipo 2; además de reducir el riesgo de diabetes, estas intervenciones promueven beneficios adicionales para la salud y son menos costosas que el tratamiento farmacológico (Ramachandran & Snehalatha, 2011). Así, un estilo de vida que promueve la salud es el factor clave en el autocontrol de la diabetes.

Un estilo de vida que promueva la salud se lo puede definir como patrones de actividades que mejoran la salud del individuo (Walker, Sechrist y Pender, 1987). La participación en comportamientos de promoción de la salud se asocia con un alto lugar interno de control, una autoeficacia percibida, la creencia en la capacidad personal para llevar a cabo una acción específica y la calidad de vida (Stuifbergen, Seraphine y Roberts, 2000). González (2014) encontró que una mayor autoevaluación de los pacientes diabéticos se asoció significativamente con un mejor control glucémico.

De acuerdo a la opinión de Díaz (2001), los estilos de vida son formas reglamentadas de conceder valor social a varios aspectos de la vida diaria, y entre ellos hay que tomar en consideración a la comida. Esta es una categoría que nos permite comprender la forma de alimentarse, que es lo que se come y que valor le damos a la comida. Por esa razón es muy importante estudiar los diferentes estilos de vida existentes para poder revelar los cambios que se están llevando a cabo en las preferencias alimenticias de la población.

Por otro lado, las mujeres son más propensas que los hombres a participar en comportamientos que promueven la salud como la dieta y el ejercicio (Nothwehr & Stump, 2000) y tienen mayores actividades nutricionales y de responsabilidad sanitaria (Leiva et al, 2016). Así mismo, Wen, Shepherd & Parchman (2004) informaron que la edad era un predictor significativo de los niveles de autocuidado de la dieta, los adultos mayores mostraron un mayor nivel de autocuidado de la dieta en comparación con los adultos más jóvenes.

En los últimos años, un gran porcentaje de consumidores han comenzado a hacer modificaciones en su manera de alimentarse propiciando estilos de vida más saludables. (Álvarez, 2009). Poco a poco se están incrementando diferentes tipos de alimentos a la canasta familiar, los cuales hasta hace pocos años no estaban presentes en la mesa de la mayoría de hogares. Estos cambios se están produciendo de manera lenta e irreversible, por cuanto la población en general ha empezado a concientizarse de la importancia de los mismos para llevar una vida más saludable.

Es necesario implementar propuestas realistas y eficaces, las cuales servirán para promover políticas públicas que ayuden a optimizar el tipo de nutrición de la mayoría de la población. Si se desea obtener este cambio positivo es indispensable que se conozca con claridad cuáles son esos factores que están ocasionando una renovada cultura alimenticia y

el más importante de todos ellos es el nuevo estilo de vida que poco a poco están adoptando sobre todo los habitantes que le dan importancia a su salud.

Frecuencia del consumo de alimentos

La diversidad sociocultural adquirida y heredada, y la diversidad geográfica y socioeconómica determinan las formas de alimentación de las personas (Bolaños, 2009). Debido a la alta incidencia de enfermedades crónico-degenerativas que existe en nuestra sociedad actualmente, muchos gobiernos e instituciones particulares han comenzado a elaborar políticas de salud que permitan mejorar los hábitos alimentarios de la población. En la actualidad se promueve a nivel mundial diversos programas interactivos para mejorar la alimentación, los cuales incluyen el ejercicio físico y al mismo tiempo sugieren la ingesta moderada o abundante de diferentes alimentos.

El trabajo a realizar es muy arduo porque es difícil poder cambiar la frecuencia y los hábitos de consumo de la noche a la mañana, esto coge tiempo y se debería empezar con los niños en las escuelas, promoviendo diversas maneras de alimentarse en forma correcta y saludable. Mientras tanto, en los adultos según Álvarez y Álvarez (2009, p. 47), “en la edad adulta, la alimentación de la población es un hábito inserto en las costumbres heredadas, que contrasta con el paradigma de cómo debería de ser según los grupos de alimentos y las consecuencias para la salud”.

Las gaseosas y los jugos artificiales ya se han convertido en partes normales de la dieta de la mayoría de la población, en ambos sexos. A los niños pequeños con mucha frecuencia se les da a ingerir este tipo de líquidos, los cuales poco a poco se van convirtiendo en parte de la dieta diaria. Es por demás conocido los efectos nocivos de estos productos en la salud, sobre todo en la aparición de obesidad y sobrepeso.

Las encuestas que se utilizan para cuantificar la ingesta de alimentos normalmente son difíciles de llevar a cabo sobre todo porque siempre hay inconvenientes con la recogida de

información, la cual puede ser obtenida a través de los educadores, padres o hijos. Según Bernal (2010), las causas que frecuentemente provocan inconvenientes con este tipo de encuestas son: a) Falta de motivación por parte de los entrevistados; b) Nivel de conocimientos dietéticos muy bajo; c) Se tiende a recordar con mayor claridad las comidas favoritas y d) Incapacidad de completar los cuestionarios porque la persona tiene mala memoria o no posee suficiente información.

Este tipo de encuestas nutricionales son las únicas que se utilizan para el registro del consumo alimenticio. Siempre es indispensable determinar cuál es la finalidad específica de cada uno de estos estudios antes de empezarlos. Asimismo es de gran importancia utilizar diferentes tipos de ayudas para elaborar una encuesta correctamente tales como grabadoras portátiles, cámaras fotográficas, celulares, etc., los cuales disminuyen el porcentaje de error que se pueda presentar por problemas de memoria o por errores cuando se toman notas a mano. (Thomas-Sábado, 2010).

Diabetes

La diabetes es una enfermedad que desde finales del siglo XX está causando estragos a nivel mundial porque es la responsable de millones de muertes en todo el mundo. Esto es debido principalmente al tipo de dieta muy rica en carbohidratos y grasas que se ha popularizado en estos últimos 25 años y a la ausencia de ejercicios físicos por parte de un gran porcentaje de la población. (Wen et al, 2004). Todo esto acarrea una serie de complicaciones en la salud de los seres humanos que poco a poco va produciendo una disminución de su calidad de vida e inclusive puede ocasionarle la muerte. Esto ha originado que la OMS la considere como uno de los principales problemas de salud pública que deben de ser atendidos a la brevedad posible.

Por esta razón es que a nivel mundial existe una campaña de educación y concientización para disminuir sus índices de mortalidad. Los datos estadísticos de la OMS

(2014), señalan que, a nivel mundial, desde el año 1995 hasta la actualidad se ha triplicado la cantidad de diabéticos, con un total de más de 347 millones de personas que viven con esta enfermedad. Además, según la Federación Internacional de Diabetes, IFD, (2013), -los países que poseen mayor cantidad de diabéticos son en ese orden- China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México.

La diabetes es una dolencia que tiene causas múltiples y en su etapa inicial no produce síntomas y cuando se la detecta tardíamente y no se la trata adecuadamente, ocasiona complicaciones graves de salud tales como ceguera, amputaciones de las extremidades inferiores, falla renal, muerte prematura e infartos del corazón, (Wu et al, 2014). Inclusive se ha estimado que la esperanza de vida de una persona con diabetes se reduce de cinco a diez años. Existe un desafío enorme para la sociedad y los sistemas de salud, debido al costo económico y la pérdida de la calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que se requieren en el sistema público de salud para su atención.

Según estimaciones de la OPS (2009), en los Estados Unidos de Norteamérica desde el año 1997 se destina más del 15% del gasto público en salud para atender a las personas con diabetes. De acuerdo a la OPS (2008), en Ecuador uno de cada diez ecuatorianos comprendidos entre las edades de 10-59 años padece de diabetes la cual afecta a la población con tasas cada vez más elevadas. La diabetes y la obesidad ya no se consideran *las enfermedades de la abundancia* y afectan desproporcionadamente a todos los sectores de la población

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición -ENSANUT-, (2011-2013), la prevalencia de diabetes en la población ecuatoriana de 10 a 59 años es del 1.7%. Esa proporción va subiendo a partir de los 30 años, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes. Tres de cada diez niños en edad escolar presentan sobrepeso y obesidad. El

fumar cigarrillos, la falta de ejercicios físicos, la ausencia de una alimentación sana y el exceso en el consumo de alcohol, son los cuatro factores de riesgo que tienen relación directa con las ENT(enfermedades no transmisibles), tales como la hipertensión. Esta encuesta realizada por dicha institución, sirvió para detectar que en Ecuador, la prevalencia de obesidad se ha incrementado notablemente en toda la población durante los últimos diez años.

De acuerdo a la OMS (2005), “la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce” (p. 38). El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre). La mayor parte de los alimentos que consumimos se transforman en glucosa, o azúcar, que es utilizada por el cuerpo para generar energía. El páncreas, un órgano que se encuentra cerca del estómago, produce una hormona llamada insulina para facilitar el transporte de la glucosa a las células del organismo. (Savoca et al, 2004). Cuando se sufre de diabetes, el cuerpo no produce suficiente insulina o no puede utilizar su propia insulina adecuadamente. Esto causa que el azúcar se acumule en la sangre.

De acuerdo a Sánchez (2007), existen tres tipos de diabetes que son las más comunes: a.) Tipo I, llamada también insulino dependiente o juvenil que representan el 5% de los casos diagnosticados; b.) Tipo II o conocida también como no insulino dependiente o diabetes de la edad adulta que constituyen del 90%-95% de los casos; y c.) Diabetes gestacional que se presenta en un 2%-10% de todos los embarazos, pero generalmente desaparece después del parto. Existen también otros tipos específicos que son el resultado de ciertos síndromes genéticos, cirugías, medicamentos, desnutrición, infecciones y otras enfermedades que representan entre el 1 y el 5% de todos los casos diagnosticados de diabetes.

Diabetes tipo I (DMI)

Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), mucha sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales, cansancio y cistitis. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita. Las causas de la diabetes tipo I parecen ser muy distintas a las de la diabetes tipo 2, aunque el mecanismo exacto de aparición de ambas enfermedades aún no ha sido descubierto. Según los autores Beitman, López & Reinoso (2014), la diabetes tipo 1 se identifica por la pérdida progresiva de las células pancreáticas, por un proceso inmune intervenido en un huésped susceptible.

Se sospecha que la diabetes tipo I se manifiesta luego de una exposición a un factor desencadenante ambiental, como un virus no identificado que estimula un ataque del sistema inmunitario a las células beta del páncreas (que producen insulina) en algunas personas con una predisposición genética. De acuerdo a Bergman et al (2012), los familiares directos (hermanos o hijos) de pacientes con diabetes tipo I tienen entre un 5% y un 10% de posibilidades de desarrollarla. Los factores de riesgo están definidos de forma menos precisa en la diabetes tipo 1 y pueden ser genéticos, ambientales y del sistema inmunitario.

Todas las células del organismo necesitan insulina (una hormona que se libera como respuesta al aumento de la cantidad de glucosa -un azúcar- en la sangre) para que la glucosa pueda entrar en las células del organismo y especialmente en el hígado. Beitman et al (2014). Si la cantidad de insulina producida por el páncreas es insuficiente, la glucosa se acumula en la sangre. Cuando la cantidad de glucosa sobrepasa un cierto límite se elimina por el riñón y también aparece en la orina (a esto se le llama glucosuria). El objetivo del tratamiento con insulina consiste en controlar la cantidad de glucosa en la sangre para normalizar sus niveles.

De acuerdo a Trujillo (2016), la diabetes mellitus I (DMI) es poco frecuente en niños menores a un año de edad, presenta mayor prevalencia entre los cuatro y seis años y aún

mayor entre los 10 y 14 años. Todos los pacientes con este tipo de diabetes necesitan inyectarse insulina para evitar las complicaciones que provoca la carencia de esta hormona. Los investigadores han registrado avances en la identificación de los genes precisos y los - factores desencadenantes- que predisponen a algunas personas a sufrir de diabetes tipo 1, pero la forma de prevenir la enfermedad sigue siendo imprecisa..

Según Alfadhli (2015), la diabetes tiene varias complicaciones que el paciente debe conocer pues se puede retrasar su evolución e incluso evitarlas con un control adecuado:

- *Arteriosclerosis*: (envejecimiento de las arterias), puede provocar trombosis cerebral y enfermedades del corazón como angina de pecho e infarto de miocardio.
- *Nefropatía diabética*: (enfermedad del riñón debida a la diabetes).
- *Retinopatía diabética*: (enfermedad de la retina ocular debida a la diabetes).
- *Neuropatía diabética*: (degeneración de los nervios); suele afectar a los nervios de las piernas y producir alteraciones sensoriales e infecciones en los pies.
- Trastornos vasculares en los miembros que lleven incluso a la *gangrena*.
- Descensos de azúcar (*hipoglucemias*) que pueden ocasionar pérdidas de conocimiento

Diabetes tipo II o de la edad adulta (DMII)

De acuerdo a la OMS (2005) la diabetes es una enfermedad grave y crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina (hormona que regula el nivel de glucosa, en la sangre), o cuando el cuerpo no puede usar con eficacia la insulina que produce. Esta enfermedad se define a su vez con el término diabetes mellitus la cual se refiere a un grupo de enfermedades que se caracterizan por la elevación de la concentración de glucosa (hiperglucemia) como consecuencia de defectos de la secreción de insulina, de la acción de insulina o ambos. (OMS, 1990). La diabetes mellitus tipo II (DM2) es considerada por la OMS como una de las epidemias del siglo

XXI (González, 2014). De hecho, esta condición médica se considera como uno de los tipos de diabetes más predominantes ya que representa el 90% de los casos diabéticos (Hassan, 2013). Específicamente, la diabetes tipo II se debe a la insensibilidad a la insulina combinada con un fracaso de la secreción de esta hormona para superar esta insensibilidad mediante la hipersecreción, con lo que se produce un déficit relativo de la misma (OMS, 2005). En este tipo de diabetes la predisposición genética es muy importante, es decir, la enfermedad es más común en sujetos con historia familiar de la enfermedad, con hipertensión o dislipidemia y hasta en algunos grupos étnicos en particular (OMS, 1990).

Tabla 2: Prevalencia de diabetes tipo II en países latinoamericanos.

País	Prevalencia
México	14.90%
Cuba	11.80%
República Dominicana	10.00%
Chile	9.40%
Nicaragua	9.00%
Bolivia	8.60%
Argentina	8.50%
El Salvador	8.40%
Guatemala	8.00%
Panamá	8.00%
Brasil	7.60%
Paraguay	7.20%
Perú	7.20%
Uruguay	7.00%
Colombia	7.00%
Venezuela	6.00%
Ecuador	5.00%

Adaptado de la Asociación Latinoamericana de diabetes (2017). Diabetes Tipo II en Latinoamérica.

La diabetes mellitus, el trastorno metabólico más frecuente que afecta a la población, tiene muchas implicaciones clínicas y psicológicas para el paciente (Carver & Abrahamson, 2009). Los efectos de la enfermedad incluyen daños a largo plazo, disfunciones y fallas en varios órganos (OMS, 1990). Su padecimiento causa principalmente enfermedades del

corazón, derrames cerebrales, retinopatía diabética e insuficiencia renal (Hassan, 2013). El riesgo de enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad de los diabéticos, preferentemente por cardiopatía isquémica e ictus cerebral (González, 2014).

Además, entre los síntomas característicos están sed, poliuria, visión borrosa y pérdida de peso (OMS, 1990). Algunos de estos síntomas pueden ser no severos, o pueden estar ausentes hasta después de un tiempo, incluso después del diagnóstico. En sus formas más graves puede conducir a estupor, coma y en ausencia de tratamiento efectivo, la muerte (OMS, 2005). Mientras los efectos a largo plazo incluyen desarrollo progresivo de las complicaciones específicas de la retinopatía con potencial ceguera, nefropatía que puede conducir a insuficiencia renal y neuropatía con riesgo de úlceras sobre todo en los pies, que en casos extremos puede producirse la amputación de un dedo, pie e inclusive todo el miembro.

Muchos factores juegan un papel crítico en el desarrollo de la enfermedad, tales como género (siendo más frecuente en la mujer), edad, dieta, obesidad, falta de sueño, suplemento nutricional recibido por la madre durante el embarazo (Hassan, 2013). Sin embargo, los principales factores críticos que juegan papel son: estilo de vida, factores genéticos y otros problemas médicos (Hassan, 2013). Las formas de diagnóstico incluyen pruebas de orina o sangre y prueba de tolerancia a la glucosa (Hernández et al, 2011). Mientras los tratamientos para la enfermedad se los puede condensar en dos líneas: cambio del estilo de vida y medicaciones. Sin embargo, los beneficios del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II (DMII) están ligados a su impacto en complicaciones micro vasculares y macro vasculares que son producidos debido a la hiperglucemia a largo plazo (Mata, 2008).

Respecto al cambio de estilo de vida incluirá una dieta adecuada que conducirá a la pérdida de peso y una mejora significativa en el nivel de azúcar en la sangre, y el ejercicio aeróbico que conducirá a la reducción de la HbA1c (Prueba de hemoglobina glicosilada) y

la mejora de la sensibilidad a la insulina (López et al, 2003). Y dentro de la medicación se incluye: Metformina, sulfonilureas, nonsulfonilureas y otros tipos de inyecciones de insulina o de forma oral (Hassan, 2013).

Tabla 1: Principales diferencias entre diabetes tipo I y II.

Características	Diabetes tipo I	Diabetes tipo II
Edad típica	<35	>35
Predisposición genética	Baja	Alta
Anticuerpos frente a las células beta	Sí (90%-95%)	NO
Hábito corporal	Normal / atrofiado	Obeso
Insulina / péptido C en plasma	Bajo/ausentes	Altos
Principal característica metabólica	Responde	Necesita dosis altas
Fármacos secreta gogos de insulina	No responde	Responde

Adaptado de OMS (2016). Diagnóstico y Motorización de la Diabetes Mellitus desde el Laboratorio.

Diabetes gestacional

La diabetes gestacional se define como la diabetes que se desarrolla o se descubre durante el embarazo (Carver & Abrahamson, 2009). Asimismo, Trujillo (2016) define a la diabetes mellitus gestacional como “intolerancia a los carbohidratos con distintos grados de severidad y detectada por primera vez en el embarazo” (p. 1251). Por su lado la OMS (2005), la define como “cualquier grado de intolerancia clínica a la glucosa que se inicia o reconoce por primera vez durante el embarazo” (p. 16). Así, este es un problema importante de salud pública por su alta prevalencia que va en aumento y también, por la morbilidad materna y morbimortalidad fetal (Trujillo, 2016).

Es importante destacar que las mujeres que quedan embarazadas y que han tenido diabetes mellitus previamente no tienen diabetes gestacional, pero tienen diabetes mellitus y embarazo y deben ser tratadas de acuerdo a este hecho. (OMS, 2005). La explicación de este tipo de diabetes es que durante el embarazo, los tejidos maternos se vuelven insensibles a la

insulina debido a la presencia de la hormona lactogénica placentaria y otras hormonas, como la progesterona, el cortisol y la hormona del crecimiento; así, cuando el páncreas no es capaz de ofrecer una respuesta adecuada de insulina para compensar la resistencia a la insulina normal, se desarrolla la diabetes gestacional (Bortolón, Triz, Souza Faustino, de Sá, Rocha & Arbex, 2016). Además, la resistencia a la insulina conduce a la hiperglucemia materna, y esto estimula la hiperinsulinemia fetal (Alfadhli, 2015). Sin embargo, después del nacimiento la diabetes desaparece casi inmediatamente (Altamirano & Cruz, 2009).

Entre los factores de riesgo se encuentran la obesidad, aumento de la edad materna, ocurrencia previa de la diabetes gestacional, antecedentes de diabetes mellitus, síndrome de ovario poliquístico, hipertensión inducida por el embarazo, historia de aborto involuntario recurrente, antecedentes inexplicables de muerte fetal. (Bortolón et al., 2016). Además, la OMS (1990) menciona que son factores de riesgo las mujeres de mayor edad, quienes hayan presentado intolerancia a la glucosa anteriormente, e incluso mujeres de un grupo étnico en específico. De hecho, la prevalencia de diabetes gestacional es mayor en mujeres asiáticas, latinoamericanas e indias (Bortolón et al., 2016).

Las complicaciones relacionadas con este tipo de diabetes afectan tanto a la salud materna y fetal, como a la salud infantil (Beitman et al, 2014). De acuerdo a Bortolón et al. (2016) dentro de las complicaciones fetales más comunes están el aborto espontáneo, la malformación congénita, muerte intrauterina; las complicaciones maternas más comunes son: riesgo de recurrencia de diabetes mellitus en futuros embarazos, futura posibilidad de diabetes mellitus, toxemia del embarazo, infección del tracto urinario, candidiasis, mayor incidencia de parto prematuro, parto por cesárea; y las complicaciones neonatales más comunes incluyen hipoglucemia, hipocalcemia, ictericia que requieren fototerapia, trauma del hombro y síndrome de dificultad respiratoria.

Los tratamientos dirigidos a controlar el padecimiento tienen como objetivo mantener los niveles normales de glucosa en sangre durante el embarazo y evitar periodos de hipoglucemia e hiperglucemia (Blumer, 2013). El tratamiento de la enfermedad se establece de acuerdo a las necesidades de cada paciente, incluyendo el asesoramiento nutricional y farmacológico (Marques, Carvalho, Pinto & Guerra, 2014). Aparte de los fármacos necesarios el ejercicio tiene un papel importante en el control glucémico y, por lo tanto, puede prevenir, reducir o retrasar la necesidad de insulina (Bortolón et al., 2016).

Diabetes producida por situaciones especiales.

De acuerdo a la OMS (2005), existen otros tipos de diabetes ocasionadas por factores particulares tales son el caso defectos genéticos en las funciones de las células beta o en la acción insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, por inducción de químicos o drogas o infecciones. El estilo de vida de las personas que poseen estos tipos de diabetes incluye factores como obesidad, estrés, dieta pobre, alta relación cintura-cadera, alto consumo de dulces (bebidas y alimentos) y la falta de motivación y ejercicios (Hassan, 2013).

La descripción de cada uno de este tipo de diabetes se presenta en la tabla 4.

Tabla 2: Causas no comunes de diabetes.

Tipo de diabetes	Descripción
Defectos genéticos de la función de las células beta.	Este síndrome es heredado en un patrón autosómico dominante e inicia frecuentemente con hiperglucemias leves antes de los 25 años. Las formas más comunes están asociadas a mutaciones en el cromosoma 12, o a mutaciones en el gen glucokinase del cromosoma 7p.
Enfermedades del páncreas exócrino.	Adenocarcinomas que implican sólo una pequeña porción del páncreas se han asociado con la diabetes. Esto implica un mecanismo distinto de la simple reducción en la masa de células beta.

Endocrinopatía.	La diabetes se da por una interrupción de la acción de la insulina por el exceso de secreción de otras hormonas. El síndrome puede ser resuelto cuando la hormona en exceso es removida.
Diabetes inducida por drogas o químicos.	Algunas drogas pueden impedir la secreción de insulina. Toxinas como vacor y pentamidina pueden destruir permanentemente las células beta del páncreas. Otras como la nicotina y glucocorticoides pueden impedir la secreción de insulina.
Infecciones	Algunos virus pueden estar asociados con la destrucción de células beta. En algunos casos pacientes con rubeola llegan a desarrollar diabetes. Virus como el Coxsackie B, citomegalovirus y otros virus como adenovirus y paperas han sido implicados en la inducción de diabetes

Adaptado de World Health Organization (1999): Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.

Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).

Durante la década de los ochenta y noventa existió una disminución en los servicios de salud en muchos países alrededor del mundo, y sobre todo se produjeron una serie de privatizaciones que alteró profundamente al sector salud (Naranjo, Delgado, Rodríguez & Sánchez, 2014). Debido a ésta situación, la Atención Primaria de Salud (APS), disminuyó notablemente y lo único que se estableció fue un servicio de medicina elemental, de baja calidad; no se incentivó la unificación de los servicios de salud, los cuales fueron muy reducidos e ineficaces.

La salud en Ecuador también se vio afectada de manera negativa durante ésta época, pero el gobierno anterior al actual, llevó a cabo una serie de cambios profundos dentro del plano sanitario para beneficio de las grandes mayorías y uno de los más importantes fue la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS), cuyo plan fue aprobado el 08/12/2011 por medio del Acuerdo Ministerial 1162, y luego en Septiembre del 2012 fue publicado. Su principal objetivo fue el robustecer la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y su orientación es considerada familiar, comunitaria e intercultural (MSP, 2014).

El MAIS propicia una política de salud completamente gratuita y sobre todo garantiza el derecho de la misma para toda la población. Este posee un extenso marco normativo y legal tales como el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir y la Constitución de la República del Ecuador que certifican la conformación del Sistema Nacional de Salud. Se implementó como una solución para cubrir de una forma más eficiente todas las necesidades de la población ecuatoriana y así mejorar El concepto del MAIS se basa en “la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales” (Naranjo et al, 2014).

La principal intención del MAIS es “guiar a todos los ciudadanos hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud” (MSP, 2014). Este plan busca trabajar con las familias, colocar a los pacientes como el centro de la atención y creando prácticas adecuadas. Los principios fundamentales de este son la equidad, integralidad, continuidad, universalidad y otros más. Asimismo, posee cuatro elementos que sirven para el desarrollo del mismo que son: provisión de servicios, organización, gestión y financiamiento (Naranjo et al, 2014).

El primer componente que es el de *provisión*, está relacionado directamente con el mercado de los servicios de salud, certifica que la atención sea continua y garantiza la prolongación de la atención. Mientras que el segundo componente que es el de *organización*, está formado por dos elementos que son los niveles de atención y la manera como están organizados los equipos de atención integral de salud (que son pieza clave en el MAIS). El tercer componente que es la *gestión*, está conformado por todos los procesos gerenciales, los cuales sirven para conseguir los resultados acordes a lo planteado y por último tenemos el *financiamiento*, por medio del cual se aseguran todos los capitales los cuales permiten que

el dinero sirva para llevar a cabo los planes propuestos (Modelo de Atención Integral en Salud, MAIS, 2012).

Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

El MSP creó uno de sus departamentos más importantes que es la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, cuya misión es “Proponer, impulsar y asegurar la implementación de políticas y estrategias por ciclos de vida, que incidan en determinantes sociales de la salud, políticas, espacios, capacidades y condiciones saludables para el buen vivir de la población” (Lucio et al, 2011). Dentro de la gestión encargada a esta institución se encuentra el promover una nutrición adecuada y balanceada para la población ecuatoriana; el elaborar campañas de promoción de la salud en todo el país y asimismo llevar a cabo acciones sobre determinantes sociales de salud laboral, de medio ambiente y mental.

Además es importante mencionar las diferentes responsabilidades y atribuciones que posee esta institución, y de acuerdo a la OPS (2008), las más importantes y que tienen relación con políticas públicas de salud son:

- a. Conducir y coordinar la formulación de insumos para los proyectos de ley, reglamentos y otros instrumentos legales sobre la promoción de la salud.
- b. Conducir y coordinar la formulación de políticas públicas, así como la elaboración de estrategias, planes y proyectos sobre la promoción de la salud, de acuerdo a los lineamientos establecidos.
- c. Proveer a la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información y Comunicaciones lineamientos para el diseño de sistemas que permitan el monitoreo y evaluación de políticas públicas, y ejecución de proyectos sobre promoción de la salud.
- d. Generar y monitorear el cumplimiento de indicadores relacionados con la promoción de la salud.

Marco Legal.

Ecuador posee un marco legal extenso y con varias normativas en el plano de la salud, que sirve de base para la estructuración de un Sistema Nacional de Salud y una cobertura poblacional amplia. Asimismo ha firmado varios convenios internacionales para garantizar el cuidado de la salud de sus habitantes. De acuerdo a Lucio et al (2011), existen varios elementos normativos que sirven para garantizar la correcta implementación del MAIS en el Ecuador, entre los cuales tenemos la Constitución de la República, el Plan Nacional del Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, la Ley Orgánica de Salud, la Agenda Social de Desarrollo 2009-2011 y los Objetivos del Milenio.

a. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR.

Tomando en consideración la salud dentro de un plano integral, la Constitución Ecuatoriana posee diversos capítulos y artículos que tienen relación directa con la salud y promueven una vida saludable, entre ellos los que más se destacan son el artículo 32 y 361 del capítulo II.

El *artículo 32*, que está relacionado con los *derechos del buen vivir*, dice textualmente:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho a la alimentación, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir. El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, y servicios de promoción y atención integral de salud. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, calidad, eficiencia, eficacia, y bioética, con enfoque de género y generacional.

El *artículo 361* tiene relación directa con la *dirección del Sistema* y expresa fielmente:

El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

b. PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009-2013.

Este plan se caracteriza porque se encuentra en coordinación directa con la Constitución de la república y además puntualiza políticas, metas y objetivos de mucha importancia. Dentro del plano de la salud, se pueden destacar tres de sus principales objetivos, los cuales son el objetivo 1, 2 y 3.

El *Objetivo 1*, en su *Política 1.1* manifiesta literalmente:

Garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades, en especial salud, educación, alimentación, agua y vivienda. En salud plantea la ampliación de la cobertura a través del mejoramiento de la infraestructura, equipamiento de los servicios de salud y la superación de las barreras de ingreso; impulsar el acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; universalizar el acceso a agua segura y la asignación prioritaria y progresiva de recursos públicos para propender al acceso universal y gratuito a los servicios de salud, en función de criterios poblacionales y de equidad social.

El *Objetivo 2* de este Plan dice textualmente:

Mejorar las capacidades y potencialidades de la población, en el que la salud y la nutrición constituyen aspectos claves para el logro de este objetivo, a través de una visión integral de la salud, la atención adecuada y oportuna, acciones de prevención y una adecuada nutrición que permitan disponibilidad de la máxima energía vital.

El *Objetivo 3* expresa fielmente:

Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población; plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud; el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas.

También este Objetivo 3 en su política 3.2 manifiesta literalmente: “Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad”. Por último, este mismo Objetivo en su política 3.3

expone literalmente: “Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad”.

c. LEY ORGÁNICA DE SALUD.

En esta ley, existen tres artículos que vale la pena recalcarlos, los cuales son el 6, 10 y 69.

Artículo 6:

“Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública el diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”.

Artículo 10:

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta ley.

Artículo 69:

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

d. AGENDA SOCIAL 2009-2011 (Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social).

A través de esta Agenda, se definen tres bases fundamentales de intervención para el sector de la salud, las cuales son:

Base 1:

Garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna para los usuarios en cada ciclo de vida, enfatizando en la calidad, calidez y equidad de los servicios de salud; el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), en base a la atención primaria, la prevención y promoción de la salud, la articulación de la Red Pública Integral de Salud; el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional; ampliar el acceso gratuito a medicamentos.

Base 2:

Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica; reforzar los sistemas de prevención y atención integral frente a los principales problemas de salud y la capacidad de respuesta inmediata frente a emergencias, contingencias y desastres.

Base 3:

Fomentar entornos saludables, promoviendo prácticas de salud saludables en la población y manteniendo estricta vigilancia de los productos de consumo humano; priorizar la educación alimentaria y nutricional; difundir prácticas y estilos de vida saludables; impulsar una intervención intersectorial para la promoción de la salud, campañas informativas sobre prácticas saludables; superar las brechas e inequidad en el acceso a servicios integrales de salud.

Finalmente, es muy importante recalcar la importancia del papel que desempeña el Ministerio de Salud Pública como la suprema autoridad en salud y es la encargada de llevar a cabo las metas del MAIS. Según Naranjo et al (2014), esta entidad es la responsable de construir y organizar diferentes procedimientos con el objetivo de brindar diferentes servicios de salud en los tres niveles de salud existentes. Su misión es:

Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano, por medio de la promoción y protección de la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental y del acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

Estudios relacionados a nivel internacional

Los factores que influyen sobre la satisfacción alimentaria fueron determinados en el estudio de Schenettler, Miranda, Orellanda, Sepúlveda, Mora y Lobos (2014). Mediante una regresión logística de acuerdo a los estratos socioeconómicos, los autores encontraron que la posibilidad de tener alta satisfacción alimentaria disminuye si la persona no tiene una buena percepción de su salud. Además, otras variables importantes en la satisfacción con la alimentación fueron el género, la composición de la familia, el tiempo disponible para cenar con la familia, la frecuencia en el consumo de carne y comida rápida y el consumo de alcohol (Schenettler et al., 2014).

Respecto a los estilos de vida, Schenettler et al., (2013), distinguieron diferentes tipologías de consumidores con base a su estilo de vida en relación a la alimentación, características sociodemográficas y nivel de satisfacción alimentaria. A través de un cuestionario, los autores comprobaron que se pueden distinguir cinco tipologías agrupadas según un análisis factorial. Además, estas tipologías difieren de acuerdo al género, edad y nivel socioeconómico (Schenettler et al., 2014). Una conclusión importante de los autores fue que los comportamientos alimentarios poco saludables se asocian con una alta frecuencia de comidas en restaurantes y compra de comidas preparadas, en lugar de comidas del hogar.

Otros estudios parecidos fueron llevados a cabo con diferentes poblaciones por Schenettler et al. (2015) y Schenettler (2014). A través de la misma metodología y un objetivo similar, ambos estudios logran distinguir tipologías las cuales difirieron según los días de mala salud, clasificación nutricional, percepción de la salud, importancia de la alimentación, lugar de residencia y frecuencia de comidas a deshora (Schenettler et al., 2011). Los estudios

concluyen que los mejores hábitos alimenticios se asocian con mejor salud emocional y percepción de la salud, menor prevalencia de obesidad y mejor satisfacción vital y alimentaria (Schenettler et al., 2013; Schenettler et al., 2014).

La importancia de la satisfacción alimentaria en otros estudios ha comprobado que este concepto puede impactar sobre la satisfacción vital e incluso en el bienestar subjetivo o felicidad. Entre las investigaciones, Lobos, Mora, Lapo, Caligari y Schenettler (2015), identificaron los determinantes de la felicidad en los adultos mayores, entre los cuales resultaron estadísticamente importantes el número de días no saludables, la percepción de su estado de salud y la satisfacción alimentaria. Así, para los autores el hallazgo más importante es que la salud y satisfacción alimentaria son fuertes predictores de la felicidad.

Una medida de la satisfacción con la vida relacionada con la alimentación fue desarrollada en un inicio por Grunert, Dean, Raats, Nielsen, y Lumbers (2007), esta fue probada exclusivamente en países europeos. Los autores lograron crear un instrumento con buena estabilidad, validez y confiabilidad. Posteriormente, su creación fue aplicada en el contexto latinoamericanos por diversos autores, entre ellos Schenettler et al. (2011), que con gran éxito logró identificar varios factores que pueden afectar la satisfacción alimentaria humana.

Además, previamente Grunert et al (2007) habían creado otro instrumento de medición esta vez sobre los estilos de vida en relación a los alimentos. En un inicio los autores encontraron muy importante identificar patrones y preferencias de consumo de alimentos como una herramienta para beneficio del mercado para segmentar a los consumidores y establecer herramientas de marketing. Sin embargo, este instrumento también fue utilizado para otros objetivos como el de Panagiotakos et al (2007), quienes investigaron la influencia de los estilos de vida en relación a la alimentación y la obesidad.

De la misma forma, Savoca et al (2004) revelan la relación entre el estilo de vida, el comportamiento de salud y el consumo de alimentos funcionales sobre la misma base del modelo de estilo de vida alimentario de Grunert et al. (2007). Es así que esta forma de medida extendió su uso en el contexto de la salud más allá de solo el mercado como se concibió inicialmente.

Alrededor del mundo el padecimiento de enfermedades no transmisibles ha mostrado una tendencia creciente importante, entre ellas, la diabetes es una de las más comunes. El número de personas en el mundo que padecen diabetes alcanzaron los 22 millones en el 2014 (OMS, 2005). Así, diversas organizaciones a nivel mundial, regional y nacional se han planteado el desafío de ejecutar planes de intervención los cuales se pretenden tengan un enfoque en la prevención, mejora de diagnóstico y control.

A nivel mundial, durante las últimas tres décadas se han llevado a cabo una serie de estudios e investigaciones relacionadas con diabetes, sus causas y relaciones con los estilos de vida. Un aspecto importante en los patrones de dieta de una población viene determinado por los estilos de vida que llevan las personas que lo padecen, estos fueron analizados por (López, Ariza, Rodríguez & Munguía, 2003). Estos autores construyeron un instrumento para medir el estilo de vida con pacientes que padecen la enfermedad, concretamente diabetes mellitus tipo 2. El estudio fue observacional, longitudinal y prospectivo, de esa manera el cuestionario quedó conformado por 25 preguntas que describen siete dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica (López et al., 2003).

Bajo estos objetivos la OMS (2015) señala que se requiere adoptar una perspectiva pro gubernamental y pro social, donde las autoridades se den cuenta que todos los sectores comerciales, económicos, agrícolas, de transporte, educativos y urbanísticos tienen posibles repercusiones en la salud de la población. Por tanto, de estas políticas depende que la salud

sea potenciada o socavada. Uno de los planes referidos para ayudar a disminuir y combatir las enfermedades no transmisibles a nivel mundial es el desarrollado por la OPS, (2009) llamado: *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. La meta general de este plan es:

“Reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles, reducir al mínimo la exposición a factores de riesgo, aumentar la exposición a factores protectores y reducir la carga socioeconómica de estas enfermedades por medio de enfoques multisectoriales que promuevan el bienestar y reduzcan la inequidad en los estados miembros y entre ellos.”(OMS, 2015, p. 8).

Su estrategia se basa en fortalecer las medidas multisectoriales es decir involucrar tanto al gobierno, a la academia y a la sociedad en sí mismo para el alcance de las metas. De esta manera se puede fortalecer los factores protectores, mejorar la cobertura, acceso equitativo y calidad de atención; además se puede vigorizar la capacidad de los países para vigilar e investigar las enfermedades no transmisibles como la diabetes (OMS, 2015). Asimismo, el plan señala entre las medidas recomendadas a seguir por los países, el establecimiento de mecanismos nacionales, el fortalecimiento de la capacidad de los Ministerios de Salud, la priorización de las medidas para combatir el sobrepeso y obesidad, robustecimiento de la respuesta de los servicios de salud, entre otros (OMS, 2015).

Por otro lado, Bergman et al (2012) señalan que varios estudios de investigación han sido llevados a cabo en contextos del mundo real para implementar versiones modificadas de la intervención de estilo de vida de ensayos clínicos. Un ejemplo de ello, es el Programa de Prevención de la Diabetes (USA DPP) y el Programa Finlandés de Prevención de la Diabetes. La intervención estructurada de estilo de vida incluye una serie inicial de sesiones, generalmente semanales, que ayudan a los participantes a aprender habilidades para reducir

la ingesta calórica, aumentar la actividad física y resolver problemas para lograr la pérdida de peso, seguida de una serie de sesiones de mantenimiento mensual (Bergman et al., 2012).

Este tipo de investigaciones en las cuales se relaciona a la diabetes con el consumo de alimentos se han incrementado masivamente en los últimos años por cuanto los gobiernos, a nivel mundial se han concientizado de la importancia que tiene la prevención y la promoción de la salud. De esta manera se mejora en primer lugar la calidad de vida de los pacientes diabéticos y en segundo lugar los gobiernos definitivamente ahorran millones de dólares en aquellos gastos que se producen para atender las necesidades médicas y de cuidados de salud de estos pacientes. (Mata, 2008). Además, es importante medir de una u otra manera la relación que existe entre la diabetes con: el consumo de alimentos, la frecuencia de ese consumo, los hábitos alimenticios y los diferentes estilos de vida.

La Asociación Americana de la Diabetes (ADA) es una de las organizaciones que cuentan con un importante número de programas. Los programas se caracterizan por ser regionales, así la institución desarrolla programas en la región africana, latinoamericana, asiática y norteamericana. De acuerdo a López y Ocampo (2003), en África el programa denominado “Live Empowered” se inició en 2013 gracias a iniciativas afroamericanas con un enfoque dirigido a aumentar la conciencia de la gravedad de la diabetes y hacer hincapié en la importancia de tomar decisiones de estilo de vida saludable, como moverse más y comer más sano (ADA, 2013). En Latinoamérica el programa plantea la realización de ferias de la salud y conferencias, las cuales se enfocan sobretudo en la importancia de la familia como motivador de la prevención y cuidado de la enfermedad. Los americanos- asiáticos, nativos de Hawai y del Pacífico se han beneficiado gracias al desarrollo de programas educativos y diversos tipos de asociación en la comunidad, todos propuestos por el ADA.

Otro aporte relevante de la ADA (2012), es la determinación de estándares de atención. A través de sus constantes y permanentes investigaciones la organización tiene como

objetivo proporcionar a los clínicos, pacientes, investigadores, contribuyentes y otros individuos interesados los componentes del cuidado de la diabetes, los objetivos generales del tratamiento y las herramientas para evaluar la calidad del cuidado (ADA, 2014). Sin embargo, la organización señala que las recomendaciones de los estándares de cuidado no pretenden excluir el juicio clínico y deben ser aplicadas en el contexto de una excelente atención médica y con ajustes para las preferencias individuales, comorbilidades y otros factores del paciente.

Hay que destacar esta investigación realizada entre marzo del 2001 y Abril del 2002, en México por un grupo de científicos liderados por el doctor Juan Manuel López Carmona titulado *Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*, el cual se realizó en unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano de Seguridad Social. En este estudio participaron un total de 412 pacientes adultos con diabetes mellitus y se aplicó un cuestionario de 25 preguntas. (Mata, 2008). Este trabajo sirvió para identificar conductas de riesgo aceptadas como ciertas por los pacientes, que pueden ser modificables por intermedio de consejería para su beneficio personal. El cuestionario en mención tiene preguntas tales como: ¿Con qué frecuencia como frutas y verduras? , ¿Cuántos panes se come al día? , ¿Come alimentos entre comidas? Y la frecuencia disponible para responder fueron: todos los días, algunos días o casi nunca.

Otro trabajo relacionado al tema es el que se llevó a cabo también en México a finales del año 2005, liderado por el doctor Amador López y en compañía del doctor Barrio Ocampo, ambos médicos especialistas en Medicina Familiar, el cual lleva por título: *Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos*. Se entrevistó a un total de 60 personas comprendidas entre las edades de 60+-11 años, de las cuales 36 eran del sexo femenino y 24 masculino. Estos pacientes consideraron a la diabetes como una enfermedad causante de mucho stress

emocional y que los conduce a una situación irreversible de una serie de afecciones de salud severas. (López y Ocampo, 2007).

Para la mayoría de ellos la dieta es considerada como un castigo, están conscientes del gran beneficio que brindas los ejercicios, pero a pesar de eso no los llevan a cabo. No siguen el tratamiento médico minuciosamente, sino que hacen una serie de cambios de acuerdo a su conveniencia. Y además tienden a complementarlo con el uso de plantas medicinales. Consideran que la insulina es la causante de la ceguera y además están muy conscientes de que su desbalance de glicemia se debe sobre todo a que no llevan a cabo una dieta adecuada y rigurosa. (Hassan, 2003). Finalmente, la mayoría de estas personas tienen un mínimo interés por el autocuidado.

Esta investigación brinda una serie de instrumentos a los médicos para que puedan aprender a ser reflexivos y críticos en su forma de actuar y así utilizar la etnografía en su práctica profesional, la cual les permitirá aumentar el proceso inductivo en la construcción del conocimiento médico sin que con esto se excluya a la naturaleza humana. Además, les va a permitir adquirir conocimientos específicos sobre la vida diaria de sus pacientes. La etnografía siempre abarca un análisis de la vida cotidiana y también la parte cultural. (Leiva et al, 2016). Dentro de la parte educativa, es necesario hacer énfasis en el valor de una correcta alimentación para mejorar las condiciones de vida y asimismo es de suma importancia que la familia se involucre directamente en este proceso, para de esa manera brindarles apoyo a todos los diabéticos para que puedan salir avante en este proceso tan complejo.

La historia de la humanidad, se puede explicar con mucho detalle por medio de la historia de la alimentación. Se han llevado a cabo muchos cambios entre el ser humano prehistórico y el de nuestros tiempos, lo cual se puede demostrar por medio del cambio del significado de la alimentación a lo largo de la historia. (Grunert et al, 2007). El ser humano de la

prehistoria se concentraba en la cantidad de alimento que consumía ya que él le daba mayor importancia a la supervivencia, en cambio que el ser humano de nuestros tiempos le da mucha más importancia a la calidad de la comida y al mismo tiempo posee mayor cantidad de recursos.

La frecuencia de las comidas también es uno de los aspectos a tratar en los patrones alimenticios. El tema fue estudiado por Leiva, Basfi-Fer, Rojas, Carrasco y Ruz (2016). El objetivo de su investigación fue evaluar la asociación de la ingesta energética, la frecuencia de las comidas y la cantidad de carbohidratos con la glucemia en ayunas y la hemoglobina glicosilada en un grupo de pacientes con diabetes tipo 2, sin terapia con insulina. Los investigadores encontraron asociaciones significativas entre los niveles de glucosa en la sangre glicosilada y en ayunas, y entre la frecuencia de comidas y la ingesta de calorías. Sin embargo, Leiva et al. (2016) concluyeron que la frecuencia de las comidas no mostró asociación con parámetros de control metabólico en pacientes con diabetes 2.

De la misma forma, Savoca, Miller y Ludwing (2004) investigaron los hábitos alimenticios de las personas que padecen diabetes mellitus tipo dos para identificar los hábitos más relacionados con el control glicémico. Los investigadores lograron identificar 15 hábitos alimenticios los cuales pueden guiar las charlas entre el paciente y el nutricionista para instaurar los cambios más urgentes en su dieta. Los resultados también pueden ser útiles para identificar cuáles de estos hábitos representan un factor de riesgo para la elaboración de estrategias dirigidas a grupos que están en peligro de adquirir esta enfermedad (Savoca et al., 2004).

Dada la diversidad de alimentos, Wu, Ding, Tanaka y Zhang (2014) en su estudio recopilaron diversas investigaciones que les permitió corroborar que la composición de la dieta es un factor muy importante tanto para la prevención como para el control de la diabetes tipo 2. Por ejemplo, los autores señalan que el consumo de cantidades excesivas de granos

refinados, bebidas azucaradas, carne roja y procesada y alcohol, independientemente del cambio de peso corporal, aumentan considerablemente el riesgo de padecer diabetes. Por el contrario, alimentos como las verduras, frutas, legumbres, aceite de oliva extra virgen, nueces, pescado, granos enteros y vino tinto pueden ser efectivos inhibidores de la enfermedad (Wu et al., 2014).

Estudios relacionados en Ecuador

Sin embargo, en el último año, la satisfacción alimenticia fue estudiada por Schnettler et al. (2017) en una población adulta mayor ecuatoriana con el objetivo de realizar un análisis comparativo con la población chilena. A través del uso de la escala de satisfacción con los alimentos [SWFL] logran concluir que la escala presenta invariabilidad por lo que ésta podría proporcionar una base significativa para realizar comparaciones internacionales en América del Sur, donde la población adulta mayor está creciendo aceleradamente (Schnettler et al., 2014). Además, los autores señalan que los estudios a partir de esta base permitirían la creación de políticas comunes que podrían mejorar el bienestar alimentario y la calidad de vida de los adultos mayores en países similares.

Dada la estrecha relación entre satisfacción alimentaria y satisfacción vital, un estudio similar al anterior propuesto por Schnettler, Miranda, Lobos, Lapo, Adasme y Hueche (2017) pretendió de la misma forma medir la invarianza, esta vez de la escala de satisfacción vital [SWLS]. Sin embargo, los resultados son diferentes pues los autores concluyen que el instrumento SWLS no sería adecuado para realizar análisis comparativos entre países latinoamericanos, en este caso Ecuador y Chile. Los autores resaltan entre sus limitaciones que las muestras de cada país fueron recogidas en una sola área geográfica, Guayas en el caso de Ecuador y Maule en Chile, por lo que los resultados podrían diferir si el muestreo se modificara.

Un estudio más completo relaciona esta vez las dos escalas, satisfacción alimentaria y satisfacción vital, desarrollado por Schnettler, Lobos, Lapo, Adasme y Hueche (2016). Esta investigación permitió determinar que los altos niveles de satisfacción con la vida y con la alimentación en adultos mayores ecuatorianos se asocian tanto con hábitos alimentarios saludables como con almorzar en compañía, menores problemas de salud mental y mayor importancia asignada a la familia. Además, el estudio logra distinguir tres tipologías que difirieron significativamente en los puntajes de satisfacción vital y alimenticia e importancia de la familia; dos de las tres tipologías reportaron altos niveles de satisfacción vital y alimenticia.

De la misma forma, Lucio, Villacrés y Henríquez (2011) realizaron un estudio con el objetivo de describir las condiciones de salud en Ecuador, las características del sistema de salud ecuatoriano tales como estructura, cobertura, financiamiento, recursos, materiales y recursos humanos. Además, este estudio caracterizó la rectoría del MSP, la generación de información sobre salud, las tareas investigativas y la participación de los ciudadanos en los sistemas (Lucio et al., 2011). Finalmente, los autores destacaron las innovaciones dadas en los últimos años entre las cuales mencionan la redacción del capítulo específico de salud en la Constitución Nacional y la construcción de la Red Pública Integral de Salud (Lucio et al., 2011).

Durante el año 2014, la investigadora Delma Verón, Prometeo Argentina vinculada a la Universidad de Guayaquil llevó a cabo una investigación relacionada a las nefropatías, para estudiar sus causas y como prevenirlas en la ciudad de Milagro. Ella ha liderado este tipo de trabajos por más de 25 años tanto en los Estados Unidos como en la Argentina. Este tipo de enfermedades producen el deterioro de los riñones hasta que los pacientes llegan a necesitar trasplantes o diálisis. “Se puede prevenir y detener el deterioro, pero no se puede curar” indica Verón.

Además, señala que la detección temprana es indispensable ya que la aparición de síntomas en esta enfermedad puede tomar diez años o más. (Sánchez, 2007). Este proyecto busca marcadores tempranos de nefropatías, para lo cual está trabajando con un total de 25 estudiantes de la Universidad Estatal de Guayaquil y 25 de Enfermería y Nutrición de Milagro, quienes son capacitados para llevar a cabo un proyecto de detección temprana en esta comunidad en el cual participaron un total de 600 personas, a quienes se les realizó diferentes tipos de exámenes y se les brindó información acerca de cómo llevar una alimentación sana y hacer un seguimiento de evaluación para cada persona.

La investigación que se llevó a cabo en este trabajo se la pudo realizar gracias a la colaboración de los directivos de los tres centros de salud de Guayaquil antes mencionando, de los cuales se detallan sus principales características a continuación:

a. CENTRO MÉDICO FUNDACIÓN SANTA ISABEL, MADRE DEL PRECURSOR.

Esta institución sin fines de lucro tiene ya 21 años laborando para beneficio de las personas de bajos recursos económicos y pertenece a REDIMA (Red de Dispensarios Médicos de la Arquidiócesis de Guayaquil). Está ubicado en el sector de Sauces VI y tiene un nivel de complejidad II; ofrece una amplia gama de especialidades tales como medicina general, ginecología, pediatría, odontología, cardiología, dermatología, traumatología, oftalmología y otras más. Se realizan cirugías menores y además tiene servicio de laboratorio clínico, rayos x, farmacia y terapia física. La consulta tiene un precio reducido de \$8. Su horario regular de atención es de lunes a viernes de 8 A.M. a 7 P.M. y los sábados de 8 A.M. a 2 P.M. En este centro médico se entrevistaron un total de 200 pacientes, 100 de ellos diabéticos y los otros 100 con otras dolencias.

b. CENTRO DE SALUD FRANCISCO JÁCOME (MSP).

Este establecimiento pertenece al MSP y está ubicado en el Noroeste de Guayaquil, en el sector de la Florida (Avenida Eduardo Solá Franco). Posee un nivel de complejidad II, fue inaugurado en enero del 2010 y se encuentra abierto las 24 horas. La población aproximada a la que presta sus servicios es de 132 000 habitantes y es considerado un Centro Materno-Infantil. Presta los servicios de diferentes especialidades tales como ginecología, pediatría, odontología, psicología, obstetricia, medicina general, nutrición y otras más. Asimismo presta los servicios de laboratorio clínico, farmacia, rayos x, ecografías y acupuntura. Este centro ha sido acreedor a una certificación al “*Servicio de Salud Inclusivo*” por parte del MSP ya que el mismo es libre de contaminación y discriminación, es participativo y promueve acciones saludables entre la población. Un total de 140 pacientes de esta institución participaron en la encuesta llevada a cabo, de los cuales 70 eran diabéticos y los otros 70 tenían otras enfermedades.

c. HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL GUAYAQUIL No. 2.

Este centro hospitalario tiene un nivel de complejidad III y está ubicado en la Avenida de las Américas, junto al Cuartel Modelo. Fue fundado hace 26 años y presta servicios de salud integral a todos los servidores policiales y sus respectivos familiares directos que son beneficiarios del seguro de enfermedad de la ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía); además recibe pacientes derivados de la Red Pública Integral de Salud (RPIS). Sólo existen dos de estos hospitales pertenecientes a la Policía Nacional en el país y el otro está ubicado en Quito. El horario de atención regular en su consulta externa es de lunes a viernes, de 6 A.M. a 7 P.M. Esta institución brinda una amplia gama de especialidades tales como medicina interna, oncología, neumología, cardiología, pediatría, medicina general,

nefrología, cirugía general, dermatología y otras más. Asimismo ofrece servicio de hospitalización, emergencia, hemodiálisis, unidad de cuidados intensivos (UCI), farmacia, laboratorio y terapia física y respiratoria. En dicho hospital colaboraron un total de 60 pacientes con las encuestas, 30 de ellos eran diabéticos y los 30 restantes tenían otras enfermedades.

Políticas públicas en Ecuador

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP), dirige sus estrategias nacionales de salud hacia la diabetes, al ser una de las 18 enfermedades que causan más defunciones anuales. Esta dirección de los esfuerzos hacia la diabetes se basa en el modelo de priorización de enfermedades a través del –Índice Compuesto de Priorización de Enfermedades- (INPRIS), que combina criterios e indicadores los cuales estiman que la intervención integral y prioritaria en 18 enfermedades de alta prioridad puede contribuir a disminuir el 42% del total de muertes en el país (MSP, 2012). Bajo este concepto, la institución considera que se logra el principio de equidad en acceso a los servicios de salud.

El gobierno ecuatoriano, a través del MSP organizó durante los años 2011 a 2013, junto con el INEC, una encuesta nacional para obtener información específica de tres puntos trascendentales en salud: nutrición, sexualidad y enfermedades crónicas cuyo objetivo principal es servir de base para la elaboración de políticas públicas. Dicha encuesta se conoce con el nombre de ENSANUT-ECU (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición), la cual arrojó una serie de datos de suma importancia que ofrecen un panorama completo de los problemas estudiados que servirán para analizar las respuestas sociales de diversos inconvenientes que posee la población. (Cisneros, 2013). Por otro lado, están las prestaciones de prevención y las prestaciones de recuperación que también están dirigidas a enfermedades cuyos determinantes están relacionados a los malos hábitos alimenticios y obesidad tales como la diabetes. Para la concurrencia de estas prestaciones se realiza en primera instancia una

recolección de información relevante a través de visitas domiciliarias, información que es guardada en el Sistema de Registro del MAIS-FCI para su posterior uso.

Otra de las estrategias tomada en consideración por el Ministerio es la referida a nutrición. El MSP (2012) señala que “la población ecuatoriana se encuentra en buen estado nutricional, es una de las metas nacionales que ha convocado a diferentes instituciones del sector social” (p. 189). Ya sea malnutrición por defecto o exceso, la institución dentro de sus prestaciones integrales pretende determinar los riesgos asociados a la alimentación no saludable. Estas acciones se enmarcan dentro de lo que el plan del Ministerio denomina como prestaciones de promoción.

Además, el MSP (2017), junto con la Dirección Nacional de Normalización y el Hospital Gustavo Domínguez han elaborado una Guía de Práctica Clínica exclusiva para la diabetes mellitus tipo 2. Esta guía fue adaptada de la guía práctica del National Institute for Health and Care Excellence elaborada en 2015, y su adaptación se dio a través de una revisión por pares, reuniones de consenso y validación del manejo farmacológico (MSP, 2017). El modelo está dirigido a los profesionales del Sistema Nacional de Salud que brindan atención a los pacientes que padecen diabetes tipo 2 que incluyen médicos generales y médicos especialistas.

El mismo tipo de Guía de Práctica Clínica fue desarrollada para la diabetes gestacional por el MSP (2014), junto con la Dirección Nacional de Normalización, el Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], Sociedad Ecuatoriana de Endocrinología, Núcleo Guayas, la Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia [FESGO] y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Guayas. Esta guía práctica tiene como población objetivo a las mujeres embarazadas y sus intervenciones y acciones conllevan a la “prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes pre gestacional y

gestacional, así como prevención, detección y tratamiento de complicaciones secundarias” (MSP, 2014, p. 8).

Finalmente, se suma a los esfuerzos del MSP la creación de la *Ley de Prevención, Protección y Atención de la Diabetes*, registrada oficialmente en el 2004, la cual ha realizado una serie de diversos programas en el país para combatir la diabetes y además en el Ecuador se creó *el Instituto Nacional de Diabetología* [INADI] adscrito al mismo Ministerio. El INADI tiene a su cargo acciones como el diseño de políticas de prevención, detección y lucha contra la diabetes según lo manifiesta la ley mencionada.

Sin embargo, es de suma importancia analizar la efectividad de las implementaciones del Ministerio de Salud Pública. Así, en su trabajo Cisneros (2013) analizan la evolución de la inversión en la Salud en Ecuador desde los años 2002 hasta 2010 a través de indicadores relacionados con la política fiscal, la política macroeconómica, el presupuesto general del Estado y todos los recursos otorgados al sector. Los autores llegan a la conclusión de que el aumento porcentual en el gasto en salud alcanza el 300%, por lo que en este periodo se reflejó lo establecido constitucionalmente que es dar prioridad al gasto social en especial salud. A pesar de ello, Cisneros (2013) señalan que falta mucho por hacer como mejorar la calidad de atención médica con medicamentos y equipamientos, nuevos modelos administrativos para un manejo más eficiente de los recursos.

También da luz verde para poder realizar una evaluación general de todas las políticas sociales y de salud de este gobierno, para así poder localizar las necesidades que nuestro pueblo presenta en este momento y poder mejorar su sistema de salud. (2012). Por esa razón es indispensable que junto a los planteamientos políticos exista la información científica actualizada y confiable, para que de esa manera cualquier decisión que se lleve a cabo tenga el respaldo del conocimiento. Por este motivo el MSP y el INEC juntos deben de producir un tipo de información que sea confiable, que garantice y mejore la calidad de todos los

programas de atención primaria que existen en la actualidad y que por último mejore e incremente los programas de promoción de la salud y todos aquellos que sirvan para mejorar la calidad de vida y la salud de los ecuatorianos. (OPS, 2008).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Generalidades

El método que se efectuó en la presente investigación fue cuantitativo o tradicional. El método también denominado enfoque cuantitativo, se consideró el adecuado para el alcance de los objetivos planteados en los capítulos precedentes. Este se caracteriza por ser secuencial y probatorio, es decir sigue un orden riguroso (Hernández et al, 2011). La secuencia fue llevada a cabo en este estudio pues existió la delimitación de un problema de investigación, formulación de hipótesis, el planteamiento de objetivos y se realizó una exhaustiva revisión de literatura. Además, este método permite medir y estimar magnitudes de fenómenos (Bernal, 2010), estas atribuciones son las que permitirán hacer observables las relaciones e influencias entre las variables del estudio.

Alcance de la investigación

El alcance de la presente investigación es descriptivo, correlacional y explicativo. El alcance descriptivo puede ser definido como el análisis de propiedades, componentes, características, particularidades de mayor importancia en el desarrollo de un fenómeno, en el cual está inmersa la sociedad o un grupo específico (Hernández et al., 2011). En el estudio, el alcance descriptivo se lo lleva a cabo en el proceso de caracterización de la muestra.

Por otro lado, el alcance correlacional de acuerdo Lloret et al. (2014) es apto para responder a preguntas frecuentes en una investigación; dentro del contexto de este trabajo un ejemplo de este tipo de preguntas sería ¿Existe alguna relación entre los hábitos de consumo de alimentos y la satisfacción alimentaria en pacientes diabéticos? Así, este alcance “tiene como objetivo final conocer la relación o grado de asociación que hay entre dos o más categorías o variables, en una muestra o en particular” (Hernández et al., 2011).

Por último, para ir más allá de la descripción y relación entre variables, el estudio también tendrá un alcance explicativo el cual va dirigido a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales (Bernal, 2010). En este caso, se requiere de este alcance para determinar cuáles son las causas o factores que inciden sobre la satisfacción alimentaria.

Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación se alinea a una tipología no experimental de corte transversal. Por consiguiente, el procedimiento de la elección de la tipología no experimental se enfoca al hecho de que no existió ningún proceso de manipulación de las variables en el curso del fenómeno investigado, ya que se analizó y estudió el fenómeno como tal mientras se desarrollaba en su ambiente natural (Lloret et al., 2014). Por otra parte, dentro de la tipología no experimental electa, se efectuó un rasgo de análisis transversal ya que la recopilación de la información a las personas encuestadas en los diferentes centros de salud, se lo realizó en un mismo tiempo determinado y único.

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Las variables involucradas dentro del estudio son de tipo ordinal, las escalas miden los constructos relacionados a hábitos alimentarios, los estilos de vida respecto a la alimentación y satisfacción de vida relacionada a la alimentación. Otra escala involucrada fue la frecuencia de consumo de alimentos, este reactivo incluye ítems que valoran la frecuencia de 14 grupos de alimentos, desde nunca hasta diariamente, en que el individuo consume alimentos como pan, fideos, bebidas gaseosas, entre otros.

Además, para la investigación fue importante que los participantes reportaran una serie de datos sociodemográficos para poder caracterizar la muestra, tales como la edad, género, estado civil, nivel educativo, actividad de trabajo, peso, estatura, gasto en consumo de alimentos y número de integrantes del hogar. Por último, dado el tema del estudio el

encuestado debió reportar si padecía o no una serie de enfermedades, entre las cuales constaba diabetes.

Variables:

- Variable dependiente: Satisfacción con el consumo de alimentos (en inglés, *Satisfaction with Food-Related Life, SWFL*).
- Variables independientes: Hábitos alimentarios (en inglés, *Habits and Behaviors of Food Consumption, HBFC*); estilos de vida en relación al consumo de alimentos (en inglés, *Food-Related Lifestyles, FRL*) y frecuencia de consumo de alimentos (en inglés, *Frequency of Food Consumption, FFC*)

Tabla 5: Operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones
Estilos de vida	Construcción mental que explica, pero no es idéntica a el comportamiento real, visto también como el sistema de categorías cognitivas, guiones y sus asociaciones, que relacionan un conjunto de productos con un conjunto de valores (Bruns & Grunert, 1995)	Grado en que los productos alimenticios se relacionan con los valores de la estructura cognitiva de los consumidores (Bruns & Grunert, 1995)	Guiones de compras de alimentos. Atributos de orden superior del producto Guiones de preparación de comida. Situaciones de consumo de alimentos. Consecuencia deseada.
Satisfacción con los alimentos	Valoración positiva que la persona hace de su vida en general relacionada con la alimentación (Grunert et al., 2007)	Nivel de satisfacción relacionada a los alimentos.	Una sola dimensión: Satisfacción con los alimentos.

Hábitos Alimentarios	Discriminación entre actos de consumos racionales, planificados y autocontrolados y actos de consumo donde el componente de impulsividad podría tener más peso (Denegri, Palavecinos, Ripoll y Yáñez, 1999).	Medición de frecuencia del consumo racional y planificado (Denegri, Palavecinos, Ripoll y Yáñez, 1999).	Conductas reflexivas de consumo. Tendencia a conductas impulsivas de consumo
----------------------	--	---	---

Técnicas de recopilación de la información

Los pasos del plan de recopilación de la información fueron:

- Fuente de la obtención de datos: Se escogió a tres grupos de personas de las cuales los registros de ellos indicaban que poseían diabetes y otros no, basados en información de las unidades de salud.
- Localización: En tres unidades de salud de la ciudad de Guayaquil localizadas al Norte y Centro de la misma.
- La recolección de los datos: Esta fue elaborada mediante una encuesta personalizada, previa inducción de la misma a la muestra.
- El ingreso de datos: Los datos fueron ingresados en tablas y matrices de Excel; posteriormente los datos fueron transferidos a una base de datos usando el programa SPSS v.22.

Etapas de recolección.

Las etapas de la recolección de datos constaron de tres fases:

- Elaboración del instrumento: Se elaboró un instrumento de medición de la información que se alineaba a la consecución de los objetivos de la investigación, este instrumento tuvo la supervisión del tutor y se acopló a la necesidad de búsqueda;

se realizaron las pruebas de confiabilidad (fiabilidad) y validez a las escalas incluidas en el estudio, y los resultados arrojaron valores estadísticamente significativos.

- La aplicación del instrumento: Éste se realizó de forma categórica a los grupos señalados previamente; sin embargo, se hace hincapié en que el modelo de las escalas es tipo Likert y existen ítems de mayor cantidad de impacto que benefician a la consecución de los objetivos de la presente investigación.
- La codificación de datos: Se la obtuvo mediante Microsoft Excel y el programa estadístico SPSS v.22, los cuales brindaron información relevante y oportuna con respecto a los procesos de validación y confiabilidad de los datos.

Población

La población objeto de estudio comprende todos los pacientes que acuden a las unidades médicas muestreadas. Luego de esto se llevaron a cabo visitas a un total de tres unidades de salud del Norte y Centro de la ciudad de Guayaquil, las cuales son: a) Centro Médico Santa Isabel, Madre del Precursor; b) Centro de Salud Francisco Jácome y c) Hospital de la Policía Nacional Guayaquil No. 2, en donde por medio de diálogos y entrevistas personalizadas con los directores y médicos, se pudo confirmar que el conjunto universo de estas unidades es superior a 750 personas registradas que acuden a diversos chequeos, controles e identificación de la diabetes. Este aproximado es el considerado para proceder a calcular la muestra. Se decidió trabajar con estos tres centros de salud por cuanto la incidencia de diabetes en ellos era elevada y al mismo tiempo los Directores Médicos de dichas instituciones decidieron colaborar con la investigación de una manera amplia.

Muestra

Sólo se entrevistaron individuos que voluntariamente estuvieron de acuerdo en participar en esta investigación. Se les indicó que las respuestas eran anónimas y que el anonimato de las mismas estaba protegido. Se llevó a cabo un *análisis de poder* usando el programa

G*power 3.1. Luego, el análisis *a priori* con G*power sugirió un tamaño mínimo de la muestra para esta investigación en 176 dado que la muestra fue $N_1 =$ (no diabéticos), $N_2 =$ (diabéticos), error = 0.05, tamaño del efecto = 0.40, poder $(1-\beta) = 0.95$, proporción de diabéticos y no diabéticos $N_2/N_1 = 1.0$). El tipo de diseño muestral que se utilizó fue por conveniencia.

El promedio de edad de los entrevistados osciló por los 44 años de edad; el 70% son mujeres y el 30% son hombres; el estado civil predominante es el casado con un 35%, seguido de cerca por el estado civil soltero con un 27%. El nivel de educación de las personas encuestadas que sobresale es el de la secundaria con un 38%.

Tabla 6: Unidad de atención por paciente.

Unidad de atención	Cantidad de personas con Diabetes	Cantidad de personas sin Diabetes
Centro médico Santa Isabel (Sauces VI).	100	100
Centro de Salud Francisco Jácome (Florida).	70	70
Hospital de la Policía Nacional Guayaquil No. 2. (Norte de Gye).	30	30
Total	200	200

Análisis estadístico

Dentro de la siguiente investigación se planteó un análisis causa y efecto en el cual será posible observar cómo influyen los hábitos de compra de alimentos, los estilos de vida respecto a la alimentación y la frecuencia de consumo de alimentos sobre la satisfacción alimentaria [SWFL]. El procesamiento de datos se llevó a cabo en el paquete estadístico SPSS v.22. En este proceso se aplicaron técnicas de estadística descriptiva, de confiabilidad y validez, correlacional y análisis de regresión.

La estadística descriptiva es aplicada para el paso de caracterización de la muestra de estudio a través del reporte de datos sociodemográficos de los participantes tales como el

género, edad, estado civil, entre otros. Además, se evaluó la frecuencia del consumo de alimentos entre diabéticos y no diabéticos, mediante la misma técnica.

Análisis de confiabilidad y validez

Antes de proceder al análisis causal es importante probar la confiabilidad y validez de las escalas o constructos involucrados en el estudio. De acuerdo a Hernández et al. (2011) la validez se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir; mientras la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales. Una de las formas de probar estos dos conceptos es a través del Alfa de Cronbach (1951) y el coeficiente KMO obtenido a través del análisis de componentes principales; ambos análisis se llevaron a cabo para cada uno de los constructos mencionados. (Lloret et al, 2014).

El Alfa de Cronbach es un índice usado para medir la confiabilidad del tipo de consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados, por tanto, es el promedio de las correlaciones entre los ítems que hacen parte de un instrumento (Oviedo & Arias, 2005). Las interpretaciones de los valores obtenidos en el Alfa de Cronbach se observan en la Tabla 7.

Tabla 7: Interpretación de Alfa de Cronbach.

Rangos	Confiabilidad
0.81 a 1	Muy alta
0.61 a 0.80	Alta
0.41 a 0.60	Moderada
0,21 a 0.40	Baja
0.01 a 0.20	Muy baja

Adaptado de Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2011). Metodología de la investigación (Vol. 707). México: McGraw-Hill.

De la misma forma, el análisis de componentes principales es otra forma de medir la validez del constructo pues también se basa en las correlaciones entre los ítems. En este análisis es importante el coeficiente de KMO que permite evaluar la adecuación muestral.

(Esta medida de adecuación indica cuán grande es la correlación entre las variables medidas; si las correlaciones son suficientemente grandes, la matriz se considera adecuada para su factorización porque ofrecerá resultados estables, replicables en otras muestras diferentes, independientemente del tamaño de la muestra, o del número de factores, o del número de ítems (Lloret, Ferreres, Hernández & Tomás, 2014). Las adecuaciones según los valores sugeridos por Kaiser se presentan en la Tabla 8.

Tabla 8: Valores sugeridos para KMO.

Rangos	Adecuación
0.01 a 0.59	Inadecuado
0.60 a 0.79	Mediocre
0.80 a 1	Satisfactoria

Adaptado de Lloret, S., Ferreres, A., Hernández A., & Tomás I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169.

Análisis correlacional

Dada la naturaleza de las variables, se aplica el método de correlaciones bivariadas de Spearman. El coeficiente de correlación de Spearman (Rho) es una prueba paramétrica que mide la asociación entre dos variables medidas en escala ordinal (Tomás-Sábado, 2010). Además, este coeficiente es muy útil cuando el número de pares de sujetos (n) que se desea asociar es pequeño, menor de 30 (Barrera, 2014). Al igual que el de Pearson, oscilará entre -1 a 1. Por tanto, mientras más cercanos sean los valores a 1 indicarán que existe una asociación fuerte y positiva; por el contrario, los valores cercanos a -1 indican una asociación fuerte pero negativa o inversa. La interpretación de los valores se ha expresado por diversos autores en escalas, siendo una de las más utilizadas la que se presenta a continuación (Hernández et al., 2011):

Tabla 9: Valores de coeficiente de Spearman.

Rango	Relación
-0.91 a -1.00	Correlación negativa perfecta
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.51 a -0.75	Correlación negativa considerable
-0.11 a -0.50	Correlación negativa media
-0.01 a -0.10	Correlación negativa débil
0.00	No existe correlación
+0.01 a +0.10	Correlación positiva débil
+0.11 a +0.50	Correlación positiva media
+0.51 a +0.75	Correlación positiva considerable
+0.76 a +0.90	Correlación positiva muy fuerte
+0.91 a +1.00	Correlación positiva perfecta

Adaptado de Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2011). Metodología de la investigación (Vol. 707). México: McGraw-Hill.

Este coeficiente, al igual que el de Pearson, también es una medida de asociación lineal que utiliza los rangos, números de orden, de cada grupo de sujetos y compara dichos rangos (Barrera, 2014). Aparte de permitir conocer el grado de asociación entre ambas variables, con el Rho de Spearman es posible determinar la dependencia o independencia de dos variables aleatorias (Elorza & Medina Sandoval, 1999 citado por Barrera, 2014).

El coeficiente viene definido por:

$$r = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Dónde:

r = Coeficiente Rho de Spearman

n = Cantidad de observaciones.

x = Rango de observaciones i con respecto a una variable

y = Rango de observaciones i con respecto a una segunda variable

d = x - y

Análisis de regresión.

El análisis de correlación se relaciona de manera estrecha con el de regresión, aunque conceptualmente los dos son muy diferentes y presentan diferencias fundamentales que vale la pena mencionar (Gujarati & Porter, 2010). Una diferencia importante es que la mayor parte de la teoría de correlación parte del supuesto de aleatoriedad de las variables, mientras que la mayor parte de la teoría de regresión está condicionada al supuesto de que la variable dependiente es aleatoria y que las variables explicativas son fijas (Gujarati & Porter, 2010).

En la presente investigación el análisis de regresión se llevó a cabo mediante el método de mínimos cuadrado ordinarios (MCO). El método MCO se atribuye a Carl Friedrich Gauss, este análisis presenta propiedades estadísticas muy atractivas que lo han convertido en uno de los más eficaces y populares del análisis de regresión (Gujarati & Porter, 2010). El método asume que hay una relación lineal en las variables y su criterio se basa en reducir al mínimo el error entre los datos observados y los estimados. Así, el planteamiento de la regresión viene descrito por:

$$\hat{Y} = \alpha_0 + \alpha_1 x$$

Donde “Y” es la variable dependiente, y “x” la variable independiente. Como se revisó en epígrafes anteriores, la variable dependiente de este estudio vendría definida por la satisfacción alimentaria y las “x” por las variables relacionadas a hábitos, estilos y frecuencia de consumo de alimentos, además de otras variables sociodemográficas. Por tanto, la ecuación para el presente estudio se especificaría como:

$$SWLF = \alpha_0 + \alpha_1 HCA + \alpha_2 FLS + \alpha_3 FC + \beta_0$$

Donde además se agrega la variable de control (binaria): el padecimiento de diabetes; representada por “d”.

Finalmente para concluir, se asegura que la salud pública es un pilar muy importante para el control de diferentes enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y

la diabetes, las cuales afectan profundamente a la mayoría de la población ecuatoriana. Por lo tanto, en este trabajo investigativo se proponen cinco sugerencias para la implementación en el futuro de políticas públicas, que puedan servir para mejorar las condiciones de salud de los pacientes que poseen estas enfermedades. Dichas políticas ya han sido implementadas con mucho éxito en varios países y han obtenido resultados favorables.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y PROPUESTA

Generalidades

Este primer epígrafe describe de manera concreta varias características de los participantes del estudio. Dada la composición de la muestra, los resultados pueden ser comparados entre diabéticos y no diabéticos. Las variables sociodemográficas son analizadas entre los grupos de manera que se pueda observar si el número de diabéticos es mayor dado el género, estado civil, nivel de estudio, entre otras. Posteriormente, se evalúan diferencias en la prevalencia de enfermedades, la frecuencia de consumo de alimentos, y patrones de dieta y actividad física entre los grupos que padecen o no la enfermedad.

Variables sociodemográficas

Un total de 400 individuos fueron entrevistados. Sin embargo, aunque el tamaño mínimo de la muestra fue estimado en 176, se aplicaron más cuestionarios basados en la expectativa de datos perdidos y error en las respuestas. El análisis *post hoc* con G*Power mostró que poder $(1-\beta) = 0.99$ dado un error, tamaño del efecto y proporción de diabéticos y no diabéticos.

Entre los participantes destacó la mayor proporción de género femenino en la muestra. Además, entre los grupos, el padecimiento de la enfermedad fue más común entre las mujeres, pues más de la mitad de la muestra con diabetes (60%) correspondió al género femenino, y dentro de la muestra total se obtuvieron un 30% de mujeres con diabetes frente a un 20% de hombres. La muestra estuvo compuesta por igual proporción de diabéticos y no diabéticos, 200 en cada grupo, con un total de 400 encuestados

Tabla 10: Cantidad y porcentaje de la muestra de acuerdo al género.

Género	Diabéticos		No diabéticos		Total	
Femenino	120	(60%)	160	(80%)	280	70%
Masculino	80	(40%)	40	(20%)	120	30%

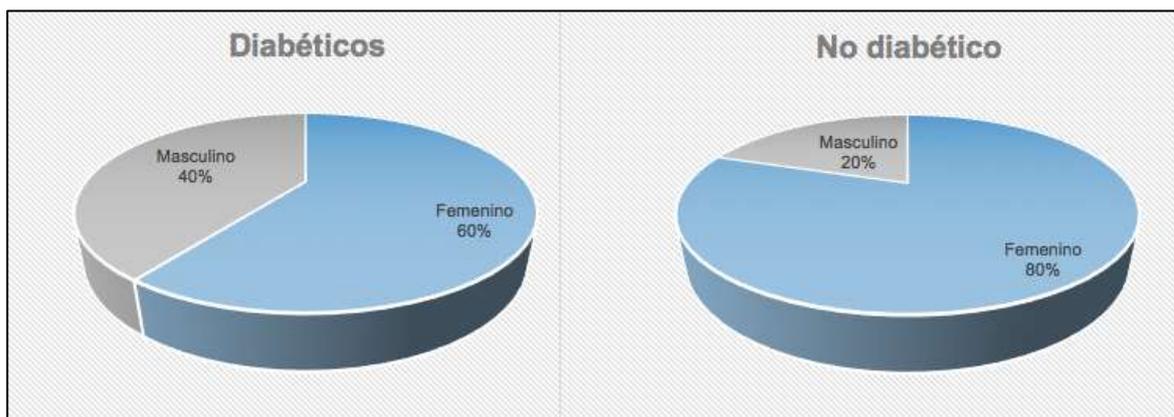


Figura 1: Composición de la muestra de diabéticos y no diabéticos de acuerdo al género.

Además, el mayor número de encuestados correspondió a personas solteras y casadas, quienes representaron más de la mitad de la muestra (62%). Las personas separadas o divorciadas acumulan un mayor porcentaje en el grupo de personas diabéticos con 22.50%, frente a tan solo un 11.50% de no diabéticos separados o divorciados.

Tabla 11: Cantidad y porcentaje de la muestra de acuerdo al estado civil.

Estado civil	Diabéticos		No diabéticos		Total	
Soltero	44	22%	65	32%	109	27,25%
Separado	26	13%	11	6%	37	9,25%
Divorciado	30	15%	11	6%	41	10,25%
Viudo	18	9%	8	4%	26	6,5%
Casado	62	31%	77	38%	139	34,75%
Vive en pareja	20	10%	28	14%	48	12%

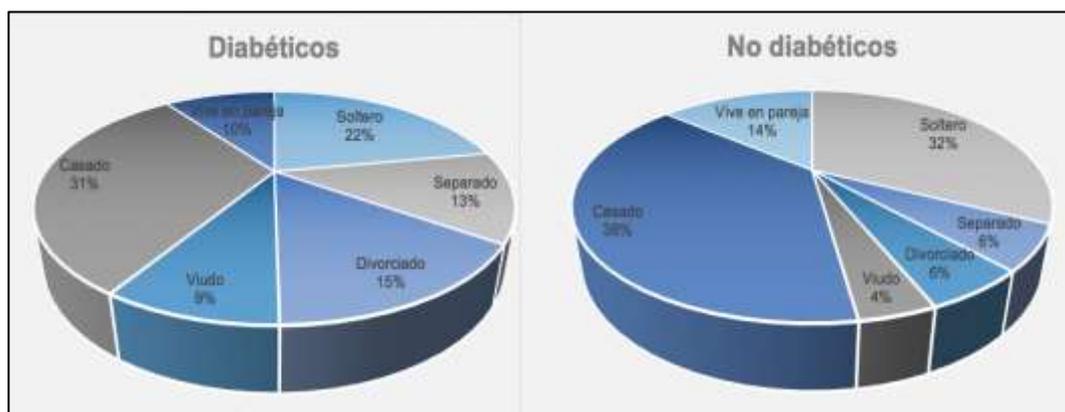


Figura 2: Composición de la muestra de diabéticos y no diabéticos de acuerdo al estado civil.

Dentro del grupo de los diabéticos es interesante el gran porcentaje de personas con niveles de educación inferiores, los diabéticos con estudios de primaria y secundaria acumulan un 57 % de su muestra frente a tan solo el 22% con estudios universitarios.

Tabla 12: Cantidad y porcentaje de la muestra de acuerdo al nivel educativo.

Nivel educativo	Diabéticos	No diabéticos	Total
Primaria	48 24%	16 8%	64 16%
Secundaria	66 33%	86 43%	152 38%
Técnica	42 21%	27 14%	69 17%
Universidad	44 22%	71 35%	115 29%

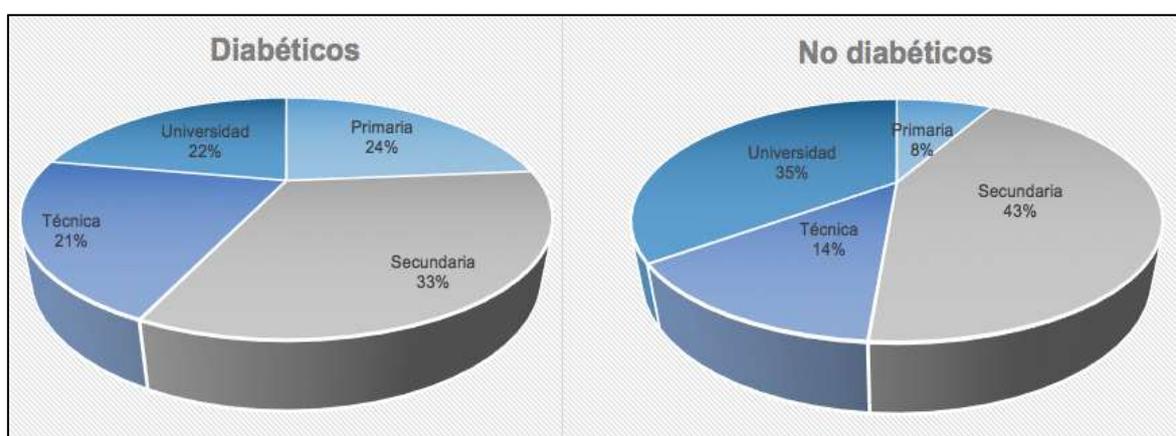


Figura 3: Composición de la muestra de diabéticos y no diabéticos de acuerdo al nivel educativo.

Asimismo, la *actividad* de empleo a la que más refirió la muestra fue *ama de casa*, llegando a representar aproximadamente la tercera parte de la muestra total; y entre los diabéticos también la mayor parte (36%) reportó ser ama de casa, este dato se podría deber a la composición de la muestra representada por una importante mayoría de mujeres (70%).

Tabla 13: Cantidad y porcentaje de la muestra de acuerdo a su actividad económica.

Actividad económica	Diabéticos		No diabéticos		Total	
Buscando empleo	12	6%	17	8,5%	29	7,3%
Empleado público	41	20,5%	41	20,5%	82	20,5%
Ama de casa	72	36%	62	31%	135	33,8%
Comercio	46	23%	26	13%	71	17,8%
Ganadería	2	1%	1	0,5%	3	0,8%
Agricultura	4	2%	3	1,5%	7	1,8%
Otra actividad	23	11,5%	50	25%	73	18%

Por otro lado, fue evidente que el peso y la edad promedio son mayores en la muestra que padece diabetes. Así también, a pesar de que el número de integrantes promedio del hogar fue menor en la muestra con diabetes, su gasto promedio mensual en alimentos fue mayor; datos que revelan que el gasto en alimentos de diabéticos no obedece a la cantidad que requieren comprar, más bien podría deberse a la clase de alimentos que necesita adquirir el diabético en busca de no perjudicar su salud, productos que por sus características son más costosos.

Tabla 14: Medias de variables: edad, integrantes de hogar, peso, altura y gasto en alimentos de acuerdo a la muestra: diabético y no diabético.

	No diabéticos	Diabéticos
Edad promedio	39,5	48,1
Integrantes del hogar promedio	4,2	3,9
Peso (lb) promedio	150,7	168,3
Altura (cm) promedio	160,5	162,8
Gasto en alimentos mensual (USD) promedio	333,6	365,4

Prevalencia de enfermedades entre los grupos.

En la evaluación entre grupos también se incluyeron una serie de complicaciones que podrían presentar los encuestados. Así, destacó la significativa proporción de diabéticos con complicaciones cardiacas e hipertensión, enfermedades que se asocian en la mayoría de los casos con la diabetes. Por otro lado, aunque las enfermedades renales también se relacionan con el padecimiento de diabetes, los resultados mostraron que no existen una significativa cantidad de diabéticos que reportaran complicaciones renales. Así también, aunque las complicaciones visuales han mostrado estar asociadas con la diabetes, en la muestra de estudio se encontró un resultado contrario a lo planteado, una significativa proporción de no diabéticos mostró tener algún tipo de complicación visual.

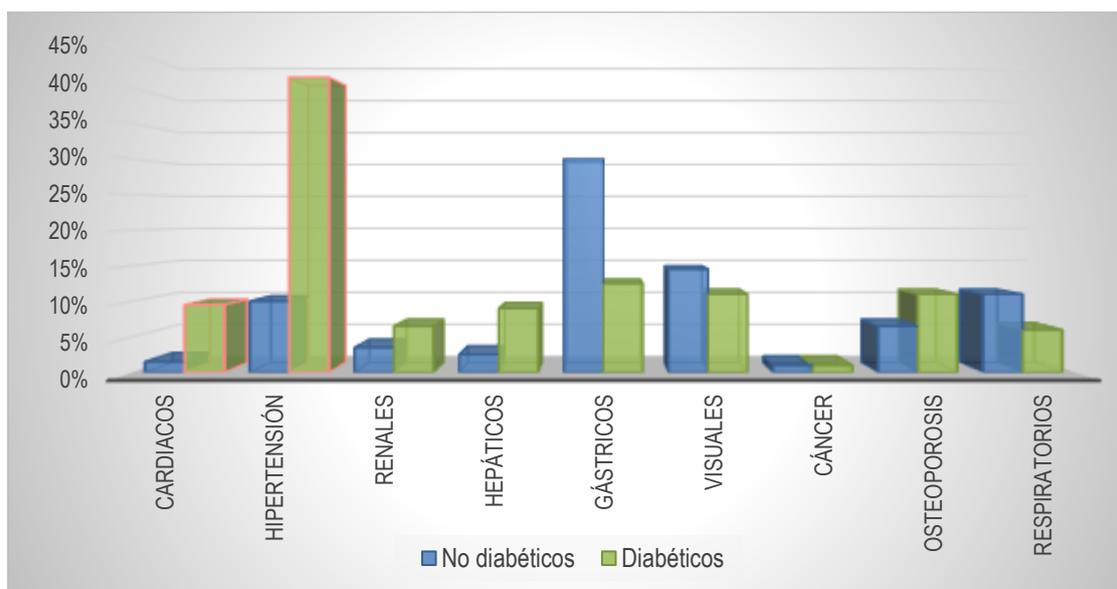


Figura 4: Prevalencia de complicaciones entre diabéticos y no diabéticos.

Además, se encontró que una importante cantidad de no diabéticos presentan complicaciones gástricas. El resto de complicaciones tales como la hepáticas, cáncer y renales no mostraron proporciones estadísticamente significativas entre las muestras estudiadas.

Tabla 15: Cantidad y porcentaje de diabéticos y no diabéticos que presentan otro tipo de complicaciones clínicas.

Complicación		No diabéticos	Diabéticos
Cardiacos	$\chi^2 = 12,48^{**}$		
No		197 (98.5%)	181 (90.5%)
Sí		3 (1.5%)	19 (9,5%)
Hipertensión	$\chi^2 = 49,48^{**}$		
No		180 (90%)	117 (58.5%)
Sí		20 (10%)	83 (41.5%)
Renales	$\chi^2 = 0,89$		
No		193 (96.5%)	187 (93.5%)
Sí		7 (3.5%)	13 (6.5%)
Hepáticos	$\chi^2 = 5,70^*$		
No		195 (97.5 %)	182 (91%)
Sí		5 (2.5%)	18 (9%)
Gástricos	$\chi^2 = 19,98^{**}$		
No		140 (70%)	175 (87.5%)
Sí		60 (30%)	25 (12.5%)
Visuales	$\chi^2 = 35,12^{**}$		
No		171 (85.5%)	178 (89%)
Sí		29 (14.5%)	22 (11%)
Cáncer	$\chi^2 = 1,72$		
No		198 (99%)	198 (99%)
Sí		2 (1%)	2 (1%)
Osteoporosis	$\chi^2 = 0,99$		
No		187 (93.5%)	178 (89%)
Sí		13 (6.5%)	22 (11%)
Respiratorios	$\chi^2 = 1,61$		
No		178 (89%)	188 (94%)
Sí		22 (11%)	12 (6%)

*Nota: Las proporciones se evaluaron mediante tablas de contingencia. $\chi^2 =$ Estadístico.
* $p < 5\%$; ** $p < 1\%$.*

Diferencia en frecuencia de consumo de alimentos entre diabéticos y no diabéticos.

De la misma forma, se analizó la frecuencia de consumo de algunos alimentos entre los grupos. Los resultados mostraron que existen diferencias significativas entre diabéticos y no

diabéticos en el consumo de alimentos refinados como pan, fideos y arroz; lo mismo sucede con el azúcar y bebidas gaseosas y azucaradas. Los productos enlatados y embutidos, alimentos que tienden a concentrar una gran cantidad de sodio, también difirieron significativamente entre los grupos.

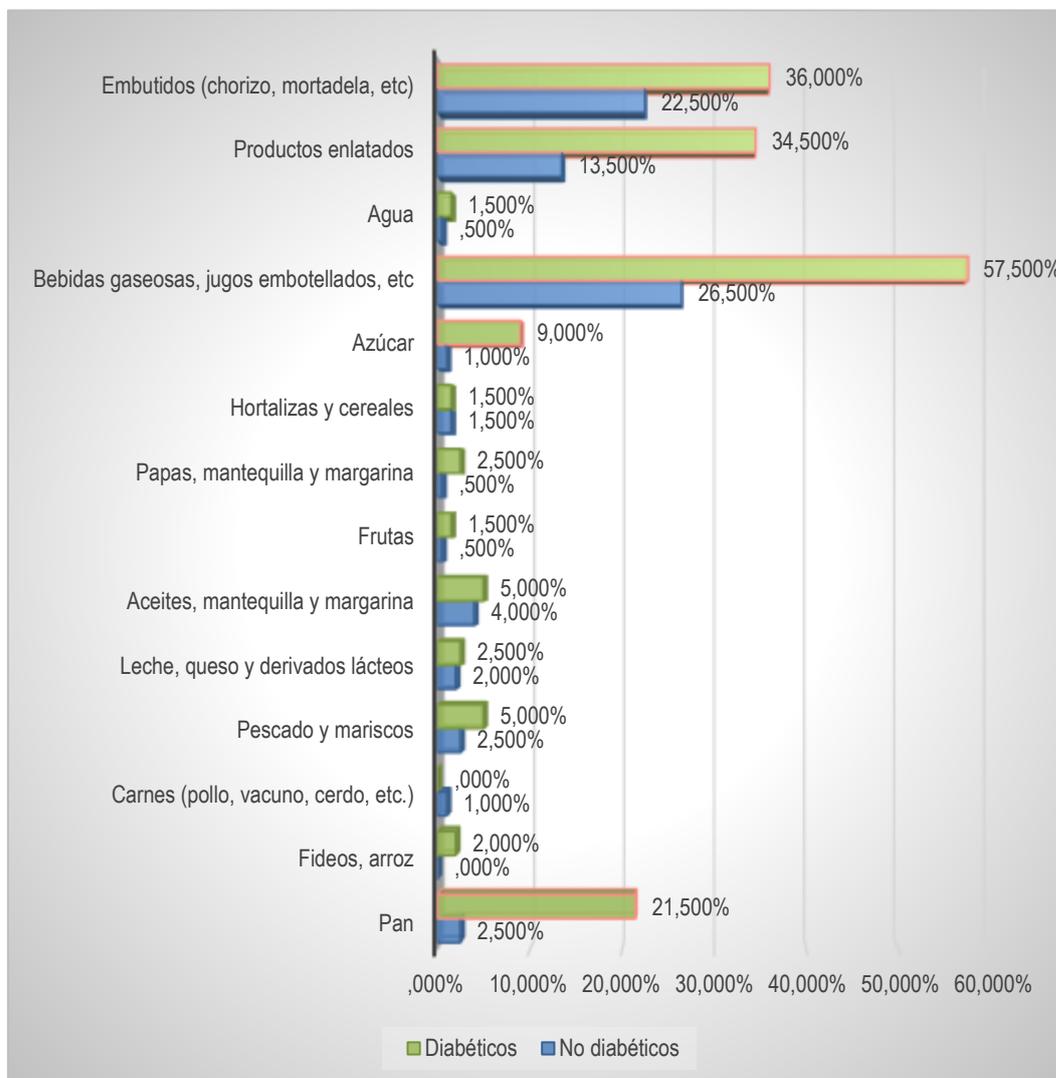


Figura 5: Porcentaje de diabéticos y no diabéticos que reporta no consumir el alimento especificado.

A partir de este análisis, y con los porcentajes representados en la Figura 5, se vuelve observable que una importante y significativa cantidad de diabéticos, renuncia a este tipo de alimentos. Sin embargo, a pesar de que el análisis permite corroborar el hecho de que el consumo de alimentos difiere entre los participantes que padecen o no diabetes, los

porcentajes muestran que más de la mitad de los encuestados diabéticos, a pesar de su condición, consumen alimentos que no deberían ser parte de su dieta, tales como pan (78.5%), arroz y fideos (98%), azúcar (91%), y otros. Esto se debe a que dentro del grupo de los encuestados diabéticos, podríamos deducir que la parte cultural influye mucho en su forma de alimentarse y que a pesar de saber que cierto tipo de alimentos son dañinos para su salud los consumen, porque han estado presentes toda su vida en sus dietas y aún no se han concientizado del mal que representan.

Tabla 16: Frecuencia de consumo de alimentos en muestra de diabéticos y no diabéticos.

Variable	No diabéticos	Diabéticos
<i>Pan</i>		$\chi^2 = 35,12^{**}$
No	6	47
SÍ	194	153
<i>Fideos, arroz</i>		
No	4	5
SÍ	196	195
<i>Carnes (pollo, vacuno, cerdo, etc.)</i>		$\chi^2 = 2$
No	4	3
SÍ	196	197
<i>Pescado y mariscos</i>		$\chi^2 = 1,76$
No	6	12
SÍ	194	188
<i>Leche, queso y derivados lácteos</i>		$\chi^2 = 0,114$
No	5	6
SÍ	195	194
<i>Aceites, mantequilla y margarina</i>		$\chi^2 = 0,244$
No	11	14
SÍ	189	186
<i>Frutas</i>		$\chi^2 = 1,02$
No	1	4
SÍ	199	196
<i>Papas, plátanos y yuca</i>		$\chi^2 = 2,69$
No	4	7
SÍ	196	193
<i>Hortalizas y cereales</i>		$\chi^2 = 0$
No	4	5

SÍ	196	195
Azúcar		$\chi^2 = 13,75^{**}$
No	4	23
SÍ	196	177
Bebidas gaseosas, jugos embotellados, etc.		$\chi^2 = 39,89^{**}$
No	56	115
SÍ	144	85
Agua		$\chi^2 = 1,041$
No	1	6
SÍ	199	194
Productos enlatados		$\chi^2 = 24,29^{**}$
No	30	72
SÍ	170	128
Embutidos (chorizo, mortadela, etc.)		$\chi^2 = 8,86^{**}$
No	48	75
SÍ	152	125

Nota: Las proporciones se evaluaron mediante tablas de contingencia. $\chi^2 =$ Estadístico.
* $p < 5\%$; ** $p < 1\%$.

Diferencia en frecuencia de dieta y actividad física entre diabéticos y no diabéticos.

Se establecieron también la existencia de diferencias significativas en la frecuencia de seguimiento de dieta y actividad física entre los grupos diabéticos y no diabéticos. Ambos aspectos son esenciales en el control de la enfermedad por lo que se espera que efectivamente el apego a una dieta y actividad física difieran entre las muestras.

La Tabla 17 muestra que la frecuencia del apego a la dieta presenta diferencias estadísticamente significativas entre los diabéticos y no diabéticos. En particular, un porcentaje bajo de pacientes con la enfermedad reportó realizar algún tipo de dieta todos los días de la semana (21%). Asimismo, dentro del grupo de los diabéticos llama la atención que un grupo considerable de ellos rara vez llevan una dieta (47.5%). Mientras que los participantes no diabéticos reportaron en su mayoría apearse a una dieta rara vez (65.5%)

Tabla 17: Diferencias en continuidad de dieta entre diabéticos y no diabéticos

Si está realizando alguna dieta, podría indicar la continuidad de la misma?	No diabético	Diabético
Nunca	30	34
Rara vez (Menos de 3 días a la semana)	131	95
Frecuentemente (3 a 5 días a la semana)	17	29
Siempre (todos los días)	22	42
Estadístico Chi Cuadrado		22,84**

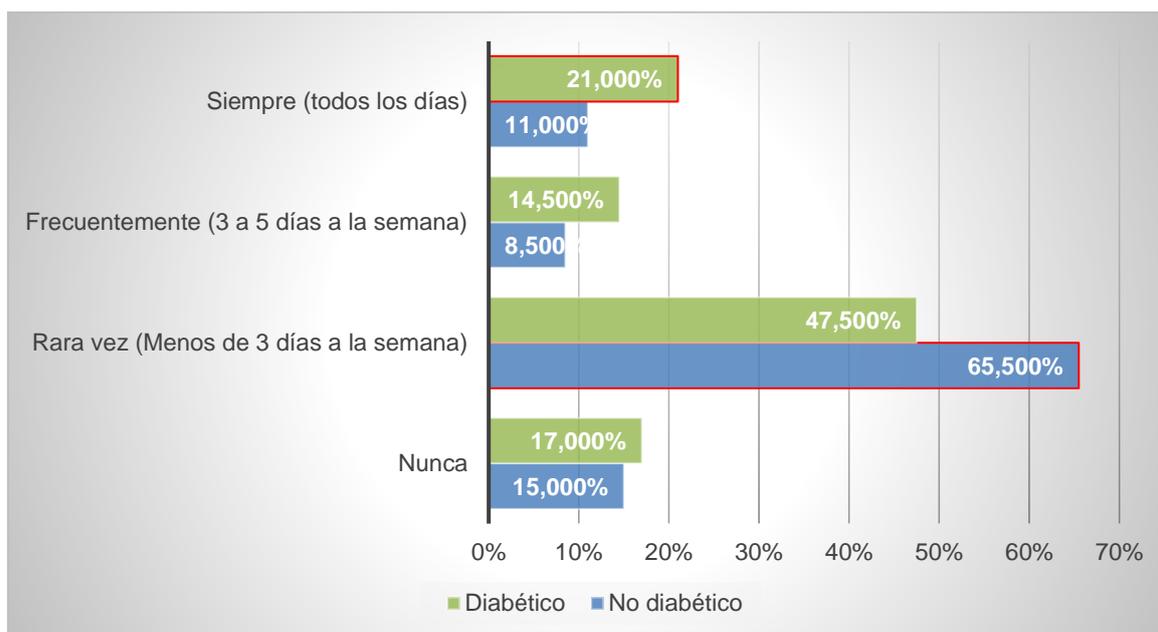


Figura 6: Porcentaje reportado de continuidad de dieta entre diabéticos y no diabéticos.

Además, los pacientes con diabetes reportaron realizar ejercicios diariamente (24%) o al menos 1 a 2 días a la semana (25%). A diferencia de los no diabéticos, de cuya muestra tan solo un 10.50% realiza ejercicios todos los días mientras que un porcentaje considerable afirmó realizar ejercicios en raras ocasiones (34%). Estas diferencias en las proporciones en las respuestas de los reactivos de frecuencia de ejercicios resultó significativa ($p < 1\%$). En los resultados es importante resaltar las proporciones en ambos grupos que reportaron no realizar actividades físicas en lo absoluto, un 25% en ambas muestras afirmaron nunca realizar actividad física (Ver Tabla 18).

Tabla 18: Frecuencia de actividad física entre diabéticos y no diabéticos.

Señale con qué frecuencia realiza ejercicios	No diabético	Diabético
Nunca	50	50
Rara vez	68	34
1-2 días a la semana	31	50
3-4 días a la semana	30	18
Todos los días	21	48
Estadístico Chi Cuadrado		28,91**

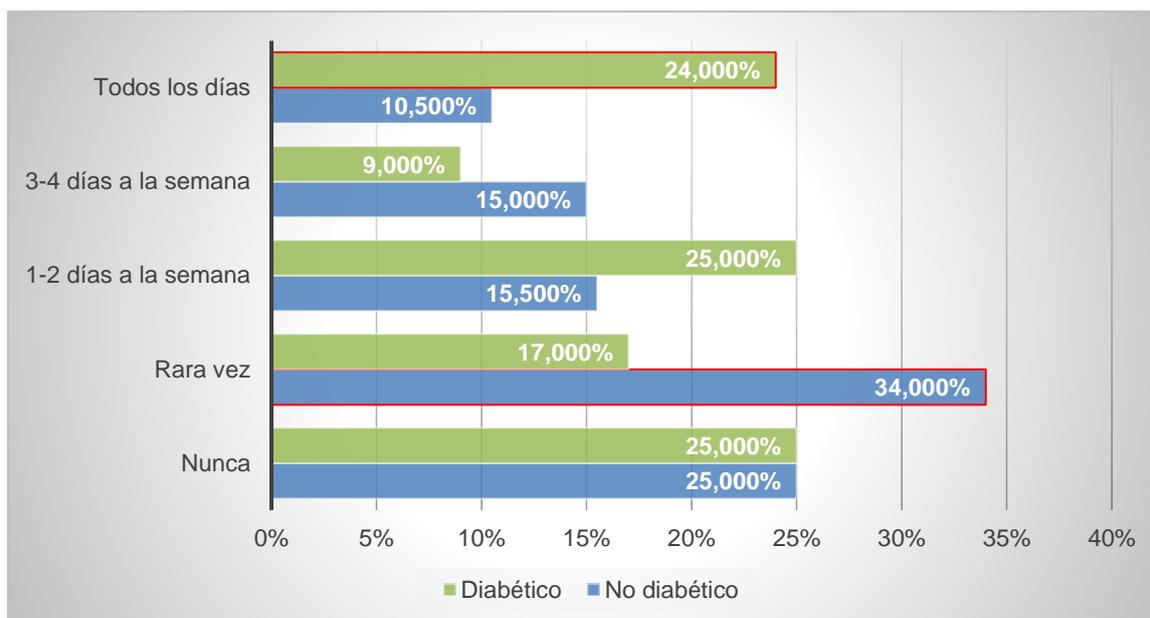


Figura 7: Porcentaje reportado de frecuencia de actividad física entre diabéticos y no diabéticos.

Además, el mismo análisis se realizó con la duración del trabajo físico de los participantes. En los resultados anteriores se pudo observar que los diabéticos realizan actividad física con más frecuencia. Sin embargo, la duración con la que realizan actividad física dichos participantes es menor que en el caso de los participantes no diabéticos. En particular, una gran cantidad de pacientes que no padecen diabetes (29%) realizan ejercicios físicos con un tiempo más prolongado, más de 30 minutos, que los diabéticos apenas un 13.50%. Además existe un grupo considerable tanto de diabéticos como no diabéticos que no realizan actividad física alguna (25%). Estos resultados permiten corroborar que entre los grupos, diabético y no diabético, existen diferencias significativas en la duración de la realización de ejercicios físicos ($p < 1\%$) (Ver Tabla 19).

Tabla 19: Tiempo promedio de actividad física entre diabéticos y no diabéticos.

Cuando realiza ejercicios, ¿cuánto tiempo promedio le dedica?	No diabético	Diabético
No realiza	50	50
5-10 minutos	22	35
11-20 minutos	27	32
21-30 minutos	43	56
Más de 30 minutos	58	27
Estadístico Chi Cuadrado		17,44**

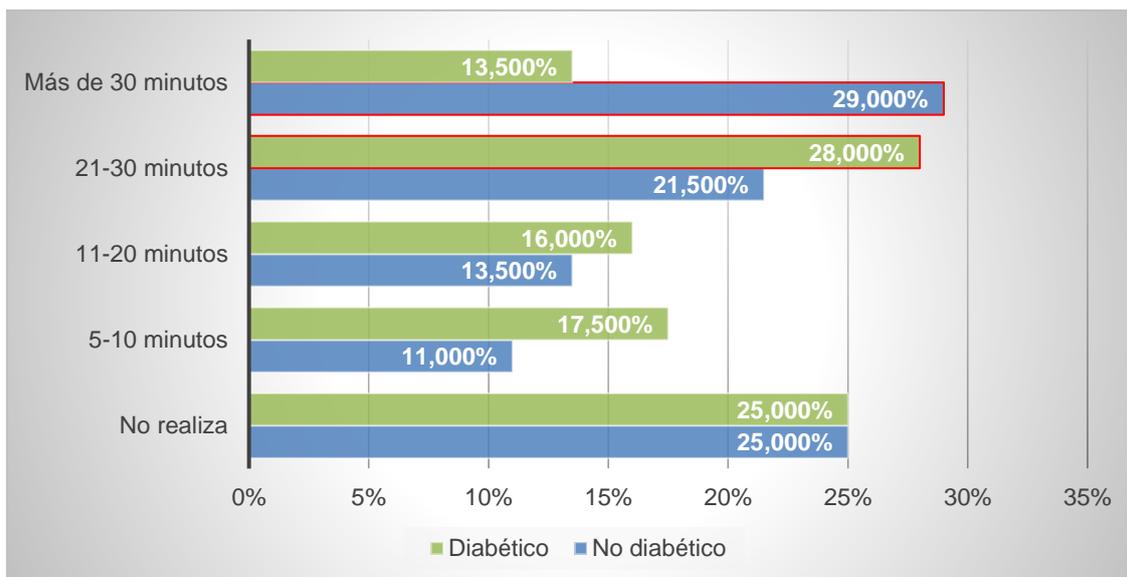


Figura 8: Porcentaje reportado de tiempo de actividad física de diabéticos y no diabéticos.

Análisis de validez en fiabilidad de las escalas.

Los análisis para la fiabilidad y validez de constructo se encuentran en las Tablas 20 y 21. Todas las escalas mostraron un Alfa de Cronbach mayor a 0.70, por lo que se puede corroborar que el instrumento de medición aplicado en la muestra de estudio, puede obtener resultados replicables en otros estudios.

Tabla 20: Medidas de confiabilidad de constructo

<i>Escala</i>	Alfa de Cronbach	N. De ítems
SWFL	0,90	5
FLS	0,76	23
HFC	0,79	10

De la misma forma, la prueba KMO y esfericidad de Bartlett mostraron que los datos son adecuados para la factorización. Además, las tres escalas mediante la extracción de factores explican suficiente varianza, más del 50% en los tres constructos.

Tabla 21: Medidas de validez de constructo.

Escala	KMO	Prueba de esfericidad de Bartlett	Varianza explicada
SWFL	0,87	1327,19**	73%
FLS	0,81	2094,7**	55%
HFC	0,85	1077,03**	52%

* $p < 5\%$; ** $p < 1\%$.

Análisis de correlación

Las correlaciones de las variables de estudio en el grupo de no diabéticos muestran coeficientes significativos entre los estilos de vida respecto a alimentos [FLS], hábitos de consumo de alimentos [HFC] y la satisfacción alimenticia [SWFL]. El coeficiente es en especial alto entre los HFC y FLS, esta correlación es directa, revelando que mientras mejor hábito de consumo de alimentos tenga una persona, mejor será su estilo de vida en respecto a alimentos, y viceversa. Además, la satisfacción alimentaria también mejora conforme los hábitos y estilos alimenticios puntúen más alto.

Tabla 22: Correlaciones entre las escalas de estudio para la muestra no diabética.

Variable		SWFL	FLS	HFC	FFC
SWFL	Coef.	1,000	,147*	,310**	0,000
	Sig.		0,042	0,000	0,997
FLS	Coef.		1,000	,384**	-0,043
	Sig.			0,000	0,566
HFC	Coef.			1,000	-0,086
	Sig.				0,247
FFC	Coef.				1,000
	Sig.				

Nota: Las correlaciones fueron ejecutadas mediante el coeficiente Rho de Spearman. Coef: Coeficiente. Sig: Significancia. SWFL: Satisfacción con los alimentos, FLS: Estilos de vida respecto a los alimentos, HFC: Hábitos de consumo de alimentos, FFC: Frecuencia de consumo de alimentos.

* $p < 5\%$; ** $p < 1\%$.

En la muestra de diabéticos se obtienen las mismas correlaciones que en el caso anterior a excepción de la correlación no significativa entre FLS y SWFL. Es decir, en el grupo diabético no existe una asociación entre su satisfacción alimentaria y sus estilos de vida. La frecuencia de consumo de alimentos no mostró asociaciones significativas en ninguna de las dos muestras.

Análisis de regresión

Los resultados de la regresión revelan que los hábitos de consumo de alimentos (HFC) son predictores significativos de la satisfacción alimentaria (SWFL). Los coeficientes indican que conforme aumente la puntuación en HFC la satisfacción alimentaria mejorará. Este efecto positivo sobre la satisfacción alimentaria de la diabetes se puede deber a que los participantes diabéticos no siguen una dieta tan estricta, y que por el contrario los no diabéticos, aunque no tiene restricciones alimentarias, quisieran mejorar algunos aspectos respecto a su forma de alimentación.

Tabla 23: Modelo predictivo de satisfacción alimentaria.

Variable dependiente		SWFL	
Predictores	Coefficiente	Error std.	t
Intercepto	9,615	2,817	3,412**
FLS	0,003	0,023	0,144
HFC	0,313	0,061	5,126**
FFC	-0,002	0,041	-0,052
R	0,297	Estadístico F	8,281

Nota: La regresión se realizó mediante el método de mínimos cuadrados ordinarios. Error std.: Error estándar, SWFL: Satisfacción con los alimentos, FLS: Estilos de vida respecto a los alimentos, HFC: Hábitos de consumo de alimentos, FFC: Frecuencia de consumo de alimentos.

* $p < 5\%$; ** $p < 1\%$.

PROPUESTA

Generalidades

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), llevada a cabo en el país durante los años 2011-2013, más de 400.00 ecuatorianos padecían de diabetes, comprendidos entre 10 y 59 años de edad. Además, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2013 hubo 63.104 defunciones en Ecuador, y la principal causa de muerte fue la diabetes con un total de 4.695 personas. Las principales causas de esta enfermedad son la alimentación no saludable y la inactividad física, lo cual conlleva sobre todo a la obesidad y de allí a una serie de complicaciones de salud sobre todo a nivel cardiovascular.

Tanto la OMS como la OPS tienen establecidos una serie de programas y planes a nivel mundial para tratar de mejorar la calidad de vida de pacientes con dolencias tales como obesidad, hipertensión y diabetes. Uno de ellos es el *Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles en las Américas 2013-2019*. En este plan se diseñaron una serie de diferentes acciones que se llevan a cabo en los estados miembros de la OMS para luchar contra este tipo de enfermedades (Macías et al, 2012). En el mismo se toman en consideración las características e iniciativas de cada región.

Asimismo, muchos países alrededor del mundo están implementando una serie de políticas de Estado para tratar de hacerle frente a este grave problema de salud que se ha incrementado a pasos agigantados en las tres últimas décadas. En los últimos años se le está dando mucha importancia a invertir en la parte preventiva de diferentes enfermedades sin descuidar la parte clínica. Además la inversión en la investigación de la cura de la diabetes es multimillonaria pero lamentablemente hasta la actualidad no se ha descubierto la cura

para la misma. Dentro del plan preventivo existen una serie de acciones que se pueden llevar a efecto para evitar la aparición de dichas enfermedades (Panagiotakos et al, 2007).

En Ecuador el MSP ha implementado una serie de diferentes acciones para combatir varias dolencias, destacándose la diabetes, entre las cuales una de las más importantes fue la creación de la *Ley de Prevención, Protección y Atención de la Diabetes*, publicada en el Registro Oficial el 11 de Marzo del 2004, la cual textualmente expresa: “La diabetes por sus efectos negativos en la salud y calidad de vida de las personas debe ser considerada un problema de salud pública y es imperativo adoptar medidas para evitarla o al menos, minimizar sus efectos” Además, por medio de esta ley se creó el Instituto Nacional de Diabetología (INAD), el cual tiene como funciones principales diseñar las políticas de prevención, detección y lucha contra la diabetes.

Otra de las acciones que emprendió el pasado gobierno del Ecuador para mejorar la salud y calidad de vida de los ecuatorianos fue la creación de un capítulo específico de salud en la Constitución de la República elaborada el año 2008, el cual en su artículo 32 dice textualmente: “El Estado garantizará el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales”. Además durante este mismo gobierno se llevó a cabo la creación de la *Red Pública Integral de Salud (RPIS)*, que está liderada por el MSP y la conforman todas las instituciones de salud del país, tanto públicas como privadas. Este organismo fue creado para aumentar la eficiencia y la eficacia de todo el sistema de salud ecuatoriano (MSP, 2008).

A pesar de todos estos cambios positivos que se han llevado a cabo en estos últimos 14 años en el Ecuador, la realidad es otra por cuanto los mismos no han servido para mejorar la atención médica en sus diferentes etapas tales como prevención, promoción sobre todo porque estos planes no se han implementado en un 100% y porque el gobierno no ha cumplido con sus ofrecimientos para con la población, sobre todo por el mal manejo de las

políticas públicas de salud (Cisneros, 2013). Es por esta razón que se hace indispensable que haya cambios radicales dentro del sistema de salud ecuatoriano para que los programas de prevención en todos los niveles sean implementados completamente. Por medio de este trabajo investigativo se pudo detectar que hay mucho por hacer para mejorar la salud de la población y se plantea una serie de sugerencias para que en un futuro cercano puedan ser implementadas por los gobiernos locales, regionales y nacionales.

POLÍTICAS PÚBLICAS SUGERIDAS.

En vista de que la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas en Ecuador continúa en aumento, es necesario implementar una serie de políticas públicas dentro del plano de salud para mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos y al mismo tiempo reducir el índice de mortalidad de todas estas enfermedades, principalmente la diabetes. A continuación se proponen cinco diferentes políticas públicas de salud, de las cuales las tres primeras se concentran en la prevención. La mayoría de estas sugerencias ya han sido implementadas en diferentes países del mundo y están siendo promovidas por la OMS y la OPS.

1. Ampliar la educación nutricional para toda la familia.

Hay que recordar que el ser humano es un animal de costumbres y a lo largo de nuestras vidas aprendemos a alimentarnos de una manera específica de nuestros padres y así es como de generación en generación vamos adquiriendo costumbres nutricionales inadecuadas (Fox, 2003). En Ecuador prevalece dentro de su cultura alimenticia el comer muchas frituras y carbohidratos (pan blanco, arroz y papas), lo cual acompañado con el sedentarismo provoca una serie de enfermedades tales como la obesidad, diabetes y cardiopatías. El problema de la mala alimentación que existe en los ecuatorianos es

netamente cultural y para erradicarlo completamente es necesario educar tanto a los niños como a sus padres dentro del plano nutricional.

Naturalmente los niños tienden a reproducir las acciones que realizan sus padres, por esa razón éstos últimos sirven como modelos para cambiar hábitos en sus hijos (Durán et al, 2012). Bajo este punto de vista, se torna indispensable educar a los padres en conocimientos relacionados con nutrición para que de esa manera ellos sepan cómo alimentar correctamente a su familia y hacer las correcciones necesarias cuando la situación lo amerite.

Esto se puede lograr implementando charlas y talleres específicos sobre este tema para los padres en las mismas escuelas donde asisten los niños y además preparando información adicional en folletos para que ellos puedan llevarlos a casa. Dentro de esta información se podría difundir la cantidad de calorías promedio que deben de consumir diariamente tanto los adultos como los niños y además se daría a conocer el contenido nutricional y total de calorías de ciertos platos populares en Ecuador. Asimismo en este programa se puede incluir una serie de sugerencias de diferentes tipos de comidas y menús variados que sean nutritivos y bajos en grasas y calorías.

Además, se propone que este tipo de educación debe ser implementada en todas las escuelas y colegios del país de manera obligatoria, desde que el niño empieza su educación escolar para que así se les enseñe a comer de manera saludable desde temprana edad y al mismo tiempo vayan adquiriendo hábitos alimenticios saludables. Se debe de incluir en el pensum académico de las escuelas y colegios de todo el país la materia de *nutrición*, que deberá ser impartida con un mínimo de dos horas semanales. Además el MSP podría implementar campañas masivas de difusión de información nutricional en todo el país por medio de la prensa escrita, radio y la televisión.

Un ejemplo claro de este tipo de política que se propone es el *Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA)*, que se encuentra implementado en México desde hace

varios años, el cual fue creado para ayudar a habitantes de bajos recursos económicos. Las familias que se escogen para este programa son beneficiarias en primer lugar de educación, tanto en nutrición como en diferentes aspectos de la salud y además todos aquellos niños pertenecientes a estos grupos, menores de 18 años y que estén estudiando entre el tercero de primaria y el tercero de secundaria en escuelas públicas, reciben una beca. Además, se brinda toda la ayuda necesaria para que se perfeccione la calidad de la educación en dichas escuelas (Barquera, Rivera & Gasca, 2001).

Las dependencias del gobierno que intervienen en este programa son del sector educativo, de salud, administrativo y de desarrollo. Además el Banco Mundial colabora en este proyecto y la institución que se encarga de escoger a las familias es la Secretaría de Desarrollo Social. Las Secretarías de Educación Pública y Salud son las que implementan los lineamientos y normas del programa y además son las encargadas de controlar la asistencia a las diferentes actividades que se establecen (Barquera et al, 2001).

El *BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)*, a través de su política de nutrición posee varios programas, por medio de los cuales apoya económicamente a muchos países para combatir y erradicar el problema de desnutrición que existe en la actualidad. Para el BID es relevante colaborar con los países para poder determinar las causas e incidencia de la desnutrición para así corregir estas carencias. Este banco estipula que es de suma importancia considerar el estado nutricional de los habitantes cuando se establecen políticas públicas relacionadas con la alimentación (BID, 2010).

Uno de los principales objetivos de estos programas es el de brindar ayuda, tanto técnica como económica, a todos aquellos organismos internacionales y nacionales que llevan a cabo campañas para mejorar la nutrición de los habitantes. Dentro de los diferentes proyectos que son favorecidos por el BID se destacan:

- a. Aquellos que educan a la población en hábitos alimenticios y que incentivan a introducir diversos tipos de nuevos alimentos dentro de la mesa familiar, utilizando los medios de difusión social, en los colegios y escuelas a nivel nacional.
- b. Los que instruyen a todos los especialistas en programas de nutrición.
- c. Planes que instauran actividades para el mantenimiento y acumulación de diversos tipos de alimentos que son considerados vitales para el ser humano.

2. Impulsar masivamente las actividades físicas y deportes.

Durante la conferencia sobre Promoción de la Salud llevada a cabo en Ottawa en 1986, se instauró como principal objetivo la “Salud para todos” y dentro de la cual se consideró a la actividad física como un mecanismo indispensable para mejorar la salud (Díaz, 2001). Por esta razón otra de las propuestas de este trabajo de investigación es el incremento de las actividades físicas y el deporte a toda la población en general por medio de la puesta en práctica de una política pública de estado. Este tipo de programa está siendo muy efectivo en los Estados Unidos de América por medio del programa llamado *Healthy People 2000*, por medio del cual se está logrando mejorar considerablemente la salud de los estadounidenses, el cual contiene un total de 319 objetivos agrupados en 22 áreas (García et al, 2012).

El gobierno debe de implementar más sitios de recreación a nivel nacional como por ejemplo la creación de parques y dentro de ellos construir diferentes tipos de canchas deportivas, pistas para correr, piscinas, colocar diferentes variedades de máquinas para hacer ejercicios y que estén a la disposición del pueblo a toda hora. En dichos lugares el MSP puede colocar profesionales licenciados en educación física para que implementen diferentes programas deportivos y de ejercicios para la población de manera gratuita. Asimismo, se debe de incentivar y ayudar económicamente a las federaciones deportivas de todas las provincias del país para que ellas puedan elaborar una serie de programas

deportivos gratuitos o a bajo costo para toda la ciudadanía, en los cuales se incluyan los deportes más populares que se practican en el país tales como fútbol, vólibol y básquet que podrían estar para disposición al público durante las tardes o noches e inclusive durante los fines de semana

Además, es necesario que el Estado promueva el incremento de la práctica deportiva y ejercicios dentro de las escuelas y colegios del país. En la actualidad normalmente los estudiantes le dedican entre una y dos horas a la semana para realizar actividades físicas dentro del plantel educativo. Una de las propuestas es aumentar ese número de horas a tres o cuatro por semana y que se establezca como obligatorio el elaborar competencias deportivas entre los estudiantes a lo largo de todo el año, sobre todo durante los fines de semana o fuera del horario normal de clase.

Igualmente, los profesores deben hablarles a sus estudiantes con frecuencia sobre la importancia de realizar deportes y actividad física y así promover estas prácticas tan saludables. Es indispensable que se realice una campaña masiva de promoción de este tipo de actividades a toda la población, utilizando medios de comunicación populares tales como las redes sociales y la televisión, en donde se haga énfasis en los beneficios de los mismos para nuestra salud y al mismo tiempo dar a conocer que sucede dentro de nuestro organismo cuando somos sedentarios.

Inclusive el gobierno debe de dar incentivos tributarios para todas aquellas empresas que promuevan las actividades físicas entre sus empleados, tales como la práctica de deportes específicos (fútbol, vóley, etc.), y llevar a cabo campeonatos deportivos. Además las compañías podrían implementar un gimnasio para sus empleados dentro de sus instalaciones, programas diversos de actividades físicas tales como clubes de bailoterapia, caminatas o competencias de natación o ciclismo entre sus miembros.

La OMS, a través de su programa llamado “*Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*” que fue implementado a partir de mayo del 2004, cubre varios objetivos, entre los cuales los principales son:

- a. Disminuir los componentes de riesgo de aquellas enfermedades no transmisibles, que están relacionadas con una alimentación poco sana y a la ausencia de actividades físicas.
- b. Fomentar la implementación de políticas públicas a todo nivel, con la finalidad de incrementar los ejercicios físicos y optimizar las dietas, haciendo partícipes a todos los integrantes de la sociedad.
- c. Incentivar el conocimiento relacionado con las actividades físicas y una dieta saludable.

Existen pruebas contundentes que si se practican actividades físicas con frecuencia, se come sano y no se consume tabaco, las personas van a poder llevar una vida saludable. Por medio de los ejercicios físicos se consume energía, ayuda a controlar el peso, mantener el equilibrio de nutrientes y disminuye el riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares. Además, todas aquellas investigaciones que se han llevado a cabo con relación a las actividades físicas durante los últimos 20 años, nos demuestran la innegable importancia de las mismas para poder controlar a las enfermedades no transmisibles (OMS, 2004).

3. Implementar programas de detección temprana de diferentes enfermedades.

Normalmente, todas las medidas que las autoridades de salud toman en los programas de detección temprana se las realizan en personas mayores de 20 años. El autor propone que esta situación cambie y se implemente un proceso de seguimiento de las características físicas tanto de niños como jóvenes, lo cual va a permitir poder detectar a tiempo a personas con riesgo de desarrollar varias enfermedades tales como hipertensión, obesidad, diabetes, etc. y así prevenir su desarrollo.

Para llevar a cabo este proceso se podría implementar el uso de un *carnet metabólico*, el cual puede ser utilizado de la misma manera que se lo hace con el carnet de vacunación, en donde los médicos registrarían diferentes características de los estudiantes a lo largo de su vida tales como estatura, peso, el índice de masa corporal (IMC), resultados básicos de hemogramas y también los antecedentes familiares de enfermedades crónicas no transmisibles como es el caso de la diabetes e hipertensión. Este tipo de documento sería un requisito obligatorio para poder ingresar a escuelas y colegios del país. Este carnet ya se está utilizando en México y se están obteniendo muy buenos beneficios (Fox, 2003).

Los resultados que se podrían obtener de la utilización de esta cartilla son cinco:

1. Se incrementarían las posibilidades de que los médicos detecten con mucha anticipación los factores de riesgo de varias enfermedades, tanto en niños como en jóvenes y de esa manera se harían los correctivos necesarios a tiempo.
2. Dentro del sistema escolar también se pueden identificar a los estudiantes que se encuentren con sobrepeso o que estén en peligro de desarrollar alguna enfermedad y poder brindar una asesoría adecuada.
3. Estos datos pueden servir para la implementación de un *registro de enfermedades a nivel nacional*, el cual sería de gran utilidad para combatirlas.
4. Cuando la diabetes u otra enfermedad crónica degenerativa es detectada a tiempo, esto sirve para mejorar la calidad de vida de ese paciente por cuanto se va a poder evitar la aparición de una serie de complicaciones de salud que se pueden presentar tales como deficiencias renales, enfermedades cardíacas, ceguera, etc.
5. Además esta detección temprana es costo-efectiva ya que va a evitar el incremento de los gastos de salud que se presentan cuando las complicaciones

antes mencionadas aparecen. Según Beitman et al (2014), de cada 100 pesos que se gastan en diabetes en México, 70 pesos son destinados a la atención de casos con complicaciones y los 30 pesos restantes a casos controlados y lo mismo sucede con otras enfermedades. Implementando esta política pública de salud, el estado lograría ahorrar millones de dólares que en la actualidad gasta para atender las complicaciones de salud que se presentan cuando las enfermedades ya están avanzadas.

Además se propone que el MSP realice frecuentemente a nivel nacional campañas de detección temprana de diferentes enfermedades tales como obesidad, diabetes e hipertensión, ofreciendo pruebas químicas y exámenes médicos gratuitos, como por ejemplo el examen de nivel de glucosa en sangre que es muy fácil y rápido de llevar a cabo con una sola gota de sangre. Estos tipos de exámenes deben ser realizados de manera obligatoria a todos aquellos niños y jóvenes que se encuentren con sobrepeso y que posean antecedentes familiares de estas enfermedades.

En los Estados Unidos de Norteamérica (USA) existe una institución llamada: “*Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de Norteamérica para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*”, el cual ha implementado una serie de diversos programas en todo el país para hacerle frente a esta enfermedad que es la causante de un gran porcentaje de muertes. Esta institución considera de suma importancia saber reconocer la pre-hipertensión a tiempo para de esa manera hacer un diagnóstico veraz y efectivo. Es necesario que se dé un entrenamiento adecuado a quienes se encargan de la medición de la presión arterial, calibrar los instrumentos adecuadamente, hacer una evaluación y seguimiento correcto de los pacientes (Díaz, 2001).

Este comité recomienda que cuando se haga una evaluación del paciente con hipertensión se trate de identificar otras causas de riesgos cardiovasculares, los estilos de

vida del paciente sean valorados y además reconocer enfermedades relacionadas a la misma que puedan alterar el tratamiento. El objetivo final de cualquier terapia antihipertensiva, desde el punto de vista de salud pública es el de disminuir la mortalidad renal, cardiovascular y el índice de morbilidad. Finalmente hacen hincapié en la gran importancia de cambiar positivamente los estilos de vida.

La OMS posee un programa que ha sido implementado a nivel mundial llamado originalmente en Inglés: “*2008-2013 Accion plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*”, el cual trabaja en conjunto con los gobiernos de varios países alrededor del mundo para tratar de prevenir y controlar las cuatro más comunes enfermedades no transmisibles que son: cáncer, diabetes, hipertensión arterial y enfermedades respiratorias crónicas. Además se dedican al estudio de los más comunes factores de riesgo de dichas dolencias, los cuales son el alcohol, tabaco, inactividad física y dietas no saludables (OMS, 2015).

Los objetivos principales de este plan son tres:

- a. Reforzar los cuidados de salud para todas aquellas personas que poseen cualquiera de estas enfermedades por medio del desarrollo de normas específicas.
- b. Analizar los determinantes políticos, sociales, económicos y de comportamiento, preferentemente en la población de bajos recursos económicos con la finalidad de proveer una guía para la elaboración de medidas y políticas sanitarias.
- c. Reducir el nivel de exposición de la población, a los factores de riesgo de estas enfermedades no transmisibles como lo son las dietas no saludables, el tabaco y la falta de actividad física.

Con el fin de poder alcanzar los objetivos antes descritos, es indispensable que exista una colaboración mancomunada entre la OMS y toda la comunidad mundial para así darle

forma a una estrategia definitiva que sirva para erradicar estas enfermedades. Además es de suma importancia llevar a cabo tres pasos que son:

- a. Los componentes principales para poder reducir las muertes prematuras y discapacidades debidas a estas enfermedades deben de ser la prevención y la promoción de salud.
- b. El seguimiento de estas enfermedades es de mucha importancia para poder cuantificar sus determinantes, lo cual sirve para tomar decisiones y crear políticas que ayuden a erradicar este problema.
- c. Innovaciones dentro del campo del cuidado de la salud y de sus administradores, que sirvan para que poder solucionar las necesidades que se presenten.

4. Brindar educación interactiva en salud.

Con este tipo de educación se logra una participación más representativa de los grupos interesados y se obtienen mejores resultados. Según García et al (2012, p.53), “su objetivo es desarrollar en las personas la capacidad para pensar y decidir acerca de su salud, partiendo de la discusión en grupos, facilitada por el proveedor de salud”. Este tipo de educación ha sido probada con éxito en el *Programa de Educación en Diabetes del Instituto Nacional de Endocrinología de Cuba* y ha dado excelentes resultados. En este tipo de educación, el contenido y la intención es planteada por los propios beneficiarios. Esta propuesta considera las verdaderas necesidades de salud de los enfermos y tanto la comunicación como la educación les permiten a éstas personas tomar sus propias decisiones dentro del plano sanitario para impedir que la situación se complique (Bergman et al, 2012).

A lo largo de muchos años, las estrategias comunicativas que se han empleado dentro del plano de la salud han sido en una sola dirección y netamente biológicas, pero es importante recalcar que este proceso es responsabilidad de los servicios sanitarios, la sociedad y las personas a las que se dirige esta intervención educativa (García et al, 2012).

Este tipo de propuesta toma en consideración tres puntos muy importantes para evitar temores y frustraciones en los pacientes los cuales son: a) Hay que respetar las tradiciones y valores de los pacientes; b) Se debe considerar las opiniones de las personas sobre sus necesidades de salud y c) Hay que promover la responsabilidad de la comunidad y los individuos utilizando métodos participativos de comunicación y educación, las cuales se encuentran relacionadas de una manera muy fuerte pero al mismo tiempo son autónomas.

La enseñanza tradicional está fundamentada en un sistema de comunicación de tipo lineal en donde el educador ejecuta un estímulo y obtiene una respuesta de parte del receptor (Bolaños, 2009). Esta propuesta sugiere un tipo de educación diferente en donde exista una comunicación igualitaria y que sea más interactiva, la cual puede darse de dos maneras: a) La llamada *comunicación participativa*, en donde todos los miembros de una agrupación hagan al mismo tiempo las funciones de receptor y emisor, para de esa manera transformarse en coautores de los mensajes y b) La *comunicación en grupos*, la cual a su vez se divide en dos partes, en primer lugar la exposición del mensaje y luego la deliberación y discusión del mismo.

Según Beitman et al (2014), por medio de éste método se trata de conseguir que el paciente incremente su capacidad para pensar y decidir cuáles son sus prioridades para mejorar su salud. El médico o promotor de salud debe de utilizar un lenguaje sencillo, sin usar palabras técnicas y elaborar una serie de actividades de aprendizaje que servirán para que exista una participación activa que se va a fundamentar en la colaboración de todos para buscar soluciones acordes a sus necesidades. Es indispensable que los pacientes se empoderen de toda la información concerniente a su enfermedad, ellos deben de comprender que ocurre dentro de sus organismos para así poder mantener bajo control la situación y evitar mayores complicaciones (Díaz, 2001).

Los miembros de la familia del paciente van a colaborar en tres puntos estratégicos que son (Beitman et al, 2014): a). Asistir a los pacientes con sus cuidados y al mismo tiempo deben de empaparse de los conocimientos necesarios relacionados con la enfermedad; b). Supervisar que el enfermo continúe el tratamiento pero permitiendo que ellos asuman esa responsabilidad y c). Promover estilos y hábitos de vida saludables mediante su intervención en diferentes tipos de actividades que fomenten la salud.

Generalmente, los profesionales de la salud, tanto médicos como enfermeras no ponen en la educación el mismo interés que en la parte clínica, es por esta razón que se descuida la parte educativa y no se le brinda al paciente todas las herramientas de conocimiento para que se empoderen sobre todo lo relacionado a su enfermedad. Los cuidados y la educación no se desarrollan de manera integral y la parte educativa consiste en una consejería directa del proveedor de salud hacia el paciente, presionando al mismo para que adquiera una actitud dócil y pasiva (García, Suárez & Mateo, 1997).

Durante los años noventa, se consideró de mucha importancia el añadir otro tipo de formas de educación a los pacientes para que mejore su salud y que puedan tener un adecuado control de su metabolismo, usando diferentes técnicas educativas que estén fundamentadas sobre todo en la participación directa de ellos y no en la transferencia de información. Este tipo de educación se ha popularizado en América Latina durante la última década con resultados positivos y se han implementado programas educativos en varios países de esta región, que han usado el modelo participativo implementado por Kronsbein (García & Suárez, 2006).

5. Incrementar impuestos a productos con alto contenido calórico.

De acuerdo a la OMS (2015), las américas tienen la mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso en el mundo y una de las principales razones para ello es el consumo indiscriminado de bebidas azucaradas, además también existe una ingesta excesiva de

alimentos que contienen una gran cantidad de calorías y que en cambio poseen muy pocos nutrientes y por último otras de las causas es la falta de actividades físicas o deportes dentro de la rutina diaria. De acuerdo a la directora general de la OPS (2009), lo más alarmante es que los casos de diabetes tipo 2 se han incrementado notablemente. Debido a esta situación tan serie que se ha suscitado, varios países en todo el mundo que ya han implementado este tipo de impuesto tales como México, USA, Dominica y Barbados.

Este tipo de propuesta ya ha sido realizada con mucho éxito en México, el cual es considerado uno de los pioneros en este campo, en donde luego que se impuso un incremento considerable en los impuestos a este tipo de bebidas, se pudo reducir en un 6% el consumo de estos refrescos en un año (Rivera, 2007). Durante la *Reunión técnica sobre diabetes en las américas*, llevada a cabo en la ciudad de México entre el 7-8 Abril del 2016, la directora general de la OPS, Carissa Ettiene, expresó textualmente: “México es un ejemplo para este tipo de políticas. Su estrategia y plan de acción para combatir la diabetes, obesidad y el sobrepeso incluyen políticas de salud pública, mejoras en la atención médica y el uso de políticas fiscales”

Durante el año 2013, en México se dio el caso que el grupo empresarial Bimbo que fabrica diferentes tipos de panes anunciaron que si el Congreso mexicano incrementaba los impuestos a los productos de alto contenido calórico, estarían dispuestos a cambiar las recetas de varios de ellos, para de esa manera mejorar su contenido nutricional y reducir el total de calorías, con el objetivo principal de evitar que dichos productos sean gravados con más impuestos (Trujillo, 2016).

Como ejemplos claros de esta política pública tenemos el caso de los Estados Unidos de Norteamérica (USA), en donde durante los años de 1977 a 2002, el consumo de bebidas con alto contenido en calorías se duplicó. Debido a ésta situación, el gobierno decidió imponer un impuesto extra a las bebidas azucaradas y en los últimos 10 años, el precio de dichas

bebidas aumentó en un 10 % como promedio en varios de sus estados y se produjo una disminución en el consumo de las mismas de un 7% aproximadamente. El impuesto que se creó consiste en un centavo de dólar por cada onza de bebida, lo cual incrementó el precio de una bebida azucarada de 20 oz., entre un 15-20% (Rivera, 2007).

Haciendo una estimación de las ganancias que se generan por este impuesto, el autor calcula que por ejemplo en el estado de Nueva York se recaudarían aproximadamente al año \$937 millones de dólares, los cuales pueden servir para crear diferentes tipos de programas tales como programas de nutrición escolar, de prevención de la obesidad, cobertura de salud para las personas de bajos ingresos económicos. Además, de acuerdo a una encuesta realizada en el año 2008 en el estado de Nueva York, el 52% de sus residentes apoyaron la aplicación de este tipo de impuesto e inclusive dicho apoyo aumentó cuando se les dijo que el dinero recaudado iba a servir para crear varios programas de salud (Brownell et al, 2009).

COMENTARIO

Las prioridades en salud pública han sido modificadas debido al éxito que han conseguido aquellas políticas sanitarias relacionadas con la prevención de diversas enfermedades. Los sistemas de salud han tenido que adaptarse drásticamente a los cambios para poder hacerle frente a esta nueva epidemia de enfermedades crónicas que tienen como factor común la obesidad. Todas ellas pueden ser controladas y prevenidas pero es necesario un trabajo mancomunado y organizado de políticos, médicos, enfermeras, maestros e inclusive padres de familia, para así poder regular, informar y promover cambios positivos en la sociedad.

El sector de la salud estuvo concentrado en resolver problemas de enfermedades infecciosas y sus consecuencias durante mucho tiempo, pero hoy en la actualidad ha sido necesario que efectué cambios para poder hacerle frente a la epidemia que existe de enfermedades crónicas no transmisibles como es el caso de la diabetes y la obesidad, que

tiene como factor común la mala nutrición. Por ese motivo se debe de llevar a cabo modificaciones en los pensum académicos de los profesionales de la salud para que promuevan cambios profundos en la población con riesgos de presentar estas enfermedades. Asimismo los gobiernos, comunidades, e inclusive el núcleo familiar debe de aprender a promover estilos de vida saludable (García y Suárez, 2006).

Por último, es indispensable reflexionar sobre la actuación de la industria alimenticia, la cual debe de entender que es hora de hacer cambios profundos dentro de sus lineamientos y sistemas de producción, por cuanto cada vez son más los gobiernos que exigen se elaboren productos de mejor calidad, más saludables, con menos contenido de grasas y azúcares; han empezado a regular a esta industria de diferentes maneras tales como solicitar etiquetas con la respectiva información nutricional del producto e inclusive a prohibir en ciertos países la propaganda masiva de ciertos alimentos (OMS, 2015).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Esta investigación analiza los factores que influyen en la satisfacción con los alimentos en pacientes diabéticos y no diabéticos de diferentes centros de salud de la ciudad de Guayaquil los cuales son: a.) Hábitos alimentarios; b.) Estilos de vida en relación al consumo de alimentos y c.) Frecuencia del consumo de alimentos. El objetivo principal de este trabajo es evaluar la muestra del estudio y proponer la implementación de una serie de diferentes políticas públicas que van a servir para mejorar la calidad de vida de éstos pacientes. A continuación se exponen las diferentes conclusiones a las que se llegó:

- Para realizar este trabajo investigativo se llevó a cabo el estudio de una literatura amplia de más de 60 libros y artículos de los últimos 25 años, en los cuales se pudo obtener mucha información veraz que sirvió para evidenciar los avances modernos relacionados al tema específico de investigación, que es la satisfacción con el consumo de alimentos y los factores que influyen en la misma, en pacientes diabéticos y no diabéticos. Además todas las fuentes bibliográficas utilizadas se consideran de un alto impacto a nivel científico.
- Las características principales de la muestra estudiada de pacientes diabéticos y no diabéticos son: a.) La mayoría de los pacientes en los dos grupos eran mujeres. En los diabéticos el 60% y en los no diabéticos el 80%. Esto demuestra que en este grupo estudiado la mayoría de personas enfermas son mujeres; b.) El peso promedio fue mayor entre los diabéticos con 168,3 lb mientras que en los no diabéticos fue de 150,7 lb. Se explica esto posiblemente porque las personas diabéticas usualmente poseen sobrepeso; c.) El gasto promedio fue mayor en el grupo de diabéticos con \$365,40 y en los que poseen otras enfermedades fue de

\$333,60. Probablemente esto sucede porque los productos que contienen menos grasa y caloría son más caros y éstos son comprados con mayor frecuencia por los diabéticos; d.) Entre las personas que poseen diabetes, las enfermedades secundarias que prevalecen en este grupo son la hipertensión, presente en un 41,5% y las gástricas con un 12,5%. De acuerdo a (Fox, 2003), el exceso de azúcar en la sangre produce aumento de la presión arterial y consecuentemente estas personas van a sufrir con mayor frecuencia infartos de miocardio e insuficiencia renal. Mientras que en los pacientes que no tienen esta enfermedad los problemas gástricos son los más frecuentes con 30% y los visuales con un 14,5%.

- Un dato muy preocupante que se pudo detectar en los resultados es que la mayoría de los pacientes diabéticos encuestados consumen en su dieta diaria fideos y arroz (97,5%), grasas, aceites y mantequilla (93%) y el grupo de las papas, plátanos y yuca (96,5%). Esta situación no se debería presentar por cuanto las personas que poseen esta enfermedad deben de seguir una dieta estricta y tratar de alimentarse de una manera sana. Este problema existe sobre todo porque en la cultura alimenticia ecuatoriana prevalece el consumo de alimentos con gran contenido de hidratos de carbono y grasas. Además muchos de estos pacientes diabéticos no están interesados en conservar una dieta adecuada de acuerdo a su estado de salud.
- Para determinar las correlaciones entre las variables, se usó el coeficiente *Rho de Spearman*. Las correlaciones de importancia que se pudo detectar entre las *variables de los diabéticos* son las siguientes: a.) Entre SWFL (Satisfacción con el consumo de alimentos) y HFC (Hábitos de consumo de alimentos) se obtuvo un $Rho = 0,271^{**}$, lo cual significa que existe una correlación positiva media,

con una asociación significativa de un 99% de confianza. b.) Entre FLS (Estilos de vida en relación al consumo de alimentos) y HFC (Hábitos de consumo de alimentos) el $Rho = 0,323^{**}$, lo que representa una correlación positiva media y una asociación significativa de un 99% de confianza.

- Las correlaciones importantes encontradas en las *variables del grupo de no diabéticos* son: a.) Entre SWFL (Satisfacción con el consumo de alimentos) y la variable HFC (Hábitos de consumo de alimentos) se pudo determinar un $Rho = 0,310^*$, lo cual revela que existe una correlación positiva media con una asociación significativa de un 95% de confianza. b.) Entre SWFL (Satisfacción con el consumo de alimentos) y FLS (Estilos de vida en relación al consumo de alimentos) existe un $Rho = 0,147^*$ que representa una correlación positiva media y la asociación entre ellas es significativa en un 95% y por último c.) Existe también una correlación que se destaca entre FLS (Estilos de vida en relación al consumo de alimentos) y el HFC (Hábitos de consumo de alimentos) en la cual se obtuvo un $Rho = 0,384^*$, lo cual significa que existe una correlación positiva media y una asociación significativa del 95%.
- Las tres principales escalas que se usaron (SWFL, FLS, HFC) tienen un *Alfa de Cronbach* superior a 0,70, lo cual significa que son confiables. Además estas mismas escalas obtuvieron un *índice de KMO* por encima de 0,80 lo cual representa que estas variables son adecuadas para la factorización de sus datos.

Recomendaciones

Al finalizar este trabajo de tesis es necesario hacer varias sugerencias dentro del campo de la investigación que se lleva a cabo en Ecuador, además recomendar ciertos cambios en la alimentación a los diabéticos y a toda la población en general. Las recomendaciones planteadas son las siguientes:

- En Ecuador las investigaciones que se han llevado a cabo acerca de la satisfacción con los alimentos son muy escasas y es por esa razón que se recomienda que se utilicen los datos obtenidos en este trabajo para profundizar sobre el tema, tanto a nivel estatal como privado. Esto servirá para que de alguna u otra manera se encuentre alguna explicación a los hábitos alimentarios que tiene la población ecuatoriana.
- Se sugiere llevar a cabo estudios más profundos relacionados a las enfermedades gástricas, tratar de investigar por qué existe un elevado porcentaje de estas dolencias en el grupo de entrevistados, para así tratar de encontrar las soluciones necesarias a estas dolencias.
- Otra investigación que vale la pena ahondar en su estudio es por qué la mayoría de estos pacientes enfermos son mujeres. El porcentaje de ellas es muy elevado, en ambos grupos superan más del 58%. Es posible que exista una relación directa entre el sexo femenino y las enfermedades presentes en este grupo estudiado.
- Se recomienda llevar a cabo campañas masivas de educación nutricional en todas las escuelas, colegios y centros de salud a nivel nacional, para de esa manera concientizar a todos los pacientes y público en general de lo importante que es llevar una dieta adecuada. Aún en la actualidad, de acuerdo a los resultados de

esta investigación la mayoría de los diabéticos siguen consumiendo alimentos perjudiciales para su salud.

- Se debe incrementar diferentes métodos estadísticos en los futuros trabajos de investigación que se realicen aquí en el país, tales como los análisis de fiabilidad, validez y regresión para que la calidad de los mismos mejore considerablemente y se obtengan datos más confiables.
- Las alianzas entre entidades de salud pública y privada deben ser promovidas por el gobierno nacional, lo cual significaría una mejora en la calidad de atención para todos los ecuatorianos. La formación de la RPIS (Red Pública Integral de Salud) por parte del MSP es una demostración de mejoramiento en la salud pública ecuatoriana.
- Promover estas cinco sugerencias a nivel de autoridades sanitarias y assembleístas para que en lo posible, en un futuro cercano sean tomadas en consideración para realizar los estudios necesarios y así empezar a elaborar políticas públicas que beneficien a la mayoría de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- Ansbacher, H., Ansbacher, R. (1965). *Superiority and social interest. A collection of later writings.*
- Alfadhli, M. (2015). *Gestational diabetes mellitus.* Saudi Medical Journal, 36(4), 399.
- Altamirano, L. & Cruz, D. (2009). *Panorama general y factores asociados a la diabetes.* Rev. Facultad Med. UNAM, 52(5).
- Álvarez, L., Álvarez, A. (2009). *Estilos de vida y alimentación.* Gazeta de Antropología. Vol. 25, No. 1, Artículo 27, México.
- American Diabetes Association, ADA. (2013). *Standards of medical care in diabetes.* Diabetes care, 36 (1), 11-66.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador.* Ciudad Alfaro.
- Ballali, S., & Lanciai, F. (2012). *Functional food and diabetes: A natural way in diabetes prevention.* International journal of food sciences and nutrition, 63(1), 51-61.
- Bantle, J., Wylie-Rosett, J., Albright, A., Apovian, C., Clark, N., Franz, M. & Wheeler, M. (2008). *Nutrition recommendations and interventions for diabetes: A Position statement of the American Diabetes Association.* Diabetes care, 31, S61-S78.
- Barquera, S., Rivera, J., Gasca, A. (2001). *Políticas y programas de alimentación y nutrición en México.* Salud Pública de México. México.
- Barquera, S., Campos, I., Rojas, R., Rivera, J. (2010). *Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención.* Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Barrera, M. (2014). *Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia.* Revista Movimiento Científico, 8(1), 98-104.
- Beitman, J., López, M. & Reynoso, M. (2014). *¿Cómo vamos con la Diabetes? Estado de la Política Pública.* Universidad Iberoamericana, México.

- Bergman, M., Buysschaert, M., Schwarz, P., Albright, A., Narayan, K., & Yach, D. (2012). *Diabetes prevention: global health policy and perspectives from the ground*. *Diabetes management* (London, England), 2(4), 309.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación*, tercera edición. Sabana: Pearson Ed.
- Bisogni, C., Devine, C., Connors, M. & Sobal, J., (2002). *Who we are and how we eat. A qualitative study of identities in food choice*. *Journal of Nutrition, Education and Behavior*. No. 34.
- Blanchflower, D. & Oswald A., *Is psychological well-being linking to the consumption of fruits and vegetables?* (2012). Vol. 114, Issue 3.
- Bolaños, P. (2009). *Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación*. *Transtornos de la conducta alimentaria*. No. 9.
- Bortolón, L., Triz, L., de Souza B., de Sá, L., Rocha, D., & Arbex, A. (2016). *Gestational diabetes mellitus: New diagnostic criteria*. *Open journal of endocrine and metabolic diseases*, 6(01), 13.
- Blumer, I. (2013). *Diabetes and pregnancy: An endocrine society clinical practice guideline*. *The Journal of clinical endocrinology & metabolism*, 98(11), 4227-4249.
- Cabrera, P., Novoa, M., & Centeno, L. (1991). *Knowledge, attitudes and dietary practices in patients with diabetes mellitus type II*. *Salud pública de México*, 33(2), 166-172.
- Carver, C., & Abrahamson, M. (2009). *Diabetes mellitus overview. Educating your patient with diabetes*, 15-27.
- Censo de Población y Vivienda (2010). *Indicadores Básicos de Salud*, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Quito, Ecuador.

- Cisneros, A. (2013). *Análisis y evolución de la inversión en el sector salud, en el Ecuador, entre el periodo comprendido entre el año 2002 y el año 2010* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Quito.
- Coria, M., Jara, C. & Rivera, N. (2014). *Bienestar subjetivo y satisfacción con la alimentación en estudiantes universitarios del Sur de Chile*. Summa Psicológica, Vol. 11, No. 1, Santiago.
- Cunnane, S. (1993). *Childhood origins of lifestyle-related risk factors for coronary heart disease in adulthood*. Nutrition and health, 9(2), 107-115.
- Díaz, G. (2001). *El bienestar subjetivo, actualidad y perspectivas*. Revista cubana de medicina integral. 17(6), 572-579.
- Durán S., Carrasco E., & Araya, M. (2012). *Alimentación y diabetes*. Nutrición Hospitalaria. 27(4), 1031-1036.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2011-2013). *Resumen Ejecutivo*. Quito.
- Fox, J., (2003). *Fisiología humana*. Mc. Graw-Hill, Madrid, España, XVIII, 750 p.
- García, M., Jago R., Shield J. & Burreu C. (2012). *How does physical activity and fitness influence glycemic control in young people with type I diabetes?* National Institutes of Health, UK.
- García, R., Suárez, R., (2006). *Eficacia de un seguimiento a largo plazo con educación Interactiva en diabéticos tipo I*. Revista cubana de endocrinología. Cuba.
- García, R., Suárez, R., Mateo, O., (1997). *Comunicación y educación interactiva en salud Y su aplicación al control del paciente diabético*. Revista panamericana de Salud pública. Cuba.
- González E. (2014). *Avances en diabetes tipo 2*. Real Acad. Med Cir Vall, 51(1), 77-5.
- Grunert, K., Dean, M., Raats, M., Asger, N., Lumbers, M. (2007). *Food in later life team*.

Univ. of Aarhus, Denmark.,

- Gucciardi, E., Vogt J., De Melo M., Stewart D. (2009). *Exploration of the relationship between household food insecurity and diabetes in Canada*. Diabetic care. Vol. 32, No. 12.
- Gujarati, D., & Port, D. (2010). *Econometría* (quinta edición).
- Hall, C. & Lindzey, G. (1957). *Theories on personality*. John Wiley and Sons Inc. XI, 572pp.
- Hassan B. (2013). *Overview on diabetes mellitus (Type 2)*. J chromat separation techniques 4(114). doi:10.4172/2157-7064.1000e114.
- Hernández, A., Elnecavé, A. & Huerta, N., (2011). *Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México*. Vol. 53, No. 1.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2011). *Metodología de la investigación* (Vol. 707). México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2015). *Ecuador: Proyecciones de Población, 1950- 2025*. Ecuador.
- Leiva, T., Basfi-Fer, K., Rojas, P., Carrasco, F., & Ruz, M. (2016). *Efecto del fraccionamiento de la dieta y cantidad de hidratos de carbono en el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sin terapia con insulina*. Revista médica de Chile, 144(10), 1247-1253.
- Lobos, G., Mora, M., Lapo, C., Caligari, C., & Schnettler, B. (2015). *Happiness and health and food-related variables: Evidence for different age groups in Chile*. Suma Psicológica, 22(2), 120-128.

- López, K., & Ocampo P. (2007). *Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos*. Arch. Med. Fam, 19(2), 80-86.
- López, J., Ariza, C., Rodríguez, J., & Munguía, C. (2003). *Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Salud Pública De México, 45(4), 259-267.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández A., & Tomás I. (2014). *El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada*. Anales de psicología, 30(3), 1151-1169.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). *Sistema de salud de Ecuador*. Salud Pública De México, 53, s177-s187.
- Macías, A., Gordillo, L. & Camacho, E. (2012). *Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud*. Revista chilena de nutrición. Vol. 39, No. 3.
- Mata, M. (2008). *Metformina y diabetes mellitus tipo 2*. Atención primaria, 40(3), 147-153.
- Marqués, P., Carvalho, M., Pinto, L., & Guerra, S. (2014). *Metformin safety in the management of gestational diabetes*. Endocrine practice, 20(10), 1022-1031.
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). *Género, equidad y reforma de la salud en Chile, parte IV. Modelo de atención y género*.
- Ministerio de Salud Mexicano. (2010). *Formación de hábitos alimentarios y de estilos de vida saludables*. México.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*, Quito.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008), PASSE. *Construyamos el Hábitat Familiar Saludable: Guía de Implementación de Tecnologías Apropriadas*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Indicadores Básicos de Salud*, Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (Pregestacional y gestacional)*. Guía de práctica clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Diabetes mellitus tipo 2. Guía de práctica clínica*. Quito. Dirección Nacional de Normatización. 2017.
- Minzt, S. & Du Bois, C. (2002). *The antropology of food and eating*. Vol. 31, Pg. 99-119.
- Morales, B., Vargas, H., Maldonado, J., Coria, M. (2011). *Satisfacción con la alimentación y la vida, un estudio exploratorio en estudiantes de la Universidad de la Frontera*. Temuco, Chile, Vol. 23, No. 2, pp. 426-435.
- Naranjo, J. & Delgado, C. (2014). *Consideraciones sobre el módulo de atención integral de salud en Ecuador*. Revista cubana de medicina general integral. Cuba.
- Nothwehr, F., & Stump, T. (2000). Health-promoting behaviors among adults with type 2 diabetes: findings from the health and retirement study. *Preventive medicine*, 30(5), 407-414.
- Orellana, L., Sepúlveda, J., & Denegri, M. (2013). *Significado psicológico de comer carne, vegetarianismo y alimentación saludable en estudiantes universitarios a partir de redes semánticas naturales*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 4(1), 15-22.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1986). *Carta de Ottawa*.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, Actividad física y salud*.

- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Diagnóstico y monitorización de la diabetes mellitus desde el laboratorio*. Madrid: Momento Médico Iberoamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (1990). *Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications*. Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Alimentación sana*. Nota descriptiva, No.394.
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2003). *Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial*. Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil del sistema de salud del Ecuador*. Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Redes integradas de servicios de salud. Renovación de la atención primaria de la salud*. Washington D.C.
- Oviedo, H., & Arias, A. (2005). *Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach*. Revista colombiana de psiquiatría, 34(4), 572-580.
- Panagiotakos, D., Pitsavos, C., Arvaniti, F., & Stefanadis, C. (2007). *Adherence to the Mediterranean food pattern predicts the prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, diabetes and obesity, among healthy adults; the accuracy of the med diet score*. Preventive medicine, 44(4), 335-340.
- Ramachandran, A. & Snehalatha, C. (2011). *Diabetes prevention programs*. Medical Clinics of North America, 95(2), 353-372.
- Rivera, J. (2007). *La satisfacción colectiva de las necesidades de alimentación-nutrición y su relación con la salud-enfermedad*. Buenos Aires, Argentina, 153-169.

- Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Sánchez, G. (2007). *Historia de la diabetes*. Gaceta médica boliviana. Vol. 30, No. 2.
- Sandoval, S., Domínguez, S. & Cabrera, A. (2009). *De golosos y tragones están llenos los panteones: Cultura y riesgo alimentario en Sonora*. Estudios sociales. Vol. 17. México.
- Sanz, L., Blanco, A., Gamo, E & García, A. (2011). *Hábitos de alimentación en pacientes estudiados en un servicio de salud mental*. Revista de la Asociación Española de Neurocirugía, Vol. 31, No. 1.
- Savoca, M., Miller, C., & Ludwig, D. (2004). *Food habits are related to glycemic control among people with type 2 diabetes mellitus*. Journal of the American dietetic association, 104(4), 560-566.
- Schnettler, B., Denegri, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Orellana, L., Paiva, G., & Grunert, K. (2013). *Hábitos alimentarios y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios del sur de Chile*. Nutrición Hospitalaria, 28(6), 2221-2228.
- Schnettler, B., Denegri, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Orellana, L., Paiva, G., & Grunert, K. G. (2015). *Family support and subjective well-being: An exploratory study of university students in southern Chile*. Social indicators research, 122(3), 833-864.
- Schnettler, B., Höger, Y., Orellana, L., Miranda, H., Lobos, G., Sepúlveda, J., & Salinas, N. (2017). *Food neophobia, life satisfaction and family eating habits in university students*. Cuadernos de salud pública, 33(3).
- Schnettler B., Lobos, G., Lapo, M., Adasme, C., Hueche, C. (2017). *Satisfacción con la vida y con la alimentación en adultos mayores ecuatorianos*. Nutrición Hospitalaria. 34(1), 65-72.

- Schnettler, B., Miranda, H., Sepúlveda, J., Orellana, L., Denegri, M., Mora, M., & Lobos, G. (2014). *VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE PERSONAS DE DISTINTO NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL SUR DE CHILE*. *Suma Psicológica*, 21(1), 54-62.
- Schnettler, B., Miranda Z., Lobos, G., Lapo, C., Adasme, C., & Hueche, C. (2017). *Measurement invariance in the satisfaction with life scale in Chilean and Ecuadorian older adults*. *Personality and individual differences*, 110, 96-101.
- Schnettler, B., Peña, J., Mora, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Denigri, M., Lobos, G., (2013). *Estilos de vida en relación a la alimentación dentro y fuera del hogar en la región metropolitana de Santiago, Chile*. *Nutrición hospitalaria*, Vol. 28, No. 4.
- Schnettler B., Vargas H., Sepúlveda M. & Denegri, M. (2011). *Satisfacción con la alimentación y la vida, un estudio exploratorio en estudiantes de la Universidad de La Frontera, Temuco-Chile*. *Psicología & Sociedades*, 23(2).
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud*. *Ciencia y enfermería* IX (2): 9-21.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Buen vivir. Plan nacional: Todo el mundo mejor*. (2013-2017).
- Stanhope, K., Schwarz, J., Keim, N., Griffen, S., Bremer, A., Graham, J., & McGahan, J. (2009). *Consuming fructose-sweetened, not glucose-sweetened, beverages increases visceral adiposity and lipids and decreases insulin sensitivity in overweight/obese humans*. *The journal of clinical investigation*, 119(5), 1322.
- Storlien, L., Hulbert, A., & Else, P. (1998). *Polyunsaturated fatty acids, membrane function and metabolic diseases such as diabetes and obesity*. *Current opinion in clinical nutrition & metabolic care*, 1(6), 559-563.

- Stuifbergen, A., Seraphine, A., & Roberts, G. (2000). *An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions*. *Nursing research*, 49(3), 122.
- Tomás-Sábado, J. (2010). *Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería* (Vol. 2). Univ. Autónoma de Barcelona.
- Trujillo, J. (2016). *Criterios, diagnósticos y efectividad de intervenciones para el manejo de diabetes gestacional*. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1251-4.
- Vidarte, J., Vélez, C., Sandoval, C., Margareth, A., (2011). *Actividad física: Estrategia de promoción de la salud*. México.
- Walker, S., Sechrist, K., & Pender, N. (1987). *The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics*. *Nursing research*, 36(2), 76-81.
- Wen, L., Shepherd, M., & Parchman, M. (2004). *Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes*. *The Diabetes educator*, 30(6), 980-993.
- Wu, Y., Ding, Y., Tanaka, Y., & Zhang, W. (2014). *Risk factors contributing to type 2 diabetes and recent advances in the treatment and prevention*. *International journal of medical sciences*, 11(11), 1185.

APÉNDICE

NOMBRE: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN

EL PRESENTE CUESTIONARIO ESTUDIA LA CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA EN RELACIÓN AL CONSUMO DE ALIMENTOS. SE SOLICITO RESPONDER BASÁNDOSE EN SU PROPIA EXPERIENCIA DE CONSUMO.

- 1. ¿Cuál(es) de los siguientes grupos de alimentos se consume en su hogar? y ¿con qué frecuencia se consume? (Marque sólo una frecuencia por cada alimento).**

	S I	NO	Diaria mente	2-3 veces a la semana	1 vez a la semana	Ocasional -mente	Nunc a
Pan							
Fideos, arroz							
Carnes (pollo, vacuno, cerdo, etc.)							
Pescado y mariscos							
Leche, queso y derivados lácteos							
Aceites, mantequilla y margarina							
Frutas							
Papas, yuca, plátano							
Hortalizas y cereales							
Azúcar							
Bebidas gaseosas, jugos embotellados, etc.)							
Agua							
Productos enlatados							
Embutidos (chorizo, mortadela, etc.).							

- 2. De los siguientes lugares de comida ¿A cuáles va y con qué frecuencia? (Marque sólo una respuesta por cada fila).**

	Siempre (Varios días por semana)	Generalmente (1 o 2 días por semana)	Ocasionalment e (1 o 2 días por mes)	Casi nunca (1 o 2 días por año)	Nunc a
Restaurantes					
Locales de comida rápida					
Puestos ambulantes					

3. ¿Con qué frecuencia come en su hogar? (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	Diariamente	2-3 veces a la semana	Sólo los fines de semana	Ocasionalmente	Nunca
Desayuno					
Almuerzo					
Merienda					

4. ¿Indique que métodos utiliza para cocinar en casa y con qué frecuencia?

	Diariamente	2-3 veces por semana	Solo fines de semana	Ocasionalmente	Nunca
Cocinar en agua					
Freír					
Asar					
Hornear					
Microonda					
Otro					

5. Indique el grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones respecto a su alimentación (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	En desacuerdo			De acuerdo		
	Completamente	Bastante	Un poco	Un poco	Bastante	Completamente
Los alimentos y comidas son elementos muy positivos en su vida						
Usted está muy complacido con su alimentación						
Su vida en relación a los alimentos y comidas se acerca al ideal						
Respecto a los alimentos, su condición de vida es excelente						
Los alimentos y comidas le proporcionan gran satisfacción en su vida diaria						

6. Respecto a su propia alimentación, usted está en general: (Marque sólo una respuesta).

Completamente insatisfecho	Bastante insatisfecho	Un poco insatisfecho	Un poco satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho

7. En términos generales: ¿Qué grado de importancia considera Ud., que tiene su propia alimentación sobre su bienestar en general? (Marque sólo una respuesta).

Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Un poco de importancia	Bastante Importante	Muy Importante	Total y Completa Importancia

8. Considerando sólo los días hábiles (de Lunes a Viernes), cuando no come en casa, ¿Dónde lo hace?

	Casa de familiares/ amigos
	Trabajo
	Universidad/Colegio
	Local de comida
	Otro

9. Conteste la alternativa que más se relaciona con su conducta habitual antes de comprar alimentos (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	No lo hace	A veces	Siempre
Hace una lista de los alimentos que necesita comprar			
Selecciona los víveres según su calidad			
Para distribuir su dinero, ordena los comestibles según su importancia antes de comprar			
Selecciona los alimentos según su precio			
Lee el contenido nutricional de todos los alimentos			
Averigua la fecha de vencimiento de los comestibles			
Prefiere comprar productos naturales (por ej. sin preservantes).			
Examina detalladamente todos los comestibles que compra			
Escoge sólo alimentos que son beneficioso para la salud			

Adquiere víveres que son fáciles de preparar			
--	--	--	--

10. ¿Qué tipo de alimentos se restringen en su hogar por motivos de salud o de prevención de enfermedades? (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	Si	No
Azúcares, postres, dulces, etc.		
Sal		
Grasas y frituras		
Pastas, arroz o papas		
Carnes rojas		
Mariscos		
Café		
Lácteos		
Pan blanco		
Huevos		
Gaseosas y Jugos artificiales		

11. Indique el grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones respecto a su alimentación (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	Muy Frecuente mente	Frecuente mente	Ocasional mente	Rara vez	Nunca
Sólo compra alimentos que le son familiares y disfruta comer.					
Usa bastantes alimentos precocinados en su cocina.					
Le agrada mantener sus hábitos alimenticios					
En su casa, picotear ha reemplazado las horas de comida.					
Salir a comer fuera es parte de sus hábitos alimenticios regulares.					
Planifica lo que van a comer, con un par de días de anticipación.					
Normalmente come tarde en la noche					
Mantiene una dieta saludable todos los días					
Le gusta experimentar recetas de otras culturas.					
Controla su peso a través de su elección de los víveres					
Usa productos congelados en su cocina					
Le encanta comprar alimentos.					
Usa bastantes masas para hornear y sopas instantáneas.					
Le gusta cocinar					
Come regularmente a las horas adecuadas					

Controla la cantidad de calorías que va a consumir					
Varia su menú y tiene una amplia variedad de alimentos y platos					
Elige alimentos y platos que sean rápidos y fáciles de preparar					
Mantiene las tradiciones culturales de su país con respecto a alimentos y comidas					
Conserva sus gastos en alimentos lo más bajo como sea posible.					
En reuniones sociales prueba platos nuevos					
Ud. es muy selectivo o exigente en relación a los alimentos que come.					
Tiene conocimiento general acerca de los alimentos y nutrición					

12. Indique las alternativas que más se relacionan con su estado de salud (Marque sólo una respuesta por cada fila).

	Muy mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
Considera que su salud, en general, es:					

Ahora, pensando sobre su salud física, que incluye enfermedades físicas y heridas ¿Por cuánto tiempo durante los últimos 30 días su salud física no estuvo bien?	_____ días
---	------------

Ahora, pensando sobre su salud emocional, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales ¿Por cuánto tiempo durante los últimos 30 días su salud mental no estuvo bien?	_____ días
---	------------

13. ¿Si está realizando alguna dieta, podría indicar la continuidad de la misma?

	Todos los días
	3 – 5 días a la semana
	1 – 2 días a la semana
	Rara vez

14. Señale con qué frecuencia realiza ejercicios

	Todos los días
	3 – 4 días a la semana
	1 – 2 días a la semana
	Rara vez
	Nunca

15. Cuando realiza ejercicios, ¿Cuánto tiempo de promedio le dedica?

	5 - 10 minutos
	11 – 20 minutos
	21 – 30 minutos
	Más de 30 minutos

16. Señale que tipo de complicaciones de salud tiene en éste momento.

	Cardiacos
	Hipertensión
	Diabetes
	Renales
	Hepáticos
	Gástricos
	Visuales
	Cáncer
	Osteoporosis
	Respiratorios
	Otros

17. ¿Con qué frecuencia se realiza chequeos médicos regulares? (Marque sólo una respuesta).

	Una vez al año
	Dos veces al año
	Sólo cuando se siente enfermo
	Rara vez
	Nunca

18. ¿Cuál es su nivel educativo completado? (Marque sólo una respuesta).

	Primaria
	Secundaria
	Técnica
	Universidad
	Sin estudios

19. Indique la actividad económica a la que se dedica: (Marque sólo una respuesta).

	Agricultura
	Ganadería
	Comercio
	Ama de casa
	Empleado público
	Buscando trabajo
	Otra actividad

<p>20. Su estado civil actual es: <input type="checkbox"/> Soltero(a), <input type="checkbox"/> Separado(a), <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a). <input type="checkbox"/> Casado(a) o <input type="checkbox"/> Vive en pareja.</p>	<p>21. Respecto a su edad, Ud. tiene : _____</p>
<p>22. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p>	<p>23. ¿Cuál es el número de integrantes de su hogar? _____</p>
<p>24. ¿Cuál es su peso en libras? _____</p>	<p>25. ¿Cuál es su altura en centímetros? _____</p>

26. En forma aproximada, me puede indicar que cantidad de dinero gasta mensualmente en alimentos para su hogar.

\$ _____

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Aguilar Tinoco Manuel Francisco**, con C.C: # **0908796832** autor del trabajo de titulación, “**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN CON LOS ALIMENTOS: UN ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS DE CENTROS DE SALUD EN GUAYAQUIL**” previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 31 de Enero del 2018

f. _____
Nombre: **Aguilar Tinoco Manuel Francisco**
C.C: **0908796832**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN CON LOS ALIMENTOS: UN ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS DE CENTROS DE SALUD EN GUAYAQUIL		
AUTOR(ES)	Aguilar Tinoco Manuel Francisco		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ing. Zerda Barreno Elsie / Lobos Andrade Germán		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	31 de Enero del 2018	No. DE PÁGINAS:	133
ÁREAS TEMÁTICAS:	Sistemas de Salud, Desarrollo de Políticas Públicas de Salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Satisfacción alimenticia, Hábitos alimenticios, Estilos de vida, Frecuencia de consumo de alimentos y diabetes.		
RESUMEN:	<p>La satisfacción con los alimentos es un tema trascendental porque se relaciona directamente con salud y alimentación. Lamentablemente muy poco se ha investigado al respecto. El objetivo principal de este estudio fue comparar tres diferentes factores que influyen en esta satisfacción, que son: hábitos alimentarios, estilos de vida y frecuencia de consumo de alimentos. Se realizó una encuesta con 26 preguntas a 200 pacientes diabéticos y 200 no diabéticos, en tres centros de salud de Guayaquil. Los encuestados oscilaron entre 19 y 64 años de edad. Se consideró pacientes con diabetes porque dicha enfermedad es catalogada la epidemia del siglo XXI y de acuerdo al INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), en el año 2013, esta fue la primera causa de muerte en Ecuador con 4.685 defunciones. La metodología utilizada fue correlacional y explicativa. Al final del estudio se detectó que existen dos correlaciones positivas, tanto para los no diabéticos como diabéticos, las cuales son: a.) Entre los hábitos alimentarios y la satisfacción con los alimentos y b.) Entre los hábitos alimentarios y los estilos de vida. En los grupos estudiados, los alimentos menos consumidos fueron, de mayor a menor porcentaje: a.) Bebidas gaseosas y jugos embotellados; b.) Embutidos y c.) Enlatados. La hipertensión arterial fue la enfermedad concomitante que prevaleció con los diabéticos y las enfermedades gástricas entre los no diabéticos. Este trabajo propuso cinco políticas públicas que servirán para prevenir o mejorar la calidad de vida de los diabéticos y personas con otras dolencias.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2855926 / 0995844023	E-mail:manuel.aguilartinoco@gmail.com/ manuel.aguilar2@yahoo.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			