



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA: “Determinantes sociales y culturales que influyen en enfermedades crónicas no transmisibles en adultos indígenas, Parroquia Sevilla, Cascales, Sucumbíos 2024”.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: **Licenciatura en Enfermería**

Línea de Investigación: Salud y Bienestar

Sublínea: Enfermería en el contexto social

Autor: María José Yépez Negrete

Tutor: Dra. Janeth Adela Vaca Auz PhD

Asesor: Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal

Ibarra - Ecuador - 2025



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital, con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

Datos de Contacto			
Cédula de identidad:	105042645-9		
Apellidos y nombres:	María José Yépez Negrete		
Dirección:	San Antonio - Barrio occidental		
Email:	majonegrete22@gmail.com		
Teléfono fijo:	-	Teléfono Móvil:	0984906638

Datos de la Obra	
Título:	“Determinantes sociales y culturales que influyen en enfermedades crónicas no transmisibles en adultos indígenas, Parroquia Sevilla, Cascales, Sucumbíos 2024”.
Autor (es):	María José Yépez Negrete
Fecha: (a-m-d)	2025-10-31
Solo para Trabajos de Titulación	
Programa:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
Título por el que opta:	Licenciatura en Enfermería
Director:	Dra. Janeth Vaca Auz PhD.
Asesor	Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal

AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, María José Yépez Negrete, con cédula de identidad Nro.1050426459, en calidad de autor(es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de integración curricular descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad de material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

Ibarra, a los 05 días del mes noviembre de 2025

El Autor:

Firma.....

Nombres: María José Yépez Negrete

CONSTANCIAS

El (los) autor (es), manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 05 días del mes de noviembre de 2025

EL AUTOR

(Firma).....

María José Yépez Negrete

C.I.: 1050426459

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

En la ciudad de Ibarra, a los 31 días del mes de octubre de 2025

Dra. Janeth Vaca Auz PhD

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo a su presentación para los fines legales pertinentes.



(f).....

Dra. Janeth Vaca Auz PhD

CC: 1001927945


APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificador del trabajo de Integración Curricular titulado: "Determinantes sociales y culturales que influyen en enfermedades crónicas no transmisibles en adultos indígenas, Parroquia Sevilla, Cascales, Sucumbíos, 2024". Elaborado por **María José Yépez Negrete**, previo a la obtención del título de LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

(f).....


Janeth Vaca Auz PhD - **DIRECTORA**

CC: 1001927945

(f).....


Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal - **ASESOR**

CC: 0401026984

DEDICATORIA

Agradezco profundamente a Dios, quien me ha otorgado la sabiduría y la fortaleza necesaria para culminar con éxito el trabajo de investigación. También, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mis padres y hermano, quienes han sido pilares fundamentales en este proceso, de manera especial, quiero dedicar este trabajo al amor más puro y sincero, mi madre; no tengo palabras para expresar todo mi amor y agradecimiento, la cual, me ha guiado y acompañado en cada paso del camino, ofreciéndome sus valiosos consejos, amor y apoyo constante, todo lo que he logrado es gracias a ti y esto es para ti. Por último, a una persona muy especial, que me acompañó durante todo el proceso para realizar esta investigación, gracias por acompañarme y siempre brindarme tu soporte constante en el trabajo de campo y durante mi vida universitaria, sin duda, nada de esto sería posible sin ti.

María José Yépez Negrete

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi padre celestial por su acompañamiento constante y guía divina a lo largo de mi proceso académico. Asimismo, quiero expresar mi sincero agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte, que se convirtió en mi segundo hogar y a la Facultad de Ciencias de la Salud por brindarme un ambiente propicio para el aprendizaje y el crecimiento. En específico, quiero agradecer a la carrera de Enfermería, que me permitió desarrollar mis habilidades y conocimientos en el campo de la salud, pero, sobre todo, a mis docentes; por sus enseñanzas las cuales fueron importante para que este trabajo de investigación fuera posible.

María José Yépez Negrete

RESUMEN EJECUTIVO

Tema: “Determinantes sociales y culturales que influyen en enfermedades crónicas no transmisibles en adultos indígenas, Parroquia Sevilla, Cascales, Sucumbíos 2024”.

Los determinantes sociales y culturales de la salud son factores que afectan el estilo de vida de acuerdo con el entorno en el que vive la población. El objetivo principal fue investigar los determinantes sociales y culturales que influyen en las enfermedades crónicas no transmisibles de origen metabólico en la población indígena de la parroquia Sevilla, provincia Sucumbíos. La metodología aplicada fue de origen transversal, cuantitativa, no experimental, descriptiva, correlacional y no probabilística, con una muestra de 100 participantes indígenas adultos del cantón Cascales por medio de, un muestreo no probabilístico en bola de nieve. Entre los principales resultados cabe destacar que más de la mitad de los participantes del estudio eran mujeres y se encontraban en el grupo de adultos jóvenes; estos individuos también consumen carbohidratos diariamente, por lo que, la cuarta parte presenta sobrepeso, obesidad y un porcentaje menor presenta síndrome metabólico e hipertensión. Igualmente, poseen un alto índice de pobreza y carecen de acceso a servicios básicos. Finalmente, comprender sobre determinantes sociales y culturales de salud admite identificar riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que posibilitaría impulsar el desarrollo de Sevilla en la identificación de necesidades y acceso a servicios básicos con el fin de mejorar las condiciones de vida y reducir la vulnerabilidad de enfermedades.

Palabras clave: salud, determinantes, indígenas, cultura, enfermedades crónicas – no transmisibles, hábitos.

ABSTRACT

Title: “Social and cultural determinants that influence chronic noncommunicable diseases in Indigenous adults, Parish Sevilla, Cascales, Sucumbíos 2024”.

Social and cultural determinants of health are factors that affect lifestyle according to the environment in which the population lives. The main objective was to investigate the social and cultural determinants that influence chronic noncommunicable diseases of metabolic origin in the Indigenous population of the parish of Sevilla, province of Sucumbíos. The methodology applied was cross-sectional, quantitative, non-experimental, descriptive, correlational, and non-probabilistic, with a sample of 100 adult Indigenous participants from the Cascales canton by means of a non-probabilistic snowball sampling. Among the main results, it should be noted that more than half of the study participants were women and were in the group of young adults; these individuals also consume carbohydrates daily, so that a quarter of them are overweight, obese and a smaller percentage have metabolic syndrome and hypertension. They also have a high rate of poverty and lack access to basic services. Finally, understanding the social and cultural determinants of health allows us to identify risks of chronic non-communicable diseases, which would make it possible to promote the development of Seville in the identification of needs and access to basic services in order to improve living conditions and reduce vulnerability to disease.

Keywords: health, determinants, indigenous people, culture, chronic non-communicable diseases, habits.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA	2
AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD	3
CONSTANCIAS	4
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	5
APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR.....	6
DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTO.....	8
RESUMEN EJECUTIVO	9
ABSTRACT.....	10
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	11
ÍNDICE DE TABLAS	12
INTRODUCCIÓN	13
Problema de Investigación	14
Justificación	15
Impactos de la Investigación	16
Objetivos	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos	17
CAPÍTULO I.....	18
1. Marco Teórico.....	18
1.1. Marco Referencial	18
1.2. Fundamentación Teórica.....	27
1.3. Teoría de enfermería	30
1.4. Consideraciones éticas	32
1.5. Marco legal.....	33
CAPÍTULO II	36
2. Materiales y Métodos	36
2.1. Diseño de Investigación.....	36
2.2. Técnicas e instrumentos de Investigación	37
2.3. Preguntas de investigación.....	37
2.4. Matriz de operacionalización de variables	38
2.5. Participantes.....	47
2.6. Procedimiento y análisis de datos	47
CAPÍTULO III.....	49
3. Resultados y Discusión	49
CAPÍTULO IV.....	60
4.1. Conclusiones	60
4.2. Recomendaciones.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	67
Anexo 1. Consentimiento informado.....	67
Anexo 2. Instrumento de investigación	70
Anexo 2.1. Cuestionario	70
Anexo 3. Revisión de plagio	77
Anexo 4. Galería Fotográfica	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas de la población de estudio. Sevilla, Cascales 2024.	49
Tabla 2. Inserción social según estado civil, nivel educativo, ocupación y condición migratoria. Sevilla, Cascales 2024.	50
Tabla 3. Estilos de vida en relación a la actividad física en la población adulta indígena. Sevilla, Cascales 2024.	52
Tabla 4. Estilos de vida en relación a los alimentos en la población adulta indígena. Sevilla, Cascales 2024.	53
Tabla 5. Clasificación de riesgo sanitario. Sevilla, Cascales 2024.	55
Tabla 6. Clasificación de riesgo socioeconómico. Sevilla, Cascales 2024.	56
Tabla 7. Aspectos culturales de la población en estudio. Sevilla, Cascales 2024.	58
Tabla 8. Clasificación del riesgo biológico relacionado con frecuencia en consumo de alimentos.	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Reconocimiento de territorio.....	78
Figura 2. Firma de consentimiento informado.....	78
Figura 3. Animales intradomiciliarios	78
Figura 4. Pozo de agua para consumo humano	79
Figura 5. Mala eliminación de excretas	79

INTRODUCCIÓN

Problema de Investigación

Las enfermedades no transmisibles (ENT) causan 41 millones de muertes al año, es decir, el 74% del total de fallecimientos en el mundo, según la OMS. Cada año fallecen 17 millones de personas menores de 70 años a causa de ENT, y el 86% de estas muertes prematuras se producen en países de renta media baja; los mismos que, registran el 77% de toda la mortalidad relacionada con las ENT (1).

Por ello, una investigación en Ghana examinó cómo afectan a la obesidad los distintos factores socioeconómicos de la salud. Las conclusiones revelaron que, entre las mujeres con estudios superiores, el 40% (intervalo de confianza [IC] del 95% = 25,4, 57,0) y el 36,7% (IC del 95% = 25,6, 49,3) de aquellas cuyos cónyuges tenían estudios superiores fueron obesas, respectivamente. La prevalencia de obesidad entre las mujeres de hogares ricos era cinco veces superior a la de las mujeres de hogares pobres (28,8% frente a 5,7%). Además, el porcentaje de mujeres obesas en puestos directivos fue del 33,4% (IC 95% = 18,5, 19,3). Los hallazgos implicaron una serie de determinantes sociales de la salud (DSS) como un impacto importante en las consecuencias asociadas a la obesidad (2).

Otro abordaje en Estados Unidos reveló que entre 2000 y 2019 aumentaron las tasas de mortalidad por diabetes mellitus, afecciones respiratorias crónicas y cáncer relacionadas con la hipertensión. Además, entre 2015 y 2019, aumentaron la mortalidad por enfermedades cardiovasculares relacionadas con la hipertensión. Estos fueron el resultado de las diferencias en las tasas de mortalidad entre los distintos sexos, grupos étnicos y zonas geográficas. Las tasas de mortalidad masculina fueron mayores que las femeninas y aumentaron más rápidamente. Los afroamericanos experimentaron tasa de muerte más alta que los blancos, y estas aumentaron más en las regiones rurales, especialmente en las zonas rurales que en las áreas metropolitanas (3).

Encuestas realizadas en Paraguay, mostraron que existió una correlación sustancial entre el índice de masa muscular y la edad y el nivel educativo. Los niveles de IMC de los encuestados aumentaban con la edad ($b=0,41$, $p<0,001$), y estos niveles de las personas que habían

terminado la escuela secundaria eran considerablemente más bajos que los de los que sólo habían terminado la escuela primaria ($b=0,69$, $p<0,05$). Los resultados de la regresión cuantil demostró una fuerte relación entre el IMC y la edad, el nivel educativo, el consumo diario de verduras y la actividad física (4).

En Ecuador, se llevó a cabo una investigación sobre las variables que influyen en los comportamientos y problemas relacionados con la salud y la enfermedad. En esta investigación, el 57,6% eran hombres (87) y el 42,4% mujeres (64). Inspeccionaron los hogares, se encontró que tenían malas prácticas de manejo de desechos sólidos y líquidos, áreas de convivencia compartidas con criaderos de animales domésticos y condiciones insalubres en general. Estas circunstancias se dieron en el 66,5% de los hogares. En cuanto al estado estructural de las viviendas, el 59% estaban clasificadas como regulares, y el 10,5% construidas con caña, lo que las situaba en la categoría de deficientes y presentó un riesgo para la salud de la población (5).

Del mismo modo, en la parroquia la Unión, Manabí, se constató que el 95% de la población sólo tiene estudios básicos y el 5% no presentaron. Sólo el 73% de las personas tenían empleo, mientras que el 27% estaban desempleadas. Sólo el 22% recibe tratamiento médico. En cuanto a los tipos de comida, el 21% de los encuestados afirmaron consumir alimentos fritos y el 23% alimentos hervidos. El 47% de los encuestados aseguraron que realizaron menos de 30 minutos de actividad física a la semana. Sólo el 18% de los encuestados habían consumido tabaco, frente al 78% que había consumido alcohol. En consecuencia, esos factores presentaron un gran efecto en la salud de las personas, ya que afectaron a aspectos como los niveles de estrés, las opciones de estilo de vida y el acceso a la asistencia sanitaria (6).

No existe evidencia actualizada en gran proporción sobre el tema de estudio en Ecuador, por esta razón, esta investigación es de alto impacto a nivel mundial y regional porque va a permitir aportar datos sobre los determinantes sociales y culturales sobresalientes que afectan la salud, principalmente a las enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta indígena.

Justificación

Para tratar de entender la prevalencia y distribución de las enfermedades crónicas no transmisibles que no son de origen metabólico, la investigación se propuso identificar los determinantes sociales y culturales que influyen en estas enfermedades, aunque estos factores

sean fundamentales para su desarrollo. Estos factores afectan al riesgo de enfermedad, a su identificación precoz y a su tratamiento, y conocerlos mejor puede ayudar a desarrollar remedios más potentes.

El conocimiento de la distribución, la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles exige conocer las variables sociales y culturales. Además, las iniciativas de salud pública dirigidas a mitigar estos problemas pueden verse muy favorecidas si se reconocen y abordan. Las políticas que mejoran la educación, amplían el acceso a la atención sanitaria y modifican los entornos sociales y físicos también pueden ayudar a reducir la prevalencia de ciertas enfermedades. Además, las iniciativas de salud pública pueden tener más éxito y ser más aceptables si se adaptan a determinadas situaciones culturales.

La investigación en este ámbito de la salud ha examinado los ámbitos social y cultural y su repercusión en la salud. Esto ha descubierto patrones intrincados y soluciones creativas que van más allá del tratamiento médico para incorporar una comprensión más completa de la salud que considere factores sociales, económicos y culturales. Esto era crucial para crear sociedades más sanas y justas.

Impactos de la Investigación

Impacto social

Los factores sociales y culturales tienen una influencia significativa en la sociedad, pues mantienen disparidades en las oportunidades de empleo, educación y salud. Estos elementos tienen el potencial de empeorar la salud física y mental de las poblaciones destinatarias al fomentar la estigmatización y los prejuicios contra ellas. También influyen en la disponibilidad de recursos y en los hábitos sanitarios, lo que puede impedir la prevención y el tratamiento de enfermedades. También moldean la propia identidad y el sentimiento de comunidad, lo que repercute en la salud general y mental. Para abordar con éxito las disparidades socioeconómicas y promover la equidad y la justicia social, es imperativo tener en cuenta estos determinantes.

Impacto científico

Los factores sociales y culturales crean disparidades en la morbilidad, la mortalidad y el acceso a la atención sanitaria, que tienen un impacto sustancial en la salud y el bienestar de la población. Según estudios científicos, estas variables pueden repercutir en la salud al exponer a las personas a factores de riesgo y limitar su acceso a oportunidades y recursos. Además, la adherencia al tratamiento médico y el éxito de las iniciativas de salud pública pueden verse afectados por factores sociales y culturales. En consecuencia, para hacer frente a las disparidades sanitarias y mejorar los resultados de salud de la población, es imperativo que estos aspectos se tengan en cuenta en la investigación científica y en la aplicación de las políticas sanitarias.

Objetivos

Objetivo General

Analizar los determinantes sociales y culturales de las enfermedades crónicas no transmisibles que influyen en la salud de la población indígena adulta de la Parroquia Sevilla, Cascales, Sucumbíos 2024.

Objetivos Específicos

- Caracterizar demográficamente a la población de estudio.
- Identificar las determinantes sociales que inciden en el estado de salud de la población.
- Establecer los principales determinantes culturales que repercuten en el estado de salud de la población.

CAPÍTULO I

1. Marco Teórico

1.1. Marco Referencial

Determinantes Sociales de la Salud que influyen en la incidencia/prevalencia de las enfermedades cardiovasculares.

Brasil, Estados Unidos y Alemania tienen las tasas de mortalidad más elevadas por enfermedades cardiovasculares (ECV). En Chile, constituyen la principal causa de mortalidad adulta. Factores intermedios y estructurales afectan la incidencia y prevalencia de las ECV. El objetivo del estudio era presentar un amplio panorama de la relación entre la incidencia y prevalencia de las ECV en adultos y los determinantes socioeconómicos de la salud (DSS). Realizaron un análisis exhaustivo y esbozaron el problema utilizando el acrónimo PICO. Bases de datos PubMed y la Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Para la búsqueda en PubMed se utilizaron los descriptores MeSH, Adult, Cardiovascular Disease y Social Determinants of Health (7).

Para la BVS, utilizaron Determinantes Sociales de la Salud del Adulto, Enfermedad Cardiovascular y DeCS en portugués, español e inglés. combinados con palabras clave y los operadores booleanos AND y OR para ambas búsquedas. Usaron EndNote para importar todas las referencias. La calidad metodológica de los estudios evaluados utilizó las herramientas de Valoración Crítica del JBI. Realizó un análisis temático deductivo de la información. En consecuencia, se encontraron e incluyeron 31 de 834 objetos (7).

La raza, el sexo, el nivel educativo y el estatus socioeconómico fueron los factores estructurales encontrados. La existencia de hábitos poco saludables, comorbilidades, problemas de salud mental y ruralidad fueron los determinantes intermedios que se encontraron. Determinaron que el DSS estructural detectado presentaba niveles socioeconómicos y educativos deficientes. Los comportamientos poco saludables y la mala salud mental fueron dos DSS intermedios que afectaron a la prevalencia y la incidencia de ECV (7).

Determinantes sociales de la salud y presión arterial no controlada en una cohorte nacional de adultos estadounidenses blancos y negros: el estudio REGARDS.

Con el fin de informar mejor los programas destinados a mejorar el control de la presión arterial y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, este estudio pretendió determinar en qué medida los determinantes socioeconómicos de la salud (DSS) contribuyeron al mayor porcentaje de presión arterial (PA) no controlada entre los adultos negros. Examinaron los datos de la investigación REGARDS (Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke) de 7.306 adultos estadounidenses blancos y 7.497 negros que tomaban fármacos antihipertensivos (2003-2007) (8).

Para definir los SDOH utilizaron las dimensiones de Educación, Estabilidad económica, Contexto social, Entorno del vecindario y Acceso a la atención sanitaria de Healthy People 2030. Consideraron no controlada una presión arterial sistólica de 140 mm Hg o una presión arterial diastólica de 90 mm Hg. Entre sus resultados, encontraron que el 25,4% de los individuos de raza blanca y el 33,7% de los participantes de raza negra que tomaban fármacos antihipertensivos tenían la presión arterial no controlada (8).

La diferencia en la presión arterial no controlada entre blancos y negros fue evaluada por el SDOH en el que incluyeron en el estudio actual en un 33,0% (IC del 95%, 22,1%-46,8%). Además, los bajos ingresos anuales de los hogares (mediana porcentual 15,8% [IC 95%, 10,8%-22,8%]), el bajo nivel educativo (10,5% [5,6%-15,4%]), vivir en una comunidad con escasez de profesionales sanitarios (10,4% [6,5%-14,7%]), un barrio desfavorecido (11,0% [4,4%-18,0%]) y un código postal de alta pobreza (9,7% [3,8%-15,5%]) encontraron entre los SDOH que contribuían a un exceso de presión arterial no controlada en adultos negros en comparación con los adultos blancos (8).

El estudio descubrió que, entre los adultos negros, en comparación con los blancos, el ámbito del vecindario explicaba el 14,1% (IC del 95%, 5,9%-22,9%), el ámbito de la atención sanitaria explicaba el 12,7% (IC del 95%, 8,4%-17,3%) y el ámbito del contexto social explicaba el 3,8% (IC del 95%, 1,2%-6,6%) del exceso de probabilidad de tener la tensión arterial descontrolada. Se demostró que los SDOH, entre los que se incluían los bajos ingresos, el bajo nivel educativo, vivir en un barrio con una alta concentración de pobreza, residir en una zona carente de profesionales sanitarios y vivir en un código postal de alta pobreza, aumentaban la probabilidad

de tener la tensión arterial descontrolada entre los adultos negros en comparación con los blancos (8).

Determinantes sociales del riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular subclínica y eventos cardiovasculares.

Aunque existen investigaciones sobre la relación entre los determinantes sociales de la salud (DSS) y la salud cardiovascular, la mayoría de ellas se centran en factores específicos de los DSS. Evaluaron cómo la carga acumulada de SDOH afectaba a los episodios de enfermedad cardiovascular incidentes, a la aterosclerosis subclínica y a las variables de riesgo cardiovascular. Procedimientos y resultados Se incluyeron en nuestro análisis 6.479 individuos del Estudio Multiétnico de Aterosclerosis (MESA) (9).

A partir de 14 componentes en 5 dominios (estabilidad económica, vecindario y entorno físico, contexto comunitario y social, educación y acceso al sistema sanitario), se calculó una puntuación agregada ponderada de SDOH que representaba el número acumulado de SDOH desfavorables y se dividió en cuartiles (cuartil), siendo 4 el menos favorable). Se determinó cómo afectaba la carga acumulada de SDOH a la inflamación sistémica, la aterosclerosis subclínica, la enfermedad cardiovascular incidente y los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipidemia, tabaquismo y obesidad) (9).

Cada factor de riesgo cardiovascular, con la excepción de la dislipidemia, se vinculó a probabilidades mayores con el aumento de la privación social. Al comparar el cuartil 4 con el cuartil 1, el factor de riesgo que se relacionó de forma más sustancial con una menor SDOH fue el tabaquismo (odds ratio [OR], 2,67 [IC 95%, 2,13-3,34]). En comparación con los del cuartil 1, los del cuartil 4 de SDOH no presentaban una mayor carga de aterosclerosis subclínica (OR, 1,01 [IC del 95%, 0,79-1,29]), pero tenían un 33% más de probabilidades de presentar un aumento de la proteína C reactiva de alta sensibilidad (OR, 1,33 [IC del 95%, 1,11-1,60]) y un 31% más de riesgo de todas las enfermedades cardiovasculares (hazard ratio, 1,31 [IC del 95%, 1,03-1,67]) (9).

Llegaron a la conclusión de que el aumento de la privación socioeconómica estaba relacionado con un aumento de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular, la inflamación y los episodios cardiovasculares. Con el fin de mejorar los resultados cardiovasculares, nuestros

hallazgos requieren una mejor práctica clínica de detección de SDOH y estrategias de mitigación más fuertes para la carga desproporcionadamente alta de SDOH entre los socialmente pobres (9).

El impacto del plan de acción estratégico de lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles en los ingresos hospitalarios y las muertes por enfermedades cardiovasculares en Brasil.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principal causa de mortalidad en el mundo, fueron responsables de millones de ingresos hospitalarios anuales, de los cuales la mayoría corresponden a enfermedades cardiovasculares (ECV). Numerosas naciones han ideado diversos enfoques para gestionar y contener estas enfermedades. El objetivo del estudio fue evaluar los ingresos hospitalarios, las muertes y la tasa de mortalidad en Brasil, desglosados por enfermedad cardiovascular, en relación con el Plan de Acción Estratégico para Combatir las ENT (2011-2022) (10).

Trataron de un estudio descriptivo, con datos secundarios del Sistema de Información Hospitalaria del Sistema Único de Salud (SIH/SUS). Analizaron los ingresos hospitalarios, las muertes y la tasa de mortalidad por ECV en la población brasileña mayor de 20 años, según región, sexo y grupo de edad. Dentro del análisis estadístico utilizaron el programa GraphPad Prism. La normalidad de los datos evaluó mediante la prueba de Komogorov Smirnov y la comparación entre grupos y períodos de años, realizaron mediante la prueba ANOVA de dos factores con la prueba post hoc de Tukey. Un valor p inferior a 0,05 consideraron significativo (10).

En este estudio, la mayoría de los estudios mostraron que la ejecución del plan resultó en una disminución de las tasas de hospitalización de la población adulta; sin embargo, el número de muertes y la tasa de mortalidad por ECV no mejoraron. Esto demuestra que hay que seguir trabajando para disminuir los efectos de estas enfermedades en Brasil y enfatiza la necesidad de continuar evitando sus factores de riesgo, los determinantes socioeconómicos de la salud y la reestructuración de la asistencia sanitaria a la luz del envejecimiento de la población. A la hora de poner en práctica métodos innovadores de prevención, tratamiento y control de los factores de riesgo, deben tenerse en cuenta estos hallazgos, ya que ofrecen información que mejora el control y el seguimiento de la ECV (10).

Influencia de la posición socioeconómica contextual sobre el riesgo de hipertensión en países de ingresos bajos y medios: desvinculando el contexto de la composición.

En primer lugar, el factor de riesgo modificable más importante de las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad a nivel mundial es ahora la hipertensión. Debido sobre todo a los cambios en la alimentación y el estilo de vida, las enfermedades infecciosas están experimentando actualmente un cambio epidemiológico, pasando de ser enfermedades crónicas no transmisibles a ser enfermedades de recursos limitados (11).

El propósito de la investigación fue el impacto de las variables nacionales, comunitarias e individuales sobre la hipertensión en los países de ingresos bajos y medios (PIBM). Utilizamos 12 conjuntos de datos de Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) recopilados entre 2011 y 2018 en países de ingresos bajos y medianos para realizar un análisis de regresión logística multinivel multivariable. Incluimos 33 883 vecindarios (Nivel 2) con 888 925 encuestados (Nivel 1) de 12 PIBM (Nivel 3) (11).

Como resultado, la República Kirguisa tenía una prevalencia de hipertensión del 10,3%, mientras que Haití tenía una prevalencia del 52,2%. Descubrimos que los encuestados que vivían en las regiones menos pobres tenían un 14% más de riesgo de hipertensión que los que vivían en las zonas más desfavorecidas (OR = 1,14; IC del 95%, 1,10 a 1,17), incluso después de corregir por características individuales, de vecindario y a nivel nacional. Se observó que las probabilidades de hipertensión variaban significativamente entre naciones y comunidades (11).

Los factores a nivel nacional y local podrían explicar alrededor del 26,3% y el 47,6% de la variación en las probabilidades de hipertensión, respectivamente. También se observó que la probabilidad de desarrollar hipertensión aumentaba en los encuestados que se trasladaban a un país extranjero o a una zona con mayor riesgo de hipertensión; el aumento medio de sus probabilidades de desarrollar hipertensión fue de 4,04 veces (IC del 95%: 3,98 a 4,08) y de 2,83 veces (IC del 95%: 2,62 a 3,07), respectivamente. Según este estudio, el riesgo de adquirir hipertensión se correlacionaba de forma independiente con el contenido y el contexto de variables específicas del estatus socioeconómico. Para disminuir la carga de hipertensión, deben ponerse en práctica medidas preventivas a nivel individual, socioeconómico y contextual (11).

Determinantes sociales de la salud, factores de riesgo y enfermedad cardiovascular aterosclerótica en personas de origen vietnamita.

Con 2,2 millones de ciudadanos vietnamitas viviendo en Estados Unidos en 2022, Vietnam es el sexto lugar de origen más común de los inmigrantes en el país. La Asociación Americana del Corazón y los Institutos Nacionales de Salud han pedido que se realicen investigaciones para determinar la carga de factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovasculares y sus causas en las poblaciones asiático-americanas, especialmente la vietnamita. A pesar de sus súplicas, los estadounidenses de origen vietnamita siguen sin ser tenidos en cuenta en las investigaciones cardiovasculares realizadas en Estados Unidos (12).

Las investigaciones que utilizan datos de mortalidad estadounidenses, breves encuestas transversales y estudios realizados en Vietnam indican que las mujeres tienen más probabilidades que los varones de desarrollar diabetes gestacional, mientras que los hombres son más propensos a fumar y presentan altas tasas de hipertensión. Además, entre las tasas más altas de muerte cerebrovascular del país se encuentran los estadounidenses de origen vietnamita. Se ha propuesto que importantes determinantes socioeconómicos de la salud, como los bajos ingresos medios, las frecuentes barreras lingüísticas y los escasos conocimientos sanitarios, influyen en el riesgo cardiovascular de esta población (12).

En la revisión narrativa, abordaron las variables mencionadas, destacaron las características únicas del riesgo cardíaco en vietnamitas y estadounidenses de origen vietnamita, y resaltaron importantes lagunas de información. También, trazaron una serie de soluciones sugeridas y subrayamos la importancia de seguir investigando en este sector demográfico poco estudiado. El objetivo fue impulsar la investigación en este campo, aumentar la concienciación sobre la importante carga de factores de riesgo cardiovascular y enfermedades que soporta esta población considerable, pero hasta ahora infravalorada, en Estados Unidos, y contribuir al desarrollo de estrategias preventivas eficaces e individualizadas (12).

Estado de los determinantes sociales e hipertensión: un estudio transversal a nivel nacional en China.

Con el fin de investigar la relación entre la hipertensión (HT) y el estado de los factores sociales desequilibrados en China, realizamos una encuesta transversal en una muestra de 299 220

chinos entre 2012 y 2015. Las medidas utilizadas para evaluar el estado de los determinantes sociales fueron las siguientes: (a) nivel de distrito: valor añadido de la industria terciaria (TIAV), camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes (Por 1.000 camas) y PIB per cápita (Por PIB); b) nivel individual: circunstancias laborales y educativas. Los grupos medio y más rico mostraron un mayor riesgo de hipertensión [OR, IC 95%: 1,12 (1,09-1,14) y 0,99 (0,96-1,02)] en comparación con el nivel más bajo de PIB_Per. y una mayor posibilidad de comprender, gestionar y controlar la hipertensión (13).

Un elevado número de camas por 1.000 habitantes en la región rural se relacionó con un mayor riesgo de TH, así como con una menor probabilidad de reconocimiento, tratamiento y control. Una mayor TIAV se relacionó con una mayor probabilidad de control de la TH (tendencia $p < 0,001$). En comparación con los de educación primaria, los de educación intermedia (OR, IC 95%: 0,86; 0,84-0,88) y superior (OR, IC 95%: 0,72; 0,69-0,76) tuvieron una mayor probabilidad de control de la HTA y un menor riesgo de HTA. Además, comparado con los que trabajaban, los jubilados/desempleados tenían más riesgo de hipertensión y una mayor probabilidad de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión (13).

Este estudio ofrece pruebas procedentes de China de que existe una relación discernible entre la HTA y la condición de determinante social. Los individuos de zonas con mayores ingresos, con menor nivel educativo o en situación de jubilación o desempleo son más propensos a desarrollar HTA, especialmente los hombres y los que viven en zonas rurales. Además, las situaciones sociales y económicas más pobres, los niveles educativos más bajos y las condiciones laborales/estudiantiles se relacionaron con una menor probabilidad de conocimiento, tratamiento y control de la HTA (13).

Evaluación de los determinantes sociales de la obesidad hispanos/latinos y blancos no hispanos en una muestra comunitaria de residentes en las zonas rurales del sureste de EE. UU.

Buscamos los determinantes socioeconómicos de la obesidad entre los blancos no hispanos y los hispanos/latinos residentes en el sureste utilizando un método ecológico. Se pidió a 217 participantes -106 hispanos/latinos y 111 blancos no hispanos- que proporcionaran información sobre los determinantes sociales de la obesidad (individuales, familiares, comunitarios y culturales/contextuales). También se tomaron medidas objetivas de altura y peso. Se

compararon los valores de IMC dentro de cada grupo étnico según variables socioeconómicas y la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre esos grupos (14).

Tras controlar por edad y sexo, la prevalencia de sobrepeso fue 1,9 veces mayor en los hispanos que en los blancos no hispanos (OR 1,93; IC del 95%: 1,05-3,55). Entre los hispanos y los latinos, descubrimos asociaciones positivas entre el IMC y los factores adversos a nivel familiar. Por otra parte, los blancos no hispanos con un IMC más elevado informaron de características indeseables en el vecindario. Los resultados subrayan la necesidad de estrategias específicas para la prevención y el tratamiento de la obesidad (14).

El impacto de los determinantes sociales de la salud en las disparidades en la obesidad y la diabetes entre las comunidades latinas en el sur de California.

El término determinantes sociales de la salud (DSS) se refiere a la intrincada red de factores que afectan a una persona tanto antes como después de su nacimiento. El contexto de los factores de riesgo de una comunidad para las enfermedades crónicas y las desigualdades sanitarias específicas viene dado por los DSS. El objetivo principal de este estudio era investigar cómo afecta el SDoH a la prevalencia de la diabetes y la obesidad y si las variaciones en estos resultados de salud entre los latinos del sur de California pueden explicarse por estos factores (15).

Entre las metodologías importantes se incluyó el uso de tres índices compuestos que abarcan múltiples SDoH: CalEnviroScreen (CES), el Índice de Vulnerabilidad Social (IVS) y el Índice de Lugares Saludables (IPS). Las relaciones entre las puntuaciones de los índices y la obesidad en adultos, la diabetes en adultos y la obesidad infantil se investigaron mediante modelos de regresión lineal univariante. Los resultados indicaron que un mayor porcentaje de población latina y una mayor frecuencia de trastornos metabólicos estaban vinculados a localidades con puntuaciones más bajas del IPH (15).

El 71% de las personas de las ciudades con los deciles más bajos de puntuación del IPH se clasificaban como latinas, frente al 12% del decil superior. El 61% de la variabilidad de la obesidad adulta ($p < 0,001$), el 41% de la variabilidad de la obesidad infantil ($p < 0,001$) y el 47% de la variabilidad de la diabetes adulta ($p < 0,001$) se explicaban por las puntuaciones del IPH. Se observaron resultados comparables cuando se compararon el IVS y el CES con estos

resultados de salud. Estos resultados implican que los latinos del sur de California tienen una mayor prevalencia de obesidad adulta, diabetes y obesidad infantil y residen en barrios desfavorables para la SDoH (15).

Determinantes sociales de la obesidad en pueblos indios americanos y nativos de Alaska de ≥ 50 años.

Este artículo pretende abordar la disparidad en las tasas de obesidad entre las poblaciones de indios americanos/nativos de Alaska (AI/AN) y la falta de conocimiento sobre los factores sociales de la obesidad entre las poblaciones mayores de AI/AN. Así pues, en nuestro estudio evaluamos los factores sociodemográficos asociados a la obesidad entre los IA/AN mayores de 50 años. Nuestro enfoque consistió en utilizar modelos lineales generalizados multivariantes mixtos para realizar un estudio transversal y determinar las variables sociales vinculadas a la probabilidad de ser categorizado como obeso ($IMC > 30,0 \text{ kg/m}^2$) (16).

Toda la población del estudio fue objeto de análisis estratificados según el grado medio de pobreza del condado. Este artículo contiene estadísticas de ámbito en Indian Health Service (IHS) para 27,696 AI/AN de 50 años o más que no tenían diabetes y que accedieron a los servicios del IHS en el año fiscal 2013. En consecuencia, se encontró que el IMC promedio era de $29,8 \pm 6,6$, con un 43% de la población categorizada como obesa. La obesidad era más común en las mujeres que en los hombres, y un mayor riesgo de obesidad estaba vinculado a edades más tempranas (16).

El seguro médico privado estaba vinculado a mayores riesgos de obesidad, mientras que la cobertura de Medicaid estaba vinculada a menores probabilidades. Se demostró que las probabilidades de obesidad eran mayores en los lugares con menor nivel educativo y mayor tiempo de desplazamiento a los centros de atención primaria. La obesidad era menor en quienes residían en un condado donde más residentes tenían acceso limitado a una tienda de alimentación. La conclusión a la que se llegó fue que nuestra investigación se suma a nuestra comprensión de los determinantes sociales de la obesidad entre los mayores AI / AN y hace hincapié en la necesidad de más estudios sobre la obesidad AI / AN, incluidos los estudios longitudinales perspectiva del curso de vida para investigar los determinantes sociales de la obesidad en los mayores AI / AN (16).

1.2. Fundamentación Teórica

1.2.1. Salud

La salud es algo más que la ausencia de enfermedad o discapacidad; es una condición de bienestar físico, mental y social integral. (17).

1.2.2. Determinantes de la salud según la OPS

Conjunto de acciones que pueden salvaguardar o perjudicar la salud de la población en su conjunto. La intrincada interacción de varios elementos determina el estado de salud general tanto de las personas como de las comunidades. En el estado de salud de las personas o los grupos influyen diversas variables, entre ellas aspectos biológicos, sociales, culturales, económicos y medioambientales, así como de protección (18).

- **Determinantes sociales de la salud**

Las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen en las condiciones de la vida cotidiana, así define la Organización Mundial de la Salud los determinantes sociales de la salud (DSS). Estos sistemas y factores incluyen sistemas políticos, normas y políticas sociales, iniciativas de desarrollo y políticas y sistemas económicos. (19).

- **Determinantes conductuales**

Los determinantes culturales, que se tuvieron en cuenta para la investigación, se derivan de los determinantes del comportamiento. Estos se refieren a un conjunto de representaciones y expresiones que, a lo largo del tiempo, definen una comunidad y definen los comportamientos de los individuos que la integran. Incluyen, entre otras cosas, costumbres, creencias, reglas, religión y política que prevalecen entre el común de las personas que la integran, estableciendo así la forma en que cada sujeto piensa, cree y actúa (20).

1.2.3. Enfermedades crónico no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT) pueden ser hereditarias, congénitas, autoinmunes o idiopáticas. La mayoría de las enfermedades crónicas están causadas por factores de riesgo que pueden modificarse a lo largo de la vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, el estrés y comportamientos poco saludables como el tabaquismo y el consumo de alcohol (18).

Son la principal fuente de mortalidad y discapacidad en el mundo. Las enfermedades no transmisibles son una categoría de enfermedades que con frecuencia requieren atención y tratamiento a largo plazo, tienen efectos sobre la salud a largo plazo y no son provocadas principalmente por una infección aguda (21).

- **Obesidad y sobrepeso**

La OPS define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede suponer un riesgo para la salud. La obesidad se asocia a un aumento considerable de varias enfermedades crónicas, como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la hipertensión y diversos tipos de cáncer (22).

- **Diabetes**

La glucemia elevada, también conocida como azúcar en sangre, es una característica definitoria de esta enfermedad metabólica crónica. Con el tiempo, puede causar daños importantes en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios (23).

- **Hipertensión**

Según la Organización Panamericana de la Salud, la hipertensión arterial -definida como una medición diastólica o sistólica igual o superior a 90 mmHg- es uno de los principales factores de riesgo tanto de enfermedad cardiovascular como de enfermedad renal crónica. La presión arterial es un rasgo complicado que se ve afectado por una serie de factores a lo largo de la vida de una persona, como la nutrición y el crecimiento fetal e infantil, la obesidad, componentes dietéticos específicos (especialmente la ingesta de sodio y potasio), el consumo de alcohol, la actividad física, el tabaquismo, el plomo, el ruido, la contaminación atmosférica, el estrés psicosocial y el uso de medicamentos para la presión arterial (24).

- **Dislipidemia**

Los niveles elevados de grasas (lípidos) o colesterol en la sangre son el sello distintivo de la dislipidemia, una enfermedad que aumenta el riesgo de infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, obstrucción de las arterias (aterosclerosis) y otras complicaciones del sistema circulatorio, sobre todo en los fumadores. En el caso de los adultos, las causas habituales son la obesidad, los malos hábitos alimentarios y la inactividad. Por lo general, la dislipidemia es asintomática. Las complicaciones pueden evitarse con una buena dieta, ejercicio regular y medicamentos hipolipemiantes (25).

- **Síndrome metabólico**

El síndrome metabólico es la combinación de prediabetes y otro factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), como la dislipidemia, la obesidad de la parte superior del cuerpo o la hipertensión (26).

1.2.4. Ficha familiar

Es la herramienta de archivo de la unidad, para la que hay que reservar el espacio adecuado dentro del área estadística. Es un componente crucial del MAIS-FCI que permite el seguimiento del estado de salud de la población, la evaluación de las necesidades y la creación de políticas sanitarias óptimas para garantizar la prestación de asistencia sanitaria (18).

1.2.5. Riesgo

Es una métrica que expresa la probabilidad de que se produzca un evento relacionado con la salud o sus determinantes; en otras palabras, muestra lo vulnerables que son determinadas poblaciones a distintos tipos de daños (18).

- **Riesgo Biológicos**

- Personas con mal nutrición
- Personas con enfermedades de impacto

- **Riesgo Sanitario**

- Consumo de agua insegura
- Mala eliminación de excretas
- Mala eliminación de desechos líquidos
- Impacto ecológico por industrias
- Animales intradomiciliarios

- **Riesgo Socio – económico**

- Pobreza
- Desempleo o empleo informal del jefe de la familia
- Analfabetismo del padre o madre
- Desestructuración familiar
- Violencia/Alcoholismo/Drogadicción
- Malas condiciones de la vivienda

1.2.6. Instrumento STEPS

El programa de vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles de la OMS está evolucionando. Una técnica sencilla y normalizada para recopilar, examinar y proporcionar a los Países Miembros datos sobre los factores de riesgo es el STEPS panamericano (27).

1.3. Teoría de enfermería

1.3.1. Madeleine Leininger – Modelo del Sol Naciente

Para ilustrar las ideas fundamentales de su teoría de la variedad y universalidad de la atención cultural, Leininger creó el modelo del sol naciente en los años setenta. Posteriormente mejoró su modelo, y la estructura revisada es ahora más significativa y concluyente para examinar las numerosas partes y aspectos de la teoría y para realizar evaluaciones clínicas culturalmente apropiadas (28).

El modelo representa la salida del sol (cuidados). A través de la lente de la lengua, la etnohistoria y el entorno, la mitad superior del círculo simboliza los elementos de la estructura social y los aspectos de la cosmovisión que repercuten en los cuidados y la salud. Los sistemas populares, profesional y de enfermería -que forman el marco del modelo- también se ven afectados por estas variables (28).

El cosmos que las enfermeras deben tener en cuenta para valorar los cuidados humanos y la salud está simbolizado por las dos mitades combinadas, que constituyen el sol completo. Leininger afirma que la enfermera sirve de intermediaria entre el profesional y el sistema (genérico). Esta teoría propone tres categorías de cuidados de enfermería: cuidados culturales que se preservan y mantienen, cuidados culturales que se adaptan y/o negocian, y cuidados culturales que se reorientan y/o reestructuran (28).

El modelo del sol naciente describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción con el mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno, lo que viene a ser un principio fundamental de la teoría de Leininger. El sexo, la raza, la edad y el estatus social son factores de la estructura social y, por tanto, están sometidos a estudio (28).

- **Persona:** Ser holístico, compuesto por aspectos físicos, psicológicos, culturales y espirituales que ha sobrevivido al tiempo y espacio.
- **Entorno:** Entorno físico, geográfico y sociocultural, mismos que pueden ser modificados por la persona para mejorar su bienestar y calidad de vida.
- **Salud:** Estado de bienestar o recuperación en la práctica cultural por parte de individuos o grupos para desenvolverse en sus vidas cotidianas según sus creencias, valores y formas de actuar.
- **Enfermería:** Cuidados y conocimientos sanitarios basados en la cultura que deben ajustarse a los diversos estilos de vida de la población para promover el bienestar y una salud adecuada o prevenir la enfermedad, la discapacidad o incluso la muerte.

1.3.2. Nola Pender – Modelo de promoción de la Salud.

El modelo encuentra elementos cognitivo-perceptuales en el individuo, que se definen como aquellos pensamientos e ideas relacionados con la salud que influyen o dirigen determinados comportamientos o acciones relacionados con la toma de decisiones o la realización de actividades que promueven la salud. basado en enseñar a las personas a llevar una vida sana y a cuidar de sí mismas. Además, como señala Nola Pender, fomentar una vida sana es esencial antes de prestar asistencia, ya que al hacerlo se reduce el número de enfermos, se utilizan menos recursos, se da más libertad a los individuos y se mejora el futuro. (28).

- **Persona:** Ser holístico, en constante interacción con el entorno, buscando un equilibrio entre la salud y la enfermedad. Definidos por su propio patrón cognitivo y social.
- **Entorno:** Interacciones y modificaciones de los factores que influyen en la persona para mejorar su bienestar y calidad de vida.
- **Salud:** Estado positivo, definiéndose como el bienestar físico, mental y social.
- **Enfermería:** Se centra en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado del enfermo a través de la educación a los usuarios al igual que la motivación por mantener la salud personal.

1.4. Consideraciones éticas

El Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte evaluó el procedimiento de investigación. La Declaración de Helsinki, que establece que es una presentación de los principios éticos utilizados en la investigación médica en seres humanos y que la salud del paciente siempre debe ser garantizada durante los servicios médicos con el fin de respetar sus derechos, preservar su privacidad y mantener su integridad, fue el motor que impulsó la realización de este estudio (29).

Esta declaración abarcó en analizar las causas, evolución y los efectos en enfermedades mejorando las intervenciones necesarias para contrarrestar la enfermedad y/o prevenir tal afección (29). Se explicó a los participantes el objetivo, las ventajas y los posibles peligros del presente estudio. Además, se llevó a cabo el consentimiento informado, que permitió la participación y la recogida de información personal.

Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería

Basado en los valores y las necesidades de la sociedad, el Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería sirve de guía para el comportamiento. Sólo cuando se aplique a la realidad de la enfermería y de los cuidados de salud en una sociedad cambiante tendrá algún valor como documento vivo. Para que el Código cumpla su finalidad, las enfermeras deben comprenderlo, asimilarlo y aplicarlo a todas las facetas de su trabajo. Debe estar a disposición de las enfermeras y los estudiantes durante toda su formación y su carrera profesional (30).

CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas)

Se centran en normas y principios para proteger a los humanos en una investigación. Es fundamental contar con virtudes y protecciones para salvaguardar los derechos y el bienestar de los seres humanos contribuir al conocimiento generalizable sobre la salud (31).

Consentimiento informado: Antes de la presentación del consentimiento informado, se explicó la finalidad del estudio como el protocolo mencionando que la participación es voluntaria y libre, además, la persona puede negarse y retirar el consentimiento sin necesidad de explicar el motivo y así garantizar sus derechos. Durante el transcurso de la investigación se siguió las normas éticas respetando los derechos de la población como al conservar el anonimato y preservar los datos personales obtenidos.

1.5. Marco legal

Objetivo de desarrollo sostenible

Objetivo 3

Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (32).

Meta 3.4

Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar (32).

MAIS

Es un enfoque de salud tienen como objetivo mejorar la accesibilidad de los servicios de salud y la calidad de estos mismos, proporcionando bienestar mediante una atención integral, familiar y comunitario. Al igual busca la intersectorialidad para abordar los determinantes de la salud, logrando una mejoría en la salud de la población ecuatoriana (18)

Ley Orgánica en salud

- **Capítulo I**

Del derecho a la salud

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético (33).

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (33).

Constitución de la República del Ecuador

- **Sección séptima**

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y

ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (34).

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios (34).

Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador y la Estrategia Territorial y Nacional

Eje social

Objetivo Nacional 1.

Mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social (35).

Objetivo Nacional 2.

Impulsar las capacidades de la ciudadanía con educación equitativa e inclusiva de calidad y promoviendo espacios de intercambio cultural (35).

Eje infraestructura, energía y medio ambiente

Objetivo Nacional 7.

Precautelar el uso responsable de recursos naturales con un entorno ambiental sostenible (35).

CAPÍTULO II

2. Materiales y Métodos

2.1. Diseño de Investigación

La investigación presentó un enfoque cuantitativo, no experimental, con alcance descriptivo, correlacional y transversal.

- **Enfoque Cuantitativo:** Conjunto de técnicas cuyo objetivo es utilizar el muestreo probabilístico para establecer una hipótesis de forma metódica y secuencial, de modo que los resultados puedan extrapolarse a toda la población. Los hechos que se miden u observan no pueden ser modificados por el investigador, y cada paso debe llevarse a cabo en el orden preciso. Es necesario utilizar métodos estadísticos para analizar los datos recogidos. (36).
- **No experimental:** Consiste en observar los sucesos que ocurren de forma natural en los sujetos de la investigación sin cambiar intencionadamente ninguna de las variables. (36).
- **Descriptivo:** Su objetivo es cuantificar o recopilar la información necesaria para describir los atributos de conceptos, acontecimientos, variables o hechos en un entorno determinado. El investigador selecciona una serie de preguntas y, a continuación, recopila información sobre cada una de ellas con el fin de demostrar el tema objeto de estudio (36).
- **Correlacional:** Trata de determinar el grado de vinculación o relación entre dos o más ideas, categorías o variables en una situación concreta utilizando metodologías y teorías que establecen conexiones entre variables (36).
- **Transversal:** Se trata de estudios que recogen información en un instante determinado para evaluar una situación o suceso y observar la frecuencia y las interdependencias de las variables a lo largo de un periodo de tiempo predeterminado (36).

2.2. Técnicas e instrumentos de Investigación

Se utilizó un cuestionario creado y verificado por expertos para administrar una encuesta a participantes indígenas adultos previamente identificados y seleccionados. La encuesta STEPS y la clasificación de riesgo del registro familiar MAIS sirvieron de base para este cuestionario. El cuestionario constaba de una serie de preguntas cerradas de opción múltiple que abarcaban factores conductuales, sociales y demográficos relevantes.

2.3. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características demográficas de la población indígena de la Parroquia Sevilla?
- ¿Qué determinantes sociales son de mayor incidencia en el estado de salud de la población?
- ¿Cómo influyen en el estado de salud de la población los principales determinantes culturales?

2.4. Matriz de operacionalización de variables

- **Objetivo 1.** Caracterizar demográficamente a la población en estudio.

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Ítems	Tipo de variable	Técnicas
Caracterización demográfica	El estudio científico de la población es el centro del campo de la demografía (37).	Años según rango de edad	Rango de edad	1=20 – 39 2=40 – 64	¿Cuántos años cumplidos tiene?	Cuantitativa discreta	Cuestionario
		Características biológicas que determina al individuo.	Sexo	1=Masculino 2=Femenino	¿A qué sexo pertenece?	Cualitativa nominal	
		Lugar de residencia	Área	1=Urbano 2=Rural	¿A qué área pertenece?	Cualitativa nominal	

- **Objetivo 2.** Identificar las determinantes sociales que inciden en el estado de salud de la población.

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Ítems	Tipo de variable	Técnicas
Determinantes sociales	La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas	Social	Estado civil	1=Soltero/a 2=Casado/a 3=Unión libre 4=Divorciado/a 5=Viudo/a	¿Cuál es su estado civil?	Cualitativa nominal	Cuestionario
			Nivel educativo	1= Analfabeto/a 2= Primaria 3= Secundaria 4= Tercer nivel	¿Cuál es su nivel más alto de escolaridad ?		

Determinantes sociales	de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (19).		Ocupación	1=Jornalero 2=Quehaceres domésticos 3=Comerciante 4=Estudiante 5=Otro	¿Cuál es su ocupación?	Cualitativa ordinal
			Migración	1=Dentro del país 2=Fuera del país. 3=Nunca me mudé.	¿Usted alguna vez se mudó dentro o fuera del país?	Cualitativa nominal
			Lugar de atención cuando se enferma	1=Hospital 2=Centro de salud 3=Farmacia 4=Persona que conoce de medicina ancestral.	¿A dónde acude cuando se enferma?	Cualitativa nominal
			Tratamiento farmacológico	1=Plantas medicinales 2=Inyecciones 3=Colirios 4=Jarabes 5=Ungüentos 6= Pastillas 7=No tomo medicamentos 8=Otro	¿Qué tipo de medicamentos usa para su enfermedad?	Cualitativa nominal
			Frecuencia para realizar actividad física	1= A diario 2=Día por medio 3=Una vez por semana 4=Una vez cada dos semanas 5=Una vez al mes 6=No realizo actividad física	¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicio?	Cualitativa ordinal

			<p>Tipo de actividad física</p> <p>1= Flexibilidad y fuerza 2= Resistencia y fuerza 3= Otro 4=Ninguno</p>	<p>¿Qué tipo de ejercicio usted realiza?</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	
			<p>Tiempo para realizar actividad física</p> <p>1=1 hora 2=2 horas 3=3 horas 4=4 horas 5=Mayor a 4 horas 6=No realizo actividad física</p>	<p>¿Cuánto tiempo realiza ejercicio?</p>	<p>Cuantitativa discreta</p>	
			<p>Tipo de alimentos consumidos</p> <p>1= Carbohidratos, proteínas, vegetales, granos, frutas, grasas. 2= Carbohidratos, vegetales, granos, frutas, grasas. 3=Otros</p>	<p>¿Qué tipo de alimentos consume?</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	
			<p>Cantidad de comidas diarias</p> <p>1=1 comida diaria 2=2 comidas diarias. 3=3 comidas diarias. 4=Igual o mayor a 4 comidas diarias</p>	<p>¿Cuántas comidas consume al día?</p>		
			<p>Frecuencia al consumir carbohidratos</p> <p>1= A diario 2=Día por medio 3= Una vez por semana 4=Una vez cada dos semanas 5=Una vez al mes 6=No consumo</p>	<p>¿Con qué frecuencia usted consume hidratos de carbono (arroz, harina, pastas, etc.)?</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	

			<p>Frecuencia al consumir proteínas</p> <p>1= A diario 2=Día por medio 3= Una vez por semana 4=Una vez cada dos semanas 5=Una vez al mes 6=No consumo</p>	<p>¿Con qué frecuencia usted consume proteínas (carne, huevos, leche, etc.)?</p>		
			<p>Frecuencia al consumir granos</p> <p>1= A diario 2=Día por medio 3= Una vez por semana 4=Una vez cada dos semanas 5=Una vez al mes 6=No consumo</p>	<p>¿Con qué frecuencia usted consume granos (frejol, choclo, arveja, etc.)?</p>	Cualitativa ordinal	
			<p>Frecuencia al consumir vegetales</p> <p>1= A diario 2=Día por medio 3= Una vez por semana 4=Una vez cada dos semanas 5=Una vez al mes 6=No consumo</p>	<p>¿Con qué frecuencia usted consume grasas (lechuga, brócoli, cebolla etc.)?</p>		
			<p>Frecuencia al consumir grasas</p> <p>1= A diario 2=Día por medio 3= Una vez por semana 4=Una vez cada dos semanas 5=Una vez al mes 6=No consumo</p>	<p>¿Con qué frecuencia usted consume grasas (aceites, manteca, etc.)?</p>		

			Frecuencia al consumir frutas	1= A diario 2=Día por medio 3= Una vez por semana 4=Una vez cada dos semanas 5=Una vez al mes 6=No consumo	¿Con qué frecuencia usted consume frutas (mango, papaya, mandarina, guayaba, arazá, guaba, ect.)?		
			Frecuencia al consumir sal	1= A diario 2=Día por medio 3= Una vez por semana 4=Una vez cada dos semanas 5=Una vez al mes 6=No consumo	¿Con qué frecuencia usted consume sal o salsas saladas?		
			Cantidad al consumir sal	1=1 chuchara 2=2 cucharas 3=3 cucharas 4=Igual o mayor a 4 cucharas	¿Cuántas cucharas de sal consume al día?		
			Edad al consumir alcohol	1=Menores de 18 años 2=18 - 39 años 3= 40 -64 años 4=Nunca	¿Desde qué edad promedio usted empezó a consumir alcohol?	Cuantitativa Discreta	
			Edad al consumir tabaco	1=Menores de 18 años 2=18 - 39 años 3= 40 -64 años 4=Nunca	¿Desde qué edad promedio usted empezó a consumir tabaco?		

			Cantidad de alcohol mensual	1=1 botella 2=2 botellas 3=3 botellas 4=4 botellas 5. Igual o mayor de 5 botellas	¿Cuántas botellas de alcohol usted consume al día?	Cualitativa ordinal
			Cantidad de tabacos mensual	1=Menos de media cajetilla 2=Media cajetilla 3=Una cajetilla 4=Más de una cajetilla	¿Cuántos tabacos consume al día?	
		Riesgo Biológico	Personas con malnutrición (sobrepeso o desnutrición)	1=Desnutrición 2=Bajo peso 3=Normal 4=Sobrepeso 5=Obesidad Tipo I 6=Obesidad Tipo II 7=Obesidad Tipo III	¿Usted presenta sobrepeso o desnutrición?	Cualitativa ordinal
			Enfermedades crónicas no transmisibles	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Usted presenta alguna enfermedad?	
			Consumo de agua insegura	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Cuál es el tipo de agua que usted consume?	
			Mala eliminación de basura	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Cómo clasifica usted su basura?	
			Mala eliminación de excretas	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Dónde elimina sus deposiciones?	

		Riesgo sanitario	Mala eliminación de desechos líquidos.	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Su domicilio posee alcantarillado, tubería y desagües en buenas condiciones?	Cualitativa ordinal	
			Impacto ecológico	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Cuáles son los daños que afectan al ambiente y su comunidad?		
			Animales intradomiciliarios.	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Cuántos animales viven dentro de su domicilio?		
			Pobreza	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Cuáles son los ingresos económicos al mes?		
			Desempleo o empleo informal del jefe de la familia.	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Cuál es su ocupación?		
		Riesgo socioeconómico	Analfabetismo del padre o de la madre.	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿El padre o madre puede leer y escribir?		

			Estructuración familiar.	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Con quién vive en su domicilio?		
			Violencia/ Alcoholismo / Drogadicción.	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Usted consume algún tipo de sustancias nocivas?		
			Malas condiciones de la vivienda.	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Cómo está construida su vivienda?		
			Hacinamiento.	0=Sin riesgo 1=Riesgo muy bajo 2=Riesgo bajo 3=Riesgo moderado 4=Riesgo alto	¿Cuántas personas duermen en un dormitorio?		

Objetivo 3. Establecer los principales determinantes culturales que repercuten en el estado de salud de la población.

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Ítems	Tipo de variable	Técnicas
Determinantes culturales	Dentro de los determinantes conductuales se deriva los determinantes culturales los mismos que fueron tomados en cuenta para la investigación, este se refiere a un conjunto de representaciones y expresiones que describen en el tiempo a una	Cultural	Pueblos o nacionalidades	1=Cofán 2=Shuar 3=Kichwa 4=Otro	¿A qué pueblo o nacionalidad pertenece?	Cualitativa nominal	Cuestionario
			Lengua	1=Español 2=Kichwa 3=Español A'ingae	¿Qué idioma usted habla?		

	comunidad, definiendo las conductas de los individuos que la conforman, incluyendo además las costumbres, creencias, reglas, religión, política entre otros, predominando en el común de las personas que la integran estableciendo así la forma en la que cada sujeto piensa, cree y actúa (20).			4=Español y Kichwa 5=Español y Shuar Chicham 6=Otro			
			Creencias en medicina	1=Medicina ancestral 2=Medicina mágica 3=Medicina occidental 4=Otra	¿En qué medicina usted cree?		

2.5. Participantes

La población de estudio comprendió a 131 adultos indígenas de la Parroquia Sevilla, cantón Cascales, Provincia de Sucumbíos, durante el período abril – mayo de 2024. Del universo estudiado, se aplicó un tamaño de muestra representativa de 100 adultos indígenas. Además, la selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve ya que, esta permite reconocer a los participantes fundamentales que puedan apoyar con información relevante y detallada como también preguntar si tienen contactos para ampliar los datos, los mismo que, se aumentarán a la muestra (36).

2.5.1. Criterios de inclusión

- Adultos indígenas entre 20 y 64 años.
- Personas adultas indígenas de la Parroquia Sevilla, Cantón Cascales, Provincia de Sucumbíos.

2.5.2. Criterios de exclusión

- Personas no residentes de la Parroquia Cascales, cantón Cascales.
- Personas menores de 20 años y mayores de 64 años.
- Adultos que no comprendan el idioma del encuestador.
- Personas con discapacidad cognitiva que dificulte su comunicación.
- Mujeres embarazadas.

2.6. Procedimiento y análisis de datos

Luego de la aplicación de los instrumentos de investigación, se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel y se ingresó cada encuesta realizada. Posteriormente se transfirió al programa SPSS versión 27, en el cual los datos fueron tabulados a través de la aplicación de la estadística descriptiva básica. Los resultados obtenidos fueron representados a través de tablas de frecuencias y de porcentajes que permitieron evaluar el problema de la investigación, además se realizó una tabla de contingencia con variables ordinales bajo el coeficiente de correlación Spearman.

Validez y confiabilidad

Para garantizar las propiedades psicométricas del instrumento, se aplicó el coeficiente de fiabilidad de alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.95 de fiabilidad y 0,5 margen de error, es decir, el instrumento tiene una consistencia interna alta.

CAPÍTULO III

3. Resultados y Discusión

Para el desarrollo de la investigación se contó con una muestra de 100 adultos de etnia indígena, pertenecientes a la parroquia de Sevilla. En las siguientes tablas se exponen los resultados obtenidos.

Tabla 1. Características demográficas de la población de estudio. Sevilla, Cascales 2024.

Características demográficas		
Indicador	N	%
Rangos de edad (n=100)		
20 – 39	53	53,0
40 – 64	47	47,0
Total	100	100,0
Mínimo: 20		
Máximo: 63		
Media: 37		
Desviación estándar: 13,3		
Sexo		
Masculino	44	44,0
Femenino	56	56,0
Área		
Rural	100	100,0

Elaboración propia.

En la tabla que se antepone los adultos jóvenes representaron a más de la mitad de la población estudiada con un porcentaje de 53% y una media de $37 \pm$. En cuanto al sexo; el femenino es superior al masculino. Por otro lado, en su totalidad pertenecieron al área rural.

A diferencia con el PDOT de Cascales (37), la mayoría se encuentra en un rango de 25 – 54 y su población masculina fue notablemente mayor respecto a la población femenina, pero, acentuándose más la brecha en la ruralidad.

Tabla 2. Inserción social según estado civil, nivel educativo, ocupación y condición migratoria. Sevilla, Cascales 2024.

Inserción social		
Indicador	N	%
Estado civil (n=100)		
Soltero/a	30	30,0
Casado/a	46	46,0
Unión libre	21	21,0
Viudo/a	3	3,0
Total	100	100,0
Nivel de escolaridad		
Analfabeto/a	4	4,0
Primaria	66	66,0
Secundaria	30	30,0
Total	100	100,0
Ocupación		
Jornalero	40	40,0
Quehaceres domésticos	46	46,0
Comerciante	2	2,0
Estudiante	8	8,0
Otro	4	4,0
Total	100	100,0
Migración		
Dentro del país	5	5,0
Nunca me mudé	95	95,0
Total	100	100,0

Elaboración propia.

Se evidencia que la población estudiada hubo más personas solteras y casadas. Con relación a ello, un estudio realizado en Perú determinó que la población indígena estaba conformada por personas casadas con el 66,2% y solteras con el 21,2% en el cual refleja su mayoría (38).

Más de la mitad no han culminado sus estudios únicamente llegan a completar la primaria. En lo que refiere a la ocupación el 46% se dedican a los quehaceres domésticos y el 40% a la jornalearía. Además, cerca del 100% nunca migraron dentro o fuera del país.

En referencia al (PDOT) de Cascales (37), la educación primaria comprende casi en su totalidad de la localidad. Por otro lado, en las áreas rurales las mujeres no sólo se dedican a los quehaceres del hogar, sino que, más de la mitad realizan actividades agrícolas y del comercio; sin embargo,

las actividades migratorias como: relaciones exteriores y comercio, tuvieron un índice medio únicamente a nivel Cantonal.

Tabla 3. Estilos de vida en relación a la actividad física en la población adulta indígena. Sevilla, Cascales 2024.

Estilos de vida		
Actividad física		
Indicador	N	%
Tipo de actividad física (n=100)		
Resistencia y fuerza	95	95,0
Ninguno	5	5,0
Total	100	100,0
Frecuencia de actividad física		
A diario	95	95,0
No realizo actividad física	5	5,0
Total	100	100,0
Tiempo de actividad física		
4 horas	9	9,0
Mayor a 4 horas	86	86,0
No realizó actividad física	5	5,0
Total	100	100,0

Elaboración propia.

Se observó que el tipo de actividad física realizada era de resistencia y fuerza con un porcentaje cerca del 100%; las actividades deportivas diarias que practicaban en su mayoría como el vóley y el fútbol, las mismas que se pudieron evidenciar durante la recolección de datos; presentó una duración mayor a 4 horas diarias.

En sustento de lo expuesto un estudio realizado en la población indígena de San Pablo del Lago, cantón Otavalo, se menciona que, a pesar de las barreras culturales, no han evitado que las comunidades indígenas practiquen actividad física como el fútbol, este al ser uno de los deportes con mayor arraigo (39).

Tabla 4. Estilos de vida en relación a los alimentos en la población adulta indígena. Sevilla, Cascales 2024.

Estilos de vida		
Alimentación		
Indicador	N	%
Tipo de alimentos consumidos (n=100)		
Carbohidratos, proteínas, vegetales, granos, frutas, grasas	30	30,0
Carbohidratos, vegetales, granos, frutas, grasas	70	70,0
Total	100	100,0
Cantidad de comidas diarias		
1 comida diaria	50	50,0
2 comidas diarias	21	21,0
3 comidas diarias	29	29,0
Total	100	100,0
Frecuencia al consumir carbohidratos		
A diario	100	100,0
Total	100	100,0
Frecuencia al consumir proteínas		
Una vez cada dos semanas	15	15,0
Una vez al mes	15	15,0
No consumo	70	70,0
Total	100	100,0
Frecuencia al consumir granos, vegetales, grasas, frutas		
Una vez por semana	15	15,0
Una vez cada dos semanas	85	85,0
Total	100	100,0
Frecuencia al consumir sal		
A diario	99	99,0
Una vez por semana	1	1,0
Total	100	100,0
Cantidad al consumir sal		
1 cuchara	79	79,0
2 cucharas	21	21,0
Total	100	100,0

Elaboración propia.

El 50% de los participantes comía una vez al día. A diferencia de las proteínas, que no eran ingeridas por más de la mitad de la población estudiada, siendo los hidratos de carbono el tipo de alimento más consumido. Además, el 85% de los participantes comía una ración de fruta, cereales, verduras y lípidos una vez cada dos semanas. Para la Organización Mundial de la

Salud recomienda consumir al menos 400 g, o cinco raciones, de frutas y verduras al día, a excepción de papas, camote, yuca y otros tubérculos feculentos (40). Según una noticia de prensa colombiana, los indígenas se alimentan de los cultivos habituales, que incluyen frutas silvestres, legumbres, yuca, maíz, sorgo y camote. Estos platos se cocinan con carne de cabra o cordero (41).

Tabla 5. Clasificación de riesgo sanitario. Sevilla, Cascales 2024.

Disposición de servicios básicos según riesgo sanitario					
Indicador	Clasificación de riesgo				
	Sin riesgo	Riesgo muy bajo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
	0	1	2	3	4
Consumo de agua insegura (n=100)	0	0	0	15	85
Mala eliminación de basura	100	0	0	0	0
Mala eliminación de excretas	0	0	10	40	50
Mala eliminación de desechos líquidos	0	15	0	85	0
Impacto ecológico	0	0	100	0	0
Animales intradomiciliarios	0	11	0	0	89

Elaboración propia.

Según el indicador, la parroquia de Sevilla no cuenta con agua apta para el consumo humano, alcantarillado, tuberías y desagües en buenas condiciones, por lo que, los resultados reflejaron riesgo alto y moderado en el consumo de agua insegura, mala eliminación de excretas y desechos líquidos. Además, en su mayoría, se halló animales domésticos y no domésticos en ausencia de vacunas.

En cotejo con el PDOT de Cascales (37) menciona que los 8914 habitantes cuentan con agua potable lo que representa el 56.12% de la población, mientras que 5351 habitantes que corresponde al 33,69% de la población tiene agua tratada y 1617 habitantes que corresponde al 10,18% de la población no cuenta con un sistema de abastecimiento adecuado de agua. En lo que refiere a la recolección de la basura en el cantón, se realiza únicamente en residuos orgánicos e inorgánicos en horarios establecidos de lunes a viernes. Además, la recolección de desechos sólidos llega únicamente el 30% en áreas rurales. En la parroquia La Nueva Troncal, presentó una caracterización de los impactos de la minería aluvial y de los derrames petroleros en los sistemas de agua. Por otra parte, en la Amazonía Boliviana, se mencionó que en un estudio epidemiológico existió que el 76% hay presencia de animales intradomiciliarios (41).

Tabla 6. Clasificación de riesgo socioeconómico. Sevilla, Cascales 2024.

Condiciones de la vivienda y riesgo socioeconómico					
Indicador	Clasificación de riesgo				
	Sin riesgo	Riesgo muy bajo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
	0	1	2	3	4
Pobreza (n=100)	3	8	4	0	85
Desempleo o empleo informal del jefe de la familia	5	6	4	77	8
Analfabetismo del padre o de la madre	96	0	0	4	0
Desestructuración familiar	5	92	3	0	0
Violencia /Alcoholismo /Drogadicción	0	0	100	0	0
Malas condiciones de la vivienda	0	0	5	0	95
Hacinamiento	5	0	0	3	92

Elaboración propia.

En la tabla se representó un índice alto en pobreza, dentro de la clasificación existió riesgo alto del 85%, lo que indica que reciben ingresos menores de \$50 al mes, por esta razón, las familias simbolizan empleo informal. Por otro lado, las malas condiciones de la vivienda en donde la mayoría de la población se encuentra con un riesgo alto del 95% y, además, existió una alta cantidad de hacinamiento en las viviendas.

En relación al PDOT de Cascales (37), para el año 2021 de acuerdo a la encuesta nacional de empleo desempleo y subempleo (ENEMDU) indica que la tasa de desempleo es del 51% donde la mujer no alcanza la igualdad de oportunidades frente al hombre. Mientras que, la pobreza dentro del área rural representó el 43,3% y la pobreza extrema en el área rural representó el 27,5%.

El analfabetismo masculino en la zona rural es del 6,92% y el sexo femenino del 12,17% y la estructura familiar comprendió el 4.5 miembros por familia. Adicionalmente, el consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita

(a partir de los 15 años) durante un año civil en litros de alcohol puro. Por otra parte, el hacinamiento estuvo comprendido por la pobreza y alcanza el 90% en indicadores alarmantes (37).

Tabla 7. Aspectos culturales de la población en estudio. Sevilla, Cascales 2024.

Aspectos culturales		
Indicador	N	%
Pueblos o nacionalidades (n=100)		
Cofán	1	1,0
Shuar	2	2,0
Kichwua	95	95,0
Otro	2	2,0
Total	100	100,0
Lengua		
Español	10	10,0
Kichwa	4	4,0
Español y A'ingae	1	1,0
Español y Kichwua	83	83,0
Español y Shuar Chicham	2	2,0
Total	100	100,0
Preferencias en atención de salud		
Medicina ancestral	75	75,0
Medicina occidental	25	25,0
Total	100	100,0

Elaboración propia.

Conforme a los resultados existe mayor prevalencia de nacionalidad Kichwa; a pesar de ello, no sólo domina la lengua kichwa sino también, la española. Asimismo, más de la mitad prefieren acudir con una persona que conozca sobre medicina ancestral.

En comparación al PDOT de Cascales la nacionalidad Kichwa se asientan principalmente en las cuencas de los ríos Napo, Aguarico, San Miguel, Putumayo y en menor proporción en centros urbanos; están ubicados en un total de 15 parroquias de uno de los cantones como el de Cascales; su idioma es el kichwa. La Nacionalidad Shuar se asientan principalmente en los cantones Cascales y Shushufindi; su idioma es el Shuar Chicham. Los Cofanes se asientan en los cantones Lago Agrio, Cascales, Cuyabeno y Gonzalo Pizarro y Shushufindi; su idioma se denomina A'ingae (37).

La nacionalidad indígena Cofán se cree que es la única originaria del cantón Cascales. Una de sus comunidades es Cofán Duvuno, poseedores de una riqueza ancestral extraordinaria expresada en su vestimenta, idioma, medicina natural y rituales (37).

Tabla 8. Clasificación del riesgo biológico relacionado con frecuencia en consumo de alimentos.

ECNT relacionado con frecuencia en consumo de alimentos							
		Carbohidratos		Proteínas		Granos/ vegetales/ frutas	
		A diario		No consumen		Una vez cada dos semanas	
Indicador		N	%	N	%	N	%
IMC (n=100)	Bajo peso	1	1,0	1	1,4	1	1,2
	Normal	80	80,0	68	97,1	70	82,4
	Sobrepeso	14	14,0	1	1,4	11	12,9
	Obesidad Tipo I	4	4,0	0	0,0	2	2,4
	Obesidad Tipo II	1	1,0	0	0,0	1	1,2
Total		100	100,0	70	100,0	85	100,0
p=		-		<0.001		0,283	
Hipertensión	Sin riesgo	96	96,0	70	100,0	81	95,3
	Riesgo bajo	3	3,0	0	0,0	3	3,5
Síndrome metabólico	Riesgo moderado	1	1,0	0	0,0	1	1,2
Total		100	100,0	70	100,0	85	100,0
p=		-		<0.001		0,692	

Elaboración propia.

En la presente tabla existió una asociación significativa con un valor de $p < 0.001$. Esto sugiere que la frecuencia de consumo de proteínas está relacionada con el IMC. Es decir, la mayoría de las personas con IMC normal (97.1%) no consumen proteínas, lo que podría indicar una asociación entre un IMC normal y el patrón de consumo.

Para los porcentajes de ingesta energética de alimentos y el IMC en los diferentes grupos, presentó valores entre 72.5 a 92.6%. La Prueba Chi cuadrado de Pearson presentó un valor $p=0.001$, inferior a 0.05 (95% de confiabilidad), lo que nos indica que las variables están asociadas (tienen dependencia) (41).

CAPÍTULO IV

4.1. Conclusiones

- La salud es profundamente afectada por el contexto social y cultural en el que las personas viven. Las desigualdades en estas determinantes pueden dar lugar a disparidades significativas en la salud, afectando el bienestar general y la calidad de vida.
- El presente estudio reveló que la población estuvo caracterizada por una predominancia en el ciclo de vida de adultos jóvenes, con una proporción significativamente mayor de sexo femenino durante ese periodo de tiempo. A pesar de ello, dichos resultados podrían estar influenciados por las actividades laborales realizadas en el hogar. Asimismo, la investigación abordó población indígena únicamente del área rural.
- Los resultados obtenidos a partir de los índices de masa corporal y la clasificación de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles revelaron que menos de la mitad de la población presentó un IMC alterado, a pesar de que existe una alimentación caracterizada por un alto consumo de carbohidratos y baja ingesta de frutas y verduras. Sin embargo, únicamente una pequeña parte de la población alcanza el sobrepeso obesidad tipo I y II. Estos hallazgos indicaron que la relación significativa entre un IMC normal, el no consumo de proteínas, la actividad física diaria y las actividades laborales que requieren un gran esfuerzo físico realizadas por largos periodos de tiempo; poseen un impacto positivo en su estado de salud, lo que podría explicar la baja prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos indígenas.
- La población estudiada se caracteriza por presentar un alto índice de pobreza, las mismas que, se refleja en malas condiciones de vivienda, hacinamiento y presencia de animales intradomiciliarios, lo que representa un riesgo significativo para la salud. Además, la falta de acceso a servicios básicos como la eliminación adecuada de excretas y el consumo de agua insegura agrava la situación, ya que la mayoría de la población depende de agua entubada, de pozo o de lluvia. Es importante destacar que la comunidad indígena mantiene fuertes lazos con su cultura y tradiciones y refleja en la preferencia

por la medicina ancestral para la atención médica. Sin embargo, este enfoque se asocia con un mayor porcentaje de sobrepeso, obesidad y ECNT en aquellos que optan por esta forma de atención.

4.2. Recomendaciones

Gad Parroquial de Cascales

Fomentar iniciativas y programas que impulsen el crecimiento económico regional e incluir activamente a la parroquia de Sevilla en la identificación de necesidades y el acceso a servicios esenciales para mejorar las condiciones de vida y disminuir la susceptibilidad de la población a las enfermedades. Establecer procedimientos de seguimiento y evaluación para evaluar los resultados de las intervenciones y modificar los planes de acción con el fin de avanzar en el desarrollo inclusivo y sostenible de la parroquia.

Centro de salud

Crear estrategias para aumentar la conciencia de la población indígena en el cuidado de la salud y promover la promoción de la salud, así como desarrollar más actividades extramuros para atender la salud de esta población. Esto contribuirá a aumentar la aceptación del primer nivel de atención al tiempo que se honran las creencias culturales.

Universidad Técnica del Norte

Fomentar la formación de equipos de investigación comunitarios que reúnan diversas especialidades de salud pública, formen alianzas con las comunidades cercanas para conocer en profundidad los determinantes sociales y culturales de la salud y compartan los resultados de la investigación para fomentar el debate entre los responsables políticos y los ministerios de sanidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud OP de la, Salud OM de la. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles#:~:text=El término%2C enfermedades no transmisibles,y cuidados a largo plazo.>
2. Badillo Meléndez RA, Rangel Caballero LG, Martínez Rueda R, Espinoza Gutiérrez R. Prevalencia de factores de riesgo metabólico en estudiantes universitarios latinoamericanos: una revisión sistemática. *Rev Salud Pública*. 2021;23(3):1–9.
3. Tapia-Gómez H, Gutiérrez S. Transgeneracionalidad de enfermedades metabólicas en población estudiantil de la ciudad de Loja-Ecuador. *Indexia Rev médico - científica*. 2023;9:0–2.
4. Chumpunuch P, Jaraepupal U. Los determinantes sociales de la salud que influyen en la obesidad de las personas mayores en el contexto comunitario de Pakpoon: un estudio cualitativo. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2022;9(2):211–21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9052257/>
5. Rivero L, Fajardo J, Quesada F, Celia M, Manduley S. Determinantes de Salud. Su impacto en la aparición de enfermedades transmisibles, no transmisibles y cáncer. *ciencias Básica Biomédicas cibamanz* [Internet]. 2021; Available from: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/734/482>
6. Patel MR. Determinantes sociales del mal manejo de la diabetes tipo 2 entre los asegurados. *Curr Diab Rep* [Internet]. 2020;20(11). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7641654/>
7. Danon JA, Lobos JP, Ross PM, Rocha CA, Medicina E De. Impacto de los Determinantes Sociales en la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Confluencia* [Internet]. 2023;2(2):115–20. Available from: <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/cb6085d7-5c76-4e36-a649-241afe60631f/content>
8. Thomas-Lange J, Ferrer L. Determinantes sociales como factores contextuales de la obesidad: construcción de significado y valoración del estado nutricional según nivel socioeconómico. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2020;47(6):983–90. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182020000600983

9. Brice D, Garzón M, Ponce B, Ordóñez E. Determinantes de salud que inciden sobre la Hipertensión Arterial en personas mayores de 18 años del cantón Rumiñahui. *Rev Conectividad* [Internet]. 2023;4(1):50–62. Available from: <https://revista.ister.edu.ec/ojs/index.php/ISTER/article/view/48/95>
10. Montero-López M, Santamaría-Ulloa C, Bekelman T, Arias-Quesada J, Corrales-Calderón J, Jackson-Gómez M, et al. Determinantes sociales de la salud y prevalencia de sobrepeso-obesidad en mujeres urbanas, según nivel socioeconómico. *Hacia la Promoc la Salud* [Internet]. 2021;26(2):192–207. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v26n2/0121-7577-hpsal-26-02-192.pdf>
11. Amed Salazar E, Barrios Suarez Z, Chávez Olascuaga L. Factores Predictivos para Hipertensión Arterial en Cuidadores Familiares según Determinantes Sociales de la Salud. *Cienc e Innovación en Salud* [Internet]. 2020;525–41. Available from: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/4310/5002>
12. Narea Morales VE, Moreno Campi MS, Medina Alvarado NJ, Hermida Vera LN. Análisis situacional integral de salud en la comunidad el Fortín, Guayaquil. 2021. *Pro Sci Rev Prod Ciencias e Investig* [Internet]. 2022;6(42):63–71. Available from: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/470/517>
13. Peña Chocué DC, Toro Aguirre CM, Brito EM, Girón Restrepo GA, Afanador Rodríguez MI, Delgado D, et al. Determinantes sociales y su influencia en la enfermedad, visión latinoamericana, caso Colombia 2020. *Rev Sapientía*. 2022;14(27):38–48.
14. Salud OM de la. Preguntas más frecuentes [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
15. Salud OP de la. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La Organización Mundial de la,condiciones de la vida cotidiana%22>.
16. Hernández C, Hernández S. Factores que influyen en la conducta agresiva y pasiva de los estudiantes de la Institución Educativa de Chalán [Internet]. Universidad de la Costa; 2021. Available from: <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/8713/>
17. Salud OM de la. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
18. Salud OP de la. Diabetes [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

19. Salud OP de la. Hipertensión [Internet]. Available from:
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension#:~:text=La presi3n arterial alta igual,para muertes por enfermedades cardiovasculares.>
20. de la Maza Cave MP, D3az Corval3n J, G3mes Lagos R, Maiz Gurruchaga A. Dislipidemias [Internet]. Divisi3n de Salud de las Personas Departamento de Programas de las Personas Programa Salud del Adult. 2000. Available from:
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/75fefc3f8128c9dde04001011f0178d6.pdf>
21. Sosa Vedia M. Frecuencia de S3ndrome Metab3lico en consultantes de centro de salud de atenci3n primeraia de la zona noroeste de la ciudad de C3rdoba Capital [Internet]. Universidad Nacional de C3rdoba. 2012. Available from:
https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Sosa_vedia_mara.pdf
22. Ministerio de Salud P3blica del Ecuador. Manual del Modelo de Atenci3n Integral de Salud - MAIS [Internet]. Tercera ed. Quito: Ministerio de Salud P3blica, Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud; 2018. 211 p. Available from:
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
23. Ministerio de Salud P3blica, Instituto Nacional de Estadística y Censos OP de la S. Resumen Ejecutivo: Encuesta STEPS Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. 2018; Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/RESUMEN-EJECUTIVO-ENCUESTA-STEPS-final.pdf>
24. Alligood MR. Modelos y teor3as en enfermer3a. Octava. Barcelona; 2015.
25. Mundial AM. Organizaci3n mundial de la Salud. 2013. Declaraci3n de Helsinki de la Asociaci3n M3dica Mudial - Principios 3ticos para las investigaciones m3dicas en seres humanos. Available from: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
26. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias M3dicas. Pautas 3ticas internacionales para la investigaci3n relacionada con la salud con seres humanos [Internet]. Cioms. 2017. 1-122 p. Available from: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
27. Consejo Internacional de Enfermeras. C3digo Deontol3gico del Cie para la Profesi3n de Enfermer3a. Cons Int Enfermeras [Internet]. 2012;1-12. Available from:
<http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pf>
28. Salud OM de la. Organizaci3n mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo

- Sostenible. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
29. Pública M de S. Ley Órgánica de Salud. Plataforma Prof Investig Jurídica [Internet]. 2015;Registro O:46. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
 30. 2008 C de la R del E. Constitución de la Republica del Ecuador 2008. Asam Rev Parlam la Asam Madrid. 2008;(6):497–502.
 31. Planificación SN de. Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025 [Internet]. Gráficas Imago. 2024. 1-300 p. Available from: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2024/02/PND2024-2025.pdf>
 32. Hernández R, Paulina C. Metodología de la investigación : Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018.
 33. Orbea M, Araujo R, Griñán D. Guía rápida de población. United Nations Dev Program [Internet]. 2021; Available from: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-09/PADIT_Guía_rápida_sobre_la_dinámica_de_la_población.pdf
 34. Pillalaza C. Análisis de indicadores de la Región Amazónica del Ecuador con enfoque en Pueblos y Nacionalidades [Internet]. 2023. Available from: <https://www.secretariapueblosynacionalidades.gob.ec/wp-content/uploads/2023/12/Indicadores-Amazonia-2023-Pueblos-y-Nacionalidades.pdf>
 35. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Sucumbíos, Censo Ecuador [Internet]. 2023. Available from: https://www.censoecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2023/10/Info_Sucumbios.pdf
 36. La ADE, Junín R. Original Breve hipertensión arterial y obesidad en indígenas high blood pressure and obesity in indigenous ashaninkas. 2014;31(1):78–83.
 37. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón de Cascales. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Cascales PDOT. 2020. 619 p.
 38. Pozo Verdesoto S, Delgado J. Estado nutricional, conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación de población indígena Waranka de Ecuador. Fac Ciencias Médicas, Univ Guayaquil, Ecuador [Internet]. 2022;12. Available from: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/redieluz/article/view/39317/44218>
 39. Realpe López SC. Cultura alimentaria desde la cosmovisión de los pueblos indígenas. RevistasUmarianaEduCo [Internet]. 2021;2005:106–11. Available from: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2690>
 40. Peñafiel Arcos P, Cazares Carrión KY, Quilligana Vega AM, Pasquel Montenegro AC.

- Propuesta de un sistema de gestión integral de residuos sólidos domésticos en la comunidad Cofán A I Dureno de la Amazonía ecuatoriana. *ACI Av en Ciencias e Ing.* 2021;12(2):44–59.
41. Oriente E. El alcantarillado, un problema pendiente en la región amazónica. *El Oriente* [Internet]. 2023; Available from: <https://www.eloriente.com/articulo/el-alcantarillado-un-problema-pendiente-en-la-region-amazonica/42312>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: “Determinantes sociales y culturales que influyen en enfermedades crónicas no transmisibles en adultos indígenas, Parroquia Sevilla, Cascales, Sucumbíos 2024”.

Objetivo General: Analizar los determinantes sociales y culturales de las enfermedades crónicas no transmisibles que influyen en la salud de la población indígena adulta de la Parroquia Sevilla, Cascales, Sucumbíos 2024.

1. Introducción
<p>La Universidad Técnica del Norte le invitan a participar en la investigación: “Determinantes sociales y culturales que influyen en enfermedades crónicas no transmisibles en adultos indígenas, Parroquia Sevilla, Cascales, Sucumbíos 2024”.</p> <p>Para poder decidir sobre su participación, lea cuidadosamente toda la información que se le ofrece, y formule las preguntas que crea pertinentes en relación con los riesgos y beneficios de la investigación.</p>
2. Propósito
<p>La investigación tiene como propósito analizar los determinantes sociales y culturales de las enfermedades crónicas no transmisibles que influyen en la salud de la población indígena adulta del cantón Cascales, Sucumbíos 2024.</p>
3. Diseño de la investigación
<p>Para la recolección de la información se utilizará una encuesta como técnica de la investigación que se aplicará a la población en estudio. También, se usará un cuestionario como instrumento que consistirá en un conjunto de preguntas abiertas y cerradas y de varias respuestas de las variables de interés: demográficas y socioculturales y tres dimensiones: social, calificación del riesgo familiar y cultural.</p>

4. Procedimientos de la investigación
<p>La encuesta tomará no más de 30 minutos, se llevará a cabo en la Parroquia Sevilla, cantón Cascales.</p> <p>El procedimiento será el siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Se recolectará el consentimiento informado. b) Se procederá a recaudar las preguntas del cuestionario sobre datos demográficos, sociales y culturales. c) Se agradecerá a los participantes de la investigación.
5. Riesgos
<p>Participar en esta investigación no traerá ningún beneficio financiero, pero tampoco ningún costo. La participación de los adultos indígenas contribuirá a generar nuevo conocimiento sobre las determinantes sociales y culturales que influyen en las enfermedades crónicas no transmisibles de la población en estudio.</p>
6. Seguridad y Confidencialidad
<p>Toda la información recolectada será confidencial, es decir, los investigadores únicamente tendrán acceso a los datos. En ningún momento de las dos encuestas se registrarán los nombres, apellidos, o datos personales (como número de cédula) de los participantes. Inmediatamente al término de la primera encuesta, los datos serán anonimizados.</p> <p>Esto significa que los investigadores que vean las respuestas no podrán saber quién respondió y no se informará a nadie que los participantes participaron en esta investigación, ni se compartirá la información personal con nadie, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de investigación.</p>
7. Derechos y Opciones del participante
<p>La participación en esta investigación es libre y voluntaria. Usted puede negarse a participar. Aunque usted decida participar, puede cambiar de opinión en cualquier momento y retirar su consentimiento sin tener que dar explicaciones.</p>
<p>En caso necesario comuníquese con María José Yépez, correo electrónico: mjyepozn@utn.edu.ec</p>
Consentimiento
<p>Declaro que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entiendo los riesgos y beneficios de participar en esta investigación.

2. Entiendo que los investigadores adoptarán las medidas necesarias para asegurar la confidencialidad de los datos personales.

3. Comprendo que la participación es libre y voluntaria.

CONSIENTO: Si No ...

De forma libre y voluntaria participiar en esta investigación.

Nombres y Apellidos		
Cédula de Identidad		Firma o huella digital
Fecha		

Anexo 2. Instrumento de investigación

Anexo 2.1. Cuestionario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: “Determinantes sociales y culturales que influyen en enfermedades crónicas no transmisibles en adultos indígenas, Parroquia Sevilla, Cascales, Sucumbíos 2024”.

Objetivo General: Analizar los determinantes sociales y culturales de las enfermedades crónicas no transmisibles que influyen en la salud de la población indígena adulta de la Parroquia Sevilla, Cascales, Sucumbíos 2024.

Datos demográficos, sociales y culturales	
1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?	1. 20 – 39 años 2. 40 – 64 años
2. ¿A qué sexo pertenece?	1. Masculino 2. Femenino
3. ¿Cuál es su estado civil?	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 4. Divorciado/a 5. Viudo/a
4. ¿Cuál es su nivel más alto de escolaridad?	1. Analfabeto/a 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior Técnico 5. Superior Universitario 6. Cuarto nivel
5. ¿Cuál es su ocupación?	

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jornalero/a 2. Quehaceres domésticos 3. Comerciante 4. Otra
6. ¿Cuáles son los ingresos económicos familiares al mes?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor al salario básico 2. Salario básico 3. Mayor al salario básico
7. ¿Usted alguna vez se mudó dentro o fuera del país?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dentro del país 2. Fuera del país 3. Nunca me mudé
8. ¿Usted presenta alguna enfermedad?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión 2. Obesidad y sobrepeso 3. Hiperglucemia 4. Hiperlipidemia 5. Diabetes 6. Síndrome metabólico 7. Otro
9. ¿A dónde acude cuando se enferma?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital 2. Centro de salud 3. Farmacia 4. Persona que conoce de medicina ancestral.
10. ¿Qué tipo de medicamentos usa para su enfermedad?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastillas 2. Inyecciones 3. Colirios 4. Jarabes 5. Ungüentos 6. Plantas medicinales 7. No tomo medicamentos 8. Otro
11. ¿En qué medicina usted cree?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina ancestral 2. Medicina mágica 3. Medicina hospitalaria

	4. Otra
12. ¿Cuál es el tipo de agua que usted consume?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agua potable 2. Agua entubada 3. Agua de regadío 4. Agua de río 5. Agua de la cascada 6. Agua de pozo 7. Agua de lluvia 8. Otro tipo de agua
13. ¿Dónde elimina sus deposiciones?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inodoro 2. Letrina 3. En la naturaleza 4. Otro
14. ¿Cómo clasifica usted sus desechos?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orgánicos e inorgánicos 2. Orgánicos 3. Inorgánicos 4. Reciclables 5. Otros
15. ¿Cuáles son los daños que afectan al ambiente y su comunidad?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minería y explotación de petróleo. 2. Contaminación. 3. Pérdida de biodiversidad. 4. Cambio climático. 5. Deforestación. 6. Degradación del suelo. 7. No existen daños ambientales. 8. Otro
16. ¿Cuántos animales viven dentro de su domicilio?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 – 2 animales 2. 2 – 3 animales 3. 3 – 4 animales 4. Más de 4 animales
17. ¿El jefe de la familia cuenta con empleo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 3. A veces

18. ¿Con quién vive en su domicilio?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Padres 2. Hermanos 3. Esposa 4. Esposo 5. Hijos 6. Abuelos 7. Tíos 8. Otros
19. ¿Cuántas personas duermen en un dormitorio?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 – 2 personas 2. 2 – 3 personas 3. 3 – 4 personas 4. Más de 4 personas
20. ¿A qué pueblo o nacionalidad indígena pertenece?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cofán 2. Shuar 3. Kichwua 4. Awá 5. Éperas 6. Achuar 7. Otras
21. ¿Qué idioma usted habla?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Español 2. Kichuwa 3. Inglés 4. Otro
22. ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio?	<ol style="list-style-type: none"> 1. A diario 2. Día por medio 3. Una vez por semana 4. Una vez cada dos semanas 5. Una vez al mes 6. No realizo ejercicio
23. ¿Qué tipo de ejercicio usted realiza?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aeróbicos 2. Flexibilidad 3. Fuerza 4. Resistencia

<p>24. ¿Cuánto tiempo realiza usted ejercicio?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor a 1 hora 2. 1 hora – 2 horas 3. 2 horas – 3 horas 4. 3 horas – 4 horas 5. Mayor a 4 horas
<p>25. ¿Qué tipo de alimentos consume?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Granos 2. Verduras 3. Frutas 4. Productos lácteos 5. Proteínas 6. Cereales 7. Aceites vegetales 8. Carbohidratos 9. Golosinas
<p>26. ¿Cuántas comidas consume al día?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 2 comidas diarias 2. 2 – 3 comidas diarias. 3. 3 – 4 comidas diarias. 4. 4 – 5 comidas diarias. 5. Más de 5 comidas diarias.
<p>27. ¿Con qué frecuencia usted consume hidratos de carbono (arroz, harina, pastas, etc.)?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A diario 2. Día por medio 3. Una vez por semana 4. Una vez cada dos semanas 6. Una vez al mes
<p>28. ¿Con qué frecuencia usted consume proteínas (carne, huevos, pescado, etc.)?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A diario 2. Día por medio 3. Una vez por semana 4. Una vez cada dos semanas 5. Una vez al mes
<p>29. ¿Con qué frecuencia usted consume grasas (aceites, manteca, aguacate, etc.)?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A diario 2. Día por medio 3. Una vez por semana 4. Una vez cada dos semanas

	5. Una vez al mes
30. ¿Con qué frecuencia usted consume frutas?	<ol style="list-style-type: none"> 1. A diario 2. Día por medio 3. Una vez por semana 4. Una vez cada dos semanas 5. Una vez al mes
31. ¿Con qué frecuencia usted consume sal o salsas saladas?	<ol style="list-style-type: none"> 1. A diario 2. Día por medio 3. Una vez por semana 4. Una vez cada dos semanas 5. Una vez al mes
32. ¿Cuántas cucharadas de sal consume al día?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 1 cucharada 2. 1 – 2 cucharadas 3. 2 – 3 cucharadas 4. 3 – 4 cucharadas 5. Igual o mayor de 5 cucharadas.
33. ¿Usted consume algún tipo de consumo de sustancias nocivas?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcohol 2. Chicha 3. Tabaco 4. Otras
34. ¿Desde qué edad promedio usted empezó a consumir alcohol?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 19 – 29 2. 30 – 40 3. 41 – 50 4. 51 – 59 5. 60 – 64
35. ¿Desde qué edad promedio usted empezó a consumir chicha?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 19 – 29 2. 30 – 40 3. 41 – 50 4. 51 – 59 5. 60 – 64
36. ¿Desde qué edad promedio usted empezó a consumir tabaco?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 19 – 29 2. 30 – 40 3. 41 – 50

	<ol style="list-style-type: none">4. 51 – 595. 60 – 64
37. ¿Cuántas botellas de alcohol usted consume al día?	<ol style="list-style-type: none">1. 1 – 2 botellas2. 2 – 3 botellas3. 3 – 4 botellas4. Igual o mayor de 5 botellas.
38. ¿Cuántas botellas de chicha usted consume al día?	<ol style="list-style-type: none">1. 1 – 2 botellas2. 2 – 3 botellas3. 3 – 4 botellas4. Igual o mayor de 5 botellas.
39. ¿Cuántos tabacos consume al día?	<ol style="list-style-type: none">1. 1 – 4 tabacos2. 5 – 10 tabacos3. Media cajetilla4. Una cajetilla5. Más de una cajetilla

Anexo 3. Revisión de plagio

 Identificación de reporte de similitud: oid:21463:369827321	
NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
Copia_informe final_María José Yépez.d ocx	María Yépez
RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
10591 Words	57787 Characters
RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
46 Pages	128.9KB
FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Jul 24, 2024 1:02 PM GMT-5	Jul 24, 2024 1:03 PM GMT-5
<p>● 3% de similitud general</p> <p>El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3% Base de datos de Internet • 0% Base de datos de publicaciones <p>● Excluir del Reporte de Similitud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Base de datos de Crossref • Base de datos de contenido publicado de Crossref • Base de datos de trabajos entregados • Material bibliográfico • Material citado • Material citado • Coincidencia baja (menos de 10 palabras) • Fuentes excluidas manualmente • Bloques de texto excluidos manualmente 	
Resumen	

Anexo 4. Galería Fotográfica

Figura 1. *Reconocimiento de territorio*



Autoría propia

Figura 2. *Firma de consentimiento informado*



Autoría propia

Figura 3. *Animales intradomiciliarios*



Autoría propia

Figura 4. *Pozo de agua para consumo humano*



Autoría propia

Figura 5. *Mala eliminación de excretas*



Autoría propia