



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

**Enfermedades crónicas no transmisibles en el personal administrativo de
la Universidad Nacional de Loja, periodo octubre 2022 – febrero 2023.**

Trabajo de Integración Curricular
previo a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería.

AUTORA:

Diana Cristina Avila Jiménez

DIRECTOR:

Mgr. Lic. Iván Enrique Zaquinaula Jirón.

**LOJA- ECUADOR
2024**

Certificación del trabajo de integración curricular

Loja, 26 de junio del 2024

Lic. Iván Enrique Zaquinaula Jirón Mg.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Certifico:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del trabajo de integración curricular denominado: Enfermedades crónicas no transmisibles en el personal administrativo de la Universidad Nacional de Loja, periodo octubre 2022 – febrero previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, de autoría de la estudiante Diana Cristina Ávila Jiménez, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación de la respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:
IVAN ENRIQUE
ZAQUINAULA JIRON

Firma

Lic. Iván Enrique Zaquinaula Jirón Mg.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, **Diana Cristina Ávila Jiménez**, declaro ser autora del presente trabajo de integración curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de este.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación del trabajo de integración curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de Identidad: 1105276560

Fecha: 26 de junio del 2024

Correo electrónico: diana.c.avila@unl.edu.ec

Teléfono: 0988831676

Carta de autorización por parte del autor, para la consulta, reproducción parcial o total y publicación de texto completo, del Trabajo de Integración Curricular

Yo, **Diana Cristina Ávila Jiménez**, declaro ser autora del trabajo de integración curricular titulado **Enfermedades crónicas no transmisibles en el personal administrativo de la Universidad Nacional de Loja, periodo octubre 2022 – febrero 2023**, como requisito para optar el título de **Licenciada en Enfermería**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular, que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, veintiséis días del mes de junio de dos mil veinticuatro.

Firma:

Autora: Diana Cristina Ávila Jiménez

Cédula: 1105276560

Dirección: La alborada, Hermosillo y Tegucigalpa

Correo electrónico: diana.c.avila@unl.edu.ec

Celular: 0988831676

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director del trabajo de integración curricular: Mg. Iván Enrique Zaquinaula Jirón.

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo de investigación primeramente a Dios y a la Virgencita de Guadalupe por guiarme, protegerme y darme las fuerzas necesarias para alcanzar esta meta propuesta; a mis padres María Jiménez y Francisco Ávila, por motivarme cada día a cumplir mis sueños, apoyarme, darme todo su amor infinito siempre y ser el motor fundamental en mi vida; a mis hermanos Ángel, Efrén, Darwin, Diego y Lucia por el apoyo incondicional que siempre me han brindado; a mis sobrinos Adrián y David por ser uno de los motivos más importantes para que mis deseos de superación personal y profesional sean cada vez mayores.

Igualmente, agradezco a mis abuelitos y a las personas que me han apoyado y motivado para cumplir este sueño.

Diana Cristina Avila Jiménez

Agradecimiento

Expreso mi agradecimiento a mi querida y prestigiosa Universidad Nacional de Loja, especialmente a la Carrera de Enfermería de la Facultad de la Salud Humana, por darme la oportunidad de formarme en sus aulas, agradezco de manera muy especial a mi director de tesis Mg. Iván Enrique Zaquinaula Jirón y a mi docente de trabajo de integración curricular Mg. Diana Maricela Vuele Duma, por brindarme todo su apoyo.

A todos los/as docentes que apoyaron mi formación en toda la carrera, les agradezco infinitamente por compartir sus conocimientos de manera desinteresada y amable.

De la misma manera agradezco a la Dra. Stefany Salinas y al personal administrativo de la UNL quienes me colaboraron en la recolección de datos para que se pueda llevar a cabo esta investigación.

Diana Cristina Ávila Jiménez

Índice de Contenido

Portada.....	i
Certificación del trabajo de integración curricular	ii
Autoría	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
1. Título	1
2 Resumen	2
2.1 Abstract	3
3 Introducción.....	4
4. Marco Teórico.....	8
4.1 Enfermedades crónicas no transmisibles	8
4.1.1 Clasificación.....	8
4.1.1.1 Enfermedades cardiovasculares.....	8
4.1.1.2 Cáncer.....	8
4.1.1.3 Enfermedades respiratorias crónicas.....	9
4.1.1.4 Diabetes.....	9
4.1.1.4.1 Diabetes mellitus tipo 1.....	9
4.1.1.4.2 Diabetes gestacional.....	10
4.2 Diabetes mellitus tipo 2 (DM2).....	10
4.2.1 Etiología.....	10
4.2.2 Clínica	10
4.2.3 Complicaciones	11
4.2.4 Factores de riesgo	11
4.2.5 Diagnóstico.....	11
4.2.6 Tratamiento	12
4.2.6.1 Tratamiento farmacológico.....	12
4.2.6.2 Tratamiento no farmacológico.....	13
4.2.7 Adherencia terapéutica.....	13
4.2.7.1 Relacionada con la alimentación.. ..	13
4.2.7.2 Relacionada con la actividad física.....	14
4.2.7.3 Descanso y sueño.....	14
4.2.7.4 Relacionada al consumo de sustancias nocivas.....	14
4.2.7.4.1 Consumo de alcohol. . .	14

4.2.7.4.2	Consumo de tabaco.....	14
4.2.7.5	Relacionada con el control médico.....	15
4.2.7.6	Relacionada con el control de glicemia.	15
4.2.7.7	Factores que influyen en la adherencia terapéutica..	16
4.3	Hipertensión arterial.....	17
4.3.1	Etiología.....	17
4.3.2	Clasificación.....	18
4.3.3	Clínica.....	19
4.3.4	Complicaciones	19
4.3.5	Factores de riesgo	19
4.3.6	Diagnóstico.....	19
4.3.7	Tratamiento	20
4.3.7.1	Tratamiento Farmacológico.....	21
4.3.7.2	Tratamiento no farmacológico..	22
4.3.8	Adherencia Terapéutica.....	22
4.3.8.1	Relacionada a la alimentación.	22
4.3.8.1.1	Cambios en la dieta.....	22
4.3.8.1.2	Restricción de sal.....	23
4.3.8.1.4	Disminución del consumo de azúcar..	23
4.3.8.2	Relacionada al consumo de sustancias nocivas.....	24
4.3.8.3	Relacionada a la actividad física.....	24
4.3.8.3.1	Ejercicio físico.....	24
4.3.8.3.2	Sueño y descanso.....	24
4.3.8.4	Relacionada a la automonitoreo de la HTA..	25
4.3.8.5	Factores que influyen en la adherencia terapéutica..	25
5	Metodología.....	26
6	Resultados.....	28
7	Discusión	31
8	Conclusiones	37
9	Recomendaciones.....	38
10	Bibliografía	39
11	Anexos.....	39

Índice de Tablas

Tabla 1.	Características sociodemográficas.....	28
Tabla 2.	Características clínicas de los participantes de estudio.....	29
Tabla 3.	Estimación de Prevalencia Puntual.....	29
Tabla 4.	Adherencia terapéutica de los participantes de estudio.....	30

Índice de Anexos

Anexo 1.	Certificado de Pertinencia.....	44
Anexo 2.	Asignación de Asesor de TIC.....	45
Anexo 3.	Asignación de Director de TIC	47
Anexo 4.	Certificado de traducción al idioma inglés	46

1. Título

Enfermedades crónicas no transmisibles en el personal administrativo de la Universidad Nacional de Loja, periodo octubre 2022 – febrero 2023.

2 Resumen

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) entre las que se encuentran la DM e HTA, representan un gran problema de salud pública, pues constituyen una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial. La presente investigación tuvo como objetivo caracterizar al personal administrativo con enfermedades crónicas no transmisibles de la Universidad Nacional de Loja. Se trabajó con un estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal; para la recolección de datos se utilizó un instrumento denominado “Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión (Código 1609)” que fue aplicado a 45 administrativos que laboran en la universidad. En cuanto a los resultados, se evidenció que el diagnóstico médico más frecuente fue HTA (71,1%), seguido de diabetes con el 11,1% y el 17,8% padecen ambas patologías; con respecto al tipo de enfermedad, predominó la diabetes no insulino dependiente (84,6%) e HTA esencial primaria (100%). La prevalencia puntual de ECNT en el personal administrativo de la UNL fue del 16,72%; la prevalencia de HTA representó el 14,86% y diabetes 4,83%. En cuanto a la adherencia terapéutica, el 100% de los encuestados consumen todos los medicamentos prescritos, 73,3% no realiza ejercicio mínimo 4 veces a la semana, 77,8% cumple con una dieta baja en sal, 22,2% consume más de dos copas/vaso de bebidas alcohólicas al día, el 86,7% asiste a controles cuando se siente enfermo, 60% tiene facilidad para conseguir un tensiómetro y/o glucómetro, 40% interrumpe actividades del hogar/trabajo para tomar los medicamentos y 91,1% duermen entre 6 y 8 horas diarias. En conclusión, la población estudiada lleva un adecuado régimen de medicación, en su mayoría cumplen con la dieta prescrita, evitan conductas patológicas, se realizan controles médicos, tienen un reposo adecuado; sin embargo, tienen carencias en cuanto a actividad física, monitorización de los efectos terapéuticos y automonitoreo de la HTA/glucosa.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, Hipertensión, Administrativos, Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento.

2.1 Abstract

Chronic noncommunicable diseases (NCDs), including DM and AHT, represent a major public health problem, as they are one of the main causes of death and disability worldwide. The objective of this research was to characterize the administrative personnel with chronic noncommunicable diseases at the Universidad Nacional de Loja. A descriptive and cross-sectional study was carried out; an instrument called "Therapeutic Behavior: Illness or Injury (Code 1609)" was used for data collection, which was applied to 45 administrative personnel working at the university. The results showed that the most frequent medical diagnosis was HT (71.1%), followed by diabetes (11.1%) and 17.8% suffered from both pathologies; with respect to the type of disease, non-insulin-dependent diabetes (84.6%) and primary essential HT (100%) predominated. The prevalence of NCDs in the administrative personnel of the UNL was 16.72%, of which the prevalence of HT represented 14.86% and diabetes 4.83%. Regarding therapeutic adherence, 100% of the respondents consumed all the prescribed medications, 73.3% did not exercise at least 4 times a week, 77.8% complied with a low-salt diet, 22.2% consumed more than two drinks/glasses of alcoholic beverages per day, 86.7% attended check-ups when they felt sick, 60% were able to obtain a blood pressure and/or glucometer, 40% interrupted home/work activities to take their medications, and 91.1% slept between 6 and 8 hours a day. In conclusion, the population studied has an adequate medication regimen, most of them comply with the prescribed diet, avoid behaviors that enhance the pathology, comply with medical controls, have adequate rest; however, they perform little physical activity, have poor monitoring of the therapeutic effects and poor self-monitoring of HT/glucose.

Key words: Diabetes Mellitus, Hypertension, administrative, Compliance and Adherence to Treatment.

3 Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) también conocidas como crónico degenerativas son aquellas patologías no contagiosas, de progresión lenta, de larga duración y que están condicionadas por factores de riesgo modificables y no modificables. Estas enfermedades representan un gran problema de salud pública, pues constituyen una de las principales causas de muerte y discapacidad tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo; provocando cambios sociales, culturales, políticos y económicos que modifican el estilo y condiciones de vida de millones de personas. Entre las principales enfermedades crónicas se encuentran el cáncer, las respiratorias, las cardiovasculares y la diabetes; siendo estas dos últimas, las patologías de mayor prevalencia en nuestro medio, con serias complicaciones y un elevado índice de mortalidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Según la OMS (2023), cada año las ECNT causan la muerte de 41 millones de personas en todo el mundo, lo que equivale al 71% de la mortalidad y de esta cifra, 15 millones corresponde a personas de entre 30 y 69 años; así mismo, más del 85% de las muertes prematuras ocurren en países con bajos y medianos ingresos. Por su parte las enfermedades cardiovasculares representan la mayoría de las muertes, con 17,9 millones cada año, seguidas por el cáncer con 9 millones, las enfermedades respiratorias con 3,9 millones y la diabetes con 1,6 millones.

La (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017)ROMER, señala que en América Latina las ECNT causan cuatro de cada cinco defunciones lo que equivale al 79% e inevitablemente esta cifra va en crecimiento; de hecho, las enfermedades cardiovasculares (38%), el cáncer (25%), las enfermedades respiratorias (9%) y la diabetes (6%), constituyendo las 4 primeras causas de mortalidad.

En Ecuador, según los datos del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2018), las ECNT representaron el 53% del total de las muertes; de estas, el 48,6% correspondió a eventos cerebro vasculares (ECV), el 30% a cáncer, el 12,4% a diabetes y el 8,7% a enfermedades respiratorias crónicas. Cabe destacar que a nivel local no existen datos publicados sobre la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes ni de las tasas de mortalidad.

Con estos antecedentes, es evidente que las ECNT están ocupando los primeros lugares en relación con la morbi mortalidad; además los pacientes que padecen dichas patologías presentan características particulares que están vinculadas con sus modos de vida, conocimiento sobre su condición, tratamiento, síntomas, adherencia farmacológica y otras aristas; en función de ello, se han realizado varios estudios que pretenden evidenciar dichas características.

En este contexto se realizó un estudio descriptivo en México, cuyo objetivo fue medir la prevalencia de ECNT el personal de salud, con un total de 322 participantes, donde se evidenció como resultado que la prevalencia de diabetes mellitus tipo II fue de 12.7 %, HTA 15 % y obesidad 63 % (González et al. 2014).

Así mismo se realizó un estudio denominado prevalencia de factores de riesgo para ECNT en Perú, el cual mostró como resultado que el 64.8 % de la población presentó al menos un factor de riesgo para sufrir enfermedades cardiovasculares, además se observaron prevalencias de HTA 14.6% y DM2 7.8%, los cuales significativamente aumentan con la edad y se presentan con mayor frecuencia en hombres, consumidores de alcohol, tabaco, mal alimentados y de baja actividad física (Palomino, 2020).

Un estudio denominado factores asociados con enfermedades no transmisibles en el personal docente y administrativo de una institución universitaria en Lima, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre los factores de riesgo para contraerlas enfermedades, reflejó que el 21,3% de participantes tenía alguna enfermedad, 11,3% fumaba y 25,3% consumían bebidas alcohólicas; el 66,7% consumía verduras/hortalizas inadecuadamente, 82% deficiente actividad física y 87,3% dislipidemia; y el 10,7% presentó HTA, 46,7% sobrepeso y 27,3% obeso (Ochoa et al. 2022).

A nivel nacional, se realizó un estudio en 55 administrativos de la Pontificia Universidad Católica de Cuenca, con el objetivo de analizar la calidad de los hábitos de vida como factores de riesgos de enfermedades cardiovasculares, según los resultados el 18,2% consumen tabaco y 31% alcohol y por ende constituye un factor de riesgo para dichas enfermedades al igual que los hábitos alimenticios puesto que el 39,64% de la población tiene un índice de masa corporal que los califica en sobrepeso y obesidad (López y Madrid, 2018).

Un estudio denominado “Autocuidado de pacientes hipertensos”, desarrollado en Ibarra y basado en la teoría de Dorothea Orem, cuya muestra estuvo constituida por 69 pacientes hipertensos del área de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres de Concha en 2019, mostró como resultados que el 46% de los pacientes hipertensos invierten tiempo en el autocuidado, el 52% expresa que dormir de 6 a 8 horas al día permite el descanso, el 41% no buscan información y orientación sobre el manejo de su enfermedad, el 45% de hipertensos no considera una cantidad máxima de sal, el 54% de los pacientes caminan mínimo 30 minutos al día y el 61% realiza cambios en su dieta al consumir comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas (Jaramillo, 2019).

En Cuenca, un estudio realizado por Orellana y Pucha (2017) en personas hipertensas del club “primero mi salud” mismo que dio como resultado que el 89,6% no consumen más de 2gr/día de sal, el 74,6% realiza actividad física, el 50 % duerme entre 5 a 7 horas, el 100% cumple con el tratamiento farmacológico, el 99,3% acude al control médico y un 98,5% toma su medicación a diario.

A nivel local, se desarrolló un estudio en la ciudad de Loja, el cual contó con una muestra de 54 pacientes del club “Amigos Dulces” del Hospital Isidro Ayora, donde se evidenció que el nivel de autocuidado de su salud fue bueno, el porcentaje más alto fue el hábito de no fumar (96,3 %) y no alcohol (94,4 %), una buena adherencia al tratamiento (83,3 %); además presentaron un nivel medio de autocuidado respecto a la actividad física (68,5 %); también se evidenció la presencia de falencias en una buena alimentación (48,1 %), Además, se encontró que solo el 11,1% de los pacientes realizaban el automonitoreo de glucosa de manera adecuada, lo que indica una necesidad de mejorar la vigilancia y el seguimiento de los niveles de glucosa en sangre (Pinzón, 2019).

Con estos antecedentes se planteó el presente trabajo de integración curricular cuyo objetivo general fue Caracterizar al personal administrativo con enfermedades crónicas no transmisibles de la Universidad Nacional de Loja, periodo octubre 2022 – febrero 2023 y tuvo como objetivos específicos: Describir las características socio-demográficas y clínicas de la población de estudio; estimar la prevalencia puntual de ECNT en el personal administrativo y evaluar la adherencia terapéutica en el personal administrativo con hipertensión y/o diabetes

mellitus. Los resultados de esta investigación servirán de base para plantear intervenciones dirigidas a trabajar con administrativos con ECNT para realizar actividades de promoción de la salud, estilos de vida saludables y en especial en la adherencia al tratamiento como base para mantener un control adecuado de estas patologías.

El presente trabajo ha sido publicado en la revista científica Enfermería Investiga el 03 de julio del 2023, en su volumen 8, numero 3, páginas 17-24 y se encuentra disponible en su sitio web, a través del siguiente enlace:

<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/2108>

4. Marco Teórico

4.1 Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas se definen como trastornos o problemas de salud con síntomas o incapacidades que requieren tratamiento a largo plazo, son de progresión lenta y para las cuales es poco probable una curación definitiva. Dichas patologías pueden ser consecuencia de trastornos patológicos, factores genéticos o lesiones, o bien pueden ser consecuencia de enfermedades o conductas poco saludables iniciadas desde la infancia o la edad adulta (Brunner y Suddarth, 2019).

Además, estas enfermedades tienen en común factores de riesgo como el tabaquismo, la inactividad física, el uso de sustancias nocivas como el alcohol y la dieta no saludable. Las ECNT se pueden prevenir y controlar a través de cambios en el estilo de vida, políticas públicas e intervenciones de salud, y requieren un abordaje intersectorial e integrado (MSP, 2022).

4.1.1 Clasificación

La OMS (2022), menciona que los principales tipos de enfermedades no transmisibles son las cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

4.1.1.1 Enfermedades cardiovasculares. Según la OMS (2017), las ECV son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen: aterosclerosis, hipertensión arterial, ataques cardíacos, insuficiencia cardíaca y derrame cerebral.

4.1.1.2 Cáncer. La OMS (2022a), menciona que el cáncer es un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, una característica definitoria del cáncer es que las células anormales se dividen, crecen y se diseminan sin control extendiéndose más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o a su vez propagarse a otros órganos.

4.1.1.3 Enfermedades respiratorias crónicas. Las enfermedades respiratorias se encuentran entre las causas principales de muerte y discapacidad en la Región de las Américas, incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, y otras enfermedades respiratorias crónicas como enfermedades pulmonares ocupacionales e hipertensión pulmonar. Los factores de riesgo más importantes de las ERC son el consumo de tabaco, la contaminación del aire en el hogar y el medio ambiente, los productos químicos en el lugar de trabajo y la exposición al polvo y otros contaminantes ambientales (OPS, 2019).

4.1.1.4 Diabetes. La diabetes sacarina o diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza efectivamente la insulina que genera. Existen tres tipos principales de diabetes que son: Diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 y diabetes gestacional (OMS, 2022b).

Las causas que favorecen la aparición de esta enfermedad son: el elevado consumo de alimentos con alto contenido graso y azúcares, la falta de actividad física, la obesidad, la ingesta de tabaco y alcohol, la falta de conocimiento sobre la diabetes y los cuidados que conlleva la enfermedad. Además, un inadecuado estilo de vida causa complicaciones agudas, crónicas, severas y discapacitantes como: la insuficiencia renal, la ceguera, (úlceras neuropáticas). Estas últimas cobran un mayor número de víctimas desde el punto de vista humano y económico. Se calcula que hasta un 70 % de todas las amputaciones de extremidad inferior están relacionadas con la diabetes (Villaroel, 2020).

4.1.1.4.1 *Diabetes mellitus tipo 1.* Anteriormente denominada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la niñez se caracteriza por una inadecuada producción de insulina y requiere la administración diaria de insulina. A nivel mundial en el 2017 existían 9 millones de personas con diabetes tipo 1; no se conocen ni su causa ni los medios para prevenirlo. Los síntomas incluyen poliuria, sed, polifagia, pérdida de peso, cambios en la visión y fatiga (OMS, 2022b).

4.1.1.4.2 *Diabetes gestacional.* La diabetes gestacional, ocurre durante el embarazo, ocurre cuando los valores de hiperglucemia son superiores a los normales, además son inferiores a los establecidos para diagnosticar la diabetes mellitus, este tipo de diabetes aumenta el riesgo de padecer complicaciones en el transcurso del embarazo o el parto. Además, tanto la madre como, posiblemente, sus hijos corren más riesgo de presentar diabetes de tipo 2 en el futuro (OMS, 2022b).

4.2 Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

La DM2 es una patología metabólica crónica que se caracteriza por presentar altos niveles de glucosa en sangre conocida como hiperglucemia, la cual se asocia con un alto riesgo de infarto miocárdico, enfermedad cerebrovascular, eventos microvasculares y mortalidad. Esta patología constituye un importante problema de salud pública debido a su creciente prevalencia, mortalidad y morbilidad, sumándose a que representa un elevado coste sanitario y social (MSP, 2017).

4.2.1 Etiología

Según el MSP (2017), la DM es una alteración metabólica de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas el cual se caracteriza por hiperglucemia crónica que se produce cuando el organismo pierde su capacidad de generar suficiente insulina o de utilizarla con eficacia produciendo complicaciones crónicas micro y macro vasculares. Además, esta enfermedad es el resultado de defectos multiorgánicos como la insulino-resistencia en el músculo y tejido adiposo, añadido a la disminución del funcionamiento de las células beta pancreáticas, secreción inadecuada de glucagón y el incremento de la producción hepática de glucosa.

4.2.2 Clínica

Los síntomas de la DM2 pueden incluso estar ausentes, debido a la progresión lenta con la que avanza la enfermedad, en consecuencia, cuando no se realizan pruebas bioquímicas, puede estar presente una hiperglucemia lo bastante considerable para causar cambios patológicos y funcionales antes de realizarse el diagnóstico, por lo que cuando se diagnostica la enfermedad ya existen complicaciones. Cuando se presentan los signos y síntomas pueden aparecer los siguientes: polidipsia, polaquiuria, alteraciones visuales, fatiga, infecciones frecuentes, mala cicatrización de las heridas y pérdida de peso inexplicada. Así mismo se pueden presentar signos de deterioro

metabólico agudo como: deshidratación grave, respiración de Kussmaul, vómitos y alteración del estado de conciencia, entre otros (OPS, 2020).

4.2.3 Complicaciones

Las complicaciones a largo plazo más prevalentes a los que puede conducir la diabetes son infarto del miocardio, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de miembros inferiores, pérdida de agudeza visual, retinopatía y neuropatía; en el embarazo, la diabetes mal controlada aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones como la macrosomía fetal (OMS, 2016).

4.2.4 Factores de riesgo

Según el MSP (2017), entre las principales causas para desarrollar diabetes se destacan factores de riesgo modificables como la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, consumo de sustancias nocivas como tabaco y alcohol, consumo elevado de sal, azúcar, grasas saturadas y ácidos grasos trans. Por otro lado, entre los factores de riesgo no modificables están la herencia, la genética, la edad, el género y la etnia que influyen desde la concepción del ser humano, en el proceso reproductivo y que va desarrollándose durante todo el ciclo de la vida hasta que la persona afectada fallece.

4.2.5 Diagnóstico

El MSP (2017), señala que se pueden utilizar diversos métodos de pruebas diagnósticas para determinar si un paciente padece DM2, entre ellas se encuentran:

- ✓ Glucemia de ayuno medida en plasma venoso que sea \geq a 126 mg/dL, confirmada con una segunda prueba en diferentes días.
- ✓ Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL, dos horas después de ingerir 75 g de glucosa anhidra durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa.
- ✓ Pacientes con polifagia, poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable, más una glucemia al azar medida en plasma venoso que \geq 200 mg/dL.

4.2.6 *Tratamiento*

De acuerdo a Reyes et al. (2016), menciona que existen dos tipos de tratamientos; el farmacológico y el no farmacológico el cual se centra en la modificación del estilo de vida del paciente.

4.2.6.1 Tratamiento farmacológico. De acuerdo a Martínez et al. (2022), entre los tratamientos farmacológicos más usados se destacan los siguientes:

Monoterapia con metformina. Constituye la primera opción de tratamiento farmacológico de la DM2 cuando las medidas de modificación del estilo de vida no consiguen un control glucémico óptimo, la dosis máxima es de 2000 mg al día, generalmente dividida en 2 o 3 dosis. Es recomendable iniciar con una dosis baja e ir incrementándola gradualmente para reducir los efectos secundarios y si la tolerancia es buena, finalizar la siguiente semana con 1000 mg por la noche y 1000 mg por la mañana, en caso de mala tolerancia, volver a la dosis previa que el paciente tolere correctamente.

Doble terapia. Se recomienda agregar un segundo fármaco en las siguientes situaciones:

- Pacientes asintomáticos al diagnóstico de la DM2.
- Pacientes en monoterapia que no logren los objetivos de control glucémico establecidos.
- Pacientes con ECV, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal diabética, independientemente del control glucémico, para reducir el riesgo de nuevos eventos CV o renales.

La elección del segundo fármaco se realizará teniendo en cuenta:

- Condiciones clínicas del paciente como edad, expectativas de edad, preferencias, etc.
- Características de su enfermedad, años de evolución, objetivos de control, riesgo de hipoglucemia, presencia de complicaciones.
- Fármacos utilizados.

Triple terapia. Se recomienda añadir un tercer fármaco pacientes con doble terapia que no consigan los objetivos de control glucémico, pacientes con síntomas de hiperglucemia, pacientes asintomáticos con doble terapia e IMC >30 kg/m².

Insulinización. La dosis de inicio de insulina basal suele calcularse en función del peso corporal (0.2-0.3 unidades/kg/día) y el grado de hiperglucemia, usando la dosis en función de los objetivos individualizados del paciente, además el autocontrol glucémico en ayunas es esencial, en casos de glucemia basal por encima de objetivos individualizados 2-3 días consecutivos se debe aumentar la dosis de insulina basal en 2 unidades

4.2.6.2 Tratamiento no farmacológico. La OPS (2020b) menciona que la alimentación saludable y la actividad física regular son fundamentales en el tratamiento de la diabetes, mantener un peso corporal adecuado, evitar el consumo de tabaco y alcohol, seguir un régimen alimentario saludable y equilibrado basado en el consumo de alimentos de alto contenido de fibra y bajo contenido de grasa.

4.2.7 Adherencia terapéutica.

Según Romero et al. (2020), la adherencia al régimen terapéutico, también denominado como conducta terapéutica, no radica únicamente en tomarse los medicamentos, también se debe modificar el estilo de vida para concientizar a los individuos de su papel fundamental en el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

Se puede entender como adherencia al tratamiento en diabetes a la adopción de un estilo de vida saludable caracterizado por la administración de los hipoglicemiantes orales o insulina en la dosis y frecuencia indicada el médico especialista, al monitoreo de glicemia, al incremento del ejercicio físico, el control emocional en situaciones de estrés, al cumplimiento de las revisiones médicas periódicas y una dieta ajustada a sus requerimientos nutricionales que contribuya al logro de un buen control glicémico, postergación de sus complicaciones y finalmente a una mejora en su calidad de vida (Rondón y Bastidas, 2021).

4.2.7.1 Relacionada con la alimentación. El MSP (2017), establece que se debe limitar de 500 a 750 kcal/día según el IMC durante tres meses, ésta deberá ser individualizada y dirigida por un nutricionista o dietista especializado en diabetes. Además, el consumo de calorías en pacientes con DM2 y sin nefropatía manifestada es: 40-60% de carbohidratos, 30-45% grasas y 15-30 % proteínas.

4.2.7.2 Relacionada con la actividad física. Es importante destacar que la práctica regular de ejercicio físico influye positivamente en la adopción de otros estilos de vida saludables como mantener una dieta equilibrada, reducción del consumo de sustancias nocivas como cigarrillo y alcohol, por ello se recomienda realizar mínimo 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico con una intensidad moderada y realizar ejercicio de resistencia mínimo 2 veces por semana. En los pacientes con diabetes, el ejercicio ayuda a mejorar el metabolismo de la glucosa a varios niveles: páncreas, músculo y tejido graso; controlar el peso, los niveles de glucosa, presión arterial, colesterol y otras alteraciones asociadas a la diabetes (MSP, 2017).

4.2.7.3 Descanso y sueño. La falta de sueño aumenta el riesgo de padecer diabetes ya que al dormir insuficiente se elevan los niveles de cortisol la cual antagoniza los efectos de la insulina. Además, las personas que no duermen adecuadamente tienen niveles más marcados de sustancias que aumentan la resistencia a la insulina (Reyes, 2015).

Además Sánchez et al. (2022), menciona que la privación aguda del sueño aumenta los niveles de glucosa, hemoglobina glicosilada, ingesta de alimentos, nicturia, irritabilidad, mal humor, dificultad en la concentración, envejecimiento precoz y disminuye la producción de insulina, por lo cual se recomienda que un adulto sano debe dormir en promedio 7.5 horas diarias, más aún en aquellas personas que padecen de diabetes.

4.2.7.4 Relacionada al consumo de sustancias nocivas. Dentro de las sustancias nocivas de mayor consumo en la actualidad se destacan las siguientes:

4.2.7.4.1 Consumo de alcohol. El consumo de alcohol, por parte de los diabéticos, produce que el control de la patología complique, empeorando el control en los niveles de glucosa, además, el abuso de alcohol predispone al incumplimiento de la adherencia al tratamiento, provocando la descompensación metabólica aguda (Molina, 2016).

Además, el consumo excesivo de alcohol causa múltiples daños a la salud, entre ellos, daño hepático, desnutrición, diferentes tipos de cáncer, dificulta el control de la HTA y lleva a problemas cardíacos a algunas personas (Vázquez et al. 2019).

4.2.7.4.2 Consumo de tabaco. Los pacientes diabéticos presentan características particulares, algunas no bien conocidas, que hacen que el tabaquismo agrave los efectos de la

diabetes ya que la nicotina eleva los niveles de azúcar en la sangre y los hace más difíciles de controlar. Las personas diabéticas fumadoras suelen necesitar dosis mayores de insulina para mantener los niveles de azúcar en la sangre cerca de su objetivo, además el tabaquismo es conjuntamente con la DM, uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (López et al. 2017).

4.2.7.5 Relacionada con el control médico. Frecuentemente se debe realizar una anamnesis, exploración física y una determinación analítica, para evaluar la existencia de complicaciones. Así mismo, cada cierto tiempo se debe proceder a valorar los objetivos de control y del plan terapéutico con el que se dio inicio al tratamiento y modificarlo si es necesario (MSP, 2017).

Las actividades a realizar con el paciente diabético de manera semestral y anual son control de peso, IMC, control de los signos vitales, control de hemoglobina glucosilada y perfil lipídico, análisis de creatinina, valoración oftálmica, exploración de los miembros inferiores, electrocardiograma. De igual manera las visitas se realizarán en función del grado de control metabólico, necesidades del proceso educativo y el tiempo de progresión de la enfermedad. Luego del primer año de diagnóstico, cuando se instaura la insulinización se deben realizar visitas diariamente durante la primera semana, en pacientes diabéticos estables o sin cambios en su tratamiento, las visitas médicas serán una o dos veces al año; tres a cuatro visitas del personal de enfermería al año, añadido a esto se brindará intervención educativa (Cárdenas y Veloz, 2018).

4.2.7.6 Relacionada con el control de glucemia. Según Cárdenas y Veloz (2018), el control en sangre capilar utilizando tirillas reactivas y glucómetro para su lectura es un método ideal. El auto monitoreo es útil para conocer el comportamiento de la glucemia en los periodos postprandiales, en la tarde y noche. La glucemia debe medirse regularmente, aunque la frecuencia de los controles debe ser individualizada, en función del control de la diabetes. En período estable de la diabetes:

- Se debe realizar en ayunas.
- Como mínimo 1 a 2 veces en diferentes horas del día para obtener un perfil completo de varios días.
- Una vez a la semana se deberá hacer un perfil completo.

- Una vez al mes, cuando se han hecho cambios de la insulina nocturna o se sospecha de hipoglucemias nocturnas, debe controlarse la glucemia entre las 2 y las 4 de la madrugada.
- Realizarse una prueba cuando se sospeche de una hipoglucemia o hiperglicemia.
- Llevar un registro adecuado de los resultados del autocontrol.

4.2.7.7 Factores que influyen en la adherencia terapéutica. Las causas de falta de adherencia terapéutica son múltiples, entre ellas se destacan la polimedicación, el olvido, la relación médico paciente, la edad, el nivel de instrucción, el tiempo con la condición, las complicaciones concomitantes y los factores psicológicos (Maidana et al.2016).

En este sentido, las personas con mayor tiempo de evolución de la enfermedad son las que tienen peor adherencia al tratamiento, pues son las que implican tratamientos hipoglucemiantes más complejos, como la insulinización. No obstante, también hay la posibilidad que cuanto menor sea el tiempo con la enfermedad exista menor adherencia al tratamiento debido a que algunos factores clave en el control glucémico se ven perjudicados por la falta de experiencia del paciente durante su corta convivencia con la enfermedad; además el nivel educativo juega un papel fundamental en la adherencia farmacológica, pues es posible que las personas diabéticas con un nivel bajo de instrucción posean una baja adherencia al tratamiento debido a un conocimiento insuficiente de la patología, una mala comprensión de las recomendaciones médicas y de las implicaciones de la terapia (Rondón y Bastidas, 2021).

Por último, los factores emocionales juegan un papel crucial en el manejo de la DM2, sentimientos de tristeza, desesperanza e inutilidad es desfavorable para que la persona con diabetes lleve un control adecuado sobre los niveles de su glucosa, la falta de motivación se va a reflejar en la falta de interés por aprender habilidades como el automonitoreo de la glucosa o el cuidado en la alimentación, además los mecanismos fisiopatológicos de la depresión pueden contribuir a la hiperglucemia y la resistencia a la insulina complicando aún más el control de la diabetes (Hernández, 2019).

4.3 Hipertensión arterial

La tensión arterial (TA) es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, se dice que el paciente presenta hipertensión cuando su TA es demasiado elevada, de esta se derivan dos valores: el primero representa la tensión sistólica y corresponde al momento en que el corazón se contrae o late, mientras que el segundo, la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro (OMS, 2021).

En este sentido, el MSP (2021), señala que la HTA es una enfermedad no transmisible con múltiples causas subyacentes, se caracteriza por la elevación sostenida de la presión arterial, sistólica o diastólica, con valores iguales o mayores de 140/90 mmHg confirmados en al menos dos mediciones correctas, esta patología representa un factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades como las enfermedades cerebrovasculares, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y enfermedad renal crónica.

4.3.1 Etiología

Brunner y Suddarth (2019), mencionan que la presión arterial es el resultado del gasto cardiaco multiplicado por la resistencia periférica, el gasto cardiaco es el producto de la resistencia cardiaca multiplicada por el volumen sistólico; en la circulación normal, la presión se transfiere del músculo cardiaco hacia la sangre cada vez que el corazón se contrae y luego la presión es ejercida por la sangre conforme fluye a través de los vasos sanguíneos, la HTA se debe al incremento del gasto cardíaco y aumento de la resistencia periférica.

Además, se implican varios factores que causan la HTA como el aumento de la actividad del sistema nervioso simpático relacionado con disfunción del sistema nervioso autónomo, incremento de la reabsorción renal de sodio, cloro y agua vinculado con una variación genérica en las vías por las que los riñones transportan el sodio; incremento de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, lo que produce expansión del volumen del líquido extracelular y aumento de la resistencia vascular sistémica; reducción de la vasodilatación de las arteriolas secundaria a disfunción del endotelio vascular y resistencia a la acción de la insulina, la cual es un factor que a menudo favorece el desarrollo de hipertensión, DM2, hipertrigliceridemia, obesidad e intolerancia a la glucosa.

4.3.2 Clasificación

De acuerdo al MSP (2019), la HTA se clasifica en diferentes estadios:

Óptima: <120/ <80 mmHg

Normal: 120-129 la presión sistólica y 80-84 la diastólica.

Normal alta: PA sistólica 130-139 / 85-89 diastólica.

Hipertensión grado 1: PA sistólica 140-159 / 90-99 diastólica.

Hipertensión grado 2: PA sistólica 160-179 / 100-109

Hipertensión grado 3: PA sistólica $\geq 180/\geq 110$ diastólica.

Hipertensión sistólica aislada: PA sistólica ≥ 140 / <90 diastólica.

Así mismo, Aristil (2013), menciona que la hipertensión arterial se puede clasificar en dos tipos: primaria o esencial y secundaria.

- **Hipertensión arterial primaria:** La hipertensión arterial primaria o esencial, es la forma más frecuente, constituye 92% al 95% de los casos de HTA en la población, se desconoce su etiología debido a la extensa variedad de sistemas que influyen en la regulación de la presión arterial y las interacciones que existen entre sí.
- **Hipertensión arterial secundaria:** Cuando el incremento de la tensión arterial se debe a una causa establecida, se conoce como hipertensión arterial secundaria, ya que involucra la presencia de padecimientos identificados, entre las causas de hipertensión arterial secundaria se destacan:
 - ✓ Renales: glomerulonefritis, lupus eritematoso sistémico, insuficiencia renal, tumores, malformaciones, estenosis de la arteria renal, pielonefritis, nefropatía diabética.
 - ✓ Cardiovascular: coartación de aorta, hipoplasia de aorta abdominal.
 - ✓ Endocrinas: hiperplasia adrenal, hiperaldosteronismo, feocromocitoma, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, síndrome de Cushing.

- ✓ Fármacos: anticonceptivos, eritropoyetina, glucocorticoides, ciclosporina, calcitonina, cocaína.
- ✓ Ambientales: ruido, estrés, dieta rica en sodio.
- ✓ Gestación: eclampsia, preeclampsia.

4.3.3 Clínica

La sintomatología que puede acompañar a la HTA es muy variada, pero a menudo puede ser asintomática y su descubrimiento sea de manera casual durante revisiones médicas u otros procedimientos médicos. No obstante, pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos tales como cefaleas, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, falta de energía o fortaleza (Gómez, 2022).

4.3.4 Complicaciones

La HTA puede producir graves daños cardíacos, el incremento de presión puede endurecer las arterias, con lo que se suprime el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón, además pueden causar angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, vasos sanguíneos debilitados y estrechados en sus riñones, ritmo cardíaco irregular, que puede conllevar la muerte súbita y obstrucción o la rotura de las arterias que transportan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que puede provocar un accidente cerebrovascular (ACV) (OMS, 2021).

4.3.5 Factores de riesgo

Existen una serie de condiciones individuales, familiares y ambientales que pueden aumentar el riesgo de contraer HTA entre las que destacan diabetes mellitus, dieta no saludable, inactividad física o sedentarismo, obesidad, ingesta alcohólica, tabaquismo, antecedentes familiares y genéticos, edad avanzada y etnia afrodescendiente (OMS, 2021).

4.3.6 Diagnóstico

Según el MSP (2021), para aquellas personas con resultado anormal de su TA, se deberá tomar al menos dos mediciones separadas con un intervalo de 5 a 10 minutos siguiendo la técnica correcta y se considerará el promedio de las últimas dos mediciones. Se diagnostica HTA cuando la presión arterial sistólica es ≥ 140 mmHg y la presión arterial diastólica es ≥ 90 mmHg.

Por su parte, la OPS (2020), señala que la medición precisa de la PA es fundamental para el diagnóstico y el tratamiento adecuado de la hipertensión, y aunque este procedimiento parece sencillo a primera vista, si la medición se realiza de manera inadecuada puede afectar las decisiones clínicas en hasta el 20-45% de los casos.

Así mismo, la guía del MSP (2019), señala que las tomas repetidas de la TA para confirmar el diagnóstico, se deben realizar de la siguiente manera:

- Los usuarios que presenten HTA grado 2 o más, requiere de menos visitas e intervalos de tiempo más breves entre las visitas puede durar días o semanas.
- Aquellos pacientes con HTA grado 1, las mediciones repetidas pueden durar algunos meses, especialmente cuando el paciente tiene un riesgo bajo y no hay daño de órgano blanco. A lo largo de esta etapa, se realizan evaluaciones de riesgo de enfermedad CV y pruebas de detección de rutina.

Igualmente Gómez (2022), señala que se debe realizar varias mediciones para diagnosticar la PA y constatar que realmente existen cifras altas de presión arterial, en ocasiones se descubre al aparecer alguna de sus consecuencias o complicaciones como: insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o lesiones cerebrales. Por ello, el estudio de la HTA va dirigido a determinar la causa, la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular y su repercusión en los diferentes órganos. Se comienza por un interrogatorio médico completo, exploración física y los estudios analíticos.

4.3.7 *Tratamiento*

Por su parte Miño et al. (2021), destacan que la modificación del estilo de vida es una parte esencial para el tratamiento de la HTA y se debe recomendar a todos los pacientes que presenten presión arterial elevada o hipertensión conjuntamente con la terapia farmacológica.

4.3.7.1 Tratamiento Farmacológico. El MSP (2019) señala que gran parte de los pacientes además de modificar sus prácticas de vida requieren terapia con medicamentos para lograr un control adecuado de su TA, en muchos pacientes que presentan hipertensión primaria leve la monoterapia inicial suele ser exitosa. Sin embargo, la terapia con un solo medicamento puede no alcanzar un valor óptimo de la presión arterial en pacientes cuya presión arterial esté a más de 20/10 mmHg por encima de lo normal. Así mismo, se debe considerar la posibilidad de monoterapia en HTA grado 1 con presión sistólica <150 mmHg.

De igual manera, los diuréticos tiazídicos se asocian con un menor riesgo de ACV y eventos cardiovasculares en relación con los betabloqueantes. Los diuréticos tiazídicos, calcio antagonistas (CA), inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y los antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA) son beneficiosos tanto en monoterapia o combinados para el inicio y mantenimiento del tratamiento de la TA.

Los IECA pueden retardar la progresión de enfermedades como la insuficiencia renal y reducir la mortalidad por patologías cardiovasculares, por lo que se indican en pacientes con DM2. Así mismo, se ha evidenciado que los CA muestran una eficacia similar a otros grupos de fármacos de primera línea. Además, los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAI) tienen un efecto similar en base a otros medicamentos antihipertensivos.

Se ha comprobado que los betabloqueantes (BB) tienen un elevado índice de efectos secundarios y además suelen ser menos seguros que los bloqueadores del sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) y los CA en el retraso de daño orgánico como: hipertrofia del ventrículo izquierdo, rigidez aórtica y remodelamiento de las arterias pequeñas, los BB así como los diuréticos están vinculados a un mayor riesgo de diabetes. Finalmente, los bloqueadores de los receptores alfa y vasodilatadores directos han demostrado ser eficaces para tratar la hipertensión en combinación con otros fármacos; sin embargo, su uso se ha limitado por la intensidad de efectos secundarios.

4.3.7.2 Tratamiento no farmacológico. El MSP (2019), señala que el tratamiento de la HTA consiste en una serie de medidas que implican cambios en prácticas de vida, disminución del consumo de sal, reducción del consumo de alcohol y tabaco, modificaciones en la dieta, disminución del consumo de azúcar, lograr un peso adecuado y actividad física regular.

4.3.8 Adherencia Terapéutica

La adherencia terapéutica se define como el contexto en el que el comportamiento de la persona concuerda con las indicaciones medicas vinculadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para acudir a las citas médicas programadas, ingerir los medicamentos prescritos, modificar el estilo de vida, completar los análisis o pruebas solicitadas, además la adherencia terapéutica abarca cuantiosos comportamientos relacionados con la salud que superan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas, y no se trata únicamente de que el paciente siga las instrucciones médicas (Conte et al. 2020).

En este sentido Ortega et al. (2018), menciona que el motivo principal de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden brindar a los pacientes es la falta de adherencia al tratamiento; no obstante, continuamos sin reconocer este hecho como el causante del fracaso terapéutico, recurriendo frecuentemente al incremento de tratamientos o pruebas innecesarias que pueden poner en peligro la vida del paciente. La falta de adherencia terapéutica es un problema significativo a nivel mundial, predominando especialmente en pacientes con patologías de base, en las cuales la adherencia a largo plazo representa más del 50%, sin embargo, es menor en países subdesarrollados. Como resultado, existen incremento en las tasas de hospitalización, elevación de los costos sanitarios y fracasos terapéuticos, etc.

4.3.8.1 Relacionada a la alimentación. Dentro de los hábitos saludables en cuanto a la ingesta de alimentos se destacan los siguientes:

4.3.8.1.1 Cambios en la dieta. La modificación de la dieta debe ir de la mano de cambios de estilos de vida como una dieta saludable, consumo de grasas monoinsaturadas como el aceite de oliva; pescado ya que aporta de ácidos grasos poliinsaturados; un incremento de la ingesta de verduras, frutas, leguminosas, cereales y frutos secos; ingesta habitual de lácteos y consumo moderado de carnes rojas. Además, este tipo de dieta ayuda a disminuir la presión arterial

(8-14 mmHg), el riesgo de enfermedades cardiovasculares, disminuye la resistencia a la insulina y ayuda a controlar el sobrepeso y obesidad (MSP, 2019).

4.3.8.1.2 Restricción de sal. Reducir la ingesta de sal a alrededor de 5-6 gramos al día puede tener un efecto moderado en la reducción de la presión arterial, disminuyendo tanto la presión arterial sistólica como diastólica en un rango de 2-4 mmHg en individuos normotensos y hasta 3-6 mmHg en aquellos con hipertensión. Se aconseja evitar los alimentos procesados, ya que suelen tener altos niveles de sal, como el ají, la salsa y pasta de tomate, el jamón y los alimentos enlatados (MSP, 2019).

4.3.8.1.3 Disminución del consumo de alimentos altos en grasas, K. De acuerdo a Espinoza y Flores (2016), el consumo de grasa saturadas daña las paredes de las arterias produciendo la aparición de placas ateroscleróticas que a la final obstruyen las arterias: a su vez evitar el consumo de café y cafeína ya que estos pueden estimular el sistema nervioso central, y aumentar temporalmente la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Por último, una ingesta elevada de potasio en la dieta puede ser beneficiosa para la prevención y el control de la HTA ya que puede ayudar a regular las cifras de la presión arterial.

El consumo de potasio debe situarse en torno a aproximadamente de 50 a 90 mmol al día, preferiblemente a partir de alimentos tales como fruta fresca y vegetales. Además, mientras dure el tratamiento de los pacientes con diuréticos se debe supervisar signos de hipopotasemia y si es necesario corregir con suplementos de potasio, sales de potasio o diuréticos ahorradores de potasio (Espinoza y Flores, 2016).

4.3.8.1.4 Disminución del consumo de azúcar. El consumo elevado de azúcar aumenta los niveles de tensión arterial, frecuencia cardíaca, retención de sodio, lo que lleva a la retención de líquidos y resistencia vascular periférica, lo que hace que el riesgo de enfermedad cardiovascular aumente mucho. Además, el azúcar, especialmente la fructosa puede tener un efecto directo sobre la elevación de la presión arterial ya que la fructosa disminuye los niveles de óxido nítrico saludable, un dilatador y un relajante para los vasos sanguíneos (Rivera, 2021).

4.3.8.2 Relacionada al consumo de sustancias nocivas. Entre las sustancias nocivas más consumidas se destacan las siguientes:

4.3.8.2.1 Consumo de alcohol. El consumo de alcohol es un hábito nocivo que aumenta las cifras de presión arterial, es un factor de riesgo para contraer enfermedades cardiovasculares y también interfiere en los efectos terapéuticos de algunos fármacos antihipertensivos. Además, es importante limitar el consumo de bebidas alcohólicas a 30 g de alcohol por día (equivalente a unos 2 vasos pequeños de vino tinto) en varones delgados y 20 g en mujeres ayuda a reducir entre 2 y 4 mmHg la presión arterial (Infante y Díaz, 2020).

4.3.8.2.2 Consumo de cigarrillo. El hábito de fumar es un factor de riesgo para contraer enfermedades cerebrovasculares, elevación de la tensión arterial y el cáncer, abandonar este hábito es una medida de cambios de estilo de vida más eficaz para la prevención de enfermedad cerebrovascular, incluyendo: apoplejía, daño epitelial, infarto de miocardio y enfermedad vascular periférica (MSP, 2019).

Por su parte, Solís et al. (2017), menciona que el tabaquismo aumenta el riesgo de padecer y acelera la progresión, tanto del glaucoma primario de ángulo abierto como de la catarata, la retinopatía diabética y la hipertensiva.

4.3.8.3 Relacionada a la actividad física. El realizar actividad física influye de manera positiva en reducir las cifras de hipertensión arterial.

4.3.8.3.1 Ejercicio físico. La falta de actividad física es un factor de riesgo importante para el desarrollo de la HTA, enfermedades cardiovasculares y metabólicas asociadas a la HTA, además, el ejercicio físico regular reduce la TA (4-9 mmHg) y disminuye el riesgo cardiovascular y la mortalidad (MSP, 2019).

Adicionalmente, Espinoza y Flores (2016) mencionan que se ha evidenciado que el ejercicio físico ligero realizado de manera continua ayuda a reducir la presión sistólica en casi 20 mmHg en pacientes con edades de entre los 60 y 69 años.

4.3.8.3.2 Sueño y descanso. El sueño y la relajación son cruciales para mantener niveles óptimos de presión arterial, puesto que el reposo, conjuntamente con otras técnicas de relajación, pueden ayudar a disminuir las cifras tensionales. El sueño regula diferentes hormonas

como el cortisol, una hormona relacionada con el estrés, que influye en la regulación de la presión arterial (Martínez, 2020).

4.3.8.4 Relacionada a la automonitoreo de la HTA. Para evaluar inicialmente la automonitoreo y el efecto del tratamiento, es recomendable realizar mediciones al menos 3 veces a la semana en dos momentos del día: en la mañana (antes de la toma del medicamento si está bajo tratamiento) y en la tarde (antes de la comida). En cada ocasión se harán 2 mediciones separadas entre sí por 1 a 2 minutos y se debe calcular el promedio de varios días de registro, descartando los datos del primer día. Para el seguimiento a largo plazo será suficiente con uno o dos registros semanales, mejorando la participación del individuo en el seguimiento y cuidado de su salud (Pérez et al. 2017).

4.3.8.5 Factores que influyen en la adherencia terapéutica. Se han descrito una serie de situaciones vinculadas a una baja adherencia a los medicamentos que se pueden agrupar en cuatro dimensiones tomando al paciente como eje central de la farmacoterapia y que se pueden ajustar o modificar en la práctica diaria, relacionados con el paciente, con su patología, con su tratamiento y con el equipo asistencial (Conte et al. 2020).

Entre estas variables se encuentran las en torno al paciente, la falta de comprensión, apatía y pesimismo, no reconocer que se está enfermo, falta de adhesión al tratamiento, creencias relacionadas con la salud, insatisfacción el tratamiento, variables de la enfermedad como el trastorno crónico con ausencia de sintomatología. También se encuentran las variables del tratamiento; tiempo de espera prolongado, supervisión inadecuada por parte de los profesionales, complejidad del régimen terapéutico, duración del tratamiento, características del tratamiento, desembolso económico, características de los medicamentos y efectos secundarios de la medicación (Prado et al. 2015).

5 Metodología

El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio con enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de alcance descriptivo y de corte transversal; que se llevó a cabo en la Universidad Nacional de Loja.

La población de estudio estuvo constituida por 45 trabajadores del área administrativa de la Universidad Nacional de Loja, quienes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: sujetos de ambos sexos, que estén diagnosticados con hipertensión arterial y/o diabetes y que acepten participar del estudio. Para la recolección de los datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario denominado “Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión (Código 1609)”.

Para dar cumplimiento con el primer objetivo, en el instrumento se añadió al inicio, una sección para recolectar los datos sociodemográficos de los participantes (edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, nivel de instrucción, facultad en la que labora actualmente) y las características clínicas, mismas que fueron tomadas del historial médico de la población de estudio.

Para cumplir el objetivo 2, según el diagnóstico de los participantes del estudio, se estimó la prevalencia puntual de la HTA y DM en el personal administrativo, aplicando la fórmula: $P = A/A+B$, donde A corresponde a las personas con diagnóstico de alguna patología mencionada y A+B se refiere a la población total de administrativos de la UNL.

Para el tercer objetivo, el mencionado instrumento consta de 8 indicadores y 34 ítems relacionados a la alimentación, actividad física, adherencia farmacológica, consumo de sustancias nocivas y el descanso, que se medirán dicotómicamente con opciones de selección de SI y NO.

Según Romero Guevara et al. (2020), el instrumento de enfermería se elaboró a partir de la etiqueta de resultado de enfermería “Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión (Código 1609)” el cual constaba de 7 indicadores (37 ítems) y evalúa la adherencia a un tratamiento. Inicialmente, fue aplicado en una población hipertensa de Bucaramanga en Colombia, reportando una confiabilidad de 0.95 y una reproducibilidad casi perfecta. Sin embargo, para conseguir una evaluación del cumplimiento al régimen terapéutico más completa e integral, los indicadores

fueron operacionalizados por Orozco y modificados para extender su aplicabilidad en personas con DM2. En dicha investigación se considera el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas dadas para el tratamiento específico de la hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 en personas con estas patologías, teniendo en cuenta que el tratamiento terapéutico en éstas abarca tanto manejo farmacológico como no farmacológico. Seguidamente, se realizó validez de contenido por juicio de 4 expertos (enfermeras con experiencia en el área) y luego de realizar los ajustes sugeridos y consensuados por los expertos e investigadores, se obtuvo una etiqueta unidimensional que incluye 11 indicadores (85 ítems) para ser medidos de forma dicotómica y en el cual se determinó un nivel de confianza 95%, alcanzando finalmente una confiabilidad con alfa de Cronbach de 0.98.

El procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales y por sus siglas en inglés (*SPSS*) versión 22 y el análisis de los resultados se lo efectuó a través del uso de la estadística descriptiva con el cálculo de frecuencias y porcentajes. Finalmente, como parte de las consideraciones éticas, y previo a la recolección de los datos, se socializó la propuesta con los participantes y se aplicó un consentimiento informado que garantiza la confidencialidad de la información y la utilización de la misma con fines académicos e investigativos.

6 Resultados

En la tabla 1 se muestra las características sociodemográficas del personal administrativo de la Universidad Nacional de Loja.

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Características		f	%
Edad	33-37	1	2,2
	38-42	1	2,2
	43-47	5	11,1
	48-52	8	17,8
	53-57	9	20
	58-62	19	42,2
	63-67	2	4,4
Total		45	100
Sexo	Mujer	24	53,3
	Hombre	21	46,7
	Total	45	100
Estado Civil	Casado/a	35	77,8
	Divorciado/a	5	11,1
	Soltero/a	3	6,7
	Viudo/a	1	2,2
	Unión libre	1	2,2
	Total	45	100
Nivel de Instrucción	Tercer Nivel	36	80
	Maestría	7	15,6
	Especialidad	1	2,2
	Otro (Título de Bachiller)	1	2,2
	Total	45	100
Procedencia	Urbana	41	91,1
	Rural	4	8,9
	Total	45	100
Facultad donde labora	Administración central	11	24,4
	Facultad de la Educación, el Arte y la Comunicación	10	22,2
	Facultad de agropecuaria y de los recursos naturales renovables	5	11,1
	Facultad de Salud Humana	5	11,1
	Facultad Social, Jurídica y Administrativa	5	11,1
	Bienestar universitario	4	8,9
	Facultad de Energía	2	4,4
	Unidad de Educación a Distancia	2	4,4
	Coordinación de Evaluación y Aseguramiento de la Calidad	1	2,2
	Total	45	100

La tabla 2 muestra las características clínicas del personal administrativo de la Universidad Nacional de Loja.

Tabla 2. Características clínicas de los participantes de estudio

Características		f	%
Diagnóstico Médico	Hipertensión Arterial	32	71,1
	Ambas	8	17,8
	Diabetes	5	11,1
	Total	45	100
Tipo de Diabetes	No Insulinodependiente	11	84,6
	Insulinodependiente	2	15,4
	Total	13	100
Tipo de HTA	HTA esencial primaria	40	100,0
	HTA secundaria	0	0,0
	Total	40	100

Estimación de prevalencia puntual

Para la estimación de prevalencia puntual se utilizó la siguiente fórmula: $P = a / a + b * 100$, donde A corresponde a las personas con diagnóstico de alguna patología mencionada y A+B se refiere a la población total de administrativos de la UNL.

Tabla 3. Estimación de Prevalencia Puntual.

Prevalencia puntual en el personal administrativo de la UNL		%
ECNT	$P = 45/269 * 100$	16,72
Diabetes	$P = 13/269 * 100$	4,83
Hipertensión Arterial	$P = 40/269 * 100$	14,86

La tabla 4 muestra los resultados sobre la adherencia terapéutica del personal administrativo de la Universidad Nacional de Loja.

Tabla 4. Adherencia terapéutica de los participantes de estudio.

Ítems	Si		No		Total
	f	%	f	%	f
Consumo de todos los medicamentos prescritos	45	100	0	0,0	45
Consumo de todas las dosis	44	97,8	1	2,2	45
Consumo de los medicamentos en horas indicadas	43	95,6	2	4,4	45
Cumplimiento de las recomendaciones para la toma de los medicamentos con los alimentos	40	88,9	5	11,1	45
Realiza ejercicio mínimo 4 veces a la semana	12	26,7	33	73,3	45
Realiza ejercicio mínimo de 30 minutos al día	16	35,6	29	64,4	45
Realiza calentamiento y estiramiento antes del ejercicio	13	28,9	32	71,1	45
Realiza enfriamiento posterior al ejercicio	10	22,2	35	77,8	45
Cumplimiento con la dieta baja en sal	35	77,8	10	22,2	45
Cumplimiento con la dieta baja en grasas	36	80	9	20	45
Cumplimiento con una dieta baja en azúcares	34	75,6	11	24,4	45
Cumplimiento con la dieta baja en harina y almidones	27	60	18	40	45
Incremento del consumo de frutas y verduras	37	82,2	8	17,8	45
Evita el consumo de: postres, dulces, panes, gaseosas	32	71,1	13	28,9	45
Consume más de dos copas/vaso de bebidas alcohólicas al día	10	22,2	35	77,8	45
Actualmente fuma	5	11,1	40	88,9	45
Asiste a control cuando se siente enfermo	39	86,7	6	13,3	45
Asiste a control cuando tiene citas programadas	43	95,6	2	4,4	45
Asiste a control cuando tiene dudas del tratamiento	24	53,3	21	46,7	45
Asiste a cita o control para mostrar resultados de laboratorio	44	97,8	1	2,2	45
Asiste a control por alteración de la tensión arterial o glicemia	32	71,1	13	28,9	45
Facilidad para conseguir un tensiómetro y/o glucómetro	27	60	18	40	45
Realiza tomas de la presión arterial y/o glucometría	27	60	18	40	45
Registro de los valores de la presión arterial y/o glucometría	11	24,4	34	75,6	45
Interrumpe actividades del hogar/trabajo para tomar los medicamentos	18	40	27	60	45
Ha modificado labores del trabajo/hogar para cumplir las recomendaciones del equipo de salud.	9	20	36	80	45
Considera que el tratamiento demanda mucho tiempo	15	33,3	30	66,7	45
La familia ha modificado funciones para ayudarlo a cumplir el tratamiento	19	42,2	26	57,8	45
Duerme entre 6 y 8 horas al día	41	91,1	4	8,9	45
Al despertar, siente que descanso durante la noche	38	84,4	7	15,6	45
Siente que tiene energía suficiente para realizar las actividades diarias	38	84,4	7	15,6	45
Realiza periodos de descanso durante sus labores del trabajo/hogar	23	51,1	22	48,9	45
Cuenta con mínimo 30 minutos para tomar cada una de las 3 comidas importantes del día	43	95,6	2	4,4	45
En momentos diferentes de las labores del trabajo/hogar, realiza al menos 1 vez por día actividades de recreación/descanso.	38	84,4	7	15,6	45

7 Discusión

En la actualidad las ECNT son la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial, pues representan un 63% del número total de muertes anuales. Estas enfermedades tienen factores de riesgo comunes entre los que se destacan el tabaquismo, la falta de actividad física, el uso nocivo del alcohol, la dieta no saludable y la adherencia terapéutica. Además, estas patologías se pueden prevenir y controlar a través de cambios en el estilo de vida, políticas públicas e intervenciones de salud y requieren un abordaje intersectorial e integrado (MSP, 2023).

Los resultados encontrados en el presente estudio denominado Enfermedades crónicas no transmisibles en el personal administrativo de la Universidad Nacional de Loja, periodo octubre 2022 – febrero 2023, permiten identificar que con respecto a las características sociodemográficas: gran parte de los participantes se encuentran entre 58-62 años (42,2 %) y el 2,2% representan edades comprendidas de 33-37 y 38-42 años, existió un predominio del sexo mujer (53,3%), el 77,8% son de estado civil casado; además, poseen un grado de instrucción de tercer nivel (80%), el (91,1%) son de procedencia urbana y el área donde la mayoría de los participantes desempeñan sus funciones en el área de Administración Central (24,4%), mientras que el 2,2% en Coordinación de Evaluación y Aseguramiento de la Calidad. En cuanto a las características clínicas, el diagnóstico médico más frecuente fue de HTA con el 71,1%, diabetes con el 11,1% y el 17,8% de los participantes padecían ambas patologías, los tipos de enfermedad que predominaron fueron diabetes no insulino dependiente (84,6%) e HTA esencial primaria (100%).

Con respecto a la prevalencia puntual de las ECNT en el personal administrativo de la Universidad Nacional de Loja, esta fue del 16,72%, la prevalencia de HTA fue del 14,86% y de diabetes el 4,83%. Con relación a los resultados alusivos a la adherencia terapéutica en los participantes del estudio y que han sido diagnosticados con diabetes y/o hipertensión arterial, se evaluaron 8 dimensiones. En la primera dimensión relacionada con el cumplimiento del régimen terapéutico, se evidenció que el 100% consume todos los medicamentos prescritos, el 97,8% consume todas las dosis, en cuanto al horario de administración de medicamentos el 95,6% si lo cumple y finalmente el 88,9% si acoge las recomendaciones para la toma de los medicamentos relacionadas con los alimentos. Estos datos son contradictorios a un estudio realizado en España por Ventura et al. (2019), cuyo objetivo fue evaluar el nivel de adherencia al tratamiento en

pacientes con HTA y diabetes, la muestra estuvo constituida por 46 personas, entre 18-65 años, donde se mostró que el 71,7 % de los pacientes padecían HTA, seguido de diabetes con el 52,2 % y el 23,9 % presentaron ambas patologías, los cuales mencionaron no tener ningún problema para seguir el tratamiento el 15,2 %; a más de la mitad de la muestra (64,9 %) le resulta difícil cumplirlo; el 35,02% de hipertensos y el 36,95 de los diabéticos creen que es difícil seguir las indicaciones prescritas.

Según Romero Guevara et al. (2020), la adherencia al régimen terapéutico, va mucho más allá de tomarse los medicamentos, también requiere de cambios en el estilo de vida para el mantenimiento de su salud y bienestar. Además, es fundamental para un adecuado control de los niveles de HTA y DM, pues en el caso de la diabetes los medicamentos ayudan a reducir los niveles de glucosa en sangre, aliviar los síntomas y prevenir complicaciones como el pie diabético, infarto del miocardio, amputación de miembros, entre otros; lo mismo ocurre con los medicamentos antihipertensivos, estos ayudan a relajar los vasos sanguíneos y por ende la presión disminuye, la falta de adherencia al tratamiento es la principal casusa de que no se obtenga el beneficio que los medicamentos pueden brindar a los pacientes siendo la primera causa de fracaso terapéutico lo que ocasiona elevaciones de la TA, más aún si el paciente también posee DM ya que pueden surgir complicaciones tanto macrovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebral vascular y arteriopatía periférica) como microvasculares (nefropatía, retinopatía y neuropatía) por lo tanto, es indispensable seguir una correcta adherencia farmacológica.

La segunda dimensión evaluada trata del cumplimiento de las actividades prescritas, donde se evidencio que la mayoría de la población de estudio no realiza ejercicio mínimo 4 veces a la semana (73,3%), mientras que el 35,6 % si realiza ejercicio mínimo 30 minutos al día, el 28,9 % calentamiento y estiramiento antes y el 22,2 enfriamiento posterior al ejercicio. Estos datos se asemejan a un estudio realizado por Ochoa et al. (2022), denominado factores asociados con enfermedades no transmisibles en el personal docente y administrativo de una institución universitaria realizado en Lima, donde mostró como resultado que el 21,3% de participantes tenía alguna enfermedad, 11,3% fumaba y 25,3% consumían bebidas alcohólicas; el 66,7% consumía verduras/hortalizas inadecuadamente, 82% realizaba deficiente actividad física y 87,3% tenía dislipidemia; además, el 10,7% presentó HTA, 46,7% sobrepeso y 27,3% obesidad.

De acuerdo al MSP (2019), la inactividad física es un factor de riesgo importante para el desarrollo de la HTA y de enfermedades cardiovasculares y metabólicas asociadas a la HTA, además, el ejercicio físico ayuda a la prevención y el tratamiento de la HTA, además reduce el riesgo cardiovascular y la mortalidad. La actividad física en pacientes con ECNT, es la piedra angular del tratamiento conjuntamente con un adecuado régimen terapéutico y una serie de cambios en el estilo de vida; en las personas diabéticas el ejercicio físico ayuda a mejorar el metabolismo de la glucosa y en el caso de la hipertensión arterial permite no solo reducir los niveles de esta, sino que, además reduce el riesgo cardiovascular, la mortalidad y el riesgo de contraer otras patologías como la obesidad, hipercolesterolemia, osteoporosis, y ciertos tipos de cáncer.

En cuanto a la tercera dimensión que trata sobre el cumplimiento de la dieta prescrita, los resultados mostraron que el 77,8% cumple con una dieta baja en sal, el 80% tiene una dieta baja en grasas, 75,6% tiene una dieta baja en azúcar, el 60% posee una dieta baja en harina y almidones, el 82,2% incrementó el consumo de frutas y verduras y el 71,1% evita el consumo de postres, dulces, panes y gaseosas. Estos resultados son similares a un estudio realizado por Jaramillo (2019), denominado “Autocuidado de pacientes hipertensos, enfocado en la teoría de Dorothea Orem, Hospital Delfina Torres de Concha” el cual arrojó los siguientes resultados: el 46% de los pacientes hipertensos invierten tiempo en el autocuidado, el 52% duerme de 6 a 8 horas al día, el 41% no buscan información y orientación sobre el manejo de su enfermedad, el 45% de los hipertensos no considera la cantidad máxima de sal, el 54% de los pacientes caminan mínimo 30 minutos al día y el 61% consume comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas.

El MSP (2019), señala que el ajuste de la dieta debe ir acompañado de otros cambios en las prácticas de vida como una dieta saludable, consumo de grasas monoinsaturadas como el aceite de oliva, elevado consumo de verduras, frutas, cereales y frutos secos; consumo frecuente de productos lácteos y consumo moderado de carnes rojas. Además, llevar una dieta adecuada es imprescindible para ayudar a mantener un nivel óptimo de glucemia y prevenir complicaciones de la diabetes, permite alcanzar un peso ideal, no obstante, la dieta debe ser acorde a cada paciente por ello se debe valorar el peso, talla, edad y sexo, así como la actividad física que desarrolle a lo largo del día; en el caso de la HTA ayuda a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares,

reduce la TA y la resistencia a la insulina, en este caso es muy importante que se lleve una dieta baja en sodio.

La cuarta dimensión trata sobre la evitación de conductas que potencien la patología, donde se demostró que el 22,2% consume más de dos copas/vaso de bebidas alcohólicas al día mientras que la mayoría no lo hace y el 11,1% fuma actualmente. En un estudio denominado autocuidado del paciente diabético tipo 2 en el Club Amigos Dulces de la ciudad de Loja realizado por Pinzón (2019), el cual conto con una muestra de 54 pacientes, en el cual se pudo evidenciar que el autocuidado de su salud fue bueno, donde el mayor porcentaje fue el hábito de no fumar (96,3 %) y no alcohol (94,4 %), buena adherencia al tratamiento (83,3 %); además se reflejó un nivel de autocuidado medio en cuanto a la actividad física (68,5 %); por otro lado se evidenció que el 48,1% presentaba falencias en cuanto a una alimentación adecuada y tan solo el 11,1% realizaba un automonitoreo de glucosa. Otro estudio, realizado por López y Madrid (2018), en Cuenca en 55 administrativos de la Pontífice Universidad Católica, con el objetivo de analizar la calidad de los hábitos de vida como factores de riesgos de enfermedades cardiovasculares, dio como resultado que el 18,2% consumen tabaco y 31% alcohol y por ende constituye un factor de riesgo para dichas enfermedades al igual que los hábitos alimenticios puesto que el 39,64% de la población tiene sobrepeso y obesidad.

El consumo de alcohol y tabaco es un hábito nocivo que eleva la presión arterial, es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares y también disminuye los efectos de algunos fármacos antihipertensivos (Infante y Díaz, 2020). De igual manera, el consumo de sustancias nocivas como alcohol y tabaco produce en los pacientes con diabetes que el manejo de la enfermedad se dificulte, empeorando el control en los niveles de glucosa, además es una de las causas de descompensación metabólica aguda. Además, el consumo de estas sustancias causa diversos daños a la salud, entre ellos, daño al hígado, desnutrición, diferentes tipos de cáncer y problemas cardíacos, además la nicotina aumenta los niveles de azúcar en la sangre y suelen necesitar dosis mayores de insulina para mantener los niveles de glucosa cerca de su objetivo.

El quinto indicador evaluado, está relacionado con el cumplimiento de los controles médicos y en torno a ello, los participantes mencionaron que el 86,7% asiste a controles cuando se siente enfermo, el 95,6% asiste a control cuando tiene citas programadas, el 53,3% asiste a control

cuando tiene dudas acerca del tratamiento, el 97,8% acude a control para mostrar resultados de laboratorio y el 71,1% asiste a control cuando presenta alteraciones de la tensión arterial o glicemia. Estos datos son semejantes a un estudio realizado en Cuenca, por Orellana y Pucha (2017), en personas hipertensas del club “primero mi salud”, donde dio como resultado que el 89,6% no consumen más de 2gr/día de sal, el 74,6% realiza actividad física, el 50,0% duerme entre 5 a 7 horas, el 100% cumple con el tratamiento farmacológico, el 99,3% acude al control médico y un 98,5% toma su medicación a diario.

Cárdenas y Veloz (2018), señalan que usualmente se debe realizar una anamnesis, exploración física completa y una determinación analítica, para evaluar la existencia de complicaciones. Así mismo, cada seis meses o un año, se debe valorar los objetivos de control y del plan terapéutico, y adaptarlo si es preciso. Por ello, acudir a controles médicos periódicos es de vital importancia, en el caso de la diabetes permiten evitar complicaciones y en la HTA los controles médicos disminuyen el riesgo cardiovascular y renal. Además, un control médico temprano previene la progresión de comorbilidades, impacto negativo en la calidad de vida del paciente y los costos de atención del mismo.

El sexto indicador evaluado sobre la supervisión de los efectos terapéuticos, los participantes indicaron que el 60% tiene facilidad para conseguir un tensiómetro y/o glucómetro y el mismo porcentaje realiza tomas de presión arterial y/o glucometría, sin embargo, tan solo el 24,4% lleva un registro de los valores obtenidos. Según Cárdenas y Veloz (2018), en la diabetes el auto monitoreo es fundamentalmente útil para conocer el comportamiento de la glucemia en los periodos postprandiales, en la tarde y noche. La glucemia debe medirse regularmente, aunque la frecuencia de los controles debe ser individualizada, en función del control de la diabetes.

Además, Pérez et al. (2017), señala que para la evaluación inicial de las cifras de PA por automonitoreo y el efecto del tratamiento será necesario registrar mediciones al menos 3 veces a la semana en dos momentos del día. El automonitoreo de la diabetes e hipertensión es un factor clave para lograr las metas de control y detectar hipoglucemias o hipotensión en el paciente que consume fármacos para estas patologías. Además, llevar un registro de los valores obtenidos de glucosa/TA permite identificar variaciones, prevenir o retrasar complicaciones y saber si el organismo está respondiendo adecuadamente al tratamiento o si requiere ajustes del mismo.

El séptimo indicador trata sobre la alteración de funciones para el cumplimiento del tratamiento terapéutico, dio como resultado que el 40% interrumpe actividades del hogar/trabajo para tomar los medicamentos, el 20% ha modificado estas labores para cumplir las recomendaciones del equipo de salud, el 33,3% considera que el tratamiento demanda mucho tiempo y el 42,2% señala que la familia ha modificado funciones para ayudarlo a cumplir el tratamiento. De acuerdo a Ramos (2015), la adherencia al tratamiento resulta un proceso muy complejo que requiere de educación sanitaria a la población y a los prestadores de salud, mayor investigación y el diseño de estrategias de intervención que incluyan redes de apoyo al enfermo y su participación activa y responsable en la construcción del tratamiento. Es importante cumplir con el tratamiento pese a las ocupaciones del trabajo/hogar para que exista un adecuado control tanto de la diabetes como de HTA, además se debe considerar que el tratamiento de las ECNT dura mucho tiempo y requiere constancia y apoyo de la familia.

Finalmente, se evaluó la actividad y reposo, donde los participantes mencionaron que el 91,1% duermen entre 6 y 8 horas diarias, el 84,4% al despertar, siente que descansó durante la noche y el mismo porcentaje siente que tiene energía suficiente para realizar las actividades diarias, el 51,1% realiza periodos de descanso durante sus labores del trabajo/hogar, el 95,6% cuenta con mínimo 30 minutos para tomar las 3 comidas más importantes del día y el 84,4% realiza al menos 1 vez por día actividades de recreación/descanso en momentos diferentes de las labores del trabajo/hogar. Por su parte Reyes (2015), menciona que la falta de sueño aumenta el riesgo de diabetes ya que al dormir poco se elevan los niveles de cortisol la cual antagoniza los efectos de la insulina y aumenta los niveles de TA. Además, las personas que duermen poco tienen niveles más elevados de sustancias que aumentan la resistencia a la insulina. Así mismo, la alteración del sueño en pacientes hipertensos produce mayor prevalencia de HTA no controlada, mala adherencia al tratamiento, mala calidad de vida, presencia de síntomas depresivos y eventos cardiovasculares.

8 Conclusiones

Con respecto a las características sociodemográficas, la mayor parte de los participantes se encuentran en edades comprendidas entre 58-62 años, predomina el sexo mujer, la mayoría son de estado civil casado, además, poseen un grado de instrucción de tercer nivel, la mayoría son de procedencia urbana y el área en la que laboran la mayor parte de administrativos corresponde a Administración Central. El diagnóstico médico más frecuente fue de HTA, los tipos de enfermedad que predominaron fueron diabetes no insulino dependiente y HTA esencial primaria.

Las enfermedades crónicas no transmisibles continúan siendo un problema en la población, en este caso particular la que mayor prevalencia tuvo en relación con las patologías fue la HTA en comparación con la diabetes.

La adherencia terapéutica de la población estudiada, en su gran mayoría si cumplen con el régimen de medicación al igual que con la dieta prescrita, con respecto a la evitación de conductas que potencien la patología la mayoría de los participantes no consume tabaco y alcohol, además cumplen con los controles médicos, tienen un reposo adecuado; sin embargo, carecen de actividad física, además se evidencio que gran parte de los participantes de estudio no realizan una monitorización de los efectos terapéuticos y por ende, tampoco el automonitoreo de la HTA/glucosa, lo que no permite tener un tratamiento integral de dichas patologías.

9 Recomendaciones

Al departamento de salud ocupacional de la Universidad Nacional de Loja, se recomienda promover y fomentar la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles a través de chequeos periódicos para evitar el agravamiento de la enfermedad pues solo de esta manera se logrará disminuir las complicaciones de la diabetes e hipertensión arterial como las discapacidades, mortalidad prematura, además del coste sanitario que estas enfermedades generan al país.

Se propone a la comunidad universitaria de la UNL, continuar con estos estudios para promover estilos de vida saludables de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio y dar seguimiento a los pacientes con DM2 e Hipertensión arterial a mediano y largo plazo para evaluar la adherencia terapéutica y definir el impacto de las intervenciones.

10 Bibliografía

- Angulo Prado, I. J., Benítez Segura, V. I., Coral Bernal, N. Y., Pauta Ortega, I. L., & Rodríguez Díaz, A. M. (2015). *Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y en un municipio de Putumayo*. [Tesis de maestría en Gerencia de la salud pública, Universidad Cesmedellin]. <https://bit.ly/3DGCBfL>
- Aristil, M. (2013). Manual de farmacología básica y clínica. In *Capítulo 5: Posología* (6th ed.). McGraw-Hill. <https://bit.ly/3Y3JJMD>
- Brunner, & Suddarth. (2019). *Enfermería medicoquirúrgica* (W. Kluwer (ed.); 14th ed.).
- Cárdenas, K., & Veloz, M. (2018). *Autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos de 40-60 años atendido en la consulta externa del Hospital General IESS Ceibos*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. <https://bit.ly/3GQ8FB3>
- Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., Llorach, C., Gómez, B., & Toro, J. (2020). La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de La OFIL* , 30(4), 313–323. <https://bit.ly/3T98KCo>
- Espinoza, S., & Flores, P. (2016). *Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en el paciente con enfermedad hipertensiva del consultorio externo de cardiología de un hospital nivel III-MINSA*. [Tesis de especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://bit.ly/3GyugOy>
- Gavira Gómez, J. J. (2022). *Hipertensión arterial*. . <https://bit.ly/3T9F5JB>
- González, R., León, S., Aldrete, G., Contreras, M., Hidalgo, G., & Hidalgo, L. (2014). Enfermedades crónico-degenerativas en profesionales de salud en Guadalajara (México). *Revista Salud Uninorte*, 30(3), 302–310. <https://bit.ly/3F8wFOS>
- Hernández, H. (2019). La depresión mayor en la diabetes: mecanismos fisiopatológicos y su impacto sobre las conductas de autocuidado en las personas que viven con diabetes. *Entretextos*. <https://bit.ly/3KMsxWI>

- Infante, E., & Díaz, M. (2020). Conocimiento sobre hipertensión arterial y práctica de autocuidado - programa adulto mayor. In *Lexus* (Vol. 4, Issue None). Tesis de pregrado. Universidad Nacional de Trujillo. <https://bit.ly/40bVwK4>
- Jaramillo, M. (2019). *Autocuidado de pacientes hipertensos, enfocado en la teoría de Dorothea Orem, Hospital Delfina Torres de Concha, 2019*. Tesis de pregrado. Universidad Técnica del Norte. <https://bit.ly/3RcdAzq>
- López, L., & Madrid, W. (2018). *Análisis de los hábitos de vida como factores de riesgos cardiovasculares en el personal administrativo en dirección general en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Enero - Marzo 2018*. [Tesis de grado y posgrado]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <https://bit.ly/3xk1aA4>
- López, M., Hernández, M., Miralles, J., & Barrueco, M. (2017). Tabaco y diabetes: relevancia clínica y abordaje de la deshabituación tabáquica en pacientes con diabetes. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64(4), 221–231. <https://bit.ly/3TXbIdC>
- Maidana, G., Lugo, G., Vera, Z., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D., & Mastroianni, P. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa R E S U M E N. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. <https://bit.ly/45wagq3>
- Martínez, A. (2020). *El Sueño y la Hipertensión Arterial*. Fundación Mexicana Del Corazón. <https://bit.ly/3FaHIMM>
- Martinez, M., Avila, L., & Mancera, J. (2022). *Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2*. <https://bit.ly/45nXV7v>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Hipertensión arterial*. <https://bit.ly/3NHccTJ>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Lineamientos técnicos para el abordaje integral de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención*. <https://bit.ly/3zMrZei>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Prevención de enfermedades no transmisibles*. <https://bit.ly/3u60AAA>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diabetes mellitus tipo 2* (1st ed.). Dirección Nacional de Normatización. <https://bit.ly/2xtePFh>

- Miño, L., Torales, J., Garcia, L., & Centurión, O. (2021). Manejo terapéutico farmacológico actual en la hipertensión arterial sistémica del adulto. *SciELO*, 8. <https://bit.ly/3XFPG4X>
- Molina, A. (2016). *Consumo de alcohol e impacto de la diabetes en la calidad de vida*. [Tesis de Molina, A. (2016). *Consumo de alcohol e impacto de la diabetes en la calidad de vida*. [Tesis de grado, Universidad de la Laguna]. <https://bit.ly/40TJy86>
- MSP. (2018). *Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo*. <https://bit.ly/3sJoG3P>
- MSP. (2023). *Prevención de enfermedades no transmisibles*. <https://bit.ly/40fhr34>
- Ochoa, K., Mendoza, C., & Roca, M. (2022). *Factores asociados con enfermedades no transmisibles en el personal docente y administrativo de una institución universitaria*. 32. <https://bit.ly/3x9E67j>
- OMS. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. <https://bit.ly/3A9marw>
- OMS. (2017). *Enfermedades Cardiovasculares*. <https://bit.ly/2TQYPDu>
- OMS. (2021). *Hipertensión*. <https://bit.ly/3D2WLk2>
- OMS. (2022a). *Cáncer*. <https://bit.ly/3z11FPX>
- OMS. (2022b). *Diabetes*. <https://bit.ly/2RHjixG>
- OPS. (2017). *Enfermedades no transmisibles*. <https://bit.ly/4c9nLhS>
- OPS. (2019). *La Carga de las Enfermedades Respiratorias Crónicas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. <https://bit.ly/3RvZoTs>
- OPS. (2020a). *Día Mundial de la Hipertensión*. <https://bit.ly/3E14BfF>
- OPS. (2020b). *Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2*. <https://bit.ly/45zi0I8>
- Orellana, M., & Pucha, M. (2017). *El autocuidado en personas hipertensas del club “primero mi salud” UNE - Totoracocha, Cuenca 2016*. [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]. <https://bit.ly/3VvyNpd>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Enfermedades no transmisibles*. OMS. <https://bit.ly/3z8UW6N>
- Ortega, J., Sánchez, D., Rodríguez, Ó., & Ortega, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226–232. <https://bit.ly/3RvZ7jc>
- Palomino, E. (2020). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no

- transmisibles en Perú. *Revista Cuidarte*, 11(2). <https://bit.ly/3i9skSq>
- Pérez, M., León, J., & Navarro, D. (2017). Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial*. *Revista Cubana de Medicina*, 56(04). <https://bit.ly/3IGIVie>
- Pinzón, G. (2019). *Autocuidado del paciente diabético tipo 2 en el Club Amigos Dulces de la ciudad De Loja*. [Tesis de pregrado. Universidad Nacional de Loja]. <https://bit.ly/3RcDbrY>
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*. <https://bit.ly/3UCjmeI>
- Reyes, F., Pérez, M., Figueredo, E., Estupiñán, M., & Jiménez, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *SciELO*, 20. <https://bit.ly/4crMuh9>
- Reyes, V. (2015). *Día Mundial del sueño: dormir bien para controlar mi diabetes - Federación Mexicana de Diabetes, A.C.* Federación Mexicana de Diabetes. <https://bit.ly/3Vx06iC>
- Rivera, S. (2021). *Los 4 peores alimentos para la hipertensión arterial y los 4 mejores para mantenerse saludable - Los Angeles Times*. <https://lat.ms/3P0KaDz>
- Romero Guevara, S. L., Parra, D. I., Roa Díaz, Z. M., & Rojas, L. Z. (2020a). Validación de un instrumento para medir la adherencia al tratamiento en hipertensión y diabetes. *Revista Cuidarte Septiembre-Diciembre*, 11(3). <https://bit.ly/3XnE0RM>
- Rondón Bernard, J. E., & Angelucci Bastidas, L. (2021). Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 215–242. <https://bit.ly/4erwQo4>
- Sánchez, S., Leonel, A., Papaqui, S., Papaqui, J., Gracida, M., Montes, B., & Omaña, F. (2022). Calidad de sueño en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo II. *Revista de Enfermería Neurológica*, 21, 15–20. <https://bit.ly/408rhDJ>
- Solís, L., Fernández, J., & Rodríguez, B. (2017). Influencia del tabaquismo, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en las enfermedades oftalmológicas. *Revista Mexicana de Oftalmología*, 91(6), 279–285. <https://bit.ly/3JiTamD>
- Vázquez, E., Calderón, Z., Arias, J., Ledezma, J., Rivera, R., & Moreno, E. (2019). *Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes*. Redalyc; Instituto Nacional de Salud Publica. <https://bit.ly/3VwXqBA>

- Ventura, M., Ruiz, A., & López, M. (2019). Adherencia al tratamiento en el paciente crónico: hipertensión y diabetes mellitus. *Dialnet*, *11*, 17–44. <https://bit.ly/3wEt3Pv>
- Villaroel, L. (2020). *Estilos De Vida En Pacientes Con Diabetes Tipo Ii Que Acuden Al Centro Materno Infantil “Enrique Ponce Luque”, Babahoyo, 2019. MasVITA Revista de Ciencias de La Salud*. <https://bit.ly/4cG3EIJ>

4 Anexos

Anexo 1. Certificado de Pertinencia



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**

Loja, 8 de diciembre del 2022.

Lic.
Denny Ayora Apolo Mg. Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA FSH-UNL.
Presente.-

De mi consideración:

Con un afectuoso saludo me dirijo a su autoridad, a la vez hago conocer que luego de haber asesorado el proyecto de investigación denominado: Enfermedades crónicas no transmisibles en el personal administrativo de la Universidad Nacional de Loja, periodo octubre 2022 –febrero 2023, de autoría de la Srta. **Diana Cristina Ávila Jiménez** estudiante de la Carrera de Enfermería, al respecto manifiesto lo siguiente:

- 1.- El tema es pertinente a ser investigado.
- 2.- Luego de la revisión y corrección en algunas asesorías se logró complementar el Proyecto a ser investigado.
- 3.- Los objetivos si dan respuesta al tema de investigación.

Por lo expuesto y una vez realizadas las correcciones respectivas, el trabajo reúne los requisitos que exige la investigación científica, el mismo que **es Pertinente** su estudio, por lo tanto el interesado puede continuar con el proceso salvando su mejor criterio.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines de ley.

Atentamente,

Mg. Bertila Tandazo Agila.
**DOCENTE DE LA CARRERA DE
ENFERMERIA DE LA U.N.L.**

Anexo 2. Asignación de asesor de TIC



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Of N° 0610- DCE –FSH -UNL
Loja, 26 de octubre de 2022

Lic. Bertila Tandazo Agila. Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL
Ciudad.

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, me permito comunicar, que en razón de que los estudiantes de la carrera de Enfermería que ingresan al séptimo ciclo período octubre 2022-marzo 2023, inician el trabajo de Integración Curricular bajo la responsabilidad de la Lic. Diana Vuele Duma Mg Sc; encargada de la Asignatura de Integración Curricular, y, acogiendo a lo establecido en el **Art. 224** del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, ha sido designada mediante reunión de Consejo Consultivo de la carrera como Docente Asesora del proyecto de Investigación que tiene como Tema: **“CARACTERIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO OCTUBRE 2022– FEBRERO 2023.”**; de autoría de la **Srta. Ávila Jiménez Diana Cristina**

Para su conocimiento acerca de la Asesoría de Tesis, el Art. 224 en su parte pertinente dice: “Asesoría para la elaboración del proyecto del trabajo de integración curricular, además de la orientación del docente de la asignatura, taller o Unidad de integración curricular/titulación, según sea el caso, él o los estudiantes contarán con la asesoría de un docente, con formación y experiencia en el tema de trabajo, designado por el Director/a de carrera o programa, con carga horaria para el efecto. El docente de la asignatura, taller o unidad de integración curricular/titulación, será Responsable de la formación y **acompañamiento metodológico**; y, el asesor de proyecto, orientará con pertinencia y rigurosidad la parte científico-técnica de la investigación y, en el caso de las carreras, también gestionará el aporte de las diferentes asignaturas, cursos o equivalentes de la carrera, al trabajo de Integración Curricular.

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes. Con mis sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**DENNY CARIDAD
AYORA APOLO**

Lic. Denny Ayora Apolo Mg. Sc
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL
C.c. Archivo

Anexo 3. Asignación de director de TIC



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ENFERMERÍA

MEMORANDO Nro. UNL-FSH- DCE 2024- 0048

Loja, 08 de febrero 2024

DE: Lic. Denny Ayora Apolo Mgtr
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL

PARA: Lic Iván Zaquinaula Jirón
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL

ASUNTO: DESIGNACIÓN

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el Art. 228 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el **INFORME FAVORABLE DE PERTINENCIA** del Proyecto de Tesis titulado: **"ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO OCTUBRE 2022– FEBRERO 2023."**; de autoría de la Srta. **ÁVILA JIMÉNEZ DIANA CRISTINA**. Me permito designarle **DIRECTOR DE TESIS** y autorizo su ejecución, en reemplazo de la Lic. Bertila Tandazo Agila, quien se acogió a la jubilación

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes. Con mis sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



Escaneado estrictamente con el app:
**DENNY CARIDAD AYORA
APOLO**

Lic. Denny Ayora Apolo Mgtr.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL

C.c. Archivo
DAA/kiv

Anexo 4. Certificado de traducción al idioma inglés

Loja, 21 de junio de 2024

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN

Yo, **Diana Abigail Torres Rodríguez** con cédula **1105887788**. Y con título de Licenciada en Ciencias de la Educación: Mención Inglés, registrado en el SENESCYT con número **1008-2023-2681689**

CERTIFICO:

Que he realizado la traducción de español al idioma inglés del resumen del presente trabajo de integración curricular denominado: **“Enfermedades crónicas no transmisibles en el personal administrativo de la Universidad Nacional de Loja, periodo octubre 2022 – febrero 2023.”** de la autoría de **Diana Cristina Avila Jiménez**, portadora de la cédula de identidad número **1105276560**, estudiante de la carrera de **Enfermería de la Facultad de la Salud Humana** de la Universidad Nacional de Loja. Dicho estudio se encontró bajo la dirección del Lic. Iván Enrique Zaquinaula Jirón. Mg., previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultado al interesado hacer uso del presente en lo que se creyera conveniente.



Lic. Diana Abigail Torres Rodríguez

C.I: 1105887788

Registro del SENESCYT: 1008-2023-2681689