



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TEMA

**ESTRATEGIAS ALIMENTICIAS SALUDABLES PARA EL MANEJO DE LA
ARTERIOPATÍA CORONARIA EN ADULTOS MAYORES. PARROQUIA
SANTA ROSA. SALINAS, 2025**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR/A

VIOLETA VALERIA MAYORGA TORRES

TUTOR(A)

DR. PAUL GEOVANNY POZO FLORES, MSc.

PERÍODO ACADÉMICO

2025-2

TRIBUNAL DE GRADO

Lcdo. Milton González Santos, Mgr.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

Lcda. Carmen Lascano Espinoza, PhD.
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**

Lic. Yanetsy Díaz Amador, PhD.
DOCENTE DE ÁREA

Dr. Paul Geovanny Pozo Flores, MSc.
DOCENTE TUTOR

Abg. María Rivera González, Mgt.
SECRETARIA GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

Salinas, 20 de junio del 2025

En mi calidad de Tutor del Proyecto de Investigación: ESTRATEGIAS ALIMENTICIAS SALUDABLES PARA EL MANEJO DE LA ARTERIOPATÍA CORONARIA EN ADULTOS MAYORES. PARROQUIA SANTA ROSA. SALINAS, 2025 elaborado por el Srta. MAYORGA TORRES VIOLETA VALERIA, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente

Dr. Paul Geovanny Pozo Flores, MSc.

TUTOR

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a Dios por permitirme culminar mi carrera con mucho esfuerzo y dedicación.

A mis padres de crianza por siempre brindarme su apoyo y gracias a ellos poder avanzar en esta bella carrera, por darme tiempo y enseñanzas importantes y finalmente y no menos importante a mi querida abuelita que no está físicamente conmigo, pero siempre llevaré sus consejos en mi corazón.

Mayorga Torres Violeta Valeria

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a Dios, por ser mi guía constante y darme la fuerza necesaria para culminar esta etapa tan significativa en mi vida profesional y personal.

A mi familia, por su amor incondicional, apoyo moral y comprensión durante todo este proceso. En especial, a mis padres, quienes con esfuerzo, consejos y valores me impulsaron a no rendirme y a seguir adelante con mis sueños.

A mis docentes y tutores de la carrera de Enfermería, por brindarnos sus conocimientos, paciencia y por inculcarme la pasión y vocación de servicio; y sobre todo el compromiso con el bienestar de los demás.

A mis compañeros de curso, que se convirtieron en parte importante de este camino, brindándome su apoyo y compañía en cada etapa del aprendizaje, en las tareas y tiempos libres.

A las instituciones de salud, que me brindaron su apoyo y me abrieron las puertas para poder desarrollar de mis prácticas preprofesionales y este proyecto, permitiéndome vivir de primera mano la experiencia y crecer como futura profesional de Enfermería.

Finalmente, a todas las personas que, de una u otra manera, aportaron con su tiempo, palabras o gestos de aliento. Este logro también es de ustedes.

Mayorga Torres Violeta Valeria

DECLARACIÓN

El contenido de este trabajo investigativo previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería es de mi responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Mayorga Torres Violeta Valeria

CI: 0925450165

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	II
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS	V
DECLARACIÓN	VI
ÍNDICE GENERAL	VII
ÍNDICE DE TABLAS.....	X
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XI
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
1. El problema	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema.....	4
2. Objetivos	4
2.1. Objetivo General	4
2.2. Objetivos Específicos	4
3. Justificación	5
CAPÍTULO II	7
2.1. Fundamentación referencial	7
2.2. Fundamentación teórica.....	9
2.2.1. Adulto mayor	9
2.2.2. Factores que influyen en el envejecimiento	9
2.2.3. Enfermedades crónicas del adulto mayor.....	10

2.2.4. Estrategias de prevención y manejo a través de la educación nutricional.....	15
2.2.5 Relación entre dimensiones y resultados esperados.....	16
2.3. Fundamentación de Enfermería.....	16
2.3.1. Modelo de Hildegart Peplau (2024).	16
2.3.2. Teoría de Dorothea Orem (2020).....	16
2.3.3. Método de Marjory Gordon (2024).....	17
2.4. Fundamentación legal.....	18
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador (2008).	18
2.4.2. Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI) (2012)	19
2.4.3. Ley Orgánica de Salud (2006).....	19
2.4.4. Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida (2020)	20
2.5. Formulación de Hipótesis.....	21
2.6. Identificación y clasificación de las variables	21
2.7. Operacionalización de las variables	22
CAPÍTULO III.....	24
3.1. Tipo de investigación.....	24
3.2. Método de investigación.....	24
3.3. Población y muestra	24
3.3.1. Población	24
3.3.2. Muestra	25
3.4. Tipo de muestreo	25
3.5. Técnica e instrumentos de recolección de los datos.	25
3.6. Validación y confiabilidad de los instrumentos	27
3.7. Procesamiento de datos	27
3.8. Aspectos éticos.	28
CAPÍTULO IV.....	29

4.1. Análisis e interpretación de resultados	29
4.2. Comprobación de la hipótesis.	37
5. CONCLUSIONES	40
6. RECOMENDACIONES	42
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
8. ANEXOS.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	22
Tabla 2	29
Tabla 3	30
Tabla 4	32
Tabla 5	33
Tabla 6	35
Tabla 7	37
Tabla 8	37
Tabla 9	38
Tabla 10	38

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Autorización de "Casa de vida" 3 Santa Rosa, Salinas	49
Anexo 2 Autorización del alcalde de Salinas	50
Anexo 3: Consentimiento informado	51
Anexo 4: Encuesta de calidad de la alimentación del AM (ECAAM).....	52
Anexo 5: conocimiento del factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares	57
Anexo 6: Tablas estadísticas Encuesta de calidad de la alimentación del AM ...	60
Anexo 7: Preguntas del cuestionario de conocimiento del factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares	60
Anexo 8: Versión final de la encuesta de calidad de la alimentación del AM (ECAAM)	62
Anexo 9: Cuestionario de conocimiento del factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares.....	66
Anexo 10: Evidencias Fotográficas.....	71
Anexo 11: Datos del INEC	72
Anexo 12: Certificado de antiplagio compilatio	73

RESUMEN

La arteriopatía coronaria constituyó una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en Ecuador, especialmente en adultos mayores, debido a factores como la hipertensión arterial, la obesidad y los inadecuados hábitos alimenticios. El objetivo de la investigación fue analizar las estrategias alimenticias saludables para el manejo de la Arteriopatía Coronaria en adultos mayores. La metodología empleada fue un diseño cuantitativo, descriptivo y no experimental. El universo de estudio estuvo conformado por adultos mayores de 65 años o más que asisten al centro Casa de Vida de la parroquia Santa Rosa, durante el primer semestre del año 2025 y la muestra quedó constituida por 30 adultos mayores mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia basado en los criterios de selección. Las variables consideradas fueron estrategias alimenticias saludables y la Arteriopatía Coronaria, medidas con el Cuestionario estructurado sobre la calidad de alimentación del adulto mayor y el cuestionario sobre factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, analizado con el software Jamovi. Los resultados revelaron que el total de la muestra (n=30) presentó un bajo nivel de escolaridad, el 90% fueron mujeres con edad promedio que supera los 70 años en un 60%. El consumo de alimentos básicos como arroz y grasas fue frecuente en un 36,7%, mientras que la ingesta de frutas y verduras fue escasa, el 26,7% de los AM presentó un mal manejo clínico de su enfermedad de base, lo que demostró que la alimentación adecuada está directamente relacionada con un mejor control clínico de la arteriopatía coronaria. Se concluye que la adopción de estrategias alimenticias saludables está directamente asociada a un mejor control clínico de la arteriopatía coronaria en los adultos mayores estudiados.

Palabras clave: Alimentación; Arteriopatía Coronaria; adulto mayor; estrategias; nutrición.

ABSTRACT

Coronary artery disease was one of the leading causes of morbidity and mortality in Ecuador, especially in older adults, due to factors such as high blood pressure, obesity, and poor eating habits. The objective of this research was to analyze healthy dietary strategies for the management of coronary artery disease in older adults. The methodology employed was a quantitative, descriptive, and non-experimental design. The study population consisted of adults aged 65 or older who attend the "Casa de Vida" center in Santa Rosa parish during the first semester of 2025. The sample consisted of 30 older adults selected through non-probability convenience sampling based on the selection criteria. The variables considered were healthy dietary strategies and coronary artery disease, measured with the "Structured Questionnaire on the Quality of Nutrition in Older Adults" and the "Questionnaire on Cardiovascular Disease Risk Factors," and analyzed with Jamovi software. The results revealed that the total sample (n=30) had a low level of education, 90% were women, with an average age exceeding 70 years (60%). The consumption of staple foods such as rice and fats was frequent in 36.7% of the older adults, while the intake of fruits and vegetables was low. 26.7% of the older adults presented poor clinical management of their underlying disease, demonstrating that adequate nutrition is directly related to better clinical control of coronary artery disease. It is concluded that the adoption of healthy eating strategies is directly associated with better clinical control of coronary artery disease in the older adults studied.

Key words: Diet; Coronary Artery Disease; Seniors; Strategies; Nutrition.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. En 2019, se calcula que aproximadamente 17,9 millones de personas perdieron la vida por culpa de este padecimiento, lo que representa un tercio de todas las muertes a nivel global. El 85%, fueron provocadas por infartos al corazón y accidentes cerebrovasculares (OMS, 2021).

Dando como resultado que más del 75% de estas muertes ocurren en países con ingresos bajos y medianos, donde el acceso a la prevención y tratamiento puede ser limitado. Así mismo, de los 17 millones de fallecimientos se consideraron prematuros (personas menores de 70 años) por enfermedades no transmisibles en ese año, casi el 40% se debieron a problemas cardiovasculares.

A pesar de lo preocupante de la situación, es importante recalcar que estas enfermedades pueden manejarse de forma eficaz a través de estrategias preventivas y controles en la dieta. En este sentido, se plantea la adopción de una alimentación saludable como herramienta clave en la reducción del riesgo cardiovascular y el manejo de patologías como la arteriopatía coronaria. Una dieta balanceada, baja en grasas saturadas, sal y azúcares, el incorporar alimentos compuestos por fibra, frutas y verduras genera un cambio en la calidad de vida y en la enfermedad de los pacientes.

En Latinoamérica, las enfermedades cardiovasculares como la arteriopatía coronaria (AC) han aumentado debido a los cambios nutricionales de la época y al envejecimiento de la población. Factores como la adopción de hábitos alimenticios altos en grasas saturadas, azúcares y sal, así como la disminución drástica de la actividad física, han contribuido significativamente al aumento del riesgo cardiovascular. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (OPS, 2021), en la región se establece que las cardiopatías isquémicas y los accidentes cerebrovasculares son una de las principales causas de muerte en adultos mayores, especialmente entre aquellos con acceso limitado a servicios de salud preventivos.

De acuerdo con la problemática, en Ecuador las arteriopatías coronarias son responsables de muchas muertes anuales. Según el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador (MSP, 2018) destaca que los adultos mayores presentan una alta probabilidad de presentar factores de riesgo, como hipertensión arterial (45%) y obesidad (22%). La falta de información nutricional y la accesibilidad limitada a alimentos saludables,

especialmente en áreas rurales como la provincia de Santa Elena, agravan estos problemas, convirtiendo a las arteriopatías coronarias en un problema principal de salud.

En este marco, a nivel local, en el cantón Salinas de forma puntual en la parroquia Santa Rosa, los adultos mayores enfrentan distintas barreras en el manejo de su enfermedad estas pueden ser económicas u educativas al momento de adoptar hábitos alimenticios saludables. Estas limitaciones generan un aumento en factores de riesgo cardiovascular, lo que demanda la creación de estrategias específicas de intervención de forma que se pueda mitigar el padecimiento de esta enfermedad. Se ha demostrado que una dieta rica en frutas, verduras y cereales integrales, junto a reducción de grasas saturadas, puede actuar como una estrategia eficaz para el manejo de enfermedades cardiovasculares, particularmente la arteriopatía coronaria.

Este estudio tiene como objetivo analizar las estrategias alimenticias saludables para el manejo de la Arteriopatía Coronaria que realizan los adultos mayores que residen en la parroquia de Santa Rosa. Asimismo, busca levantar información útil para diseñar políticas públicas y programas educativos que contribuyan a generar un cambio y mejorar la calidad de vida de esta población vulnerable como lo son los adultos mayores, alineándose con las metas globales de salud de la OMS y la OPS para reducir la carga de enfermedades no transmisibles.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1. Planteamiento del problema

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son en su mayoría la causante de las muertes por enfermedades crónicas en todo el mundo, especialmente en adultos mayores. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), estas enfermedades son responsables de 17.9 millones de muertes al año, lo que representa el 31% de todas las muertes globales, las mismas que van a aumento significativo se prevé que este número aumentará exponencialmente para 2030.

En América Latina, esta problemática está relacionada con el envejecimiento y la preservación de hábitos alimenticios poco saludables de forma generacional. Dietas donde prevalecen los alimentos ultraprocesados, grasas saturadas, azúcar y sal, de la mano de con un carente consumo de frutas, verduras y alimentos integrales, han aumentado el riesgo cardiovascular. Estos hábitos alimenticios poco saludables contribuyen al desarrollo alteraciones cardiovasculares como la arteriopatía coronaria y a su vez, dificultan su manejo y tratamiento.

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y la (Organización Panamericana de la Salud, 2023), las arteriopatías coronarias son una de las principales causas de mortalidad en el país, y se ve mayormente en adultos mayores debido a diversos factores de salud como la hipertensión, la obesidad y la diabetes.

Puntualmente en la provincia de Santa Elena, específicamente en la parroquia Santa Rosa, estas condiciones se ven afectadas por limitaciones económicas y educativas que dificultan a los pacientes el acceso a alimentación saludables y al conocimiento necesario para prevenir estas enfermedades y tratar estas enfermedades. En este sentido, la parroquia Santa Rosa refleja estas desigualdades sociales y económicas.

Más aún, los adultos mayores dependen de alimentos básicos como arroz y grasas saturadas, mientras que frutas y verduras frescas son percibidas como poco accesibles debido a su costo o disponibilidad. Además, la falta de programas educativos dirigidos a esta población contribuye a un escaso conocimiento sobre la alimentación necesaria para el tratamiento de esta patología y como esta puede influir en la prevención y manejo de la arteriopatía coronaria.

Como consecuencia, el impacto de las arteriopatías coronarias no se limita únicamente a los pacientes; afecta también a las familias y al sistema de salud. El costo

del tratamiento médico de la mano de una baja productividad en las familias que deben cuidar de sus familiares enfermos los mismos que representan una carga económica significativa, viéndose reflejado especialmente en comunidades vulnerables como Santa Rosa.

Sin embargo, a pesar de la magnitud del problema, existe evidencia de que cambios simples en la dieta pueden reducir significativamente las afectaciones que presenta la arteriopatía coronaria. Según la (OPS, 2021), el consumo diario de frutas, verduras y granos enteros, combinado con la reducción de grasas trans y sal, puede servir como actor clave para manejar esta enfermedad cardiovascular hasta en un 30%.

De forma que implementar estas medidas requiere un enfoque comunitario que considere las barreras económicas, culturales y educativas específicas de cada región. Este escenario subraya la necesidad de investigar cómo la promoción de una alimentación saludable puede contribuir al manejo de las arteriopatías coronarias en los adultos mayores de Santa Rosa. Identificando los patrones alimenticios predominantes, las barreras para adoptar una dieta equilibrada y las estrategias más efectivas para promover cambios sostenibles y cruciales para abordar esta problemática.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo las estrategias alimenticias saludables contribuyen al manejo de la arteriopatía coronaria en adultos mayores que residen en la parroquia Santa Rosa del cantón Salinas, durante el primer semestre del año 2025?

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Analizar las estrategias alimenticias saludables para el manejo de la arteriopatía coronaria en adultos mayores que residen en la parroquia Santa Rosa del cantón Salinas, durante el primer semestre del año 2025.

2.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores con diagnóstico de Arteriopatía Coronaria en la parroquia Santa Rosa del cantón Salinas.
2. Identificar las estrategias alimenticias saludables y los hábitos que tienen los adultos mayores diagnosticados con Arteriopatía Coronaria.
3. Valorar las condiciones clínicas y el esquema de controles que siguen los adultos mayores con Arteriopatía Coronaria.

4. Establecer la asociación entre las estrategias alimenticias saludables y el manejo de la enfermedad de los adultos mayores.

3. Justificación

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), específicamente la arteriopatía coronaria (AC), se encuentra catalogado como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, presentándose de forma recurrente en adultos mayores, particularmente en países en desarrollo como Ecuador. En el escenario ecuatoriano, el (INEC) Instituto Nacional de Estadística y Censos informa que las (ECV), incluyendo la (AC), son las causas principales de muertes en la nación. En la provincia de Santa Elena, puntualmente en la parroquia de Santa Rosa del cantón Salinas, los desafíos económicos y sociales son factores determinantes en la adopción de hábitos saludables pues aspectos como la pobreza, el desempleo y la baja escolaridad, limitan el acceso a una alimentación balanceada y saludable, dificultando en su mayoría el manejo de esta enfermedad.

La ausencia de estrategias comunitarias efectivas para promover, educar y apoyar una alimentación balanceada agrava la situación y contribuye a un manejo deficiente de la arteriopatía coronaria.

El impacto de las enfermedades cardiovasculares (ECV), como arteriosclerosis coronaria (AC), no solo manifiesta en el número de muertes que la misma provoca. También en las consecuencias económicas como la dificultad a acceder a alimentos frescos y, por otro lado, la escasa información sobre lo que significa una dieta saludable, afectando tanto a pacientes como al sistema de salud en general (Godoy, Vásquez, & Valero, 2024). En países en como Ecuador, donde el sistema de salud pública en ocasiones no cuenta con la infraestructura, capital humano o recursos para dar atender a la población; dejando a los adultos mayores en una situación vulnerabilidad.

Por eso, fomentar una buena alimentación no solo es una medida para prevenir complicaciones, sino una estrategia fundamental para manejar de manera integral la arteriosclerosis coronaria. (AC).

Ante este panorama promover una alimentación y dieta saludable y alta en frutas, verduras, granos enteros y baja en grasas trans se vuelve mucho más que una recomendación médica es una herramienta que permite reducir significativamente los síntomas y complicaciones de la arteriosclerosis coronaria (AC). (Brillat, 2005). Estas prácticas alimenticias ayudan a mejorar las afectaciones clínicas, como la presión arterial, entre otras, también impactan positivamente en la salud emocional y el bienestar general

de los pacientes adultos mayores que buscan mejorar su calidad de vida al controlar la enfermedad.

Específicamente en Santa Rosa, las características particulares de su población adulta mayor destacan la necesidad de enfoques nutricionales adaptados. Los factores socioeconómicos muchas veces limitan el acceso a alimentos frescos y favorecen el consumo de productos ultraprocesados de fácil acceso, que empeoran los síntomas de la AC. A su vez, la carencia de programas educativos sobre alimentación saludable y su relación con el manejo de la arteriopatía coronaria limita a esta población para gestionar la salud de los adultos mayores de manera efectiva.

De forma que, la promoción de una alimentación saludable adaptada al contexto local, combinada con intervenciones educativas, puede impactar significativamente el manejo de la AC en Santa Rosa, por tal motivo la presente investigación busca establecer que estrategias de alimentación pueden ser beneficiosas para el manejo de la arteriopatía coronaria.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Fundamentación referencial

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), y en particular la arteriopatía coronaria (AC), representan un desafío global para la salud pública, especialmente en países en desarrollo donde los sistemas de atención enfrentan limitaciones para manejar su creciente incidencia. Estas patologías, responsables del 32% de las muertes globales (OMS, 2021), están estrechamente relacionadas con factores modificables como los hábitos alimenticios y el estilo de vida, los cuales son esenciales en el manejo de la AC.

Según la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) (2024), este tipo de enfermedad coronaria se origina principalmente por la aterosclerosis, la misma que acumula grasas como colesterol entre otras sustancias en las arterias del corazón, lo que puede provocar una isquemia o disminución del flujo sanguíneo la misma que se desarrolla progresivamente hasta manifestarse, usualmente en la adultez o aguda, cuando se rompe una placa aterosclerótica y se forma un coágulo en el miocardio; esta acumulación de placa en las arterias coronarias, daña el endotelio vascular generando inflamación e involucrando una respuesta inmunitaria que conduce a cambios en los vasos sanguíneos, como el estrechamiento del lumen, endurecimiento de las arterias o formación de trombos. Las personas con esta condición corren el riesgo de presentar una disminución del flujo sanguíneo al músculo cardíaco, lo que puede desencadenar síndromes coronarios agudos, con o sin daño a las células del corazón. Entre los síntomas más frecuentes están la dificultad para respirar, malestar general, debilidad, dolor irradiado o incluso la ausencia de síntomas.

En América Latina, los cambios económicos y culturales han favorecido a la adaptación de dietas menos saludables, caracterizadas por un consumo excesivo de grasas saturadas, sal y azúcar. Al mismo tiempo, para las comunidades con menos recursos, sigue siendo muy difícil conseguir alimentos frescos y que de verdad los nutran. (Kunstmann & Gainza, 2018). Estos hábitos alimenticios aumentan los factores de riesgo y dificultan el manejo de la arteriopatía coronaria (AC) en adultos mayores, hay que tener en cuenta que los adultos mayores son quienes enfrentan riesgos elevados debido a cambios fisiológicos y una alta prevalencia de comorbilidades como hipertensión y diabetes (MSP, 2018).

En Ecuador, las enfermedades cardiovasculares representan una de las principales causas de mortalidad prematura en adultos entre 30 y 69 años. Según un informe elaborado por la OPS/OMS (2014), en el año 2010, personas murieron prematuramente por estas enfermedades, siendo los hombres los más afectados. Para ponerlo en cifras, de cada 100,000 hombres, casi 135 fallecieron por esta causa, en comparación con unas 83 de cada 100,000 mujeres. Aunque en 2025 se muestra una disminución en la población femenina. Este avance es gracias a que se ha mejorado la educación en temas de salud y a que las personas están empezando a cambiar sus hábitos alimenticios.

Para entender el impacto real en Ecuador, tenemos que analizar las cifras. Solo en 2024, 4.448 familias lidiaron con la insuficiencia cardíaca. A esto se suman los 2.413 infartos, que son momentos de angustia para cualquier persona. Y la lista sigue: 1.465 personas fueron diagnosticadas con miocardiopatía isquémica y más de 1.800 sintieron el aviso de una angina de pecho. Cada número es una historia (INEC, 2023).

Aunque menos frecuentes, existen otros diagnósticos que representan las etapas más avanzadas de la obstrucción de las arterias. Estos números, (47 y 22 casos respectivamente), aunque pequeños, reflejan un problema de salud pública que no se detiene y que afecta desproporcionadamente a los adultos mayores. Su vulnerabilidad se dispara por una combinación peligrosa: la falta de actividad física, malos hábitos alimenticios y la presencia de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes (INEC, 2023).

Los avances sociales y económicos han traído cambios en la vida como la conocemos; Por un lado, la esperanza de vida ha subido a 76.5 años (más del 91%) y casi toda la población está alfabetizada, lo que nos da el poder de la prevención a través de la educación; facilitando que la gente aprenda a cuidarse y a prevenir enfermedades. Sin embargo, las enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, siguen siendo una carga significativa para el sistema de salud, especialmente pesada en las comunidades que tienen difícil acceso a médicos especialistas o donde simplemente los recursos no alcanzan.

La presente investigación es importante porque nos permite entender la situación actual de los adultos mayores en la parroquia Santa Rosa, en relación con los datos nacionales. Y evaluar cómo las estrategias alimenticias saludables pueden contribuir al manejo de la arteriopatía coronaria en esta población. Debido al envejecimiento poblacional y el impacto comprobado de la alimentación en la salud cardiovascular, esto permitirá identificar los patrones dietéticos, el nivel de conocimiento y las prácticas

existentes para diseñar intervenciones educativas efectivas. El análisis nacional infiere que los cambios en la dieta y el estilo de vida pueden reducir significativamente la mortalidad por ECV, lo cual valida el enfoque preventivo y educativo de esta tesis.

Impulsar una alimentación saludable en esta comunidad puede ser una medida efectiva para disminuir la presencia de enfermedades cardiovasculares en la población. Para Lecube (2024), Las propuestas que integran una buena educación relacionada a la nutrición, junto al fácil acceso a alimentos saludables, tales como dietas muy bajas en calorías y grasas, así como la promoción de estilos de vida activos, tienen mayor éxito, aportando ventajas tanto a nivel personal como comunitario.

2.2. Fundamentación teórica

2.2.1. Adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da la definición de adulto mayor a toda persona que ha alcanzado los 60 años o más, considerando esta edad como el umbral a partir del cual se inicia la vejez. Este criterio se establece en parámetros demográficos globales, donde el envejecimiento de la población representa un cambio estructural importante para los sistemas de salud, las políticas públicas y las comunidades (OMS, 2024).

El envejecimiento es un proceso gradual del deterioro celular y molecular donde resulta en la disminución progresiva de las capacidades físicas y mentales, así como un mayor riesgo de enfermedades crónicas y mortalidad. Esto tomando en cuenta las diferencias entre cada individuo ya sea por factores genéticos, ambientales y sociales (OMS, 2024).

2.2.2. Factores que influyen en el envejecimiento

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable que comienza incluso antes del nacimiento y se prolonga durante toda la vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma manera ni al mismo ritmo, ya que intervienen múltiples factores que determinan la calidad y las condiciones de vida en la vejez. Entre estos, los determinantes sociales del envejecimiento ocupan un lugar central (Baca, 2018).

Los factores que más influyen en el tipo de envejecimiento son: económicos, sociales, ambientales, el acceso a servicios de salud, los hábitos de vida, así como factores personales y familiares, culturales, de género y posición social (Romero & Arce, 2017). La interacción de estos elementos puede favorecer un envejecimiento activo y saludable o, por el contrario, condicionar un envejecimiento con dependencia, discapacidad y baja calidad de vida.

En América Latina y el Caribe, por ejemplo, el proceso de envejecimiento se da en un contexto desafiante: pobreza estructural, acceso limitado a pensiones o servicios básicos, altos índices de analfabetismo entre personas mayores en zonas rurales, y escasos sistemas de apoyo a cuidadores. Todo ello afecta directamente la autonomía, la independencia y la salud física y mental de las personas adultas mayores (Baca, 2018).

Asimismo, se observa un aumento sostenido de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), sedentarismo, sobrepeso y problemas de salud mental, lo que incrementa el gasto sanitario y reduce los años de vida saludable. A esto se suman las barreras culturales, la discriminación por edad y la falta de políticas públicas inclusivas.

Por tanto, promover un envejecimiento saludable requiere una acción multisectorial, que abarque desde políticas de salud pública adaptadas, hasta la creación de entornos inclusivos y accesibles. Solo así se podrá garantizar que el aumento en la esperanza de vida se traduzca en una mejor calidad de vida para todas las personas mayores (Sorroche, 2020).

2.2.3. Enfermedades crónicas del adulto mayor

Enfermedad Cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) comprenden un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos que influyen a afectaciones como la cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica, cardiopatía reumática y cardiopatías congénitas (OMS, 2021). Estas enfermedades representan la principal causa de mortalidad en el mundo y afectan a ambos sexos por igual de igual manera pueden presentarse con mayor persistencia en personas de edad avanzada.

Su desarrollo está influenciado por múltiples factores, muchos de los cuales pueden ser modificados a través de intervenciones en el estilo de vida y la atención sanitaria oportuna.

Factores de Riesgo cardiovasculares

Los factores que aumentan el riesgo de desarrollar esta enfermedad se agrupan en dos categorías: modificables y no modificables. Entre los modificables podemos encontrar; la hipertensión arterial, los niveles anormales de lípidos en sangre, la contaminación del aire, el sedentarismo, el tabaquismo, el estrés, una alimentación inadecuada y el sobrepeso u obesidad. Entre los no modificables se pueden incluir aspectos como la edad, el sexo, la genética, los antecedentes familiares y la presencia de enfermedades como la diabetes. De todos estos factores, la hipertensión arterial destaca

por su alta prevalencia e impacto, ya que se asocia con el 47% de los casos de enfermedad coronaria (ESC, 2024).

Factores de riesgo modificables

Hipertensión arterial (HTA): Es el principal factor de riesgo para enfermedad cardiovascular y renal. Se define como una presión sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg (Organización Panamericana de la Salud, 2019). Suele ser asintomática, razón por la cual se le conoce como el “asesino silencioso”. Su control se logra mediante cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico adecuado.

Tener una alimentación inadecuada, el alto consumo de sodio y potasio, el consumo de alcohol y tabaco, la falta de actividad física y el estrés son factores que aumentan el riesgo de desarrollar la (HTA). A pesar de ello, es un factor de riesgo modificable, lo que significa que su control puede prevenir enfermedades cardiovasculares y contribuir a disminuir la mortalidad a nivel global.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (2021) se estima que existen 1.280 millones de adultos entre los 30 y 79 años con diagnóstico de hipertensión, predominando en países de bajos ingresos. Sin embargo, solo uno de cada cinco pacientes hipertensos mantiene un control adecuado de su condición, lo que convierte a la (HTA) en una de las causas prevenibles de muerte prematura a nivel mundial.

Aunque la (HTA) suele ser asintomática, no se presenta de manera aislada. Generalmente, está asociada con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como la obesidad, la dislipidemia y la diabetes mellitus. Por ello, para determinar el tratamiento adecuado, se requiere una evaluación integral del estado de salud del paciente, ya que el pronóstico dependerá de todos los problemas identificados (Rivero, Quiroz, Spósito, & Huarte, 2020).

Diabetes Mellitus: Es una enfermedad metabólica que incrementa el riesgo cardiovascular; sobre todo, la diabetes tipo 2, la cual está relacionada con obesidad y sedentarismo siendo los adultos mayores los que más la poseen. Según la OMS, estima que 1 de cada 11 adultos la padece (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

Existen otros factores; como el sobrepeso o la obesidad, la falta de actividad física y una alimentación inadecuada que incrementan la cantidad de personas con enfermedades cardiovasculares y diabetes. En América, estos problemas se presentan mucho más en comparación con el resto del mundo. Por ejemplo, se estima que el 80,7% de los adolescentes americanos no realizan suficiente actividad física. Aunque controlar

el avance de estas enfermedades representa un gran desafío, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la OPS han definido objetivos estratégicos para promover la adopción de medidas efectivas que ayuden a prevenir y controlar la diabetes, así como a mitigar sus complicaciones, mediante el desarrollo de protocolos y guías específicas para el seguimiento de los factores de riesgo.

En el año 2021, la OMS lanzó una iniciativa mundial que buscaba mejorar la prevención y la atención de calidad para personas con diabetes, con el objetivo de reducir las muertes causadas por esta enfermedad. Esto tenía como objetivo; reducir la cantidad de personas con diabetes, así como mejorar el acceso a servicios de salud adecuados, y también garantizar un tratamiento de calidad.

Obesidad y sobrepeso: Es el índice de masa corporal (IMC) elevado mismo que está directamente relacionado con enfermedades cardiovasculares, especialmente en regiones donde el acceso a alimentos saludables es limitado (OMS, 2021).

Tabaquismo: El consumo de tabaco aumenta el riesgo de padecer ECV. Es responsable de millones de muertes anuales y su abandono reduce drásticamente dicho riesgo.

El tratamiento para dejar de fumar se basa en tres componentes: el conductual y psicológico, el uso de farmacoterapia y la aplicación de otras terapias complementarias. De estos, el conductual y psicológico es considerado uno de los más determinantes para lograr abandonar la adicción, ya que, a través de la educación, el acompañamiento social y las intervenciones grupales es posible modificar los patrones de conducta asociados al consumo de tabaco; por lo que puede ser complementado con terapias de reemplazo de nicotina, así como con otras alternativas como el ejercicio físico o la acupuntura.

Alcoholismo: El consumo excesivo de alcohol afecta la presión arterial, genera arritmias y contribuye al desarrollo de cardiopatías. Esto puede aumentar debido al bajo acceso a atención médica (Caorsi, 2020).

A nivel mundial, es un gran factor de riesgo, ya que incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedades como el cáncer, cardiopatías coronarias, entre otras, además de estar relacionado con muertes prematuras y discapacidades. Es por ello que es necesario reducir su consumo dentro de la población para prevenir consecuencias graves para la salud.

Sedentarismo: La inactividad física disminuye el metabolismo lipídico y glucémico. Se asocia a aumento de peso y reducción de la función cardiovascular. La práctica regular de ejercicio mejora el perfil de riesgo (Avendaño & Álvarez, 2018).

Además, tal como lo explica la Revista Española de Cardiología (2013) examina cómo el tiempo prolongado en posición sentada influye en la salud metabólica y cardiovascular. De acuerdo con un estudio de Salud realizado a trabajadores de Aragón donde se analizaron a 929 trabajadores varones, se evaluaron parámetros como; índice de masa corporal, perímetro de cintura, presión arterial, perfil lipídico y biomarcadores de inflamación y resistencia a la insulina. Estos resultados mostraron que aquellos con mayor tiempo sedentario presentaban valores más elevados en estos indicadores, por lo que se entiende que el sedentarismo tiene un impacto negativo en la salud cardiovascular, más allá de la falta de ejercicio.

Este hallazgo es considerable para el manejo de la arteriopatía coronaria en adultos mayores, como los de la parroquia Santa Rosa en Salinas. Por eso es por lo que, aunque la actividad física es esencial; reducir el tiempo de reposo sentados también es crucial para mejorar la salud cardiovascular. Por lo tanto, las estrategias alimenticias saludables deben complementarse con intervenciones que fomenten la reducción del sedentarismo para lograr prevenir y manejar enfermedades cardiovasculares en esta población.

Hábitos alimenticios inadecuados: Los hábitos alimentarios desempeñan un rol fundamental en la prevención de enfermedades cardiovasculares, debido a que, al tratarse de un factor de riesgo modificable, realizar ajustes y seguir recomendaciones nutricionales puede contribuir significativamente al mantenimiento de una buena salud. Sin embargo, una dieta inadecuada, combinada con otros factores de riesgo modificables, como aumentar considerablemente la posibilidad de desarrollar enfermedades como la hipertensión, obesidad, diabetes mellitus, hipercolesterolemia y aterosclerosis.

Para prevenirlo es necesaria una nutrición adecuada; ya que el consumo de manera excesiva de alimentos con altos niveles de sal, azúcar, grasas trans y grasas saturadas puede aumentar los riesgos y aparición de estas enfermedades. (Organización Panamericana de la Salud, 2021)

Según datos de la OMS, en el año 2021 se registraron aproximadamente 1.900 millones de adultos con sobrepeso y obesidad; lo que demuestra un desafío para los sistemas de salud a nivel mundial. Frente a este panorama, la OMS ha propuesto erradicar los problemas nutricionales mediante una estrategia de nutrición 2016-2025, que busca garantizar que la población tenga libre acceso a intervenciones nutricionales y al seguimiento de dietas saludables con la guía de profesionales capacitados, promoviendo una alimentación sostenible y mejor calidad de vida.

Factores de riesgo no modificables

Los factores de riesgo cardiovascular biológicos no modificables son aquellos que no pueden ser alterados, ya que dependen de características propias del individuo como la edad, el sexo y la herencia genética (Iglesias & Llorca, 2025).

Edad: Es el principal factor no modificable; el riesgo de enfermedades cardiovasculares aumenta exponencialmente con los años. En España, más del 58% de los diagnosticados con enfermedades circulatorias tienen más de 65 años.

Sexo: Los hombres presentan un mayor riesgo cardiovascular y de forma más temprana que las mujeres, debido al efecto protector de los estrógenos en estas últimas. Esta diferencia disminuye con la menopausia.

Herencia genética: Algunas enfermedades como el hipercolesterolemia familiar o la hipertensión tienen origen genético, al igual que ciertas miocardiopatías y arritmias hereditarias, aumentando el riesgo cardiovascular.

Hábitos Alimenticios y Alimentación Saludable en el manejo de la Arteriopatía Coronaria.

Las directrices para el tratamiento y la prevención de la enfermedad coronaria y la hipertensión enfatizan la adopción de hábitos saludables. Estas medidas no farmacológicas incluyen una dieta con bajo consumo de sodio y alto en potasio, el control del peso, la reducción del consumo de alcohol y tabaco, el manejo del estrés, la educación en salud para los pacientes y la práctica regular de ejercicio físico (Segura & Marrugat, 2009).

Diversos estudios han evidenciado que la rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio terapéutico y la actividad física genera múltiples beneficios. Entre ellos se destacan la disminución de la mortalidad, la reducción de infartos, la baja en los costos de atención médica, una mejor calidad de vida, la disminución de factores de riesgo como el colesterol y la presión arterial, así como la prevención de nuevos eventos cardíacos (ESC, 2024).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021), la alimentación saludable es el consumo balanceado de macronutrientes y micronutrientes, tomando como prioridad el consumo de alimentos de origen natural como frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y grasas saludables, y reduciendo la ingesta de azúcares añadidos, grasas trans y sodio.

En adultos mayores con (AC), es más común que los hábitos alimenticios cambien de acuerdo con factores económicos, sociales y culturales. Por ejemplo, en Santa Rosa,

la limitada disponibilidad de alimentos frescos y las dietas inadecuadas son obstáculos para el manejo efectivo de esta enfermedad; ya que puede empeorar factores de riesgo como la hipertensión arterial y el colesterol elevado, complicando el tratamiento y aumentando la progresión de la enfermedad.

Se ha demostrado que una dieta alta en frutas, verduras y granos integrales puede mejorar significativamente el manejo de la (AC), controlando factores como la presión arterial y los niveles de colesterol; esto no solo ha permitido reducir las complicaciones, sino también mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Control de Factores de Riesgo en la Arteriopatía Coronaria

Los principales factores de riesgo asociados con la (AC) son la hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad y diabetes mellitus. Estos están íntimamente relacionados con la dieta y pueden ser modulados mediante cambios en los hábitos alimenticios, según afirma la (OMS, 2018), para lo cual establece que para prevenir la hipertensión y mejorar el control de la AC, es necesario reducir el consumo de sal a menos de 5 gramos diarios y aumentar la dieta de alimentos ricos en potasio, como bananas y papas.

Actualmente, más de la mitad de los adultos mayores en Santa Rosa, aproximadamente un 60%, vive con algún factor de riesgo cardiovascular. Acciones tan importantes como llevar un registro de la presión arterial y el colesterol, junto con programas que enseñen a comer de forma más saludable, pueden marcar una gran diferencia en su calidad de vida. Además, agregar a la dieta alimentos ricos en omega-3, como las sardinas, pueden contribuir al manejo de la (AC); al mejorar los perfiles lipídicos y reducir la inflamación sistémica de los pacientes (Clínica Universidad de Navarra, 2024).

Estrategias de Prevención a Manejo a través de la Educación Nutricional

La educación nutricional es vital para el manejo de la (AC), especialmente en comunidades con recursos limitados. Según (Hernández-Sarmiento, y otros, 2020), las estrategias educativas implementadas deben instruir a las personas para comprender cómo sus decisiones alimenticias afectan el control de su enfermedad y calidad de vida.

En Santa Rosa, un problema evidente es que los adultos mayores no cuentan con programas educativos sobre cómo alimentarse bien. Esta falta de guía es un obstáculo importante para su salud, y por ello, para mejorar esta situación, se necesitan programas como talleres prácticos, campañas para informar a la gente y dar consejos personalizados. Un ejemplo exitoso es el programa HEARTS en las Américas, liderado por la OPS (2022); que ha tenido éxito manejando los factores de riesgo del corazón

directamente en la atención primaria de salud. Si se tomara este modelo y se ajustara a las necesidades de la comunidad de Santa Rosa, se podría lograr un cambio real y duradero en los hábitos de comida de los pacientes con problemas cardíacos.

Relación entre Dimensiones y Resultados Esperados

La relación entre los hábitos alimenticios, el control de factores de riesgo y las estrategias educativas ofrece una perspectiva diferente sobre cómo tratar la (AC). Promover una alimentación saludable puede no solo reducir la progresión de la enfermedad, sino también mejorar de forma significativa la calidad de vida de los adultos mayores (MSP, 2018). Además, la educación nutricional puede tener un impacto positivo en la economía local, al disminuir los costos que tienen que ver con la atención de complicaciones cardiovasculares.

2.3. Fundamentación de Enfermería

2.3.1. Modelo de Hildegart Peplau (2024).

El modelo propuesto por Hildegart Peplau determina la capacidad del ser humano para comprender su propia conducta, con el objetivo de favorecer el reconocimiento de problemas, a través del uso de principios basados en las relaciones humanas; demostrando la importancia de las experiencias personales y emocionales y convierte al proceso interpersonal en un elemento esencial del cuidado enfermero.

Peplau estructuró su modelo a partir de conceptos que describen detalladamente la dinámica de la relación entre el enfermero y el paciente; tomando en consideración estas interacciones como el núcleo de la práctica psicodinámica de la enfermería y otorgándoles un carácter terapéutico que promueve el bienestar emocional y mental de las personas.

La relación entre el enfermero y el paciente, según este modelo, se basa en una colaboración donde ambos personajes son considerados como personas íntegras, con pensamientos, emociones, aspiraciones y comportamientos propios. Esta interacción dinámica tiene un propósito común que es el de facilitar el aprendizaje, el respeto mutuo y el crecimiento personal. Así, la relación terapéutica se convierte en el eje central del cuidado de enfermería, promoviendo la participación del paciente en su proceso de salud. (Vera, 2017)

2.3.2. Teoría de Dorothea Orem (2020).

La teoría de déficit de autocuidado de Dorothea E. (Enfermería Virtual, 2020) plantea en tres componentes interrelacionados: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Esta perspectiva establece

que el autocuidado es una acción reguladora que cada persona debe llevar a cabo de manera intencionada, con el objetivo de conservar la salud, fomentar el desarrollo y mantener el bienestar general.

Los conceptos fundamentales de esta teoría; autocuidado, necesidad de autocuidado y acciones de autocuidado; permiten comprender las capacidades y limitaciones que presentan los individuos, y a partir de ello, determinar cómo la intervención de enfermería puede contribuir a mejorar su calidad de vida. El autocuidado, en este sentido, se distingue de otros mecanismos reguladores del ser humano por su naturaleza consciente y aprendida.

Es importante destacar que el autocuidado debe desarrollarse y mantenerse a lo largo del tiempo, de forma coherente con las necesidades de cada etapa de la vida, el estado de salud, las condiciones del entorno y los requerimientos energéticos. Esta visión resulta especialmente pertinente al abordar el manejo de enfermedades crónicas como la arteriopatía coronaria en adultos mayores, donde el rol del profesional de enfermería es clave para fortalecer la capacidad de autocuidado mediante estrategias educativas y de acompañamiento personalizado (Hernández, Pacheco, & Larreynaga, 2017).

2.3.3. Método de Marjory Gordon (2024).

El método Marjory Gordon (2024) creado en 1982 es una herramienta para la valoración integral en enfermería. Se basa en 11 patrones funcionales de salud, que permiten recolectar información organizada, sistemática y holística del paciente, facilitando la formulación de diagnósticos de enfermería, la planificación de intervenciones y la evaluación de resultados, de tal forma que abarca una atención centrada en la persona (Luna, 2022).

Los once patrones funcionales definidos por Gordon son:

- Percepción y manejo de la salud
- Nutricional-metabólico
- Eliminación
- Actividad y ejercicio
- Sueño y descanso
- Cognitivo-perceptual
- Autopercepción/autoconcepto
- Rol y relaciones
- Sexualidad y reproducción

- Adaptación y tolerancia al estrés
- Valores y creencias

Cada uno representa áreas clave del funcionamiento humano. Es por ello que no deben entenderse de forma aislada.

Este método no solo se aplica a personas enfermas, sino también a personas sanas, tomando en cuenta su rutina diaria, y es adaptable a cualquier entorno cultural, social o clínico. En el tema de enfermedades crónicas, como en este caso, la valoración basada en estos hábitos permite comprender las necesidades reales del paciente, así como de su familia, para diseñar planes de atención mucho más efectivos.

En la práctica, permite al profesional de enfermería identificar hábitos que perjudican al paciente o a su calidad de vida; es por ello que es importante el proceso de atención en salud y de la enfermería tomando en cuenta evidencia científica, junto con elementos como el juicio clínico, la experiencia del profesional y las preferencias del paciente.

Además, su enseñanza en la formación de estudiantes de enfermería promueve el desarrollo de competencias para la toma de decisiones, fomenta el análisis crítico y fortalece la práctica profesional.

2.4. Fundamentación legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador (2008).

La Constitución del Ecuador del 2008 prescribe algunos artículos que favorecen al cuidado de la salud y del bienestar biopsicosocial del adulto, así tenemos en el capítulo Cap. II Sección 7 Art. 32 II menciona, sobre los derechos del buen vivir de las personas.

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

Dentro del mismo cuerpo legal, en la Sección Segunda: Salud, destaca lo siguiente:

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarca todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. (Constitucion de la República del Ecuador 2008)

2.4.2. Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) (2012)

En el artículo 361 del Sistema Nacional de Salud establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos. (Ministerio de Salud Publica, 2012)

El Art. 361 Señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector y en el Art. 363 las responsabilidades del Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

2.4.3. Ley Orgánica de Salud (2006).

La Ley Orgánica de Salud, promulgada en el (Ley Orgánica de Salud, 2006) menciona los siguientes

artículos:

CAPÍTULO I: Del derecho a la salud y su protección

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad

primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

CAPÍTULO II: De la alimentación y nutrición

Art. 16.- El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micronutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios. (Ley Orgánica de la Salud, 2016, pág. 6)

CAPITULO III: De las enfermedades no transmisibles

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. (Ley Orgánica de la Salud, 2016)

2.4.4. Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida (2020)

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas Ecuador 2030 (Secretaría Nacional de Planificación , 2020)

Ecuador avanzará en su garantía del derecho a la salud gracias a la promoción de hábitos de vida saludables, orientados a la prevención de enfermedades. Se plantea que Ecuador reduzca sus niveles de sedentarismo, mejore los patrones de alimentación ciudadana e incremente la actividad física en todos los grupos, independientemente de la edad. Esto contribuirá a reducir los niveles de estrés y el número de muertes a causa de enfermedades cardiovasculares, diabetes, sobrepeso, obesidad, entre otras. También se pondrá énfasis en combatir el consumo de drogas, alcohol y tabaco (especialmente en los adolescentes y jóvenes).

En 2030, Ecuador ha desarrollado un sistema de salud integrado, eficiente y resiliente, evidenciado por una expansión en la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de salud a nivel nacional. El fortalecimiento de la gobernanza en sectores clave como infraestructura, insumos, tecnología y sistemas información, sumado a la integración de servicios en todos los niveles de atención, incluyendo establecimientos

estatales, de seguridad social y otros proveedores estatales, ha sido fundamental. Además, la implementación de programas de formación continua y especialización del personal de salud han promovido un acceso efectivo y universal al derecho a la salud con un enfoque intersectorial, contribuyendo a la disminución de enfermedades prevenibles y muertes evitables.

Se han fortalecido estrategias y programas encaminados a la erradicación de la desnutrición crónica infantil, reducción de la mortalidad materna, salud sexual y reproductiva y promoción de la salud, conformando entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros. Los avances en legislación en materia de salud mental han favorecido la implementación de programas que permiten el manejo adecuado de estas patologías, mediante mecanismos de coordinación, referencia y monitoreo oportunos. (Plan Nacional de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024 - 2025, pág. 50).

2.5. Formulación de la Hipótesis

Hipótesis alternativa (H1): Las estrategias alimenticias saludables contribuyen al manejo efectivo de la Arteriopatía Coronaria en adultos mayores. Parroquia Santa Rosa. Salinas, 2025.

Hipótesis nula (H0): Las estrategias alimenticias saludables no contribuyen al manejo efectivo de la Arteriopatía Coronaria en adultos mayores. Parroquia Santa Rosa. Salinas, 2025.

2.6. Identificación y clasificación de las variables

Variable independiente: Estrategias alimenticias saludables.

Variable dependiente: Manejo de la arteriopatía coronaria.

2.7. Matriz de operacionalización de las variables

Tabla 1

Operacionalización de las variables (independiente y dependiente).

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
VI: Estrategias alimenticias saludables	La alimentación saludable se define como un conjunto de hábitos alimenticios que garantizan un aporte equilibrado de nutrientes necesarios para la salud (Organización Mundial de la Salud, 2018).	Prácticas alimenticias basadas en el consumo de alimentos recomendados y la frecuencia de ingesta según estándares nutricionales (Calañas-Continente, 2005).	Calidad de la dieta	- Consumo de frutas y verduras - Consumo de grasas saturadas -Frecuencia de alimentos ultraprocesados	Escala de Likert (1 – 5) Nominal y ordinal	Cuestionario estructurado sobre la Calidad de alimentación del adulto mayor
			Cumplimiento de las recomendaciones dietéticas	-Adherencia a la ingesta calórica adecuada -Consumo recomendado de nutrientes esenciales	Escala de Likert (1 – 5) Nominal	
			Frecuencia de ingesta	- Número de comidas saludables por día	Escala de Likert (1 – 5) Ordinal	

			Control de la enfermedad	- Niveles de colesterol y triglicéridos - Presión arterial	Escala de Likert (1 – 5) Intervalo	
VD: Manejo de la arteriopatía coronaria	El manejo de la enfermedad arterial coronaria se refiere a las estrategias médicas y de estilo de vida dirigidas a controlar y reducir los síntomas. (Izcuea, Cordero, Plaza, Correa, & Hidalgo, 2021).	Evaluación de resultados clínicos relacionados con el tratamiento y adherencia al manejo médico (Merino, 2020).	Adherencia al tratamiento	-Porcentaje de cumplimiento del tratamiento farmacológico - Cumplimiento de citas médicas	Escala de Likert (1 – 5) Intervalo y nominal	Cuestionario sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares
			Autocuidado	-Autoevaluación del paciente sobre su calidad de vida relacionada con la enfermedad	Escala de Likert (1 – 5) Ordinal	

Elaborado por: Violeta Valeria Mayorga Torres.

CAPÍTULO III

3. Diseño Metodológico

3.1. Tipo de investigación

Esta investigación adopta un enfoque cuantitativo, ya que se centró en la recolección y el análisis numérico de datos obtenidos mediante encuestas estructuradas, es de tipo descriptivo porque se enfoca en detallar y caracterizar demográficamente a la muestra de estudio, identificar las estrategia alimenticios saludables y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prácticas de manejo de la enfermedad en la población adulta mayor de la parroquia Santa Rosa, sin manipular sus variables.

3.2. Método de investigación

El diseño de la investigación fue no experimental y transversal, enfocado en la recolección y análisis de datos para comprender la relación entre la alimentación saludable y el manejo de la arteriopatía coronaria, así como para evaluar la implementación de estrategias educativas.

No experimental: Donde no se manipulan las variables de estudio; sino que se observan y analizan tal como ocurren en su contexto natural (Florián & Catheryne, 2012).

Transversal: La información es recopilada en un momento específico para obtener un panorama actual de los hábitos alimenticios, factores de riesgo y barreras relacionadas con la arteriopatía coronaria en la población estudiada (Grajales, 2000).

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La población objetivo de la investigación fue considerada por todos los adultos mayores de 65 años o más y los datos de esta población fueron obtenidos del centro Casa de Vida ubicada en la parroquia Santa Rosa, cantón Salinas, provincia de Santa Elena, todos diagnosticados previamente con enfermedades cardiacas relacionadas a la Arteriopatía Coronaria. Esta población incluyó tanto hombres como mujeres, independientemente de su nivel socioeconómico, estado de salud o educación para un total de 31 adultos mayores diagnosticados y que sus datos coinciden con las cifras publicadas por el (INEC, 2023).

3.3.2. *Muestra*

La muestra quedo conformada por 30 adultos mayores con diagnóstico confirmado de enfermedades cardiacas relacionadas a la Arteriopatía Coronaria. La muestra fue seleccionada mediante los rigurosos criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Adultos Mayores con 65 años o más.
- Adultos mayores que residen de manera permanente en la parroquia Santa Rosa.
- Adultos mayores dispuestos a participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con condiciones graves de salud que limiten su capacidad para responder los cuestionarios o participar en la investigación.
- Adultos mayores institucionalizados fuera de la parroquia.

3.4. **Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo empleado en la investigación fue el no probabilístico por conveniencia, debido a que los participantes fueron seleccionados de acuerdo con la elección según criterios ya establecidos. Este enfoque permitió trabajar con los adultos mayores que estén disponibles durante el periodo de la investigación, lo que facilitó el desarrollo del estudio. Aunque este método no garantiza una verdad estadística, es adecuado para estudios como este, que buscan generar estrategias prácticas y adaptadas a la localidad.

3.5. **Técnica e instrumentos de recolección de los datos.**

La técnica empleada fue la encuesta y la observación directa para poder recolectar la información, mediante la aplicación de dos instrumentos: La *encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor*, creada por (Agüero, Candía, & Mena, 2017) compuesta por 23 preguntas distribuidas en dos subescalas, para evaluar los hábitos alimenticios:

Subescala I – Hábitos alimentarios saludables; donde se evaluó la frecuencia de consumo de alimentos como frutas, verduras, lácteos descremados, pescado, legumbres, panes integrales, comidas caseras, entre otros.

Subescala II – Hábitos alimentarios no saludables; donde se midió el consumo de productos con alto contenido calórico, azúcares, grasas saturadas o sodio, como frituras, comida rápida, galletas, café con cafeína, bebidas azucaradas, y el uso de sal.

La Escala de Calidad de la Alimentación en el Adulto Mayor (ECAAM), utilizada en la encuesta, maneja un conjunto de escalas ordinales de tipo Likert modificadas que miden la

frecuencia o cantidad de consumo, en lugar de una única escala de acuerdo o desacuerdo. Estas escalas suelen variar entre 3 y 5 puntos y están diseñadas para asignar una puntuación a la respuesta que refleja el hábito.

Las principales categorías de escalas manejadas son las siguientes:

- Escalas de Frecuencia Semanal o Diaria (p. ej., Desayuno, Cena, Leguminosas), que permiten al encuestado reportar si el hábito es constante ("Todos los días") o nulo ("Nunca").
- Escalas de Porciones Diarias (p. ej., Lácteos, Frutas, Verduras), esenciales para medir la adherencia a las guías nutricionales, y varían desde "No consume" hasta "3 o más porciones al día."
- Escalas de Cantidad de Bebidas o Tazas (p. ej., Agua y Café), que miden la ingesta en volumen, generalmente con opciones que van de "No toma" a "4 o más vasos/tazas al día". Finalmente, existen las
- Escalas Invertidas de Riesgo (p. ej., Bebidas Azucaradas, Alcohol), donde la puntuación más baja (1) se asigna al peor hábito (mayor consumo) y la puntuación más alta (5) al mejor hábito (no consume), asegurando que una mayor puntuación total en la encuesta siempre se correlacione con una mejor calidad de la dieta.

La aplicación de esta encuesta se realizó de forma presencial, en un entorno cómodo, privado y respetuoso. La investigadora leyó las preguntas en caso de que el participante presentara dificultad visual o alfabetización limitada, garantizando la comprensión total del contenido de la encuesta. El tiempo estimado de aplicación fue de 20 a 25 minutos por persona.

Para la evaluación del instrumento se consideró el nivel de confiabilidad el cual fue evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, considerando una puntuación de 0.847, lo que representa una alta consistencia interna del cuestionario.

Para medir la variable manejo de la Artropatía Coronaria se utilizó el *Cuestionario de conocimiento de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares* Rodríguez et al, (2014), el cual mide el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y las prácticas de manejo relacionadas con la Arteriopatía Coronaria en adultos mayores. Este instrumento consta de 6 preguntas cerradas de respuesta dicotómica (Sí/No/NS) y abiertas, complementadas con ítems evaluativos como:

¿Conoce sus cifras de presión arterial?

¿Sigue una dieta baja en sal?

¿Ha recibido tratamiento o seguimiento médico por hipertensión, colesterol o diabetes?

¿Hace ejercicio regularmente?

¿Controla su peso?

¿Fuma o ha considerado dejar de fumar?

Además, se incluye una escala de gradación de conciencia de enfermedad, en la cual se puntúa la cantidad de respuestas afirmativas para establecer el grado de conocimiento o autocuidado del participante:

3 puntos: conciencia absoluta,

2 puntos: conciencia relativa,

1 punto: escasa conciencia,

0 puntos: nula conciencia.

Estas evaluaciones permiten identificar el nivel de conocimiento que tienen los adultos mayores sobre los controles de la enfermedad, adherencia al tratamiento y autocuidado. Además de considerar el control de la presión arterial, colesterol, glucosa, seguimiento médico, alimentación adecuada, ejercicio físico y hábitos tóxicos. La aplicación del cuestionario fue realizada de forma presencial e individual, posterior a la encuesta de alimentación. Se utilizó el mismo protocolo de respeto, privacidad y acompañamiento, asegurando que las preguntas sean comprendidas plenamente por los participantes. El tiempo estimado de aplicación fue de 15 a 20 minutos por persona.

3.6. Validación y confiabilidad del instrumento

Los instrumentos aplicados ya cuentan con validación internacional tanto de contenido como de aplicabilidad por expertos como Agüero et al., (2017) y Rodríguez et al, (2014). Además, se realizó una prueba piloto a 30 participantes con características similares a la población objetivo, con el fin de verificar la claridad, comprensión y confiabilidad de los cuestionarios. La confiabilidad fue evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, considerando una puntuación de 0,78 y 0,70 para ambos cuestionarios, lo que se traduce como aceptable para su aplicación.

3.7. Procesamiento de datos

Los datos recopilados por los cuestionarios se analizaron mediante el software estadístico Jamovi. El procesamiento incluyó: Análisis descriptivo para identificar frecuencias, porcentajes y promedios de las respuestas y análisis inferencial para evaluar la relación entre las estrategias alimenticias saludables y en el manejo de la arteriopatía coronaria.

3.8. Aspectos éticos.

Esta investigación cumple con los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki (WMA, 2024), así como con las normas nacionales e institucionales que rigen los estudios con participación de seres humanos. En todo momento se garantizó el respeto a la dignidad, los derechos y el bienestar de los adultos mayores participantes.

Se aplicaron los siguientes principios éticos:

- **Consentimiento informado:** A cada participante se le dio una explicación sobre el estudio, el proceso que va a tomar, que los datos serán anónimos y si duda en seguir contestando las preguntas de la encuesta. Solo se incluyeron a los adultos mayores que aceptaron participar de forma voluntaria mediante la firma del consentimiento.
- **Confidencialidad y anonimato:** La información que fue recolectada es confidencial y anónima; es por eso que no se incluyeron nombres de los participantes ya que solo serán utilizados para esta investigación.
- **No maleficencia:** Mientras se daban las encuestas no se experimentó ningún riesgo físico, psicológico ni emocional para los adultos mayores ya que se tomaron todas las precauciones para asegurar su bienestar.
- **Justicia y equidad:** La selección de los participantes se realizó de manera equitativa, sin discriminación por género, estado civil, condición socioeconómica u otra característica personal. Todos los adultos mayores que cumplían los criterios de inclusión y estaban dispuestos a participar fueron considerados de manera igualitaria.
- **Autonomía:** Se respetó la libertad de cada individuo para decidir su participación sin presiones externas.

Esta investigación fue presentada para su evaluación y aprobación ante la Comisión de titulación de la Carrera de enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, asegurando su conformidad con los principios bioéticos y cumple con las normas establecidas para las investigaciones en salud, ya que no se manipulo el sujeto de estudio ni su integridad personal.

CAPÍTULO IV

4. Presentación de resultados

4.1. Análisis e interpretación de resultados

En cuanto a las características sociodemográficas, se determinó que el 90% (n=27) de los adultos mayores correspondió al género femenino y el 10% (n=3) al género masculino, lo que refleja un claro predominio de mujeres en la muestra, respecto al rango de edad, el 40% se ubicó en el valor (n=12) (65 a 70 años) y el 60% en el valor (n=18) (70 años en adelante), lo que evidencia una población adulta mayor en etapa de vejez avanzada, con mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares.

En relación con el nivel de estudios, el 53,3% de los participantes (n=16) no tenía estudios de ninguna enseñanza, el 46,7% (n=14) tenían estudios primarios y ninguno de los participantes tenían estudios superiores, lo cual puede influir de manera directa en la comprensión de las recomendaciones médicas y en la adherencia a los esquemas de control clínico (ver tabla 2).

Tabla 2

Distribución de las características sociodemográficas de la muestra de estudio según edad, género y nivel de instrucción educativa.

Variables		Fr	% del Total	% Acumulado
Género	Femenino	27	90.0%	90.0%
	Masculino	3	10.0%	100.0%
Edad	65 a 70 años	12	40,00%	40,00%
	70 años y más	18	60,00%	100,0%
Nivel de instrucción académica	Sin estudios	16	53.33%	53.33%
	Estudios primarios	14	46.67%	100.0%

Nota: Elaborado con el programa estadístico Jamovi.

Siguiendo con los resultados del estudio y dando respuesta al segundo objetivo específico de la investigación sobre la identificación de las estrategias alimenticias saludables y los hábitos que tienen los adultos mayores diagnosticados con Arteriopatía Coronaria, se

evidencia que la calidad de la alimentación en los participantes obtuvo una puntuación del (Baremo) de 3, lo que indica un nivel que va de intermedio a regular.

Desde el área del análisis de la calidad de la dieta, la caracterización de la muestra de personas mayores (n=30) da lugar a un patrón nutricional muy en contra de las recomendaciones para la Arteriopatía Coronaria (AC), estableciendo el 100% en la pobreza alimentaria de la Calidad Global (CG) de la dieta, en su baremo. Los resultados se derivan de una apreciable dualidad entre la falta de consumo de alimentos protectores y el elevado consumo de alimentos de riesgo que están sujetos a elevadas condiciones de intervención.

Esta distribución de frecuencias indica el déficit nutricional de los alimentos protectores. El consumo de Verduras es muy bajo. El 93,3% reporta consumo menor de una vez al día (tabla 3), con las restricciones que esto conlleva para el consumo de fibra, potasio y antioxidantes que facilitan el control de la presión arterial y la inflamación de los tejidos; esta pobreza alimentaria se une a un gran fallo en la estructura de las comidas, de modo que el 80,0% de los encuestados reporta Nunca cenar (tabla 3), lo que nos lleva a periodos de ayuno que inducen peores controles metabólicos y de riesgo.

Por el contrario, los hábitos de elevado riesgo cardiovascular son los prevalentes entre la muestra. El comportamiento de las bebidas azucaradas representa un factor promotor de riesgo universal, pues 100% de la muestra estaba ingiriendo al día 2 o más vasos (tabla 3), lo cual remarca su elevada ingesta de azúcares libres y calorías inútiles. Este exceso de consumo se ve potenciado por el uso de grasas saturadas, con el 63,3% de encuestados que usan manteca o grasas animales de manera semanal (tabla 3).

Tabla 3

Distribución porcentual de la frecuencia en el consumo de alimentos seleccionados en adultos mayores

Alimento	No consume (%)	Menos de una vez al día (%)	1 porción al día (%)	2 porciones al día (%)	3 porciones al día (%)
Lácteos	0	16.7	83.3	0	0
Frutas	0	0	13.3	86.7	0
B. Azucaradas	0	0	0	26.7	73.3
Alcohol	0	0	0	83.3	0
Comida chatarra	0	0	20	80	0
Snacks dulces	0	0	20	80	0

	Nunca (%)	Menos de 1 vez por semana (%)	1-3 veces por semana (%)	4-6 veces por semana (%)	Todos los días (%)
Desayuno	0	0	33.3	66.7	0
Cena	80	20	0	0	0
Preparaciones con grasa animal	0	36.7	63.3	0	0
	No consume (%)	Menos de una vez al día (%)	1/2 porción al día (%)	1 porción al día (%)	2 porciones al día (%)
Verduras	10	83.3	6.7	0	0
	No toma (%)	1-2 vasos al día (%)	3 vasos al día (%)	4 vasos al día (%)	5 o más vasos al día (%)
Agua	0	10	86.7	3.3	0
	No consume (%)	Ocasionalmente (%)	1 porción por semana (%)	2 porciones por semana (%)	3 porciones por semana (%)
Frituras	0	66.7	33.3	0	0
Pescado	0	23.3	76.7	0	0
Leguminosas	0	0	33.3	66.7	0
Alimentos integrales	0	20	70	10	0
Comida casera	0	0	20	80	0
	No consume (%)	1 vez cada 15 días (%)	1 vez por semana (%)	2 veces por semana (%)	3 o más veces por semana (%)
Carnes	0	0	0	40	60
Huevos	0	0	13.3	86.7	0
	Menos de 1 (%)	2 comidas (%)	3 comidas (%)	4 comidas (%)	4 comidas + 1 merienda (%)
Número de comidas	0	0	33.3	66.7	0
	No consume (%)	Menos de 1 taza al día (%)	1 taza al día (%)	2 tazas al día (%)	3 o más tazas al día (%)
Café con cafeína	0	66.7	33.3	0	0

	No le agrega (%)	Ocasionalmente agrega (%)	Siempre le agrega (%)
Agrega sal antes de probar	3.3	76.7	20

Nota: Elaborado con el programa estadístico Jamovi.

La evaluación de la Subescala I, enfocada en los alimentos protectores, reveló un déficit generalizado en la ingesta de elementos esenciales para la prevención cardiovascular. El criterio de la escala establece que una Buena calidad de la alimentación requiere una puntuación entre 52 y 65 puntos, mientras que una Mala calidad se sitúa entre 13 y 51 puntos. Los resultados de la muestra son contundentes: el 100% de los participantes (n=30) fue clasificado con Mala calidad de la alimentación en este ítem. El puntaje individual más alto alcanzado fue de 51 puntos, lo que significa que ningún adulto mayor logró superar el umbral mínimo de 52 puntos para ser considerado saludable en esta dimensión. Este hallazgo confirma que la dieta de la población carece de la ingesta protectora adecuada de verduras, lácteos descremados e hidratación, factores cruciales para el control de la hipertensión y la progresión de la Arteriopatía Coronaria.

La Subescala II, que mide la exposición a alimentos y hábitos de riesgo (azúcares, grasas y sodio), presenta un escenario igualmente preocupante. Según la escala, una Buena calidad de la alimentación (bajo riesgo) se clasifica con una puntuación entre 31 y 38 puntos, siendo la Mala calidad (alto riesgo) la obtenida entre 8 y 30 puntos. En este análisis, el 100% de los participantes (n=30) fue clasificado con Mala calidad de la alimentación, reafirmando la alta vulnerabilidad de la muestra. El puntaje máximo registrado fue de solo 27 puntos, situándose muy por debajo del umbral de seguridad de 31 puntos. Esta clasificación refleja directamente el consumo excesivo de bebidas azucaradas, el uso de manteca y la adición de sal antes de probar los alimentos, hábitos que son promotores directos de riesgo cardiovascular y que requieren una intervención inmediata para mitigar sus efectos deletéreos en el manejo clínico de la enfermedad.

La clasificación que combina ambas subescalas resume el estado nutricional general de la muestra. La escala define una Buena calidad global entre 83 y 103 puntos, y una Mala calidad global entre 21 y 82 puntos. La sumatoria de las puntuaciones de los encuestados confirmó que el 100% de la muestra (n=30) se clasifica con Mala calidad de la alimentación Global. El puntaje total más alto registrado fue de 78 puntos, quedando significativamente por debajo de

los 83 puntos requeridos para el umbral saludable. Esta conclusión unánime es el resultado de la doble afectación observada: la baja ingesta de protección se potencia con la alta exposición al riesgo, estableciendo un patrón dietético que, según la fundamentación teórica, está directamente asociado con el mal manejo clínico de la Arteriopatía Coronaria.

Tabla 4
Clasificación según categorías de la encuesta

Categoría	Puntuación	Clasificación
Ítem I (Saludables)	52-65	Buena calidad de la alimentación
	13-51	Mala calidad de la alimentación
Ítem II (No Saludables)	31-38	Buena calidad de la alimentación
	8-30	Mala calidad de la alimentación
Calidad Global (I + II)	83-103	Buena calidad de la alimentación
	21-82	Mala calidad de la alimentación

Nota: Elaboración Propia.

Tabla 5
Resultados de la clasificación de hábitos alimentarios

Encuestado	Puntos Ítem I (Saludables)	Puntos Ítem II (No Saludables)	Total	Clasificación Global
E1	51	27	78	Mala Calidad
E2	49	26	75	Mala Calidad
E3	50	25	75	Mala Calidad
E4	49	24	73	Mala Calidad
E5	50	26	76	Mala Calidad
E6	50	27	77	Mala Calidad
E7	43	24	67	Mala Calidad
E8	48	27	75	Mala Calidad
E9	51	27	78	Mala Calidad
E10	50	27	77	Mala Calidad
E11	44	24	68	Mala Calidad
E12	45	25	70	Mala Calidad
E13	47	27	74	Mala Calidad
E14	50	27	77	Mala Calidad
E15	50	27	77	Mala Calidad
E16	46	25	71	Mala Calidad
E17	44	24	68	Mala Calidad
E18	47	26	73	Mala Calidad
E19	51	27	78	Mala Calidad
E20	51	27	78	Mala Calidad
E21	44	24	68	Mala Calidad
E22	45	25	70	Mala Calidad
E23	45	25	70	Mala Calidad
E24	49	27	76	Mala Calidad

E25	47	26	73	Mala Calidad
E26	47	26	73	Mala Calidad
E27	51	27	78	Mala Calidad
E28	47	26	73	Mala Calidad
E29	51	27	78	Mala Calidad
E30	51	27	78	Mala Calidad

Nota: Elaboración Propia.

Para abordar el tercer objetivo del estudio, se aplicó el Cuestionario de Factores de Riesgo Cardiovascular (Anexo 7), que evaluó aspectos clave como el control de la presión arterial, los niveles de colesterol y glucosa, la actividad física y la adherencia al tratamiento farmacológico. A pesar de las debilidades mencionadas, se identificaron algunas fortalezas, como la realización de actividad física y el control del peso, factores que constituyen elementos protectores en el manejo de la arteriopatía coronaria tal y como se muestra en la (tabla6).

Un porcentaje alto de los encuestados muestran estar muy desconectados/as de la información mínima de lo que implica el tratamiento al que se somete, mostrando que no pueden recordar las cifras de la presión arterial (60.0% dice "No") o el nombre de los medicamentos (73.3% TA y 76.7% colesterol dice "No"). Todo este desconocimiento generalizado que representa la mayor barrera planteada conlleva un grave problema de seguridad farmacológica, así como también disminuye la capacidad del paciente para poder dar información importante en las consultas para que el médico tome las decisiones clínicas.

El esquema de control también presenta un desequilibrio notorio entre las intervenciones farmacológicas y las de estilo de vida. A pesar de que la mayoría está tomando medicamentos, la adherencia a las recomendaciones no farmacológicas es deficiente y selectiva. Si bien dos tercios de la población (66.7%) afirma seguir una dieta baja en sal, solo una pequeña minoría (23.3%) cumple con una dieta pobre en grasas, que es fundamental para el control del Colesterol y la prevención de la Arteriopatía Coronaria. Esta disparidad sugiere que las intervenciones dietéticas se perciben de manera incompleta, enfocándose únicamente en la sal como medida de control de la Tensión Arterial. Esta situación demuestra que la educación sanitaria no logra cambiar los hábitos alimentarios de forma integral, lo que obliga al cuerpo médico a depender casi exclusivamente de los fármacos.

Finalmente, la diabetes constituye el punto más débil en la atención proactiva de FRCV, a pesar de su gravedad. Un abrumador 70.0% de los encuestados no está bajo control médico

ni toma tratamiento para la Diabetes, lo cual es inaceptable dada la edad avanzada de la población. Esta baja tasa, en contraste con el mayor control de la Tensión Arterial y el Colesterol, puede indicar un subdiagnóstico significativo o una menor prioridad clínica otorgada a esta enfermedad metabólica en las visitas de rutina. La falta de control de la glucosa, sumada al alto tabaquismo y el sedentarismo, acelera el daño micro y macrovascular. Se requiere una revisión urgente de los protocolos de cribado de glucemia y una priorización clínica de la diabetes para garantizar un manejo integral de todos los factores de riesgo en esta población vulnerable.

Tabla 6
Prevalencia de FRCV y Esquema de Controles

Variable (Condición Clínica / Control)	Sí (n)	Sí (%)	No (n)	No (%)	No Sabe / No Aplica (n)	No Sabe / No Aplica (%)
I. Percepción y Conocimiento de FRCV						
Cree tener Tensión Arterial alta	6	20.00%	22	73.30%	2	6.70%
Recuerda Colesterol elevado	6	20.00%	22	73.30%	2	6.70%
Cree tener Glucosa elevada/Diabetes	4	13.30%	22	73.30%	4	13.30%
Recuerda cifras de T. Arterial	10	33.30%	18	60.00%	2	6.70%
Recuerda nombre de fármaco (TA)	6	20.00%	22	73.30%	2	6.70%
Recuerda nombre de fármaco (Colesterol)	5	16.70%	23	76.70%	2	6.70%
Recuerda cifra de Glucosa	4	13.30%	22	73.30%	4	13.30%
II. Control Médico y Tratamiento						
Médico controla Tensión Arterial	15	50.00%	13	43.30%	2	6.70%
Toma tratamiento para T. Arterial	19	63.30%	9	30.00%	2	6.70%
Médico controla Colesterol	14	46.70%	14	46.70%	2	6.70%
Toma tratamiento para Colesterol	20	66.70%	8	26.70%	2	6.70%
Médico controla Diabetes	7	23.30%	21	70.00%	2	6.70%
Toma tratamiento para Diabetes	7	23.30%	21	70.00%	2	6.70%

III. Hábitos

Es fumador/a activo/a	14	46.70%	16	53.30%	0	0.00%
-----------------------	----	--------	----	--------	---	-------

Nota: Elaboración Propia.

El análisis de los datos brutos revela una situación de Escasa Conciencia colectiva en la población adulta mayor respecto a los FRCV, con las tres condiciones principales (Hipertensión, Colesterol y Diabetes) obteniendo puntuaciones muy bajas (entre 0.43 y 0.73 en la escala de 0–3). Esto significa que, en promedio, los encuestados solo lograron una respuesta afirmativa por cada tres preguntas sobre estas enfermedades. Esta falta de conocimiento se manifiesta en la baja alfabetización sanitaria, ya que la gran mayoría es incapaz de recordar datos básicos como sus cifras de presión arterial o el nombre de los fármacos que consumen. Esta información es fundamental, ya que, sin un conocimiento básico de la condición, la autogestión de la enfermedad y la adherencia a largo plazo se ven seriamente comprometidas, representando un riesgo directo para la seguridad del paciente.

El Nivel de Conocimiento es consistentemente bajo en las tres condiciones, lo que sugiere un problema sistémico en la comunicación clínica y la educación para la salud. La diabetes muestra el peor nivel de conocimiento (0.43), lo que se alinea con el bajo porcentaje de personas que reporta estar bajo control médico y tratamiento activo para esta condición, según los datos de control previos. La hipertensión (0.73) y el colesterol (0.60) también se encuentran en el rango de escasa conciencia, demostrando que, a pesar de la alta prevalencia de estas enfermedades en la tercera edad, el conocimiento sobre la patología propia es superficial o inexistente. Esta brecha entre la alta prevalencia de enfermedad y la baja conciencia individual es el principal obstáculo para reducir la morbilidad cardiovascular.

La única dimensión que muestra una puntuación superior es el estilo de vida (1.03), lo que sitúa a la población en el umbral de conciencia relativa. Este puntaje indica que los adultos mayores tienen un conocimiento ligeramente mejor sobre las acciones que deberían tomar, especialmente en la adopción de la dieta baja en sal. Sin embargo, este conocimiento no se traduce de manera efectiva en todas las prácticas, ya que la adopción de dietas para el control de grasas y el ejercicio regular obtuvieron bajas tasas afirmativas. La escasa conciencia sobre las enfermedades, sumada a una adhesión incompleta a los hábitos saludables, configura un perfil donde el riesgo cardiovascular solo es mitigado, si acaso, por la toma pasiva de medicamentos, sin una participación e informada del paciente en el manejo de su propia salud.

Tabla 7*Nivel de Conocimiento de Factores de Riesgo para Enfermedades Cardiovasculares*

Dimensión	Total, de ítems	Respuestas Afirmativas (n)	% Afirmativas (sobre ítems)	Nivel de conocimiento (0-3)	Categoría de Conciencia
Hipertensión	90	22	24.44%	0.73	Escasa Conciencia
Colesterol	90	18	20.00%	0.6	Escasa Conciencia
Diabetes	90	13	14.44%	0.43	Escasa Conciencia
Estilo de Vida	120	41	34.17%	1.03	Conciencia Relativa

Nota: Elaboración Propia.

El baremo de los factores de riesgo (tabla 8) presentó una mediana de 1.00, lo que sugiere que la mayoría de las respuestas se agrupan alrededor de este valor, reflejando consistencia en las respuestas de los participantes.

Tabla 8*Rango de puntuación (Baremo) de Factores de Riesgo*

Factor de riesgo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
2	3	10.0%	10.0%
1	24	80.0%	90.0%
0	3	10.0%	100.0%

Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.

4.2. Comprobación de la hipótesis.

Para comprobar la hipótesis, se analizaron los resultados de dos encuestas empleadas: por un lado, se empleó el cuestionario de calidad de alimentación para responder a la variable independiente y por otro lado el cuestionario de conocimiento y prácticas sobre factores de riesgo cardiovasculares para responder a la variable dependiente.

A través del análisis estadístico realizado con el programa Jamovi, para comprobar la hipótesis se aplicó la prueba de Chi-cuadrado entre las variables calidad de la alimentación y factor de riesgo en adultos mayores. Los resultados (tabla 9) mostraron un valor de $\chi^2 = 20.6$, con 2 grados de libertad y un nivel de significancia $p < 0.001$. Esto evidencia una asociación altamente significativa entre las estrategias alimenticias saludables y el manejo de la arteriopatía coronaria. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (H1), confirmando que la adopción de una alimentación adecuada

contribuye de manera directa y efectiva al control clínico de la enfermedad en los adultos mayores de la parroquia Santa Rosa.

Tabla 9
Chi Cuadrado de Calidad de alimentación

Pruebas de χ^2			
	Valor	gl	p
χ^2	20.6	2	<.001
N	2162		

Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.

En los resultados de la prueba de Chi-cuadrado aplicada al nivel de riesgo cardiovascular (Tabla 10). El análisis arrojó un valor de $\chi^2 = 9.57$, con 2 grados de libertad y un nivel de significancia $p = 0.008$, considerando una muestra de $N = 967$. Dado que el p-valor es menor a 0.05, se establece que existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables evaluadas. En este sentido, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1), lo que confirma que las estrategias alimenticias saludables guardan una relación relevante con la reducción del riesgo cardiovascular en los adultos mayores, fortaleciendo el planteamiento de que una adecuada alimentación contribuye al manejo efectivo de la enfermedad.

Tabla 10
Chi Cuadrado del nivel de Riesgo Cardiovascular

Pruebas de χ^2			
	Valor	gl	p
χ^2	9.57	2	0.008
N	967		

Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.

El análisis de asociación entre las estrategias alimenticias saludables y el manejo de la arteriopatía coronaria en los adultos mayores permitió evidenciar una relación significativa entre ambas variables. Los resultados obtenidos mediante la prueba de Chi-cuadrado reflejaron que, a mayor calidad de la alimentación, menor es la presencia de factores de riesgo asociados a la enfermedad. El valor de $\chi^2 = 20.6$ con un nivel de significancia $p < 0.001$ confirma la existencia de una asociación altamente significativa, lo cual indica que el impacto de la dieta sobre el control clínico de la patología no es producto del azar, sino de una relación real y consistente.

Asimismo, en el caso del nivel de riesgo cardiovascular, se identificó un valor de $\chi^2 = 9.57$ ($p = 0.008$), lo que refuerza **Hipótesis alternativa (H1)** de que la adopción de estrategias nutricionales adecuadas se vincula directamente con un mejor control de los factores de riesgo, tales como la hipertensión, el colesterol elevado y la obesidad. En este sentido, la alimentación saludable se configura como un determinante fundamental en la mejora del estado clínico de los adultos mayores, ya que contribuye tanto a la prevención de complicaciones como a la estabilidad del tratamiento médico.

En conclusión, los resultados estadísticos permiten establecer que existe una asociación positiva y significativa entre las estrategias alimenticias saludables y el manejo de la enfermedad en los adultos mayores de la parroquia Santa Rosa. Estos hallazgos respaldan la importancia de promover programas educativos y comunitarios orientados a la adopción de hábitos nutricionales adecuados, dado que inciden de manera directa en la calidad de vida y el control de la arteriopatía coronaria en esta población vulnerable.

5. CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación reflejan que la población adulta mayor de la parroquia Santa Rosa presenta características sociodemográficas que condicionan el manejo de su enfermedad. El 90% de los encuestados (n=27) fueron mujeres y solo el 10% hombres (n=3), con un 60% de participantes mayores de 70 años, lo que evidencia un grupo etario vulnerable a complicaciones cardiovasculares. En cuanto al nivel educativo, el 53,3% (n=16) no posee estudios y el 46,7% (n=14) apenas alcanzó la primaria, lo que limita su comprensión de los riesgos y de la importancia de adoptar hábitos saludables. Estas condiciones sociales y educativas se convierten en un obstáculo para la implementación efectiva de estrategias alimenticias saludables.

Respecto a los hábitos nutricionales, se identificó que el 36,7% de los adultos mayores consume con frecuencia alimentos básicos altos en carbohidratos y grasas como arroz y frituras, mientras que apenas un 26,7% reportó una ingesta adecuada de frutas y verduras. Esta situación se refleja en las condiciones clínicas: más de una cuarta parte de los participantes (26,7%) mantiene un mal control de su enfermedad de base, con cifras de presión arterial y niveles de colesterol poco regulados, lo que incrementa el riesgo de eventos coronarios y demuestra la estrecha relación entre dieta y estado de salud.

El análisis inferencial mediante la prueba de Chi-cuadrado confirmó la asociación entre las variables. En primer lugar, se obtuvo un valor de $\chi^2 = 20.6$ con 2 grados de libertad y un nivel de significancia $p < 0.001$, lo que evidencia una relación altamente significativa entre la calidad de la alimentación y el manejo de la arteriopatía coronaria. Además, en el análisis del nivel de riesgo cardiovascular, se obtuvo un $\chi^2 = 9.57$ con $p = 0.008$, también estadísticamente significativo. Estos resultados permiten afirmar que el impacto de la alimentación en el control clínico de la enfermedad no es producto del azar, sino de una relación consistente y comprobada. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (H1), estableciendo que las estrategias alimenticias saludables contribuyen de manera directa al manejo de la arteriopatía coronaria en adultos mayores.

En síntesis, la investigación demuestra con datos duros que los adultos mayores con una dieta más equilibrada, incluyendo frutas, verduras, cereales integrales y reducción de grasas saturadas, presentan mejores indicadores de control clínico y menor exposición a

factores de riesgo cardiovascular. Por lo tanto, la promoción de hábitos nutricionales adecuados debe ser una prioridad en los programas de salud comunitaria de la parroquia Santa Rosa. La evidencia estadística obtenida sustenta que fortalecer la educación alimentaria y garantizar el acceso a alimentos saludables no solo mejora la calidad de vida de los adultos mayores, sino que también reduce la carga clínica y económica asociada a la arteriopatía coronaria en este sector poblacional vulnerable.

6. RECOMENDACIONES

Implementar programas de educación en salud y nutrición con materiales didácticos simples y accesibles (cartillas ilustradas, infografías y charlas comunitarias), dirigidos a los adultos mayores de la parroquia Santa Rosa, considerando que el 53,3% no posee estudios. Esto favorecerá la comprensión de las indicaciones médicas y la adopción de hábitos de autocuidado.

Promover la ingesta regular de frutas, verduras y cereales integrales, cuya incorporación fue insuficiente en más del 70% de los adultos mayores, y disminuir el consumo de arroz, frituras y grasas saturadas, frecuentes en el 36,7% de la muestra. Esto puede lograrse mediante huertos comunitarios, ferias barriales de alimentos saludables y talleres de cocina adaptada al contexto local.

Fortalecer los sistemas comunitarios de control clínico, priorizando la presión arterial, colesterol y glucosa, ya que el 26,7% de los participantes evidenció un mal manejo de su enfermedad de base. Se recomienda establecer brigadas de salud comunitarias con visitas domiciliarias y la participación de familiares como apoyo al tratamiento farmacológico.

Diseñar programas de actividad física adaptada a adultos mayores, incorporando caminatas cortas, pausas activas y ejercicios de bajo impacto, con el fin de reducir el sedentarismo, mejorar la capacidad funcional y apoyar el manejo integral de la arteriopatía coronaria.

Impulsar el acompañamiento psicosocial mediante grupos comunitarios de apoyo y actividades intergeneracionales, con el propósito de promover la integración social, la motivación para mantener hábitos saludables y el bienestar emocional de los adultos mayores.

Articular estas estrategias con los lineamientos del programa HEARTS de la OPS y con las políticas nacionales de prevención cardiovascular, garantizando sostenibilidad, continuidad y un impacto positivo en la salud de la población adulta mayor de Santa Rosa.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de de Salud*. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Obtenido de https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Agüero, S. D., Candia, P., & Mena, R. P. (2017). Validación de contenido de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM). *ARÁN*. doi:10.20960/nh.1081
- Avendaño, S. B., & Álvarez, O. M. (2018). Ejercicio en prevención primaria de enfermedad cardiovascular y cáncer. *Revista Med*. Recuperado el 23 de Abril de 2025, de <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/2919/3906#toc>
- Baca, M. E. (Diciembre de 2018). El envejecimiento desde un enfoque de determinantes sociales. Recuperado el 7 de Mayo de 2025, de https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/ops_oms_maria_edith_baca.pdf
- Brillat, S. J. (2005). Alimentación saludable basada en la evidencia. *Elsevier*. Recuperado el 29 de 11 de 2024, de <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-alimentacion-saludable-basada-evidencia-13088200>
- Calañas-Continente, A. (2005). Alimentación saludable basada en la evidencia. 52(52). Recuperado el 7 de Mayo de 2025, de <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-alimentacion-saludable-basada-evidencia-13088200>
- Caorsi, W. R. (2020). Alcohol, arritmias y enfermedad coronaria. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 12-20. doi:<https://doi.org/10.29277/cardio.35.1.4>
- Clínica Universidad de Navarra. (2024). *¿Qué es el Omega 3?* Recuperado el 20 de 11 de 2024, de Clínica Universidad de navarra: <https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/nutricion/alimentos-ricos-omega-3>
- Constitucion de la República del Ecuador 2008. (2008). Obtenido de <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-06/CONSTITUCION%202008.pdf>
- Enfermería Actual. (Febrero de 2024). *Marjory Gordon*. Obtenido de Enfermería Actual: <https://enfermeriaactual.com/marjory-gordon/>

- Enfermería Virtual . (2024). *Enfermería Virtual* . Obtenido de Hildegard Peplau: Teoría de las Relaciones Interpersonales: <https://enfermeriavirtual.com/hildegard-peplau-teoria-de-las-relaciones-interpersonales/>
- Enfermería Virtual. (2020). *Dorothea Orem: teoría del déficit de autocuidado*. Obtenido de Enfermería Virtual: <https://enfermeriavirtual.com/dorothea-orem-teoria-del-deficit-de-autocuidado/>
- ESC. (2024). *European Society of Cardiology*. Obtenido de <https://www.escardio.org/>
- Florián, & Catheryne. (2012). Investigación no Experimental. *Fundación Universitaria Konrad Lorenz*. Recuperado el 28 de Mayo de 2025, de <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/2317>
- Fundación Española del Corazón. (2019). *Tabaco*. Recuperado el 23 de Abril de 2025, de <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/fumar-tabaco-tabaquismo.html>
- Godoy, V. N., Vásquez, R. A., & Valero, C. N. (2024). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares: una revisión narrativa. Recuperado el 29 de 11 de 2024, de https://www.researchgate.net/publication/380952890_Epidemiologia_de_las_enfermedades_cardiovasculares_una_revision_narrativa
- Grajales, G. T. (2000). Tipos de Investigación. Recuperado el 28 de Mayo de 2025, de <https://cursa.ihmc.us/rid=1RM1F0L42-VZ46F4-319H/Investigaci%C3%B3n.pdf>
- Hernández, Y. N., Pacheco, J. A., & Larreynaga, M. R. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3). Recuperado el 23 de Abril de 2025, de <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
- Hernández-Sarmiento, J. M., Jaramillo-Jaramillo, L. I., Villegas-Alzate, J. D., Álvarez-Hernández, L. F., Roldan-Tabares, M. D., Ruiz-Mejía, C., . . . Martínez, L. M. (16 de junio de 2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Universidad de Manizales*, 20(2). doi:10.30554/archmed.20.2.3487.2020
- Iglesias, C. B., & Llorca, M. C. (2025). Enfermedades cardiovasculares: factores de riesgo. *Revista Sanitaria de Investigación*. Recuperado el 23 de Abril de 2025, de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermedades-cardiovasculares-factores-de-riesgo/>
- INEC. (2023). *Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios 2023*. Base de Datos del INEC. Recuperado el 7 de Mayo de 2025

- Izcuea, J., Cordero, M. J., Plaza, m., Correa, p., & Hidalgo, A. (Agosto de 2021). ¿Qué es la Medicina del Estilo de Vida y por qué la necesitamos? *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 391-399. doi:10.1016/j.rmclc.2021.01.010
- Kunstmann, S., & Gainza, F. (2018). herramientas para la estimación del riesgo cardiovascular. *Revista Médica Clínica Las Condes*. doi:10.1016/j.rmclc.2017.11.010
- Lecube, A. (2024). Impacto de la obesidad y la diabetes en la salud y en la enfermedad cardiovascular. *Elsevier*, 56(12). doi:10.1016/j.aprim.2024.103045
- Ley Orgánica de la Salud. (2016). *Ley Orgánica de la Salud*. Recuperado el 23 de Abril de 2025, de https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento_ley-org%C3%A1nica-salud.pdf
- Ley Orgánica de Salud. (2006). *vlex*. Obtenido de <https://vlex.ec/vid/ley-67-ley-organica-648443225>
- Luna, D. V. (2022). Los patrones funcionales de Marjory Gordon y su aplicación en el contexto clínico desde el enfoque de enfermería. *Notas de clase*. Recuperado el 23 de Abril de 2025, de <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/7d0fcb29-8867-427a-91e4-b7f27e45d5e5/content>
- Merino, I. V. (2020). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. 59(4). doi:10.30827/ars.v59i4.7357
- MSP. (2018). *Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo*. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Recuperado el 20 de 11 de 2024, de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>
- Naciones Unidas. (2024). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible*. Recuperado el 29 de 11 de 2024, de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
- OMS. (2021). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 20 de 11 de 2024, de Organización Mundial de la Salud: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- OMS. (1 de Octubre de 2024). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 7 de Mayo de 2025, de Envejecimiento y Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OPS. (2021). *Alimentación saludable*. Obtenido de OPS: <https://www.paho.org/es/temas/alimentacion-saludable>

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Perfil de enfermedades cardiovasculares en Ecuador*. Recuperado el 23 de Abril de 2025, de <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/ECUADOR-PERFIL-ECV-2014.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (31 de agosto de 2018). *Alimentación Sana*. Recuperado el 20 de 11 de 2024, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Hipertension*. Recuperado el 23 de Abril de 2025, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/enlace/hipertension>
- Organización Panamericana de la Salud. (21 de 09 de 2021). *Las enfermedades del corazón siguen siendo la principal causa de muerte en las Américas*. Recuperado el 29 de 11 de 2024, de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/noticias/29-9-2021-enfermedades-corazon-siguen-siendo-principal-causa-muerte-americas>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *HEARTS en las Américas*. Recuperado el 20 de 11 de 2024, de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/hearts-americas>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Diabetes*. Recuperado el 23 de Abril de 2025, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado el 29 de 10 de 2024, de <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
- Organización Panamericana de la Salud. (24 de 05 de 2023). *Informe de Ecuador: Mejorando la salud cardiovascular desde comunidades locales hasta el nivel nacional con un enfoque participativo*. Recuperado el 29 de 11 de 2024, de <https://www.paho.org/es/noticias/16-5-2023-informe-ecuador-mejorando-salud-cardiovascular-desde-comunidades-locales-hasta>
- Plan Nacional de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024 - 2025. (2024). *Plan Nacional de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024 - 2025*. Recuperado el 23 de Abril de 2025, de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2024/02/PND2024-2025.pdf>
- Revista Española de cardiología. (2013). Sedentarismo y su relación con el perfil de riesgo cardiovascular, la resistencia a la insulina y la inflamación. doi:10.1016/j.recesp.2013.10.017
- Rivero, M. N., Quiroz, L., Spósito, P., & Huarte, Á. (22 de Octubre de 2020). Hipertensión arterial y dislipemia. *Revista Uruguaya de Cardiología*. doi:10.29277/cardio.35.3.10

- Rodríguez, J. C., Ortega, S. P., Rovira, M. d., Chicón, D. B., Tovar, E. V., & Gracia, S. V. (2014). Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular, su conocimiento y control en pacientes que ingresan con un síndrome coronario agudo. *Asociación Española de Enfermería en Cardiología*. Recuperado el 20 de 11 de 2024, de https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/62_04.pdf
- Romero, Z. S., & Arce, B. J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. 23(93). doi:10.22185/24487147.2017.93.022
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación* (Vol. 6). Recuperado el 28 de Mayo de 2025, de https://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/981/Investigacion_sampieri_6a_ED.pdf
- Secretaría Nacional de Planificación . (2020). *Matriz de alineación del Plan Nacional de Desarrollo con los Objetivos de Desarrollo*. Obtenido de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2020/02/Matriz-de-alineaci%C3%B3n-PND-ODS.pdf>
- Segura, A., & Marrugat, J. (2009). Epidemiología cardiovascular. 101-109. Bilbao, España. Recuperado el 23 de Abril de 2025, de https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap10.pdf
- Sorroche, .: A. (2020). Factores a tener en cuenta para un envejecimiento activo. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos*. Recuperado el 7 de Mayo de 2025, de <https://revistamedica.com/factores-envejecimiento-activo/>
- Vera, E. p. (2017). Aplicación del Modelo Hildegard Peplau en los Cuidados de Enfermería del personal que labora en el área de Medicina interna (Clínica 2(del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca Periodo Septiembre 2017 - Febrero 2018. *Tesis*. Cuenca. Recuperado el 23 de Abril de 2025, de <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/39f6c7d8-6297-429a-90db-0e4cfb045671/content>
- WMA. (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios Éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. Recuperado el 13 de Junio de 2025, de <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Anexo 1

Autorización de "Casa de vida" 3 Santa Rosa, Salinas



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio No. – 255 -CE-UPSE-2025.

La Libertad, 30 de junio de 2025

Sra.
Esperanza González
**COORDINADORA DEL GRUPO DE
ADULTOS MAYORES CASA DE VIDA**

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería a la estudiante:

No-	TEMA	ESTUDIANTE	TUTOR
1	ESTRATEGIAS ALIMENTICIAS SALUDABLES PARA EL MANEJO DE LA ARTERIOPATÍA CORONARIA EN ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SANTA ROSA, CANTÓN SALINAS, 2025	VIOLETA VALERIA MAYORGA TORRES	Dr. Paul Geovanny Pozo Flores, Msc

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondientes para que la Srta. **VIOLETA VALERIA MAYORGA TORRES**, proceda al levantamiento de información dentro de la Institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Particular que remito para los fine pertinentes. -

Atentamente



CARMEN OBDULLA
LASCANO ESPINOZA



Lic. Carmen Lascano Espinoza, Ph.D
DIRECTORA DE CARRERA



C.C ARCHIVO
CLE/POS

Anexo 2

Autorización del alcalde de Salinas

SALINAS 24 DE JULIO DEL 2025

ING.

DENNIS CÓRDOVA SECAIRA

ALCALDE DEL CANTÓN SALINAS



De mis consideraciones:

YO, LUZ ERCILIA TORRES DIAZ, CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 091311574-7, EN REPRESENTACIÓN DE MI HIJA: VIOLETA VALERIA MAYORGA TORRES, CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 092545016-5, ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE ENFERMERIA, DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA.

Por medio de la presente me dirijo a usted muy respetuosamente, para solicitarle se dirccione al departamento de TURISMO, concediéndome realizar una encuesta, en **EL ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN y ENCUENTRO CASA DE VIDA No 3, DE LA PARROQUIA SANTA ROSA**, para el día de mañana **VIERNES 25 DE JULIO DEL AÑO EN CURSO.**

Encuesta que servirá como trabajo calificado por la institución antes señalada.

Por la atención prestada a la presente quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

LUZ ERCILIA TORRES DIAZ

TELÉFONO: 0996881178

Anexo 3
Consentimiento informado



**FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES Y DE LA SALUD**

CARRERA DE ENFERMERÍA

Salinas, Santa Elena 2025

Yo, _____, con número de cédula _____, acepto participar de forma voluntaria en este proyecto de investigación titulado **"Estrategias alimenticias saludables para el manejo de la arteriopatía coronaria en adultos mayores de la parroquia Santa Rosa, cantón Salinas, 2025"**, que será realizado por la estudiante **Mayorga Torres Violeta Valeria** de la carrera de enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, bajo tutoría del Lic. **Pozo Flores Paul Geovanny, Msc.**

Se me ha explicado que participare respondiendo una encuesta, lo cual tomará un tiempo aproximadamente de 8 a 10 minutos, se me asegura que toda la información que proporcione será confidencial y se usará únicamente para este estudio, con mi permiso.

Por lo tanto, como participante y entendiendo claramente el propósito del estudio, acepto colaborar en esta investigación.

Todo esto, conforme a las disposiciones legales relacionadas con el consentimiento informado, después de haberle explicado verbalmente, lo cual se confirma que entiende y acepta, firmamos juntos este consentimiento.

Firma de la investigadora

Firma del participante

Firma de la investigadora

Firma del investigador

Anexo 4

Encuesta de calidad de la alimentación del AM (ECAAM)



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

INSTRUMENTO PARA UTILIZAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tema: Estrategias alimenticias saludables para el manejo de la arteriopatía coronaria en adultos mayores de la parroquia Santa Rosa, cantón Salinas, 2025

Instrucción: Estimado participante me dirijo a usted con el fin de que me pueda responder las siguientes preguntas, con toda la sinceridad posible, y así lograr el objetivo de la presente investigación. Agradezco su sinceridad y colaboración ya que su participación es importante en la presente investigación. Gracias por el tiempo y su ayuda.

ENCUESTA DIRIGIDA A ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SANTA ROSA.

Hábitos alimentarios saludables (I Parte)

1. Toma desayuno

- 1 = Nunca
- 2 = Menos de 1 por semana
- 3 = 1-3 veces por semana
- 4 = 4-6 veces por semana
- 5 = Todos los días

2. Consume lácteos de preferencia descremados

(Leche descremada, quesillo, queso fresco o yogur descremado)

- 1 = No consume
- 2 = Menos de 1 vez al día
- 3 = 1 porción al día
- 4 = 2 porciones al día
- 5 = 3 porciones al día

3. Consume frutas (frescas de tamaño regular)

- 1 = No consume
- 2 = Menos de 1 vez al día



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

- 3 = 1 porción al día
 - 4 = 2 porciones al día
 - 5 = 3 porciones al día
4. **Consume verduras (crudas o cocidas, porción equivalente a 1 plato de servilleta)**
- 1 = No consume
 - 2 = Menos de 1 vez al día
 - 3 = 1/2 porción al día
 - 4 = 1 porción al día
 - 5 = 2 porciones al día
5. **Consume pescado (fresco/congelado/conserva, pero no frito)**
- 1 = No consume
 - 2 = Menos de 1 vez por semana
 - 3 = 1 porción por semana
 - 4 = 2 porciones por semana
 - 5 = 3 porciones por semana
6. **Consume leguminosas (porotos, lentejas, arvejas, garbanzos)**
- 1 = No consume
 - 2 = Menos de 1 vez por semana
 - 3 = 1 porción por semana
 - 4 = 2 porciones por semana
 - 5 = 3 o más porciones por semana
7. **Consume avena o panes integrales**
- 1 = No consume
 - 2 = Menos de 3 veces en la semana
 - 3 = 1 porción al día
 - 4 = 2 porciones al día
 - 5 = 3 porciones al día
8. **Come comida del hogar (casera: guisos, carbonadas, cazuela, legumbres)**
- 1 = No consume
 - 2 = Menos de 1 vez por semana
 - 3 = 1 porción por semana



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

- 4 = 2 porciones por semana
- 5 = 3 o más porciones por semana

9. Cena (comida + fruta y/o ensalada)

- 1 = Nunca
- 2 = Menos de 1 vez por semana
- 3 = 1-3 veces por semana
- 4 = 4-6 veces por semana
- 5 = Todos los días

10. Consume agua o líquidos (aguas de hierbas, jugos de frutas, té, maté)

- 1 = No toma
- 2 = 1 vaso al día
- 3 = 2 vasos al día
- 4 = 3 vasos al día
- 5 = 4 o más vasos al día

11. Consume alimentos como carnes o aves

- 1 = No consume
- 2 = 1 vez cada 15 días
- 3 = 1 vez por semana
- 4 = 2 veces por semana
- 5 = 3 veces por semana

12. Consume huevo

- 1 = No consume
- 2 = 1 vez cada 15 días
- 3 = 1 vez por semana
- 4 = 2 veces por semana
- 5 = 3 veces por semana

13. Cuántas comidas consume al día

- 1 = Menos de 1
- 2 = 2 comidas
- 3 = 3 comidas
- 4 = 4 comidas
- 5 = 4 comidas y colación



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

14. Consume la sopa Años Dorados

- 1 = No consume
- 2 = Menos de 1 vez por semana
- 3 = 1-3 porciones por semana
- 4 = 4-7 porciones por semana
- 5 = Más de 1 porción al día

15. Consume Bebida Láctea

- 1 = No consume
- 2 = Menos de 1 vez por semana
- 3 = 1-3 porciones por semana
- 4 = 4-6 porciones por semana
- 5 = Más de 1 porción al día

Hábitos alimentarios no saludables (II Parte)

16. Toma bebidas o jugos azucarados (porción: 1 vaso de 200 cc)

- 1 = 3 o más vasos al día
- 2 = 2 vasos al día
- 3 = 1 vaso al día
- 4 = Menos de 1 vaso al día u ocasionalmente
- 5 = No consume

17. Consume bebidas alcohólicas (porción: 1 vaso) el fin de semana

- 1 = 3 o más vasos al día
- 2 = 2 vasos al día
- 3 = 1 vaso al día
- 4 = Menos de un vaso al día u ocasionalmente
- 5 = No consume

18. Consume frituras

- 1 = 3 o más porciones por semana
- 2 = 2 porciones por semana
- 3 = 1 porción por semana
- 4 = Ocasionalmente



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

- 5 = No consume
- 19. **Utiliza manteca en la elaboración de masas o en frituras**
 - 1 = Todos los días
 - 2 = 3-5 veces por semana
 - 3 = 2-3 veces por semana
 - 4 = Menos de 1 vez por semana
 - 5 = No utiliza
- 20. **Consume alimentos chatarra (pizza, completos, hamburguesas, papas fritas y sopaipillas)**
 - 1 = 3 o más porciones día
 - 2 = 2 porciones al día
 - 3 = 1 porción al día
 - 4 = Menos de 1 vez al día
 - 5 = No consume
- 21. **Consume colaciones (galletas, helados, queques, berlines y pasteles)**
 - 1 = 3 o más porciones al día
 - 2 = 2 porciones al día
 - 3 = 1 porción al día
 - 4 = Menos de 1 vez al día
 - 5 = No consume
- 22. **Consume café con cafeína**
 - 1 = 3 o más tazas al día
 - 2 = 2 tazas al día
 - 3 = 1 taza al día
 - 4 = Menos de 1 taza al día
 - 5 = No consume
- 23. **Le agrega sal a las comidas antes de probarlas**
 - 1 = Siempre le agrega
 - 2 = Le agrega ocasionalmente
 - 3 = No le agrega

Anexo 5

Conocimiento del factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuestionario de conocimiento del factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares
(Rodríguez et al., 2014).

N.º Caso:

Edad: Sexo: F M Estado Civil: S C V D

Nivel de estudios: Sin Estudios Primarios Medios Universitarios

Antecedentes de C.I.:

Motivo de Ingreso: Fecha de ingreso:

Peso:

Talla:

Preguntas:

1. ¿Alguna vez un médico, enfermera, farmacéutico u otra persona le ha tomado la TA?

SÍ NO NS/NC

2. ¿Recuerda las cifras de las TA?
...../..... **NO NS/NC**

3. ¿Cree que tiene la TA alta?
SÍ NO NS/NC

4. ¿Algún médico le controla la TA?
SÍ NO NS/NC

5. ¿Toma tratamiento con medicamentos?
SÍ NO NS/NC

6. ¿Recuerda el nombre de los medicamentos?
..... **NO NS/NC**

7. ¿Hace dieta baja en sal?
SÍ NO NS/NC

8. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha controlado el colesterol?
SÍ NO NS/NC

9. ¿Recuerda si le dijeron que lo tenía elevado?
SÍ NO NS/NC



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

10. ¿Algún médico le controla los niveles de colesterol?
SÍ NO NS/NC
11. ¿Toma tratamiento con medicamentos?
SÍ NO NS/NC
12. ¿Recuerda el nombre de los medicamentos?
..... **NO NS/NC**
13. ¿Hace dieta pobre en grasas?
SÍ NO NS/NC
14. ¿Alguna vez un médico, enfermera, farmacéutico u otra persona le ha mirado las cifras de glucosa o azúcar en sangre?
SÍ NO NS/NC
15. ¿Recuerda la cifra de glucosa?
..... **NO NS/NC**
16. ¿Cree que tiene la glucosa elevada, que es diabética/o?
SÍ NO NS/NC
17. ¿Algún médico le controla la Diabetes?
SÍ NO NS/NC
18. ¿Toma tratamiento con medicamentos?
SÍ NO NS/NC
19. ¿Recuerda el nombre de los medicamentos?
..... **NO NS/NC**
20. ¿Hace dieta para controlar la diabetes?
SÍ NO NS/NC
21. ¿Hace algún tipo de ejercicio regularmente? ¿Cuál?
..... **NO NS/NC**
22. ¿Controla su peso corporal?
SÍ NO NS/NC
23. ¿Es fumador/a activo/a?
SÍ NO NS/NC
24. ¿Desde cuándo?
.....



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

25. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

.....

26. ¿Después de este ingreso piensa dejar de fumar?

SÍ NO NS/NC

27. ¿Cree que necesitará ayuda?

SÍ NO NS/NC

Autorización

Anexo 6

Tablas estadísticas Encuesta de calidad de la alimentación del AM

Preguntas	Encuestados
Sexo	
Estado civil	
Nivel de Estudios	
¿Toma desayuno?	
Consume lácteos de preferencia descremados (leche descremada, queso fresco o yogur descremado)	
Consume frutas (frescas de tamaño regular)	
Consume verduras (crudas o cocidas, porción equivalente a 1 plato de servilleta)	
Consume pescado (fresco/congelado/ conserva, pero no frito)	
Consume leguminosas (porotos, lentejas, arvejas, garbanzos)	
Consume avena o panes integrales	
Come comida del hogar (casera: guisos, carbonadas, cazuela, legumbres)	
Cena (comida + fruta y/o ensalada)	
Consume agua o líquidos (aguas de hierbas, jugos de frutas, té, maté)	
Consume alimentos como carnes o aves	
Consume huevo	
Cuántas comidas consume al día	
Consume sopas, cremas.	
Consume Bebida Láctea	
Toma bebidas o jugos azucarados (porción 1 vaso de 200 ml)	
Consume bebidas alcohólicas (porción 1 vaso) el fin de semana	
Consume frituras	
Utiliza manteca en la elaboración de masas o en frituras	
Consume alimentos chatarra (pizza, completos, hamburguesas, papas fritas y sopaipillas)	
Consume colaciones galletas, helados, queques, berlines y pasteles	
Consume café	
Le agrega sal a las comidas antes de probarlas	

Anexo 7

Preguntas del cuestionario de conocimiento del factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares

Preguntas	Encuestados
Sexo	
Estado civil	
Nivel de Estudios	
¿Alguna vez un médico, enfermera, farmacéutico u otra persona le ha tomado la Tensión Arterial?	
¿Recuerda las cifras de Tensión Arterial?	
¿Cree que tiene la Tensión Arterial alta?	
¿Algún médico le controla la Tensión Arterial?	
¿Toma tratamiento con medicamentos?	
¿Recuerda el nombre de los medicamentos?	
¿Hace dieta baja en sal?	
¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha controlado el colesterol?	
¿Recuerda si le dijeron que lo tenía elevado?	

¿Algún médico le controla los niveles de colesterol?	
¿Toma tratamiento con medicamentos?	
¿Recuerda el nombre de los medicamentos?	
¿Hace dieta pobre en grasas?	
¿Alguna vez un médico, enfermera, farmacéutico u otra persona le ha mirado las cifras de glucosa o azúcar en sangre?	
¿Recuerda la cifra de glucosa?	
¿Cree que tiene la glucosa elevada, que es diabética/o?	
¿Algún médico le controla la Diabetes?	
¿Toma tratamiento con medicamentos?	
¿Recuerda el nombre de los medicamentos?	
¿Hace dieta para controlar la diabetes?	
¿Hace algún tipo de ejercicio regularmente? ¿Cuál?	
¿Controla su peso corporal?	
¿Es fumador/a activo/a?	
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
¿Piensa dejar de fumar?	
¿Cree que necesitará ayuda?	

Anexo 8

Versión final de la encuesta de calidad de la alimentación del AM (ECAAM)

Encuestados	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25	E26	E27	E28	E29	E30
Sexo	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado civil	2	3	2	2	4	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
Nivel de Estudios	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1
Consume lácteos; Toma desayuno? de preferencia descremados (leche descremada, quesillo, queso fresco o yogur	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3

Consume agua o líquidos (aguas de hierbas, jugos de frutas, té, maté)	Consume alimentos como carnes o aves	Consume huevo	Cuántas comidas consume al día	Consume sopas, cremas.	Bebida Láctea	Toma bebidas azucaradas (porción 1 vaso de 200 ml)
3	5	4	4	3	4	1
3	5	3	3	4	4	2
3	5	4	4	3	3	1
3	4	4	3	4	4	1
3	5	3	4	4	3	2
3	4	4	4	3	4	1
3	5	3	3	3	3	1
3	4	4	4	4	4	1
3	5	4	4	3	3	1
3	5	4	4	4	4	1
2	4	4	3	4	3	1
3	5	3	4	3	4	1
3	5	4	4	3	4	1
3	5	4	4	4	4	1
3	4	3	3	4	3	2
3	4	4	3	3	4	1
3	4	4	3	4	4	1
3	5	4	4	3	3	1
3	4	4	4	4	4	1
3	5	3	3	3	3	1
2	3	4	4	4	3	1
3	5	4	3	3	3	1
3	4	4	4	4	4	1
2	3	4	4	4	3	1
3	4	4	3	3	3	1
3	4	4	4	4	4	2
2	4	4	3	4	4	1
3	5	4	4	4	4	1
3	4	4	3	3	4	1
2	4	4	4	4	4	1
3	5	4	4	4	4	1
3	4	4	4	3	4	1

Le agrega sal a las comidas antes de probarlas	Consumo café	Consumo golletes, galletas, helados, queques, berlines y pasteles	Consumo alimentos chatarra (pizza, completos, hamburguesas, papas fritas y sopapillas)	Utiliza manteca en la elaboración de masas o en frituras	Consumo frituras	Consumo bebidas alcohólicas (porción 1 vaso) el fin de semana
2	4	4	4	3	4	4
2	3	4	4	4	3	3
1	4	3	4	3	4	4
2	3	4	3	3	3	4
2	4	4	4	3	4	3
1	4	4	3	4	4	4
2	3	3	4	4	3	4
2	4	4	4	4	4	4
2	4	4	4	4	4	4
1	4	4	4	3	4	4
2	4	4	4	4	4	3
2	4	3	4	4	4	4
2	4	4	4	3	4	4
1	4	3	4	4	4	4
1	3	4	3	4	3	4
2	3	4	3	3	3	4
2	4	4	4	3	4	4
2	4	4	4	3	4	4
1	3	3	3	3	3	3
1	3	4	4	3	3	3
2	3	3	4	4	3	4
1	4	3	3	3	4	3
2	3	4	3	3	3	4
1	3	3	4	3	3	3
2	4	4	3	3	4	4
2	3	4	4	3	3	3
2	4	4	4	3	4	4
2	4	4	4	3	4	4

SUMA DE VARIANZA	5,24111111
VARIANZA DE LA SUMA DE LOS ITEMS	24,8766667
NUMERO DE ITEMS	26
COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD	0,82088883

Anexo 9

Cuestionario de conocimiento del factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares

Encuestados	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25	E26	E27	E28	E29	E30	
Sexo	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	
Estado civil	2	3	2	2	4	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	
Nivel de Estudios	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	
¿Alguna vez un médico, enfermera, farmacéutico u otra persona le ha tomado la Tensión Arterial?	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	
¿Recuerda las cifras de Tensión Arterial?	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha controlado el colesterol?	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
¿Hace dieta baja en grasas?	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
¿Recuerda el nombre de los medicamentos?	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
¿Toma tratamiento con medicamentos?	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	
¿Algún médico le controla la Tensión Arterial?	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2
¿Cree que tiene la Tensión Arterial alta?	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	

¿Alguna vez un médico, enfermera, farmacéutico u otra persona le ha mirado las cifras de glucosa o azúcar en sangre?	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1		
¿Hace dieta pobre en grasas?	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	
¿Recuerda el nombre de los medicamentos?	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	
¿Toma tratamiento con medicamentos?	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	
¿Algún médico le controla los niveles de colesterol?	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1
¿Recuerda si le elevaron que lo tenia elevado?	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0

¿Hace algún tipo de ejercicio regularmente? ¿Cuál?	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	
¿Hace dieta para controlar diabetes?	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	
¿Recuerda el nombre de los medicamentos?	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
¿Toma tratamiento con medicamentos?	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
¿Algún médico controla Diabetes?	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
¿Cree que tiene la glucosa elevada, que es diabética/o?	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
¿Recuerda la cifra de glucosa?	0	1	0	0	0	1	1	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0

¿Cree que necesitará ayuda?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
¿Piensa dejar de fumar?	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1		
¿Es fumador/a?	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	
¿Controla su peso corporal?	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	

SUMA DE VARIANZA	5,86333333
VARIANZA DE LA SUMA DE LOS ITEMS	22,9566667
NUMERO DE ITEMS	29
COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD	0,7941838

Anexo 10

Evidencias Fotográficas



Anexo 11
Datos del INEC

Etiquetas de fila	Cuenta de cau298rx	Cuenta de cau221rx	Cuenta de cap221rx
162 Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (O94-O99)	20	20	20
244 Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio y otras afecciones obstétricas, no clasificadas en otra	20	20	20
XV Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	20	20	20
166 Trastornos respiratorios y cardio vasculares específicos del periodo perinatal (P20-P29)	8	8	8
249 Otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	8	8	8
XVI Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	8	8	8
207 Traumatismo de parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo(T08-T14)	2	2	2
272 Fractura del cuello, del tórax o de la pelvis	1	1	1
XIX Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (S00-T98)	1	1	1
281 Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	1	1	1
XIX Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (S00-T98)	1	1	1
217 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte (T80-T88)	15	15	15
288 Ciertas complicaciones precoces de los traumatismos y complicaciones de la atención médica y quirúrgica no clasif	15	15	15
XIX Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (S00-T98)	15	15	15
32 Tumor maligno del ojo, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central (C69-C72)	2	2	2
82 Tumor maligno del encéfalo	2	2	2
II Neoplasias (C00-D48)	2	2	2
93 Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	44	44	44
145 Hipertensión esencial (primaria)	25	25	25
IX Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	25	25	25
146 Otras enfermedades hipertensivas	19	19	19
IX Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	19	19	19
95 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar (I26-I28)	4	4	4
149 Embolia pulmonar	3	3	3
IX Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	3	3	3
152 Otras enfermedades cardíacas	1	1	1
IX Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1	1	1
98 Enfermedades de las arterias, las arteriolas y de los vasos capilares (I70-I79)	6	6	6
159 Embolia y trombosis arteriales	5	5	5
IX Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	5	5	5
160 Otra enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares	1	1	1
IX Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1	1	1
99 Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte (I80-I89)	9	9	9
161 Flebitis, tromboflebitis, embolia y trombosis venosas	4	4	4
IX Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	4	4	4
162 Venas varicosas de los miembros inferiores	1	1	1
IX Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1	1	1
164 Otras enfermedades del sistema circulatorio	4	4	4
IX Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	4	4	4
Total general	110	110	110

Anexo 12

Certificado de antiplagio compilatio



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Biblioteca General

Formato No. BIB-009

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

La Libertad, 31 de julio del 2025

001-TUTOR PPF -2025

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado "**ESTRATEGIAS ALIMENTICIAS SALUDABLES PARA EL MANEJO DE LA ARTERIOPATÍA CORONARIA EN ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA SANTA ROSA, CANTÓN SALINAS, 2025**", elaborado por el(la) estudiante **MAYORGA TORRES VIOLETA VALERIA**, egresado(a) de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada de Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio, luego de haber cumplido con los requerimientos de valoración, el presente proyecto, se encuentra con 5% de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente certificado.

Adjunto el reporte de análisis.

Atentamente,



Paul Geovanny Pozo
Flores



Dr. Paul Geovanny Pozo Flores, MSc.

C.I.:0926678145

DOCENTE TUTOR

Biblioteca General

Vía La Libertad - Santa Elena
Correo: biblioteca@upse.edu.ec
Teléfono: 042781738 ext. 136



Formato No. BIB-009
CERTIFICADO ANTIPLAGIO

Reporte de análisis.



Fuentes de similitud

