



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ



Facultad

Ciencias de la Salud

Escuela - Carrera

Nutrición y Dietética

Título del Proyecto

Promoción de la salud como iniciativa para disminuir el gasto público en salud destinado para la cura de enfermedades

Subtítulo del Proyecto

Diagnóstico contextual sobre el gasto que genera para el estado y la familia, la atención y/o tratamiento de dislipidemias en trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí

Tipo de Proyecto

Proyecto de Integración Básica Múltiple

Autores

- Alcívar Intriago Robinson Alexander
- Cantos Macías Sara María (Coordinadora)
 - Cedeño Moreira Génessis Dayana
 - Flores Santos Leonela Maittee
 - Zambrano Moreira Dennys Adrián

Asignatura/ Docente

Promoción de la Salud/ Dra. Viorkis Pérez Ortiz (Tutora)

Bioquímica Nutricional/ Dr. Johan Urdaneta Bracho

Fisiopatología Nutricional/ Dra. Shirley Guamán Espinoza

Nivel

Tercero – Paralelo “A”

Portoviejo, 07 de Agosto de 2019

Periodo académico

Abril 2019 – Agosto 2019

ÍNDICE GENERAL

Índice General

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	3
2. CAPÍTULO I.....	4
2.1. DEFINICIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2.2. JUSTIFICACIÓN	5
2.3. OBJETO DE ESTUDIO	6
2.4. OBJETIVOS	7
2.4.1. Objetivo general	7
2.4.2. Objetivos específicos	7
3. CAPÍTULO II	8
3.1. MARCO TEÓRICO	8
3.1.1. Definición de Dislipidemia.....	8
3.1.2. Factores de Riesgo.....	8
3.1.3. Clasificación	9
3.1.4. Aspecto Bioquímico	9
3.1.5. Aspecto Fisiológico	10
3.1.6. Manifestaciones	10
3.1.7. Diagnóstico.....	11
3.1.8. Tratamiento.....	11
3.1.9. Estrategias de Prevención.....	13
3.1.10. Epidemiología.....	13

4. CAPÍTULO III.....	14
4.1. METODOLOGÍA.....	14
4.1.1. Diseño y Modalidad de la Investigación	14
4.1.2. Tipo de Investigación	14
4.1.3. Técnica e Instrumentos de la Investigación.....	14
4.2. PREGUNTAS CIENTÍFICAS	15
4.3. RESULTADOS ESPERADOS.....	15
4.4. VIABILIDAD.....	15
5. CAPÍTULO IV.....	17
5.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	17
5.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	34
6. CAPÍTULO V	40
6.1. CONCLUSIONES	40
6.2. RECOMENDACIONES.....	41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
8. ANEXOS.....	46
8.1. Entrevista dirigida Trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí	46
8.2. Cronograma de actividades.....	49
8.3. Aplicación de las encuestas	50

Índice de Tablas

Tabla 1. Factores de riesgo en dislipemias	8
Tabla 2. Distribución de Trabajadores Con Dislipidemia	17
Tabla 3. Distribución del Género de los trabajadores con dislipidemia.....	18
Tabla 4. Distribución de la edad de los trabajadores con dislipidemia	19
Tabla 5. Distribución del nivel de educación de los trabajadores con dislipidemia.....	20
Tabla 6. Distribución del estado civil de los trabajadores con dislipidemia	22
Tabla 7. Distribución de la actividad laboral principal de los trabajadores con dislipidemia	23
Tabla 8. Distribución de la fuente de financiamiento del tratamiento de los trabajadores con dislipidemia.....	24
Tabla 9. Distribución del gasto en tratamiento farmacológico y fuente de financiamiento de trabajadores con dislipidemia	26
Tabla 10. Distribución del gasto en tratamiento nutricional de los trabajadores con dislipidemia	28
Tabla 11. Distribución de los trabajadores que conocen qué es dislipidemia	29
Tabla 12. Distribución de trabajadores que conocen los factores de riesgo de la dislipidemia	30
Tabla 13. Distribución de las causas de dislipidemia indicadas por los trabajadores	31
Tabla 14. Distribución de los trabajadores capacitados sobre dislipidemias	33

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Obstrucción arterial por lípidos	10
Ilustración 2. Distribución de Trabajadores Con Dislipidemia	17
Ilustración 3. Distribución del Género de los trabajadores con dislipidemia.....	18
Ilustración 4. Distribución de la edad de los trabajadores con dislipidemia	19
Ilustración 5. Distribución del nivel de educación de los trabajadores con dislipidemia	21
Ilustración 6. Distribución del estado civil de los trabajadores con dislipidemia.	22
Ilustración 7. Distribución de la actividad laboral principal de los trabajadores con dislipidemia	23
Ilustración 8. Distribución de la fuente de financiamiento del tratamiento de los trabajadores con dislipidemia	25
Ilustración 9. Distribución del gasto en tratamiento farmacológico y fuente de financiamiento de trabajadores con dislipidemia	27
Ilustración 10. Distribución del gasto en tratamiento nutricional de los trabajadores con dislipidemia	28
Ilustración 11. Distribución de los trabajadores que conocen qué es dislipidemia	29
Ilustración 12. Distribución de trabajadores que conocen los factores de riesgo de la dislipidemia	30
Ilustración 13. Distribución de las causas de dislipidemia indicadas por los trabajadores	32
Ilustración 14. Distribución de los trabajadores capacitados sobre dislipidemias	33

RESUMEN

Las dislipidemias o hiperlipidemias son un conjunto de enfermedades que tienen la característica de tener concentraciones anormales de las lipoproteínas sanguíneas, un incremento de triglicéridos (TGL) y lipoproteínas de baja densidad (LDL), y la disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) que constituyen un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares (1).

Además, según Freire W, Ramírez MJ, Belmont P (2012), en el grupo de edad de 10 a 19 años se ha visto la presencia de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia en 6,5% y 11,1% respectivamente, a nivel nacional. Asimismo, las provincias de Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas tienen la mayor prevalencia de colesterol LDL mayores o iguales a 130 mg/dl, con 22,7% de la población ecuatoriana (2). Esta prevalencia genera un gasto para el estado en tratamiento para esta enfermedad, por esta razón con el presente proyecto se pretende determinar el diagnóstico contextual sobre el gasto que genera para el estado y la familia, la atención y/o tratamiento de dislipidemias en trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí, tomando en cuenta la prevalencia de dislipidemia en los trabajadores, sus características sociodemográficas, el gasto en su tratamiento y su financiador, así como el conocimiento que tienen sobre el tema, datos obtenidos de una muestra aleatoria de 50 trabajadores, con investigación de tipo bibliográfica y de campo, haciendo uso de la técnica de encuesta.

A partir de los resultados se obtuvo que la prevalencia de trabajadores con dislipemia representa al 32% de los trabajadores, siendo que todos ellos llevan un tratamiento farmacológico financiado mayormente de manera personal, seguido por el IESS como financiador, mientras que su tratamiento nutricional solo se dio en el 25% de los individuos con dislipidemia y se financia personalmente, además, se registró dislipidemia en trabajadores del cuarto y sexto decenio de la vida, de género masculino, casados, con estudios de postgrados y empleados del sector público, como características más frecuentes.

También se pudo registrar que el gasto farmacológico en mayoría de casos es de 80 a 100 dólares, mientras que el nutricional es de 60 dólares frecuentemente. Asimismo se reconoció que los trabajadores no conocen el término dislipidemia, sin embargo al explicarles lo que es, la mayoría coincidía en que la causa de esta enfermedad es la alimentación inadecuada., por ello se realizó un video informativo sobre las dislipidemias y su prevención principalmente, para hacer frente a la gran ausencia de capacitación sobre el tema en los trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Finalmente se recomendó emplear una muestra adecuada de trabajadores con dislipidemia y fomentar políticas de capacitación sobre el tema para la población en general y haciendo énfasis en los trabajadores públicos.

Igualmente realizar un cruce de variables para conocer más a fondo las características sociodemográficas de los individuos con dislipidemia, empleando sobre todo el género como base para relacionar.

1. INTRODUCCIÓN

Con el presente proyecto se pretende determinar el diagnóstico contextual sobre el gasto que genera para el estado y la familia, la atención y/o tratamiento de dislipidemias en trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí, por lo cual se estudia a una muestra de la población mencionada.

Se desea desarrollar la investigación debido al surgimiento de la incidencia de dislipidemia que se ha mostrado globalmente, y especialmente en Ecuador con la doble carga de la malnutrición registrada por ENSANUT que incluye la obesidad, así como todo lo referente a los lípidos y sus niveles alterados en el organismo que pueden causar repercusiones en la salud.

Este estudio se fundamenta en la investigación de campo y en consulta bibliográfica de fuentes avaladas científicamente, haciendo hincapié sobre todo en las características sociodemográficas que presentan mayormente los individuos con dislipidemia para inferir el porqué de la prevalencia en individuos de determinadas características; además también se plantea este proyecto para estimar si hay gran desconocimiento de la población sobre el tema, puesto que en general una dislipidemia no genera síntomas, por tanto avanza el estado mórbido generando alteraciones metabólicas que derivan en otras enfermedades y es posible considerar entonces que a menor conocimiento, menor capacidad de prevención y por tanto gran incidencia de la enfermedad, causando un gasto para el estado que podría ser evitado, pues invirtiendo en buenos hábitos alimenticios así como de actividad física, se gana más de lo que se gasta.

2. CAPÍTULO I

2.1.DEFINICIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las dislipidemias o hiperlipidemias son un conjunto de enfermedades que tienen la característica de tener concentraciones anormales de las lipoproteínas sanguíneas; un incremento de triglicéridos (TGL) y lipoproteínas de baja densidad (LDL), y la disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) que constituyen un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, estas se originan de factores que existen en la infancia, como por ejemplo el sobrepeso u obesidad, estilos de vida poco saludables como el sedentarismo o consumo de alcohol, malos hábitos alimentarios como el consumo de comida chatarra, etc (1).

Muchos adultos jóvenes con dislipidemia moderada no se encuentran dentro de los criterios de tratamiento con estatinas en virtud de las nuevas guías de colesterol AHA/ACC, ya que se centran en el riesgo cardiovascular a los 10 años. Los autores del artículo citado evaluaron la asociación entre años de exposición a la hipercolesterolemia en los momentos iniciales de la edad adulta y la futura enfermedad coronaria (3).

La edad es un factor de riesgo independiente e inmodificable en la alteración del metabolismo del colesterol y muchos de estos cambios pueden estar relacionados con cambios hormonales que determina la frecuencia de dislipidemias en pacientes adultos mayores. Las dislipidemias de no ser controladas producen un incremento en la incidencia de morbilidad y mortalidad en enfermedades como Aterosclerosis, Síndrome metabólico, Diabetes tipo 2, Enfermedades coronarias y Evento cerebrovasculares (4).

El estudio CARMELA realizado en siete ciudades de Latinoamérica publicado en el año 2010 reportó que las tasas de prevalencia de dislipidemias en los hombres y las mujeres (25-65 años) fueron: 75,5% y 48,7% en Barquisimeto, 70% y 47,7% en Bogotá, 50,4% y 24,1% en Buenos Aires, 73,1% y 62,8% en Lima, 62,5% y el 37,5% en la Ciudad de México, 52,2% y 38,1% en Quito, finalmente el 50,8% y 32,8% en Santiago. En Cuenca un estudio realizado a 200 trabajadores reportó hipertrigliceridemia

en el 57,5%; en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2013 se determinó que la prevalencia de dislipidemia fue de 17,6%, hipercolesterolemia de 33,5%, y la hipertrigliceridemia de 40,6%, presentando igual frecuencia en hombres y mujeres, la misma que aumenta con la edad (5).

Para Freire W, Ramírez MJ, Belmont P (2012), la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes es de 26% a nivel nacional de acuerdo al estudio de ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición). Indica también que tres de cada diez adolescentes presentan una situación de riesgo cardiovascular en el Ecuador, además en el grupo de edad de 10 a 19 años se ha visto la presencia de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia en 6,5% y 11,1% respectivamente, a nivel nacional. Según Freire W et al. (2012) las provincias de Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas tienen la mayor prevalencia de colesterol LDL mayores o iguales a 130 mg/dl, con 22,7% de la población ecuatoriana (2).

La Fundación del Corazón asegura que la hipercolesterolemia se puede prevenir siguiendo las siguientes recomendaciones: Mantener una dieta equilibrada es fundamental para evitar que los niveles de colesterol aumenten. Para ello es fundamental evitar el consumo de grasas saturadas, como se consigue siguiendo la dieta mediterránea. Además de vigilar y cuidar la dieta, las personas que quieran prevenir la aparición de la hipercolesterolemia deben incluir un plan deportivo en su rutina (6).

De acuerdo al planteamiento realizado se genera la interrogante ¿Cuál es el diagnóstico contextual sobre el gasto que genera para el estado y la familia, la atención y/o tratamiento de dislipidemias en trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí en el periodo abril – agosto 2019?

2.2.JUSTIFICACIÓN

Debido a las cifras mencionadas respecto a individuos diagnosticados con dislipemia, y el índice de esta registrado en Ecuador, se desea realizar esta investigación, pues de esta manera será posible reconocer la situación que gira en torno al objeto de estudio en la Universidad Técnica de Manabí, con lo cual será posible alertar sobre la afección

estudiada dependiendo de los resultados, así como promover estilos de vida saludables en la población mediante los objetivos a lograr, por tanto es posible destacar que la utilidad que proporcionará el trabajo será teórica y práctica respecto a la información a recabar sobre el tema, así como los datos y cifras que se registrarán y que son relevantes para los investigadores que deseen realizar un estudio sobre el fenómeno de interés, es decir se generará una fuente de información más como aporte de conocimientos sobre las dislipemias, situado en la Universidad Técnica de Manabí.

Los beneficiados con este trabajo es el equipo autor que se desenvuelve en el desarrollo del mismo, y la comunidad universitaria que contará con el registro de este trabajo, así como con la distribución de medidas de prevención y promoción de salud respecto de las dislipemias, pudiéndose cambiar las perspectivas de poca importancia que se da a este tema hasta que surgen complicaciones.

Se trata de una investigación novedosa puesto que se realizará un diagnóstico contextual que incluye algunas variables en relación a la muestra estudiada, como lo son sus características sociodemográficas que permiten relacionar varios aspectos de la investigación. Además se justifica la realización de este trabajo debido a su factibilidad, puesto que se trabajará con la técnica de encuesta que es una manera viable de recolectar información; los recursos humanos también están presentes en el equipo de investigaciones, así como los docentes guías y su disponibilidad y capacidad para direccionar a los investigadores, en lo financiero se reconoce que no se generará un gasto económico alto, tomando en cuenta los recursos a emplear como encuestas y el lugar de estudio que se sitúa en la Universidad Técnica de Manabí. Esto permite un aporte en la carrera de los estudiantes que investigan.

2.3.OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio del presente proyecto es la Dislipemia, por lo que este fenómeno se desea investigar respecto a un diagnóstico contextual sobre el gasto que genera para el estado y la familia, su atención y/o tratamiento en trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí en el periodo abril – agosto 2019.

2.4.OBJETIVOS

2.4.1. Objetivo general

Determinar el diagnóstico contextual sobre el gasto que genera para el estado y la familia, la atención y/o tratamiento de dislipidemias en trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí.

2.4.2. Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de trabajadores diagnosticados con dislipemia y que llevan tratamiento nutricional y farmacológico.
- Conocer las características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de educación, estado civil, actividad laboral) de los trabajadores estudiados.
- Registrar el gasto aproximado en tratamiento (farmacológico, nutricional) de los trabajadores con dislipemia y quién lo financia.
- Elaborar un video que informe a los trabajadores estudiados sobre la prevención de dislipemias y a la vez promoción de la salud respecto a esta enfermedad.

3. CAPÍTULO II

3.1.MARCO TEÓRICO

3.1.1. Definición de Dislipidemia

Según Alavos, K. (2015), la dislipidemia es la elevación anormal de concentración de grasas en la sangre (colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y LDL) que aumentan el riesgo de aterosclerosis, cardiopatía, ictus e hipertensión en la vida del paciente. Además, la dislipidemia se produce cuando los niveles de colesterol en sangre, superen los siguientes valores: LDL- 70/130 ML, triglicéridos -150 MG/DL y colesterol total- 200MG/DL. Las principales causas que desencadenan una enfermedad muy grave como la dislipidemia, son la obesidad, hipertensión, hipotiroidismo, comidas grasosas, sedentarismo y diabetes. Las personas que presentan dislipidemia, no conocen sus síntomas. Es importante que estén alerta ante manifestaciones en tu salud como: Infarto Cerebrales, Pancreatitis Aguda, Enfermedades coronarias, Fatiga, Zumbido de oídos, Dolor ardoroso en miembros inferiores (7).

3.1.2. Factores de Riesgo

Tabla 1. Factores de riesgo en dislipemias (9)

Tipo factor	Disminuyen cHDL	Aumentan cHDL
Exógenos	Obesidad	Alcohol
	Tabaquismo	Actividad física
	Diuréticos	Grasas saturadas
	Betabloqueantes no cardiosselectivos	Colesterol
	Grasas poliinsaturadas	Estrógenos exógenos
	Anabolizantes	
	Progestágenos exógenos	
Endógenos	Sexo masculino	Sexo femenino
	Envejecimiento	Hiperalfalipoproteinemia familiar
	Insulina plasmática	
	Diabetes	
	Hipotiroidismo	
	Disfunción hepática	
	Déficit familiar de HDL	

Para Carrión, I. (2009), los factores de riesgo de la dislipemia son: Hereditarios (historia familiar de enfermedad cerebrovascular prematura); edad (En hombres >45 años. En mujeres >55 años); estilo de vida sedentario Género masculino; enfermedades asociadas como diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad (8).

Según Hernández, M. (2012), los modificables, condicionan las intervenciones preventivas, mientras que los no modificables, condicionan el grado de intensidad con el que se ha de intervenir para

corregir los primeros, a la izquierda se muestra una tabla con factores endógenos y exógenos de dislipemia en cuanto al aumento o disminución del colesterol HDL (cHDL) (9).

3.1.3. Clasificación

Por otra parte, Salvador, J. (2019) indica que las dislipemias se clasifican en primarias, cuando se deben a una alteración propia del metabolismo de las grasas, y secundarias, cuando se producen como consecuencia de otra enfermedad o de la toma de determinados medicamentos. Las dislipemias primarias se transmiten hereditariamente con mayor o menor penetrancia, lo que hace necesario evaluar esta posibilidad cuando existen antecedentes familiares de dislipemia. A este tipo pertenecen la hipercolesterolemia familiar, la hipertrigliceridemia familiar y la dislipemia familiar combinada (10).

3.1.4. Aspecto Bioquímico

Respecto al aspecto bioquímico, Devlin, T. (2014) señala que las dislipidemias son alteraciones de la velocidad de síntesis o de eliminación de las lipoproteínas de la circulación sanguínea. Normalmente se detectan midiendo los triacilglicéridos y el colesterol plasmático, y se clasificaran según la clase de lipoproteína que presentan un nivel elevado. La dislipidemia del tipo I se debe a la acumulación de quilomicrones. Se conocen dos formas genéticas: la deficiencia de lipoproteína lipasa y la deficiencia de ApoC-II. Esta última es necesaria para la máxima actividad de la lipoproteína lipasa. Los pacientes con hiperlipidemia de tipo I presentan niveles de triacilglicéridos plasmáticos extremadamente elevados (1000 mg/dl) y sufren xantomas eruptivos (depósitos de triacilgliceroles en la piel) y pancreatitis (11).

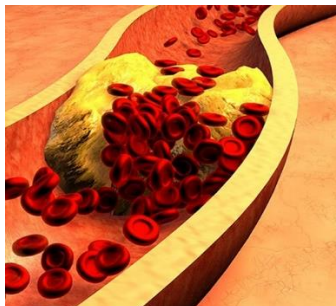
La dislipidemia del tipo II se caracteriza por valores elevados de LDL. La mayor parte de los casos se deben por defectos genéticos en la síntesis, la maduración o la función del receptor del LDL. Los heterocigotos tienen niveles de LDL elevados, por tanto se trata de un carácter dominante. Los pacientes homocigóticos presentan niveles de LDL muy elevados, y pueden sufrir infartos de miocardio antes de los 20 años de edad. La dislipidemia del tipo III se debe a anomalías de la ApoE, que interfieren en la

incorporación de los quilomicrones y los residuos de VLDL. El hipotiroidismo puede causar una dislipidemia muy similar con riesgo mayor de aterosclerosis. La dislipidemia del tipo IV es la más común. Los niveles de VLDL están incrementados, a menudo a causa de la obesidad, el abuso de alcohol o la diabetes (11).

3.1.5. Aspecto Fisiológico

Tomando en cuenta la fisiología, Hammer, G. y McPhee, S. en (2015) indican en su libro que la función hepática en el metabolismo de lípidos se ilustra por el defecto genético que suscita hipercolesterolemia familiar. La falta de un receptor de LDL funcional en esos casos hace que el hígado sea incapaz de eliminar colesterol de LDL del torrente sanguíneo, lo que produce colesterol sérico bastante alto, así como aterosclerosis y arteriopatía coronaria aceleradas (Ilustración 1) (12).

Ilustración 1. Obstrucción arterial por lípidos (12)



3.1.6. Manifestaciones

En relación a manifestaciones de la enfermedad Carrión, I. (2009) considera que las dislipidemias son generalmente asintomáticas (8) mientras que Salvador, J. (2019) postula que las hipercolesterolemias producen depósitos de colesterol en la piel y en los tendones, llamados xantomas. Cuando tienen lugar en los párpados se denominan xantelasmas. En algunos pacientes la hipertrigliceridemia se asocia con disminución de HDL colesterol, y otras complicaciones como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad e hiperuricemia, conformando el llamado síndrome metabólico que acarrea un alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Los síntomas más habituales son: Dolor

abdominal, aumento del tamaño del hígado y bazo, xantomatosis eruptiva y trastornos de circulación en extremidades inferiores (10).

3.1.7. Diagnóstico

Canalizo, E. (2013) registra que el diagnóstico clínico de las dislipidemias se basa en los niveles séricos de las lipoproteínas y de sus lípidos o el depósito de ellos en la piel y tendones. Se recomienda evaluar los niveles de colesterol total, triglicéridos y colesterol-HDL en todos los pacientes adultos. Las mediciones no deben realizarse en los sujetos que en las últimas seis semanas hayan sufrido estrés físico, incluidas enfermedades intercurrentes agudas, cirugía o pérdida de peso (13).

Aportando a lo anterior, Rodríguez, D. (2014) menciona que el perfil lipídico es uno de los exámenes de laboratorio más requeridos. En general, se solicita para la pesquisa inicial del riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular producto de un trastorno en el metabolismo de lípidos. “También es útil para el seguimiento o control del paciente que se encuentra con una dieta o medicamentos para disminuir el colesterol y, a su vez, el riesgo de enfermedad cardiovascular”, explica la Dra. Alicia Anderson, jefe del Laboratorio Clínico de Clínica Alemana. Para realizarlo, el paciente debe estar en ayuno de, al menos, 12 horas. Se hace una punción de vena para obtener una muestra de entre 2 a 5 ml de sangre, la que es enviada al Laboratorio Clínico donde es analizada en equipos automatizados de química. Los parámetros que mide son: triglicéridos, colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, índice de colesterol total, VLDL colesterol calculado. (14).

3.1.8. Tratamiento

Tomando en cuenta otra perspectiva de la dislipemia, Bañuelos, M. et al. (2009) indican que en prevención primaria, según estudio de farmacoeconomía, tanto las resinas como los fibratos presentan unas ratios coste/efectividad excesivamente elevados. Sólo las estatinas presentan una relación coste/eficacia (C/E) adecuada, si bien no todas las moléculas se muestran de igual forma ni presentan los mismos resultados farmacoeconómicos en los distintos subgrupos de la población. La fluvastatina es la

opción más coste-efectiva cuando es necesario reducir de forma moderada los valores de LDLc, es decir, en un 25-30%, según los estudios. Para inducir reducciones más importantes, la simvastatina parece ser la opción más coste-efectiva. En cuanto a la prevención secundaria, algunas estatinas han demostrado su eficacia. Lovastatina mostró un buen ratio C/E en hombres y mujeres con nivel de colesterol moderado-alto. A mayores dosis, la relación crece haciéndola poco eficiente. Simvastatina ofrece mejores resultados, originando buenos ahorros económicos, en los tiempos de hospitalización por cardiopatías agudas. De pravastatina y atorvastatina todavía no hay estudios farmacoeconómicos completos (15). El tratamiento farmacológico, si es necesario, se hará después de 6-12 meses de tratamiento dietético. Los criterios para establecer el tratamiento farmacológico se basan en el colesterol aportado por las LDL, y no en el colesterol total (16).

Pfizer, S.L.U. (2019) indica en líneas generales que se aconseja el cambio dietético a todos los individuos cuyas cifras de colesterol en sangre se encuentre en un rango de riesgo moderado (colesterol total 200-250 mg/dl). En personas de alto riesgo (colesterol total > 250 mg/dl) es necesario un tratamiento dietético enérgico e indefinido asociado o no a tratamiento farmacológico. La finalidad del tratamiento de las dislipemias es modificar los niveles de lípidos plasmáticos hasta niveles de bajo riesgo (colesterol total < 200 mg/dl o LDL-colesterol < 130 mg/dl) (17). Adicional a lo mencionado, Carrión, I. (2009) reconoce que el tratamiento dietético debe aportar la cantidad adecuada de calorías para alcanzar o mantener el peso ideal. La dieta de este tipo de pacientes debe aportar: Hidratos de carbonos de absorción lenta (alimentos con altos contenidos de fibra), limitar a menos de un 30 % el aporte energético de las grasas, reducir a menos de un 10 % el aporte de grasas saturadas, se debe consumir menos de 300 mg de colesterol por día (8).

Cuando el tratamiento es conservador, solo dieta, se debe evaluar cada 3-6 meses. Si la reevaluación es positiva, se continúa hasta conseguir los objetivos, siempre que se esté progresando, al menos durante un año. Cuando los objetivos no se consiguen, se intervendrá farmacológicamente. En este caso, también se lleva a cabo una reevaluación cada 3-6 meses hasta conseguir el perfil lipídico deseado (9).

3.1.9. Estrategias de Prevención

Para INSP (2009) algunas estrategias de prevención son:

- Perder peso hasta alcanzar un peso saludable.
- Mantener una circunferencia de cintura menor de 90 cm. en el varón, y menor de 80 cm. en la mujer.
- Modificación de la alimentación: aumentar el consumo de fibra soluble; disminuir el consumo de azúcares simples; sustituir los ácidos grasos trans y grasas saturadas por ácidos grasos poli y mono-insaturados; disminuir el consumo de colesterol.
- Aumentar la actividad física aeróbica de moderada intensidad de 30 a 60 minutos, al menos tres veces a la semana, en días no consecutivos.
- Reducir el consumo de alcohol: la cantidad máxima permisible es una ración al día equivalente a 350 ml de vino o cerveza, o 30 ml de una bebida destilada.
- Eliminar el consumo de tabaco (8).

3.1.10. Epidemiología

Las dislipidemias causan más de 4 millones de muertes prematuras por año, de las cuales se espera que el 50 a 60% de estas ocurran en los países en desarrollo, se estima que entre 40% y 66% de la población adulta en el mundo tiene niveles de colesterol o de algunas de sus fracciones en cifras por fuera de las deseables. A nivel mundial algunas estadísticas revelan que la dislipidemia en la población general alcanza un 32% en hombres y un 27% en mujeres, es más frecuente en hombres mayores de 45 años y en mujeres mayores de 55 años (18). Según datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se estima que el 20% de la población adulta tiene niveles de colesterol elevados, de los cuales la mayoría ya presentan dislipidemias. Se estima que en el 2015 en el Ecuador existió un 52,4% de sobre peso (58,3% en mujeres y un 46,5% en varones) y el 15,3 % (21,7 % en mujeres y un 8,9% en varones) sufran de obesidad, la cual aumenta substancialmente el riesgo de morbilidad por dislipidemia (19).

4. CAPÍTULO III

4.1.METODOLOGÍA

4.1.1. Diseño y Modalidad de la Investigación

La presente investigación es de tipo bibliográfica. Es la primera etapa proporcionada a la investigación de un modo sistemático, a través de una amplia búsqueda de información, conocimiento y técnica sobre las dislipidemias en este caso, a partir de documentos escritos y de fuentes confiables avaladas científicamente. Esta investigación también es aplicada y de campo, debido a que se realizó una recolección de datos en la población conformada por los trabajadores de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, tomándose de esta población una muestra aleatoria de 50 trabajadores, misma de la que se recabó información de los individuos que tenían dislipemia pues es el objeto de estudio de este trabajo.

4.1.2. Tipo de Investigación

Bibliográfica y de Campo

4.1.3. Técnica e Instrumentos de la Investigación

Para recolectar esta información se hizo uso de la técnica de encuesta, empleada como un método para identificar la información requerida de la muestra a partir de un cuestionario elaborado en base a los objetivos del trabajo. Las herramientas empleadas fueron: laptop; cuestionarios; software para procesar la información estadísticamente (Excel), empleando estadísticas descriptivas y de frecuencias para presentar los resultados mediante una tabla de datos, google académico; libros, revistas y demás documentos bibliográficos (soportes físicos y digitales).

4.2.PREGUNTAS CIENTÍFICAS

- ¿Qué porcentaje de trabajadores tienen dislipemia?
- ¿Qué porcentaje de trabajadores con dislipemia siguen un tratamiento nutricional y farmacológico?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas que presentan los trabajadores con dislipemia?
- ¿Quién financia mayormente los gastos generados en el tratamiento farmacológico y nutricional de los trabajadores con dislipemia y cuál gasto es más alto?
- ¿Saben los trabajadores qué es dislipemia, sus factores de riesgo y causas?

4.3.RESULTADOS ESPERADOS

- Se habrá identificado el porcentaje de trabajadores con dislipemia.
- Se habrá identificado el porcentaje de trabajadores con dislipemia que siguen un tratamiento nutricional y farmacológico.
- Se habrán conocido las características sociodemográficas que presentan los trabajadores con dislipemia.
- Se habrá determinado quién financia mayormente los gastos generados en el tratamiento farmacológico y nutricional de los trabajadores con dislipemia al igual que el gasto más alto en tratamiento.
- Se habrá reconocido si los trabajadores saben qué es dislipemia, sus factores de riesgo y causas, a partir de lo cual se elaborará un video con información para prevención de dislipemias y a la vez promoción de salud para instruir a los trabajadores.

4.4.VIABILIDAD

El desarrollo del presente proyecto fue factible debido a que se dispuso de la ayuda de la coordinadora y docente de la asignatura principal, así como docentes de las asignaturas cointegradoras, lo que permitió la validación de los oficios necesarios para proceder con la recolección de datos requerida y la orientación adecuada.

Se contó también con la participación de los trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí, así como la colaboración de recursos humanos del equipo autor del proyecto con el aporte investigativo y económico, permitiendo generar los gastos respectivos en hojas impresas para realizar las encuestas y presentar el proyecto, transporte, esferos, cuestionarios, y cámara. Tomando en cuenta el bajo costo económico que generaron estos procesos, es destacable la posibilidad de haberse llevado a cabo este proyecto.

5. CAPÍTULO IV

5.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 2. Distribución de Trabajadores Con Dislipidemia

Alternativa	Frecuencia	
	Nº	%
Con dislipidemia	16	32
Sin dislipidemia	34	68
TOTAL	50	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 2. Distribución de Trabajadores Con Dislipidemia



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

De acuerdo al gráfico, se puede observar que el 32% de trabajadores, es decir 16 individuos indican tener dislipidemia, mientras que el restante 68% (34 trabajadores) indica que no la tiene, es decir que la prevalencia de este trastorno es mínima en relación al total de la muestra estudiada de 50 individuos.

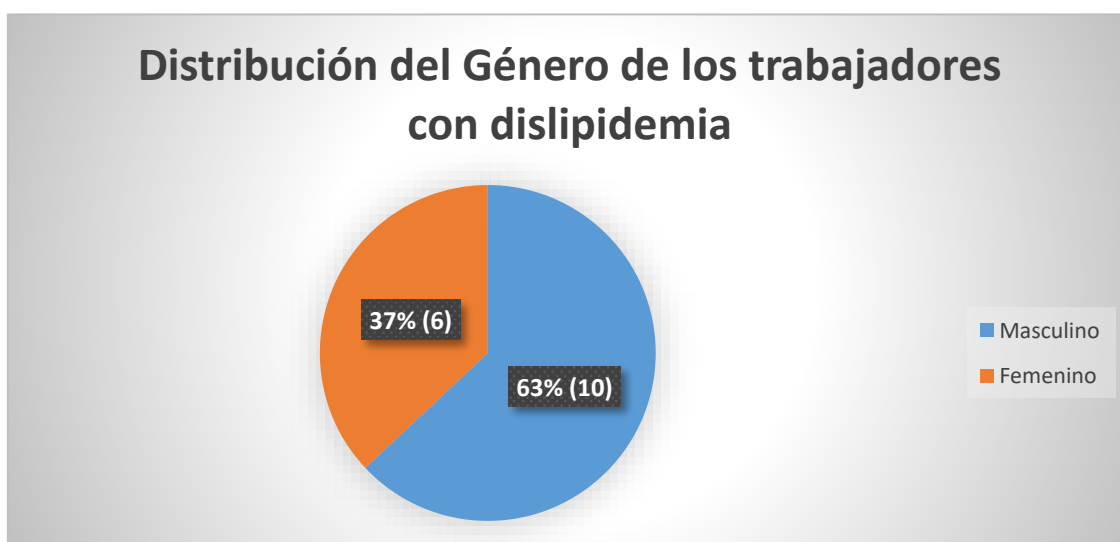
Tabla 3. Distribución del Género de los trabajadores con dislipidemia

Género	Frecuencia	
	Nº	%
Masculino	10	63
Femenino	6	37
TOTAL	16	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 3. Distribución del Género de los trabajadores con dislipidemia



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Los datos ilustrados indican una característica sociodemográfica que presentan los trabajadores con dislipidemia, que es el género, y se ha presentado este trastorno en el género masculino mayormente (63%), más que en el femenino (37%).

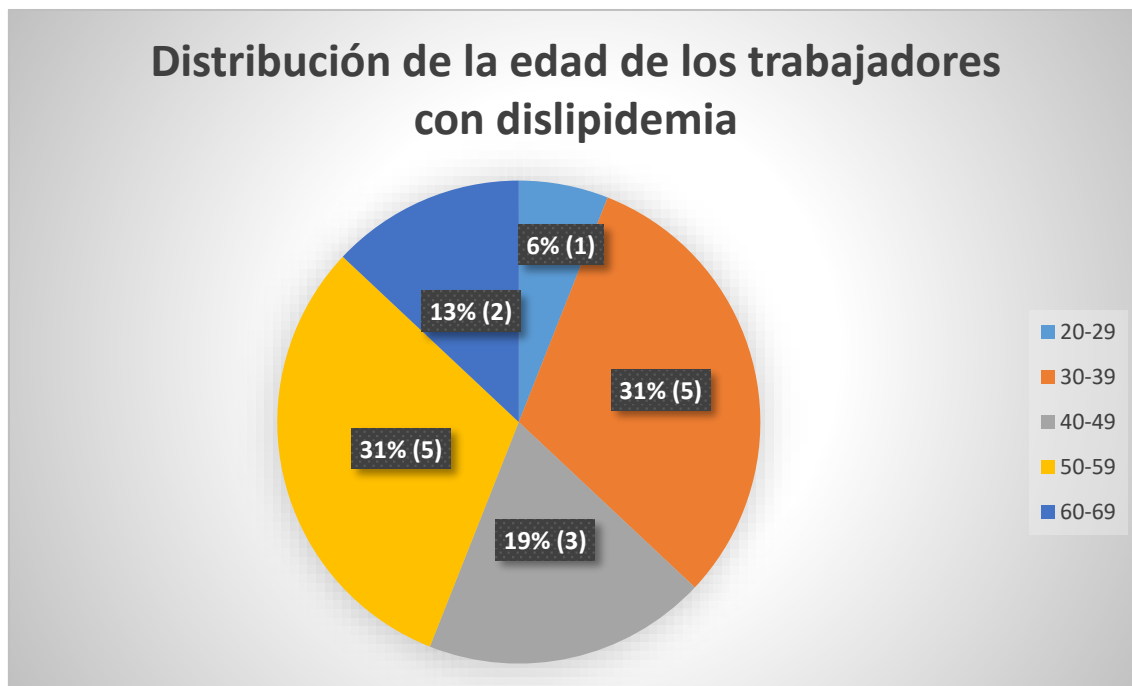
Tabla 4. Distribución de la edad de los trabajadores con dislipidemia

Edad	Frecuencia	
	Nº	%
20-29	1	6
30-39	5	31
40-49	3	19
50-59	5	31
60-69	2	13
TOTAL	16	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 4. Distribución de la edad de los trabajadores con dislipidemia



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

El gráfico muestra la edad de los trabajadores con dislipidemia, registrándose los mayores porcentajes con igualdad de cifras, siendo que este trastorno se presenta mayormente en trabajadores de 30 a 39 años, y de 50 a 59 años, y en ambos casos con el mayor porcentaje de 31%, alternando un decenio de la vida, mientras que una minoría de trabajadores presentó dislipidemia en la edad comprendida de 20 a 29 años, es decir, quienes son más jóvenes, aun así, existe un caso registrado en esta, que a pesar de que representa el 6% de los individuos con dislipidemia, podría considerarse una situación de preocupación, ya que en muestras más numerosas podrían presentarse mayores casos en esta edad que comprende a los adultos jóvenes.

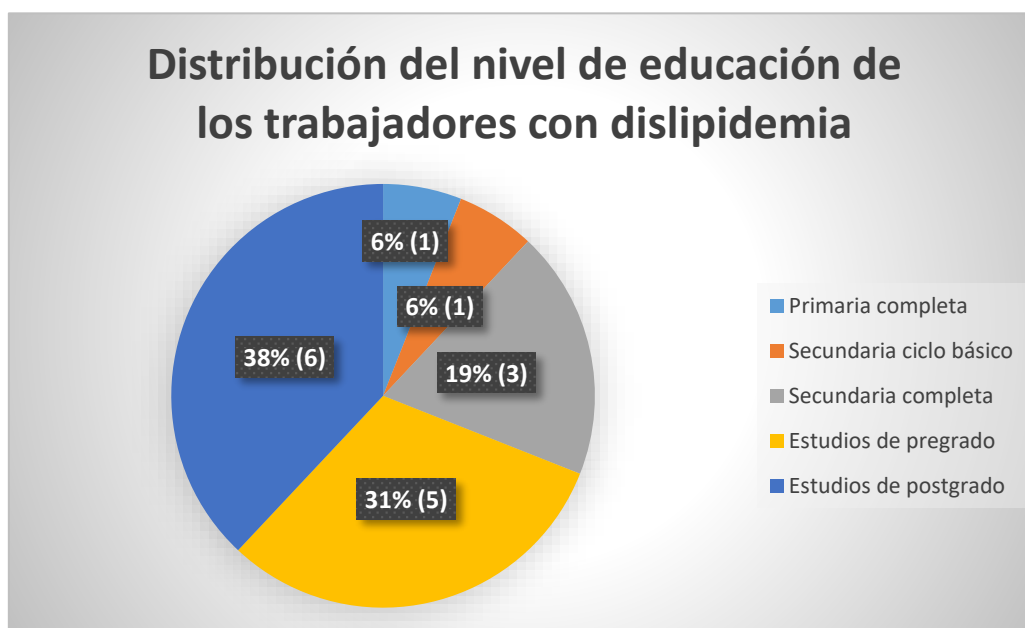
Tabla 5. Distribución del nivel de educación de los trabajadores con dislipidemia

Nivel de educación	Frecuencia	
	Nº	%
Escuela primaria completa	1	6
Secundaria ciclo básico	1	6
Secundaria completa	3	19
Estudios de pregrado	5	31
Estudios de postgrado	6	38
TOTAL	16	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 5. Distribución del nivel de educación de los trabajadores con dislipidemia



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

El gráfico muestra que los individuos con dislipidemia registran en mayoría tener estudios de postgrado (38%), seguido por los trabajadores con estudios de pregrado (31%), generándose un decremento en porcentaje de trabajadores con dislipidemia desde el más alto al más bajo nivel de estudio, lo que indicaría que quienes tienen estudios del mayor nivel son quienes presentan mayores casos de dislipidemia.

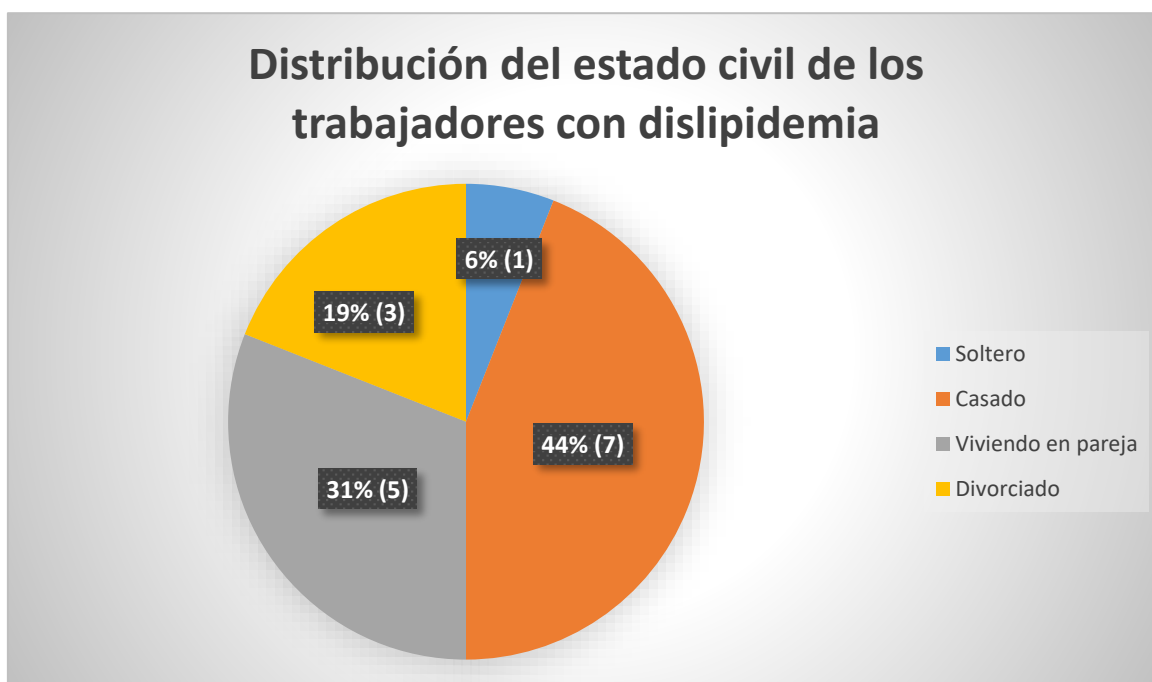
Tabla 6. Distribución del estado civil de los trabajadores con dislipidemia

Estado Civil	Frecuencia	
	Nº	%
Soltero	1	6
Casado	7	44
Viviendo en pareja	5	31
Divorciado	3	19
TOTAL	16	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 6. Distribución del estado civil de los trabajadores con dislipidemia.



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Los datos indican que la mayoría de trabajadores con dislipidemia son casados (44%), siendo que siguen en mayor porcentaje los trabajadores que viven en pareja (31%), presentándose en minoría casos de trabajadores con dislipidemia solteros (6%), lo que podría indicar que quienes viven con pareja, casados o no, presentan mayor prevalencia de tener este trastorno.

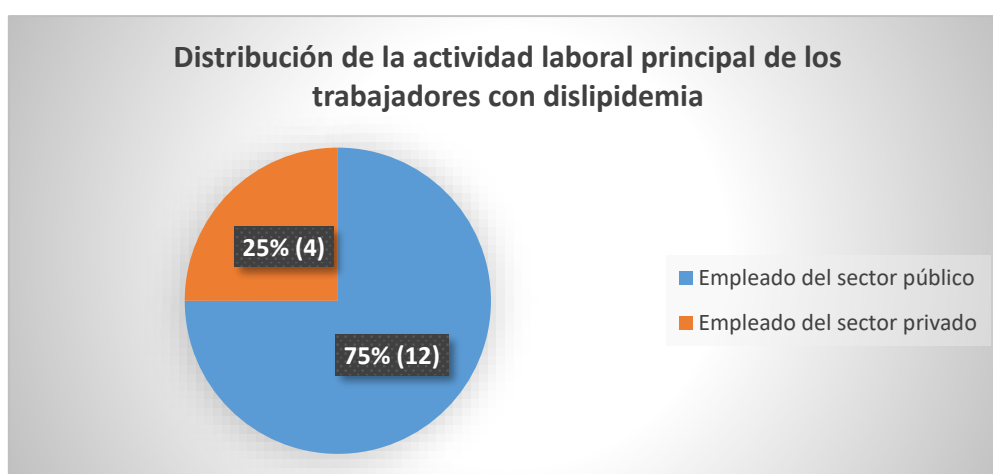
Tabla 7. Distribución de la actividad laboral principal de los trabajadores con dislipidemia

Actividad laboral principal	Frecuencia	
	Nº	%
Empleado del sector público	12	75
Empleado del sector privado	4	25
TOTAL	16	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 7. Distribución de la actividad laboral principal de los trabajadores con dislipidemia



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

El gráfico muestra que la mayoría de trabajadores tienen como actividad laboral principal ser empleados del sector público (75%), mientras que una restante minoría (25%) se registra como empleados del sector privado.

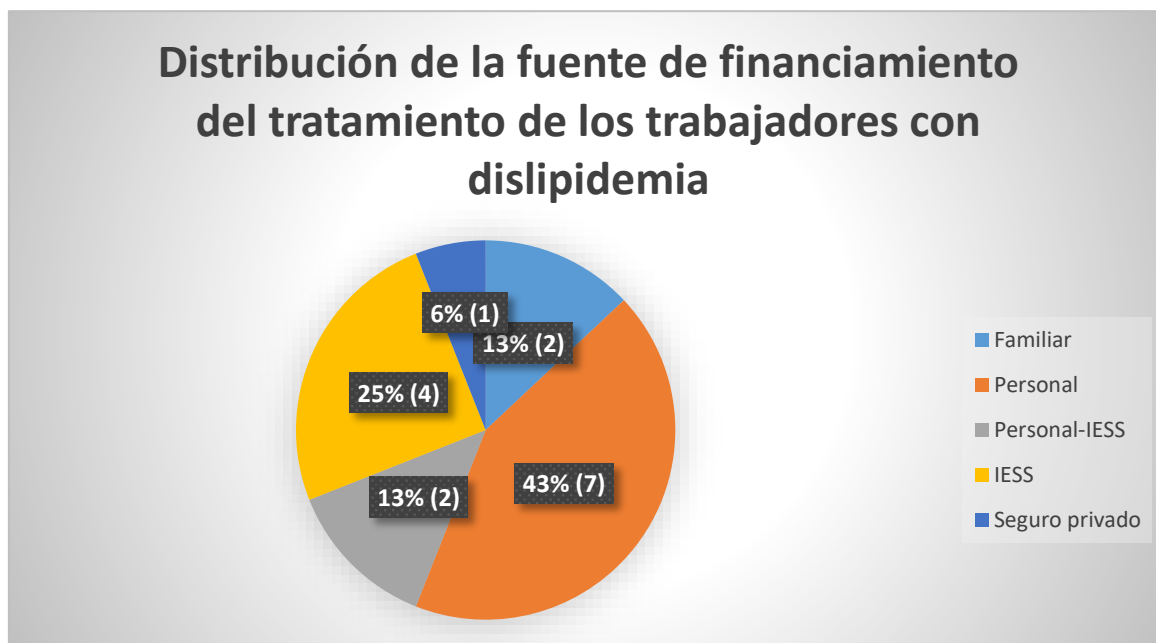
Tabla 8. Distribución de la fuente de financiamiento del tratamiento de los trabajadores con dislipidemia

Alternativa	TOTAL	
	Nº	%
Familiar	2	13
Personal	7	43
Personal-IESS	2	13
IESS	4	25
Seguro privado	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 8. Distribución de la fuente de financiamiento del tratamiento de los trabajadores con dislipidemia



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

El gráfico indica que la principal fuente de financiamiento de los trabajadores con dislipidemia es personal en 43%, seguido por el financiamiento de parte del IESS, con 25%, además, en menor porcentaje se financia mediante seguros privados (6%), también es importante destacar que hay quienes indicaron que su tratamiento no es totalmente financiado por el IESS, y que por tanto financia su tratamiento también de manera personal en un 13%, igual al porcentaje de tratamientos financiados por la familia.

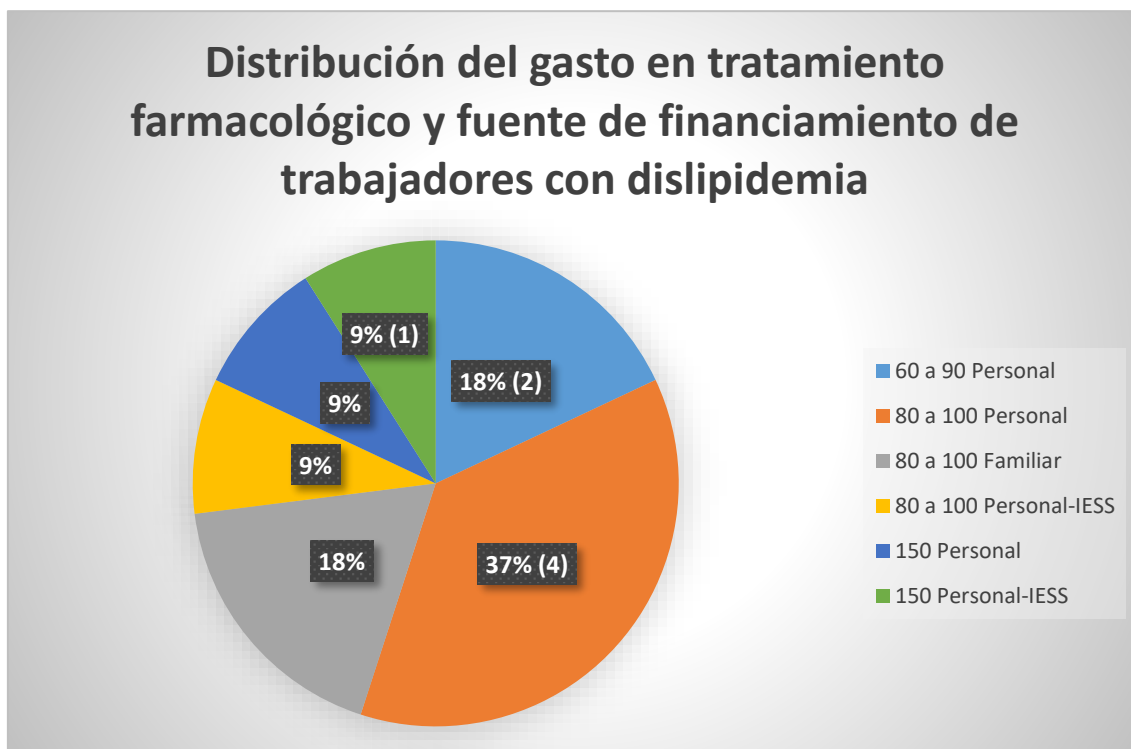
Tabla 9. Distribución del gasto en tratamiento farmacológico y fuente de financiamiento de trabajadores con dislipidemia

Cantidad	Financiador	TOTAL	
		Nº	%
\$60 a \$79	Personal	2	18
	Familiar	0	0
	Personal-IESS	0	0
\$80 a \$100	Personal	4	37
	Familiar	2	18
	Personal-IESS	1	9
\$150	Personal	1	9
	Familiar	0	0
	Personal-IESS	1	9
TOTAL		11	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 9. Distribución del gasto en tratamiento farmacológico y fuente de financiamiento de trabajadores con dislipidemia



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

El gráfico representa que el gasto en tratamientos se da con mayor frecuencia en el rango de dinero de 80 a 100 dólares, y es en mayoría financiado de manera personal, seguido por un gasto de 60 a 90 dólares personal (18%), que comparte frecuencia con el gasto de 80 a 100 dólares familiar, el gasto más elevado de 150 dólares, se presenta con poca frecuencia al ser financiado personalmente, o con apoyo del IESS.

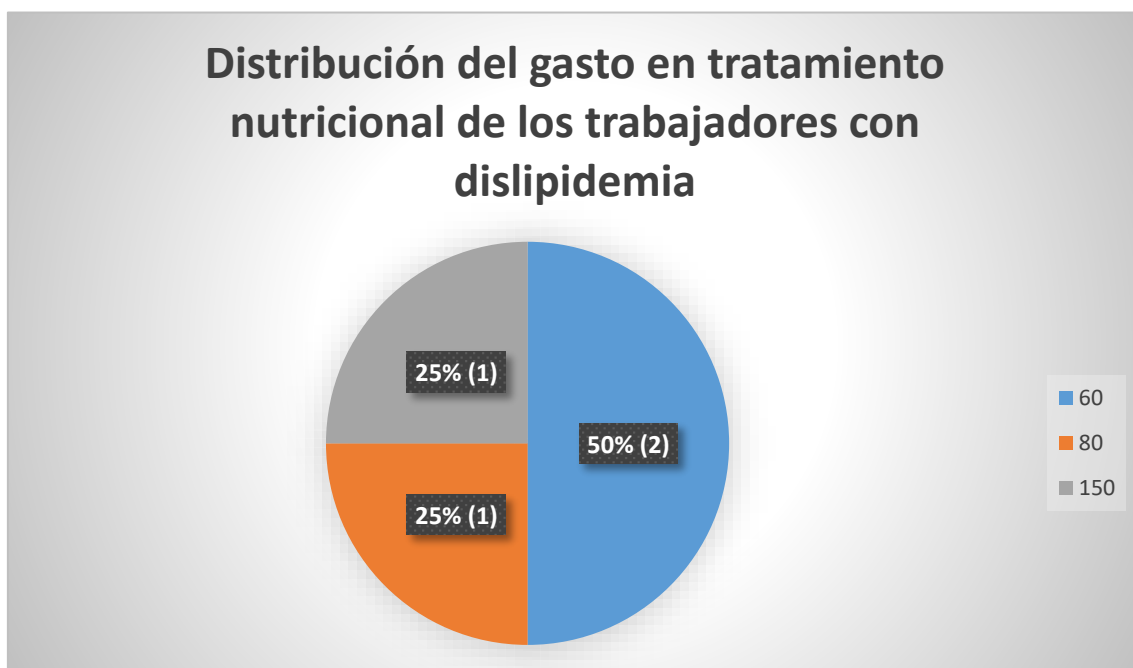
Tabla 10. Distribución del gasto en tratamiento nutricional de los trabajadores con dislipidemia

Alternativa	TOTAL	
	Nº	%
\$60	2	50
\$80	1	25
\$150	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 10. Distribución del gasto en tratamiento nutricional de los trabajadores con dislipidemia



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

El gráfico señala que en tratamiento nutricional, el gasto inicia y termina en los valores límites del gasto farmacológico, a pesar de que no todos quienes llevan tratamiento farmacológico llevan también uno nutricional, es importante reconocer las cantidades gastadas por los individuos que cuidan su salud con este tipo de tratamiento, siendo mayormente presentado un gasto de 60 dólares al mes (50%) para tratamiento nutricional, mientras que el resto de porcentaje de frecuencia respecto al gasto en este tratamiento, se divide equitativamente en gastos superiores a 60 dólares, siendo específicamente de 80 y 100 dólares (25% respectivamente).

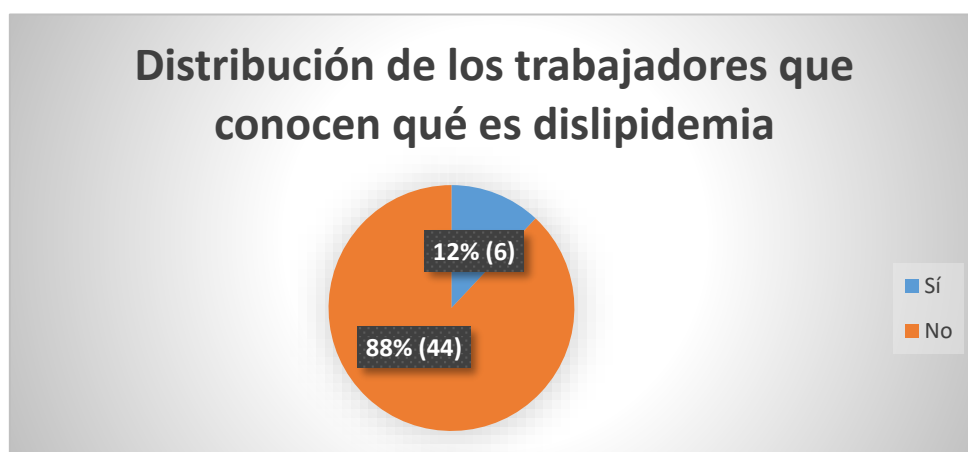
Tabla 11. Distribución de los trabajadores que conocen qué es dislipidemia

Conoce qué es dislipidemia	TOTAL	
	Nº	%
Sí	6	12
No	44	88
TOTAL	50	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 11. Distribución de los trabajadores que conocen qué es dislipidemia



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

El gráfico muestra que la mayoría de trabajadores sin discriminar si tienen o no dislipidemia, no conocen lo que es este término y trastorno (88%), por lo cual al momento de recolectar la información para este estudio, se ha procedido a explicar lo que es a los trabajadores.

Tabla 12. Distribución de trabajadores que conocen los factores de riesgo de la dislipidemia

Conoce los Factores de riesgo de la dislipidemia	TOTAL	
	Nº	%
Sí	39	78
No	11	22
TOTAL	50	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 12. Distribución de trabajadores que conocen los factores de riesgo de la dislipidemia



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Los trabajadores indicaron que sí conocían los factores de riesgo de dislipidemia en gran porcentaje (78%), lo que podría contrariar el resultado sobre su qué es dislipidemia, sin embargo se debe aclarar que el hecho de que conozcan cuales son los factores de riesgo de la dislipidemia, se deba a que se les explicó lo que era la dislipemia de manera sencilla y clara para su comprensión; sin embargo, un 22% no conocía los factores de riesgo a pesar de que se dio a entender de qué trastorno se trata el que se está estudiando, e incluso se daban respuestas incorrectas o divagaciones en el tema, lo cual mostraba el desconocimiento del individuo.

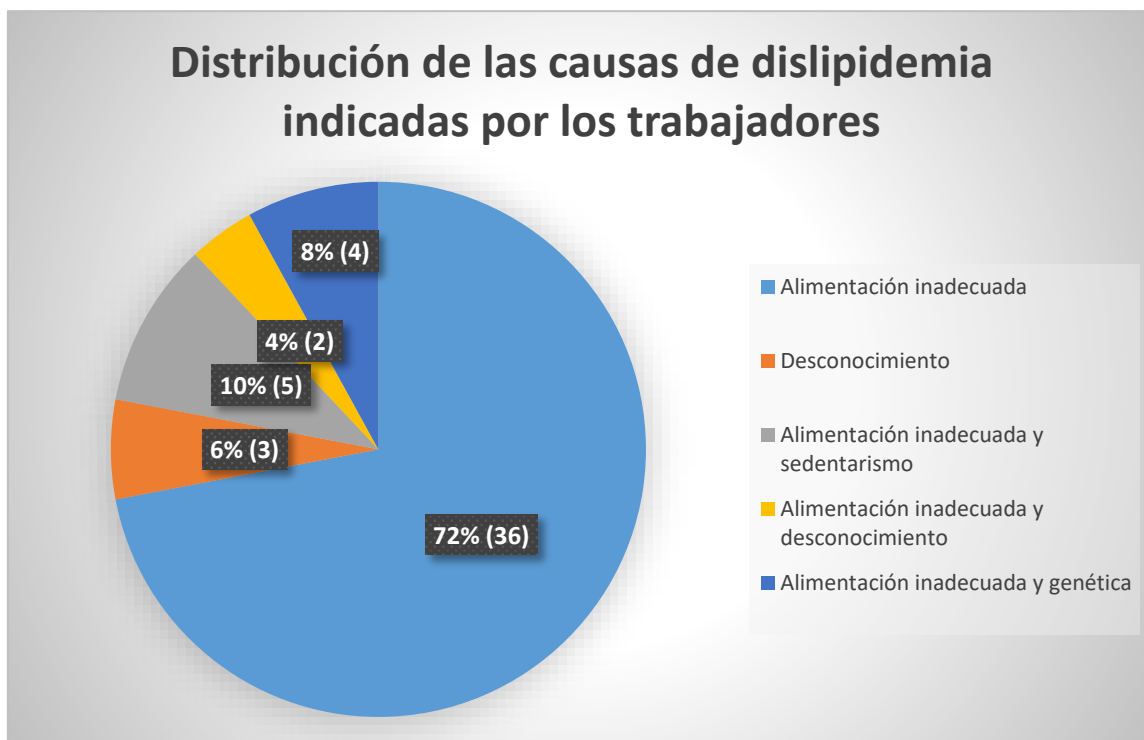
Tabla 13. Distribución de las causas de dislipidemia indicadas por los trabajadores

Causas de dislipidemia	TOTAL	
	Nº	%
Alimentación inadecuada	36	72
Desconocimiento	3	6
Alimentación inadecuada y sedentarismo	5	10
Alimentación inadecuada y desconocimiento	2	4
Alimentación inadecuada y genética	4	8
TOTAL	50	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 13. Distribución de las causas de dislipidemia indicadas por los trabajadores



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Respecto a las causas con dislipidemia, los trabajadores indicaron en gran mayoría que esta es la alimentación inadecuada (72%), seguido por la causa alimentación inadecuada y sedentarismo (10%), y como la menos frecuente causa elegida se encuentra la alimentación inadecuada y desconocimiento de los individuos sobre lo que es la enfermedad.

Tabla 14. Distribución de los trabajadores capacitados sobre dislipidemias

Capacitación sobre dislipidemias	TOTAL	
	Nº	%
Sí	14	28
No	36	72
TOTAL	50	100

Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Ilustración 14. Distribución de los trabajadores capacitados sobre dislipidemias



Fuente: Entrevistas a trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

Elaborado por: Equipo de investigación.

Se ha registrado que una mayoría de trabajadores en general no han sido capacitados sobre dislipidemias, lo cual podría sustentar su desconocimiento ante el tema.

Finalmente se debe indicar que todos los individuos estudiados han indicado que sería útil la creación de un video para prevenir las dislipemias ya que es un término poco conocido y que pueden tomarse medidas para comprender que existen muchos factores que predisponen a que alguien lo padezca.

5.2.DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según los resultados obtenidos respecto a los individuos con dislipidemia, se refleja que 32% del total de trabajadores encuestados la presenta decir que existe una prevalencia menor en comparación con el resto de individuos que no presentan este trastorno. En Ecuador el porcentaje de dislipidemias es del 17,6%; un estudio realizado por Arias, Yupa y Paute (2016) en Cuenca-Ecuador con una muestra más abarcadora (de 387 individuos), registra que el porcentaje de dislipidemias fue del 20,7%, es decir menor al del presente estudio, podría deberse esto a la ubicación geográfica, ya que el acceso a comidas con mucha grasa es común en Manabí, que es donde se ubica la muestra estudiada, sin embargo se debe reconocer que hay muchos factores que podrían influir (5).

Por otra parte, de acuerdo a los resultados obtenidos en lo que se refiere a las características sociodemográficas, se identificó que el género con más incidencia de dislipidemia es el masculino (63%) del total de individuos con dislipidemia, en contraste con el estudio de Cuenca, pues este trastorno se presenta más en mujeres (15%) que en hombres (7%), tomando en cuenta que este estudio se basa en el total de individuos sea con o sin dislipidemia, lo que podría generar este porcentaje tan bajo en comparación (5). Según Martínez y Chávez (2009) se da mayormente en el género femenino (68,96%), resultado que coincide con el estudio de Cuenca por mayoría y persiste contrastando con el presente estudio; puede ser que ocurra un sesgo al momento de tomar el tamaño muestral, pues es posible que estos artículos discutidos que coindicen tengan razón, debido a la fisiología de la mujer, y su mayor cantidad de tejido adiposo en comparación con el hombre (20). Sin embargo, según el estudio de Escobedo et al. (2014), la prevalencia de dislipidemia fue mayor en hombres (43,3%) que en mujeres (23%), coincidiendo con el estado de los trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales respecto al género (21).

Respecto a la edad, se reportó que en los trabajadores de la Facultad estudiada, la dislipidemia se presenta mayormente de 30 a 39 años y de 50 a 59 años, con un porcentaje de 31% en ambos casos, mientras que en el estudio de Martínez y Chávez (2009) se indica que los grupos etarios con dislipidemia fueron de 20 a 29, de 30 a 39 y de 50 a 59 años

con 19,39% cada grupo, lo cual es similar por ser mayoría con el estudio de los trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales, difiriendo únicamente en el rango de 20 a 29 años del estudio comparado, mientras que en la presente investigación ese rango representa la menor frecuencia de individuos con dislipidemia (20). Por otra parte, un dato del estudio de Arias, Yupa y Paute (2016) menciona que la dislipidemia predomina en individuos de 65 a 74 años con el 15,5%, pudiendo ser este porcentaje bajo porque la muestra estudiada está mayormente conformada por adultos mayores en aquel caso, además de que es natural que a esa edad se presente este trastorno si el individuo ha llevado una vida sedentaria, y sin cuidados o tratamientos, lo cual conduce a enfermedades secundarias, y como se trata de dislipidemias y se ha denotado que en este estudio la mayor prevalencia es en hombres, es posible aludir a su mayor proporción de tejido adiposo en su fisiología, que puede tener un rol importante en la inducción a dislipidemia (5); por último respecto a esta característica sociodemográfica, según la ENSANUT, la prevalencia de dislipidemia medida en la población ecuatoriana de 10 a 59 años es 24,5% (22).

Por otro lado, en referencia al nivel de estudio, en esta investigación la mayoría de individuos con dislipidemia tiene postgrado (38%), además identifica que la frecuencia general que va en decremento, seguida de los individuos con dislipidemia con estudios de pregrado, hasta los se quedaron hasta escuela primaria completa, mientras que en el trabajo de Patiño, J. (2017), el 61,8% del total de individuos con dislipidemia tiene nivel de educación secundaria completa, comparado con los trabajadores que alcanzaron hasta este nivel, que fue el 38% (no la mayoría) de los 16 individuos con dislipidemia (23), y con los datos del estudio de Núñez et al. (2013) en que los individuos con dislipidemia presentaban un nivel de educación secundaria también en mayoría (50,7%) como indica Patiño (24), con lo que se encuentra totalmente en desacuerdo los datos de Arias, Yupa y Paute (2016), que indican un 0,8% de individuos con dislipidemia con este nivel educativo, para los cuales la mayoría de individuos con dislipidemia no tienen estudios (8,3%) (5).

Tomando en cuenta el estado civil de los trabajadores con dislipidemia, se registró que el 44% son casados, al igual que en el estudio de Arias, Yupa y Paute (2016), en que la

frecuencia fue mayor en casados también, pero en un 13,2%, seguido por un 4,4% de individuos con dislipidemia viviendo en pareja, mientras que en los trabajadores la incidencia fue de 31%, y también el segundo porcentaje más alto con dislipidemia, pudiendo ser posible que esta coincidencia refuerce el hecho de que al tener una pareja con quien convivir, sea en estado civil casado o unión libre, habrá una predisposición de que los individuos sean alimentados con comestibles hechos en casa pero con gran cantidad de grasa o en mayores proporciones a lo que requiera el individuo por no tenerse un control de lo que se requiere de acuerdo a cada organismo, además, es posible aludir a que el hecho de trabajar supone que los individuos sean alimentados con mayor cantidad por su desgaste físico o mental, más que todo por parte de las parejas o esposas para con sus esposos; así mismo, teniendo la responsabilidad de vivir con alguien más, el trabajo y diversas ocupaciones podrían impedir el desarrollo de actividad física en estos individuos y por tanto se refleja la prevalencia que se tiene de tener dislipidemia en estos estados civiles (5).

La literatura de Nuñez et al. (2013), refleja que el 31,6% de la muestra de su estudio realizado en Venezuela eran solteros con dislipidemia, seguido por los casados, con un 14,4%, mientras que en los trabajadores del presente estudio, el porcentaje de solteros con dislipidemia es mínimo (6%) respecto de los demás estados civiles, es decir este estudio presenta un contraste con la presente investigación, así como con el estudio mencionado en el párrafo anterior (24).

En Colombia, un estudio indica que el estado civil del 82,4% de los individuos con dislipidemia de la muestra, es de unión estable, siendo considerado en este estudio como dos estados separados: casado y viviendo en pareja, lo cual representa al 75% de los individuos del estudio, es decir que es un valor cercano al indicado en el artículo comparado (25). Además, el 70,6% de los encuestados que presentaba dislipidemia en el estudio de Patiño (2017) se encontraba casado, lo cual se considera un poco más del doble del porcentaje de 44% que es lo que representan los trabajadores únicamente casados del 100% de trabajadores con dislipemia (16 individuos) (23).

Como última característica sociodemográfica estudiada en la muestra, se encuentra la actividad laboral principal de los trabajadores con dislipidemias, en que se indicó que la mayoría (75%) son empleados del sector público; en el estudio de Castillo et al. (2009) con una muestra de 448 personas, los factores de riesgo estudiados sitúan la dislipidemia como el más frecuente con aproximadamente un cuarto de los empleados públicos hospitalarios del estudio (25%) que también se registraron como portadores del síndrome metabólico, siendo un porcentaje menor al presentado en esta investigación a pesar también de que su muestra es mayor (26).

Según Cuvi (2015), en todas las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas, las enfermedades crónicas no transmisibles, afectan a los trabajadores, y no solo afecta la salud de la persona, sino también el éxito en las funciones que desempeñan dentro de la institución, el cual involucra las horas de trabajos pérdidas, e interrumpen la continuidad del proceso de trabajo (27); respecto a los trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales, es posible que este análisis pueda direccionarse a ellos, por el alto porcentaje presentado, a pesar de que en este caso, la muestra es directamente tomada de la Universidad Técnica de Manabí (Institución Pública), y la mayoría de trabajadores con dislipidemia tienen estudios de postgrado.

Respecto al gasto farmacológico, el más representativo fue de 80 a 100 dólares en los trabajadores, financiado por ellos mismos; según Tapia y González (2018), a diferencia de la Pro forma 2018, el documento que presentó el Ministro de Finanzas de Ecuador para el 2019 debería incluir compromisos por USD 5 817 millones, y de este monto, el 88% corresponde a compromisos con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), lo cual podría relacionarse con el 13% de casos de trabajadores con dislipidemia, que a pesar de ser financiados por el IESS, también deben aportar de su economía personal para llevar a cabo sus tratamientos (28). El impacto socio económico que sufren las naciones por la presencia de Enfermedades Crónicas No transmisibles es analizado por la OMS, ya que en el caso de la hipertensión, diabetes, dislipidemias y obesidad provocan importantes pérdidas económicas constituyéndose en uno de los problemas de urgente solución pues en lugar de disminuir, han tenido en la última década un crecimiento importante (29). El costo económico del tratamiento de las dislipidemias es elevado, pero resulta menor que

el de las enfermedades cardiovasculares que previene. El uso de medicamentos contribuye al control de los factores de riesgo, siempre debe ser complementario a los cambios en el estilo de vida del paciente: un adecuado plan nutricional, realizar actividad física y evitar el tabaquismo (30).

De acuerdo con Cruz et al. (2018), la carga económica de la dislipidemia en prevención secundaria con enfermedad coronaria sin enfermedad cardiovascular se registra con \$29,004.04 anual en promedio, esto traducido a los aproximadamente 445,075 de casos diagnosticados y tratados al año representaría un impacto económico alto en el sistema de salud en México. Por otra parte, en un estudio desarrollado en España en pacientes con hipercolesterolemia con atención primaria, se estimaron los costos de los recursos de salud utilizados para su atención, tomando en cuenta 4 fármacos diferentes (estatinas) que recibían, se registró que el costo promedio de atención para el año 2001 fue de \$11361 (31).

En otro estudio llevado a cabo en España en el año 2000 se estimó el gasto farmacológico necesario para conseguir el control de la dislipidemia en prevención primaria y secundaria de los pacientes DM2. En este estudio se determinó que el gasto farmacológico promedio cada 28 días es de \$1506, que es el valor más similar al presente estudio, pues por mes se tratan de 125.50 dólares en España, mientras que en los trabajadores los valores van de 80 a 100 dólares mayormente (31).

Sobre el gasto nutricional para tratamiento, se ha indicado en los trabajadores que el gasto es de \$60 mayormente (50%), pero tan solo 4 de los 16 trabajadores, es decir un cuarto de los trabajadores (25%) llevan a cabo el tratamiento nutricional. Por su parte, según Zarate, et al. (2009) los costos en salud en Chile aumentaron desde \$217,270, para el estado nutricional normal a \$343,028 anuales en sujetos obesos severos y mórbidos con dislipidemia; se debe tomar en cuenta la disponibilidad y accesibilidad a alimentos que permitan una nutrición adecuada en los pacientes con dislipidemia, en el caso de los trabajadores de esta investigación, el gasto podría considerarse menor, tanto con respecto al estudio comparado, como respecto a este mismo estudio en relación al gasto farmacológico (mayormente (50%)), considerando también el estado de obesidad que se

supone en el estudio de Chile, que interfiere un poco en la comparación de gastos nutricionales (32).

Tomando en cuenta el nivel de conocimiento de los trabajadores sobre las dislipidemias, se ha registrado que la mayoría desconoce qué es esta enfermedad (88%), así mismo, la mayoría conoce sus factores de riesgo (73%), debido a una explicación brindada para su comprensión, con lo cual se pudo definir su conocimiento sobre el tema, en comparación con el estudio de Querales et al. (2011) en que casi 60 % de los participantes afirmó conocer los factores de riesgo cardiovascular como de dislipidemias, pero sólo 14,7 % reconocieron los once factores que se consideraron para definir el nivel de conocimiento, estimándose así que en los trabajadores el conocimiento sobre el tema está mayormente consolidado (33). Espinoza, R. (2014) menciona que entre las patologías más frecuentes en pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital IESS Milagro son la hipertensión con dislipidemias asociadas causadas por el sedentarismo por la insuficiente actividad física más los hábitos alimenticios inadecuados, mientras que los trabajadores de esta investigación catalogan la alimentación inadecuada como principal causa de dislipidemia (72%), seguido por alimentación inadecuada y sedentarismo (10%) en mayor frecuencia, lo cual coincide en general con el estudio comparado respecto a las causas de esta enfermedad (34).

Según Cuví (2015), la falta de programas educativos, dirigidos a la población adulta para evitar el sedentarismo, los malos hábitos alimentarios, son factores influyentes para padecer dislipidemia, lo cual se refleja en la gran ausencia de capacitación respecto al tema en 72% de los trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales (27). Para esto, debería ponerse a disposición de los trabajadores públicos en este caso, información sobre el tema, ya que es referente a la salud y por lo tanto muy importante para el rendimiento de los funcionarios en las instituciones, se debería implementar políticas que no permitan que haya falta de información al alcance de la población, pues estando informada la población, es posible prevenir muchos problemas de salud.

6. CAPÍTULO V

6.1.CONCLUSIONES

Se logró identificar que la prevalencia de trabajadores con dislipemia representa al 32% de los trabajadores, siendo que todos ellos llevan un tratamiento farmacológico financiado mayormente de manera personal, seguida por el IESS, mientras que su tratamiento nutricional solo se dio en el 25% de los individuos con dislipidemia y se financia personalmente, además se conoció que las características sociodemográficas de los individuos con dislipidemia fueron variantes en casos como la edad, pues se registró en trabajadores del cuarto y sexto decenio de la vida, además del género masculino, casados, con estudios de postgrados y empleados del sector público, como características más frecuentes, aunque también se presentaban otras.

También se pudo registrar que el gasto farmacológico en mayoría de casos es de 80 a 100 dólares, mientras que el nutricional es de 60 dólares frecuentemente. Asimismo se reconoció que los trabajadores no conocen el término dislipidemia, pero al explicarles su significado, algunos pudieron responder cuáles son los factores de riesgo de la enfermedad, mientras que otros hacían referencia a otras enfermedades, sin embargo la mayoría coincidía en que la causa de esta enfermedad es la alimentación inadecuada.

Por ello se realizó un video informativo sobre las dislipidemias y su prevención principalmente, para hacer frente a la gran ausencia de capacitación y por tanto de conocimiento sobre el tema en los trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.

6.2.RECOMENDACIONES

- Realizar nuevamente este estudio con una muestra que abarque un mayor número de individuos para que sea significativa, empleando fórmulas estadísticas adecuadas, y aplicarse a una población con mayor personal.
- Recolectar una muestra no aleatoria de individuos que padezcan dislipemia únicamente.
- Emplear mayor cantidad de preguntas en torno a las expuestas en esta investigación, que permitan indagar más especificaciones sobre las respuestas de los individuos, como su tipo de dislipidemia por ejemplo.
- Crear políticas públicas que permitan un fácil acceso a información sobre salud y prevención en todas las instituciones.
- Realizar un cruce de variables para conocer más a fondo las características sociodemográficas de los individuos con dislipidemia, empleando sobre todo el género como base para relacionar.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canalizo E, Favela E, Salas J, Gómez R, Jara R, Pilar L, et al. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de las dislipidemias. Rev Med Inst Mex Seguro. 2013; LI (6).
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Encuesta nacional de salud y nutrición: ENSANUT-ECU 2011-2013. Primera ed. Quito: MSP; 2013.
3. Soca P. Dislipidemias. ACIMED. 2009; XX (6): p. 265-273.
4. Escribano A, Vega A, Lozano J, Álamo R, Castrodeza J, Lleras S. Dislipidemias y riesgo cardiovascular en la población adulta de Castilla y León. Gac Sanit. 2010; XXIV (4): p. 282-287.
5. Arias C, Yupa M, Paute P. Frecuencia de dislipidemia en la población adulta mayor de las parroquias urbanas del Cantón Cuenca, 2016. Tesis de Grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas.
6. Villamar F, López P, Pérez I, Jiménez F, Galán A, Casasnovas J, et al. RECOMENDACIONES PARA EL CONTROL DE LA COLESTEROLEMIA EN ESPAÑA. Revista Española de Salud Pública. 2010; LXXIV (5-6).
7. Alavos K. ¿Qué es la dislipidemia? Revista Médica de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. 2015; I (2).
8. Carrión I. Instituto Nacional de Salud Pública del Gobierno del México. [Online]. 2009. Acceso 1 de Mayo de 2019. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/cts/cts_ago.pdf.
9. Hernández M. Protocolo de Diagnóstico, Seguimiento y Tratamiento de Disipemos. Protocolo. Madrid: Universidad de Educación a Distancia, Facultad de Ciencias de la Salud.

10. Salvador J. Clínica Universidad de Navarra. [Online]; 2019. Acceso 1 de Mayo de 2019. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hiperlipemias>.
11. Devlin T. Bioquímica: libro de texto con aplicaciones clínicas. Cuarta ed. Canals F, Cuchillo C, Segura S, Suau P, editores. Barcelona: Revertè, S. A.; 2014.
12. Hammer G, McPhee S. Fisiopatología de la enfermedad. Una introducción a la medicina clínica. Séptima ed. Hammer G, McPhee S, editores. Ciudad de México: McGraw Hill; 2015.
13. Canalizo E, Favela E, Salas J, Gómez R, Jara R, Pilar L, et al. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de las dislipidemias. Rev Med Inst Mex Seguro. 2013; LI (6).
14. Rodríguez D. Clínica Alemana. [Online]; 2014. Acceso 1 de Mayo de 2019. Disponible en: <https://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/Internet/Home/blog-de-noticias/Ano+2014/10/Examenes+de+laboratorio+Que+es+el+perfil+lipidico>.
15. Bañuelos M, Díz F, Hernández M, Quinteiro P. TRATAMIENTO DE LAS HIPERLIPEMIAS EN AP. Xerencia de Atención Primaria de Ourense. 2009; II (3).
16. Àlvares S. Medicina General Integral. Segunda ed. Oliva A, Sánchez T, Valdés J, editores. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.
17. Pfizer, S.L.U. Pfizer. [Online]; 2009. Acceso 5 de Mayo de 2019. Disponible en: https://www.pfizer.es/salud/prevencion_habitos_saludables/dietas_nutricion/nutricion_e_hiperlipemias.html.
18. Pozo C. FRECUENCIA DE DISLIPIDEMIA EN TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DE LA CIUDAD DE QUITO NOVIEMBRE 2015-ENERO 2016. Tesis. Quito: Universidad Central, Facultad de Ciencias Médicas.0006-010.

19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Proyecciones de Salud. Primera ed. Quito: MSP; 2015.
20. Martínez A, Chávez A. Prevalencia y comorbilidad de dislipidemias en el primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2009; XLV (5): p. 469-475.
21. Escobedo J, Pérez R, Schargrotsky H, Champagne B. Prevalencia de dislipidemias en la ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Resultados del estudio CARMELA. *Gaceta Médica de México*. 2014; CL (1): p. 128-136.
22. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición: ENSANUT-ECU 2011-2013. Resumen ejecutivo. Primera ed. Quito: MSP; 2013.
23. Patiño J. Perfil lipídico y glucosa sérica en los trabajadores del comercial "Salvador Pacheco Mora S. A." Cuenca 2017. Tesis de Magister. Cuenca: Universidad del Azuay, Departamento de Postgrados.
24. Nuñez M, Rojas J, Torres W, Gonzáles R, Mejías J, Olivar L, et al. Características sociodemográficas asociadas a dislipidemia en el estudio de prevalencia de síndrome metabólico de Maracaibo, Venezuela. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2013; VIII (4): p. 77-89.
25. Machado J, Machado M. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con dislipidemia afiliados al sistema de salud en Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2013; XXX (2).
26. Castillo S, Bonneau G, Sánchez A, Ceballos B, Malarczuk C, Medina G, et al. Factores de riesgo aterogénico y síndrome metabólico. Estudio en un grupo de empleados públicos hospitalarios de Posadas, Misiones, Argentina. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*. 2009; XXXIX (4).

27. Cuví F. Dislipidemia y su relación entre el estado nutricional, hábitos alimentarios, estilo de vida, de los servidores públicos del hospital general de Macas, 2014-2015. Tesis de grado. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública.
28. Tapia E, González P. Presupuesto del 2019 deberá incluir 5 817 millones más. Quito: Contraloría General del Estado.
29. Suquillo J. Identificación y evaluación de los factores que influyen en las dislipidemia secundarias en los trabajadores industriales en la ciudad de Guayaquil y propuesta de una metodología de mitigación de los mismos. Tesis de grado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ingeniería Industrial.
30. Secretaría de Salud de México. Guía de Tratamiento Farmacológico de Dislipidemias para el primer nivel de atención. Rev. Mexicana de cardiología. 2013; XXIV (3).
31. Cruz G, Otero G, Alva M, Naranjo M, Soria N, Suárez H, et al. Análisis de Costo de la Enfermedad, del Tratamiento, las Complicaciones e Intervenciones de la Hipercolesterolemia en México en 2016. Value in Health Regional Issues. 2018; V (1): p. 56-63.
32. Zarate A, Cresto M, Maíz A, Ravest G, Pino M, Valdivia G. Influencia de la obesidad en los costos en salud y en el ausentismo laboral de causa médica en una cohorte de trabajadores. Revista Médica de Chile. 2009; CXXXVII (3): p. 337-344.
33. Querales M, Ruíz N, Rojas S, Milagros E. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en una comunidad de Naguanagua, Venezuela. Revista de Salud Pública. 2011; XIII (5).
34. Espinoza R. La hipertensión y dislipidemias en pacientes masculinos de 40-60 años de edad en la consulta externa del hospital IESS Milagro. Cantón Milagro Provincia del Guayas Periodo 2013. Tesis de grado. Guaranda: Universidad Estatal de Bolívar, Departamento de Postgrado.

8. ANEXOS

8.1. Entrevista dirigida Trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí

INTRODUCCIÓN: Los estudiantes de la Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad Técnica de Manabí nos encontramos elaborando el presente PROYECTO INTEGRADOR DE SABERES con la finalidad de profundizar conocimientos en las materias integradoras de: Promoción de la Salud, Bioquímica Nutricional y Fisiopatología Nutricional.

INSTRUCCIONES: Responda con la mayor objetividad las preguntas planteadas. Las mismas que son de carácter anónimas y servirán exclusivamente para la elaboración del presente proyecto:

“Diagnóstico contextual sobre el gasto que genera para el Estado y la familia la atención y/o tratamiento de Dislipemias, en trabajadores de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales la Universidad Técnica de Manabí”.

FECHA DE LA ENTREVISTA:.....

HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA:.....

Nº DE TELÉFONO CELULAR:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

2. ¿Qué edad tiene Usted? Años

3. ¿En el momento actual, está usted?

<input type="checkbox"/>	Soltero/a
<input type="checkbox"/>	Casado/a
<input type="checkbox"/>	Viviendo en pareja
<input type="checkbox"/>	Viudo/a
<input type="checkbox"/>	Separado/a
<input type="checkbox"/>	Divorciado/a

4. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado?

	Escuela primaria incompleta
	Escuela primaria completa
	Secundaria (ciclo básico)
	Secundaria completa
	Estudios de pregrado
	Estudios de postgrado

5. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad laboral principal en los últimos 12 meses?

	Empleado(a) del sector público
	Empleado(a) en el sector privado
	Trabajador(a) independiente
	No remunerado(a)
	Multiempleo

6. ¿Sabe Ud que son las dislipidemias?

SI_____ NO_____

En caso de no conocer se le explicara brevemente

7. Conoce los Factores de riesgo de la Dislipidemia

Si_____ No_____

8. ¿Cuál cree que serían las causas?

ALIMENTACIÓN INADECUADA _____ GÉNÉTICA _____ DESCONOCIMIENTO _____
OTROS _____

INFORMACIÓN SOBRE EL GASTO DEL TRATAMIENTO CON DISLIPEMIAS

9. ¿Ha sido diagnosticado por un profesional de la salud con Dislipidemia en los últimos 12 meses?

SI_____ NO_____

10. ¿Quién financia el tratamiento farmacológico y nutricional para controlar su enfermedad?

	Familiar
	Personal
	IESS
	Seguro Privado
	Ninguna

Observación: En caso de no tener Dislipidemia, responder ninguna

11. ¿El gasto que genera su enfermedad es cubierto totalmente por su seguro de salud?

	Si
	No
	Ninguna

Observación: En caso de no tener Dislipidemia, responder ninguna

12. Si el tratamiento farmacológico lo financia Ud mismo/ familia. ¿Cuál es el gasto mensual aproximado de su tratamiento (medicamentos, consultas médicas, ecografías, exámenes de laboratorio)?

Dólares

Ninguna

Observación: En caso de no tener Dislipidemia, responder ninguna

13. Si el tratamiento nutricional lo financia Ud mismo/ familia. ¿Cuál es el gasto mensual aproximado de su tratamiento (consultas nutricionales, planes de alimentación)?

Dólares

Ninguna

Observación: En caso de no tener Dislipidemia, responder ninguna

14. ¿Ha recibido alguna capacitación, charla sobre Dislipidemia (Colesterol, triglicérido elevados)?

SI_____ NO_____

15. ¿Considera Ud útil la creación y difusión de un vídeo sobre la prevención de esta enfermedad?

SI_____ NO_____

¡Le agradecemos su colaboración!

8.2.Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	N° de Semana				N° de Semana				N° de Semana				N° de Semana			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Título y Subtítulo del Proyecto			X													
Tipo de Proyecto			X													
Definición y Planteamiento del Problema			X													
Justificación del Problema			X													
Objeto de estudio			X													
Objetivos General y Específicos			X													
Marco Teórico				X												
Metodología				X												
Resultados Esperados				X												
Cronograma				X												
Bibliografía				X												
Entrega del Perfil del Proyecto Integrador					X											
Recolección de datos a través de una entrevista											X					
Tabulación de Resultados											X					
Resultados y Discusión											X					
Conclusiones											X					
Recomendaciones											X					
Entrega del informe final del Proyecto												X				
Defensa													X			

8.3.Aplicación de las encuestas



