



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE SALUD Y BIENESTAR**

**“FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CARLOS ANDRADE MARÍN DURANTE EL PERIODO ABRIL-JUNIO
DEL 2025”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
GENERAL**

AUTORAS:

**ANA CAROLINA MOLINA CRIOLLO
EMILY ALEJANDRA GALLEGOS FIERRO**

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

DR. RUBEN CHIRIBOGA

QUITO, 2025

DEDICATORIA:

A Dios, por guiar cada paso de mi camino, permitiéndome alcanzar esta meta con sabiduría y perseverancia.

A mi madre, Mirian Fierro, con amor infinito y profunda admiración. Eres la razón de cada esfuerzo, el motivo de cada logro y la inspiración que impulsa mis sueños. Este triunfo es tuyo, porque sin tu amor y sacrificio, nada de esto tendría sentido.

A mi padre, Hugo Gallegos que con su apoyo he podido cumplir todo lo que me he propuesto y a mi hermana, Camila Gallegos, compañera inseparable de mi vida. Ustedes son pilares fundamentales en mi formación como persona y profesional.

A mi abuelita Margarita Bonilla, y a mi familia, raíces que me sostienen y refugio en los momentos difíciles. Su amor incondicional ha sido la fuerza que me ha mantenido firme.

A mis amigos, quienes fueron mi refugio en los momentos más difíciles y la alegría en los días más cansados de esta larga y desafiante carrera. Gracias por las risas compartidas en medio del estrés, su apoyo, comprensión y cariño hicieron que los días difíciles fueran más llevaderos.

A mi compañera de tesis y hermana de la vida, Anita Molina, con quien he compartido cada etapa, risa, lloro, esfuerzo, desvelo y logro. Gracias por caminar a mi lado y celebrar conmigo cada pequeño avance. Te convertiste en una parte esencial de mi historia, y esta meta alcanzada es NUESTRA.

A todos quienes creyeron en mí, me tendieron su mano y aportaron su granito de arena en este proceso. Cada palabra de aliento y cada gesto de apoyo quedará por siempre grabado en mi corazón.

Con profundo amor, respeto y gratitud eterna, les dedico este logro.

Gallegos, Emily.

DEDICATORIA:

A Dios, por guiarme en los momentos de incertidumbre y brindarme la fuerza necesaria para mantenerme firme.

A mi padre, Jorge Molina, con profundo amor y respeto. Tu compañía y tu apoyo constante ha sido mi refugio en los momentos difíciles y la luz en mis días difíciles. Cada logro alcanzado es testimonio de tu guía y confianza constante.

A mi madre, Melania Criollo, con gran admiración. Tu ejemplo de fortaleza y dedicación ha marcado profundamente mi vida.

A mi hermano, por tu complicidad y bondad, al ser ese apoyo silencioso pero fundamental que me ha acompañado siempre.

A mis familiares, por acogerme con los brazos abiertos durante este periodo, por hacerme sentir en casa y por brindarme el calor de hogar que tanto necesitaba. Su generosidad y cariño hicieron más llevadero este camino.

A mis mejores amigos, hermanos que la vida me regaló, por sus sabios consejos, por escucharme sin juzgar y por convertirse en parte esencial de mi historia. Su lealtad fraternal son tesoros invaluable que guardaré por siempre en mi corazón.

A mis amigos de carrera, con todo mi aprecio. Nuestras vivencias compartidas hicieron de estos años una experiencia inolvidable.

A todos ustedes, mi gratitud infinita. Este logro lleva la huella de cada uno.

Molina, Ana.

AGRADECIMIENTOS:

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por habernos formado como profesionales de la salud con sólidos valores éticos y científicos, y por brindarnos las herramientas necesarias para nuestro desarrollo académico.

Al Servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín (HECAM), por abrirnos sus puertas y permitirnos realizar esta investigación en sus instalaciones.

Nuestro especial y profundo agradecimiento a la Dra. Mirian Fierro, médica tratante del Servicio de Gastroenterología del HECAM, por su invaluable apoyo durante todo el proceso de recolección de datos, por compartir generosamente su experiencia clínica, por su paciencia, dedicación y disposición constante para guiarnos en cada etapa de este trabajo. Su contribución fue fundamental para la realización de esta investigación.

Al Dr. Rubén Chiriboga, nuestro tutor de tesis, por su orientación académica, su tiempo dedicado, sus valiosos aportes metodológicos y científicos, y por impulsarnos a alcanzar la excelencia en este trabajo investigativo.

A nuestros amigos de la universidad, quienes fueron nuestra segunda familia durante estos años de formación. Gracias por cada desvelada compartida, por el apoyo mutuo en los momentos de duda, y por convertir las largas jornadas de estudio en recuerdos inolvidables, en los que compartimos risas y vivimos las experiencias más felices.

A nuestras familias, por su guía, paciencia y cercanía permanente a lo largo de nuestra trayectoria académica.

A Dios, por guiarnos en este camino, brindarnos fortaleza en los momentos difíciles y permitirnos alcanzar esta meta académica.

Finalmente, queremos dedicar un agradecimiento muy especial a nuestra amistad, que ha sido un lazo inquebrantable a lo largo de toda la carrera. Hemos compartido esfuerzos, desafíos y alegrías, y hoy celebramos juntas este logro, con orgullo y emoción.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	11
ABSTRACT.....	13
CAPÍTULO I	
1. Introducción:.....	15
2. Justificación del estudio.....	17
CAPÍTULO II	
3. Marco teórico.....	19
3.1. MARCO CONCEPTUAL.....	19
3.1.1. Definición de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.....	19
3.1.2. Clasificación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.....	19
3.2. MARCO REFERENCIAL.....	20
3.2.1. Epidemiología Global y Local.....	20
3.2.2. Factores de riesgo para desarrollar enfermedad por reflujo gastroesofágico.....	21
3.2.3. Fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.....	23
3.2.4. Diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.....	24
3.2.5. Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.....	24
3.2.5.1. Cambios en el estilo de vida.....	24
3.2.5.2. Tratamiento farmacológico.....	25
3.2.5.3. Tratamiento quirúrgico y endoscópico.....	25
3.2.6. Impacto en calidad de vida y socioeconómico en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.....	26
3.2.7. Importancia del reconocimiento de los factores de riesgo en la prevención de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.....	26
3.2.7.1. Prevención primaria mediante el control de factores de riesgo modificables.....	26
3.2.7.2. Factores de riesgo más comunes y su relevancia clínica.....	27
3.2.7.3. Relevancia del Reconocimiento Temprano en el Contexto Clínico y de Salud Pública.....	29
CAPÍTULO III	
4. Planteamiento del Problema.....	31
5. Pregunta de investigación.....	32
6. Hipótesis.....	32
7. Objetivos.....	32
7.1. Objetivo general.....	32
7.2. Objetivos específicos.....	32
8. Metodología.....	33
8.1. Metodología.....	33
8.1.1. Diseño de la investigación.....	33
8.1.2. Definición de la población a estudiar.....	33
8.1.3. Establecimientos en el cual se realizará la investigación.....	33
8.1.4. Criterios de selección.....	34
8.1.5. Tabla 3. Operacionalización de las variables.....	34
8.1.6. Descripción de los procedimientos realizados.....	38
8.1.6.1. Recopilación, y análisis de datos.....	38

8.1.6.2. Análisis estadístico.....	39
8.1.6.2.1. Procesamiento de datos.....	39
8.1.6.2.2. Estadística descriptiva.....	39
8.1.7. Consideraciones éticas.....	39
8.1.8. Consideraciones de género.....	40
8.1.9. Presentación de resultados.....	40
CAPÍTULO IV	
9. RESULTADOS.....	41
CAPÍTULO V	
10. DISCUSIÓN.....	55
10.1. Tabla 5. EDAD.....	55
10.2. Tabla 6. IMC.....	56
10.3. Tabla 7. OCUPACIÓN.....	57
10.4. Tabla 8. RESIDENCIA.....	58
10.5. Tabla 9. NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	59
10.6. Tabla 10. ESTADO CIVIL.....	60
10.7. Tabla 11. PATRÓN DIETÉTICO.....	61
10.8. Tabla 12. CONVIVENCIA.....	62
10.9. Tabla 13. NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	63
10.10. Tabla 14. COMORBILIDADES ASOCIADAS.....	64
10.11. Tabla 15. ANTECEDENTES FAMILIARES DE ERGE.....	65
10.12. Tabla 16. CONSUMO DE TABACO.....	66
10.13. Tabla 17. CONSUMO DE ALCOHOL.....	67
10.14. Tabla 18. ACTIVIDAD FÍSICA.....	68
10.15. Tabla 19. CONSUMO DE ALIMENTOS ESPECÍFICOS.....	69
10.16. Tabla 20. HORARIO DE COMIDAS E INTERVALO ENTRE COMIDA Y SUEÑO.....	72
10.17. Tabla 21. NIVEL DE ESTRÉS.....	73
10.18. Tabla 22. CONSUMO DE MEDICAMENTOS.....	75
11. CONCLUSIONES.....	78
12. RECOMENDACIONES.....	79
13. REFERENCIAS.....	80
ANEXOS 1.....	91
ANEXO 2.....	95

LISTA DE TABLAS:

Tabla 1. Prevalencia estimada de ERGE en diferentes regiones

Tabla 2. Factores de riesgo para ERGE

Tabla 3. Operacionalización de las variables

Tabla R-1 Variables sociodemográficas y presencia de ERGE

Tabla R-2 Comorbilidades, factores riesgo y presencia de ERGE

Tabla R-3 ERGE por sexo

Tabla 4. EDAD

Tabla 5. IMC

Tabla 6. OCUPACIÓN

Tabla 7. RESIDENCIA

Tabla 8. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Tabla 9. ESTADO CIVIL

Tabla 10. PATRÓN DIETÉTICO

Tabla 11. CONVIVENCIA

Tabla 12. COMORBILIDADES ASOCIADAS

Tabla 13. CONSUMO DE TABACO

Tabla 14. CONSUMO DE ALCOHOL

Tabla 15. ACTIVIDAD FÍSICA

Tabla 16. ANTECEDENTES FAMILIARES DE ERGE

Tabla 17. CONSUMO DE ALIMENTOS ESPECÍFICOS

Tabla 18. HORARIO DE COMIDAS

Tabla 19. INTERVALO ENTRE COMIDA Y SUEÑO

Tabla 20. NIVEL DE ESTRÉS

Tabla 21. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Tabla 22. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

LISTA DE FIGURAS:

Ilustración 1: Prevalencia aproximada de factores de riesgo para ERGE en Ecuador

LISTA DE ANEXOS:

Anexo 1. Hoja de recolección de datos

Anexo 2. Base de datos

RESUMEN

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno que se caracteriza por el retorno involuntario del contenido gástrico al esófago, provocando síntomas y posibles complicaciones graves, como esofagitis y adenocarcinoma esofágico. Esta condición afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes y su prevalencia ha ido en aumento a nivel mundial, especialmente en Latinoamérica. Factores Biológicos, psicológicos, sociales y demográficos influyen en su desarrollo, pero se requiere más información sobre cómo estos factores interactúan en la población afectada.

Objetivos: El objetivo general de este estudio es analizar los factores asociados a la ERGE en pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín durante el periodo Abril- Junio del 2025. Los objetivos específicos incluyen la caracterización sociodemográfica de estos pacientes, la determinación de la prevalencia de ERGE en el periodo estudiado y el análisis de los factores de riesgo asociados a esta enfermedad.

Metodología: Es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, basado en una serie de casos observados durante un periodo de cinco meses, desde abril hasta junio del año 2025. La investigación utilizará encuestas como instrumento principal para recopilar información sobre las variables de interés. El estudio observará una población de aproximadamente 209 pacientes, con edades entre 20 y 60 años, diagnosticados con ERGE en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. No se calculará una muestra, ya que se analizará el total de pacientes registrados. Las variables dependientes incluyen factores como el consumo de tabaco y alcohol, actividad física, antecedentes familiares de ERGE, IMC, hábitos alimenticios, y toma de medicamentos. Las variables independientes abarcan la edad, sexo, residencia, nivel de instrucción, ocupación, estado civil y nivel socioeconómico.

Resultados: Se incluyeron 209 pacientes con ERGE, sociodemográficamente, predomina el sexo femenino (63,6%), los adultos mayores (51,7%) y la residencia urbana (88%). El 41,6% tenía educación superior y el 59,8% era casado. El 62,2% no presentó comorbilidades; la hipertensión (24,9%) fue la más frecuente. En los factores de riesgo, el 46,4% presentó sobrepeso y el 18,2% obesidad tipo I. El 13,9% consumía tabaco y el 18,2% alcohol, mayoritariamente de forma ocasional. El 72,2% realizaba actividad física. Respecto a hábitos, destacaron el consumo de café (67%), grasas saturadas (62,2%), frutas cítricas (75,6%) y fibra (70,3%); mientras que el consumo de picantes (31,1%), bebidas carbonatadas (34%) y

chocolate (42,6%) fue menor. El 69,9% tenía horarios regulares de comida y el 76,1% nivel moderado de estrés. Por sexo, los hombres mostraron mayor consumo de tabaco (22%), alcohol (29%) y grasas (71%), mientras que las mujeres presentaron más obesidad tipo I (22%), hipertensión (26%), sedentarismo (32%) y uso crónico de medicamentos (42%).

Conclusión: Se encontró una alta prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), principalmente asociada con sobrepeso, obesidad y estrés. Los factores de riesgo más frecuentes fueron los hábitos alimentarios inadecuados y el consumo de sustancias irritantes, mientras que la actividad física y la ingesta de fibra sugieren un posible efecto protector. Estos hallazgos evidencian que la ERGE en esta población se relaciona principalmente con factores de estilo de vida modificables, destacando su relevancia como problema de salud pública en el Ecuador.

Palabras claves:

ERGE, reflujo gastroesofágico, factores de riesgo, prevalencia, sociodemografía, Ecuador

ABSTRACT

Introduction: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a disorder characterized by the involuntary return of gastric contents to the esophagus, causing symptoms and potentially serious complications, such as esophagitis and esophageal adenocarcinoma. This condition significantly affects patients' quality of life, and its prevalence has been increasing worldwide, especially in Latin America. Biological, psychological, social, and demographic factors influence its development, but more information is needed on how these factors interact in the affected population.

Objectives: The general objective of this study is to analyze the factors associated with GERD in patients in the Gastroenterology Department of the Carlos Andrade Marín Specialty Hospital during the period April-June 2025. The specific objectives include the sociodemographic characterization of these patients, the determination of the prevalence of GERD during the study period, and the analysis of the risk factors associated with this disease.

Methodology: This is a quantitative, descriptive, and cross-sectional study based on a series of cases observed over a five-month period, from April to June 2025. The research will use surveys as the primary instrument to collect information on the variables of interest. The study will observe a population of approximately 209 patients, aged between 20 and 60 years, diagnosed with GERD at the Carlos Andrade Marín Specialty Hospital. A sample will not be calculated, as the total number of registered patients will be analyzed. Dependent variables include factors such as tobacco and alcohol use, physical activity, family history of GERD, BMI, eating habits, and medication intake. Independent variables include age, sex, residence, educational level, occupation, marital status, and socioeconomic status.

Results: 209 patients with GERD were included. Sociodemographically, the predominant population was female (63.6%), older adults (51.7%), and urban residents (88%). A total of 41.6% had higher education, and 59.8% were married. A total of 62.2% had no comorbidities; hypertension (24.9%) was the most common. Among the risk factors, 46.4% were overweight, and 18.2% had type 1 obesity. 13.9% used tobacco, and 18.2% consumed alcohol, mostly occasionally. 72.2% were physically active. Regarding eating habits, the most common were coffee (67%), saturated fats (62.2%), citrus fruits (75.6%), and fiber (70.3%), while the lowest consumption was of spicy foods (31.1%), carbonated beverages (34%), and chocolate (42.6%). 69.9% had regular mealtimes, and 76.1% had a moderate level of stress.

By sex, men showed higher consumption of tobacco (22%), alcohol (29%), and fats (71%), while women were more likely to have obesity type 1 (22%), hypertension (26%), sedentary lifestyle (32%), and chronic medication use (42%).

Conclusion: A high prevalence of gastroesophageal reflux disease (GERD) was found, mainly associated with overweight, obesity, and stress. The most frequent risk factors were poor eating habits and the use of irritating substances, while physical activity and fiber intake suggest a possible protective effect. These findings show that GERD in this population is primarily related to modifiable lifestyle factors, highlighting its relevance as a public health problem in Ecuador.

Keywords:

GERD, gastroesophageal reflux, risk factors, prevalence, sociodemographics, Ecuador

CAPÍTULO I

1. Introducción:

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología digestiva crónica que se define por el movimiento retrógrado del contenido gástrico hacia el esófago, que produce síntomas característicos y posibles lesiones en la mucosa esofágica [1]. Es una de las enfermedades más frecuentes en la práctica clínica a nivel mundial, con una alta prevalencia, cuyo impacto sanitario ha crecido significativamente en las últimas décadas, al punto de ser considerada una de las principales causas de consulta en gastroenterología tanto a nivel mundial como en Latinoamérica [12].

En el contexto de América Latina, la prevalencia reportada oscila alrededor del 12-13 %, con países como México, Brasil y Argentina aportando datos epidemiológicos similares [7]. Ecuador, en particular, ha experimentado un incremento en la incidencia y prevalencia de ERGE en la última década, atribuido a factores sociodemográficos, cambios en la dieta, sedentarismo y aumento del sobrepeso y obesidad, según reportan estudios locales y tesis universitarias [6].

Desde el punto de vista fisiopatológico, la ERGE resulta de un desequilibrio entre los mecanismos de defensa esofágicos especialmente el tono del esfínter esofágico inferior (EEI) y los factores agresivos como la hipersecreción ácida, el aumento de la presión intraabdominal, el vaciamiento gástrico retardado y la presencia de hernias hiatales [2]. Este desequilibrio puede verse agravado por múltiples condiciones como el sobrepeso, el tabaquismo, el consumo excesivo de grasas y alcohol, el estrés, y el uso de ciertos medicamentos, lo cual demuestra que la ERGE no solo es un problema clínico, sino también epidemiológico y social [47].

La ERGE no solo genera síntomas que afectan significativamente la calidad de vida, como pirosis, regurgitación y dolor torácico, sino que también puede dar lugar a complicaciones serias, incluyendo esofagitis erosiva, estenosis, esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico [1,12]. Diversos estudios han reportado que hasta el 20 % de la población adulta en países desarrollados presenta síntomas típicos de ERGE al menos una vez por semana, y en regiones como América Latina, esta prevalencia puede llegar al 25 % [35,3]. En Ecuador, si bien no existen datos oficiales a nivel nacional, se han documentado tasas preocupantes en

estudios institucionales. Por ejemplo, una investigación realizada en Guayaquil reportó que el 46 % de los pacientes sometidos a endoscopia presentaban signos de esofagitis por reflujo. Estos hechos posicionan a la ERGE como un problema relevante de salud pública por su alta prevalencia, cronicidad e impacto en la funcionalidad del paciente.

Además del impacto clínico, la ERGE afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes, interfiriendo con el sueño, el apetito, la productividad laboral y el bienestar emocional. A largo plazo, puede generar complicaciones como úlceras esofágicas, sangrados digestivos, estenosis, esófago de Barrett o adenocarcinoma esofágico, especialmente en pacientes no tratados o con síntomas persistentes [4]. Este hecho resalta la necesidad de detectar la enfermedad de forma temprana, así como de identificar los factores que aumentan la susceptibilidad de ciertos individuos.

A pesar del reconocimiento de la ERGE como un problema común, existe una brecha en la caracterización precisa de los factores asociados en el contexto ecuatoriano. Muchos pacientes no acceden a un diagnóstico oportuno ni reciben un tratamiento adecuado, lo cual incrementa el riesgo de complicaciones y genera una carga económica considerable para el sistema de salud pública y para los pacientes [7,19]. El diagnóstico de la ERGE se realiza principalmente a través de la clínica, apoyado en herramientas como la endoscopia digestiva alta, la pHmetría esofágica de 24 horas y la impedanciometría multicanal. Sin embargo, en países como Ecuador, donde el acceso a métodos de alta complejidad es limitado, la identificación de factores de riesgo cobra especial relevancia como herramienta de tamizaje y prevención [1].

Pese a su elevada carga asistencial, la ERGE sigue siendo una patología subdiagnosticada, debido a la inespecificidad de sus síntomas, la automedicación y la falta de conocimiento sobre sus determinantes. Esto plantea un desafío para los servicios de salud y refuerza la necesidad de estudios locales que permitan conocer los factores asociados en contextos específicos.

Dada la importancia de este problema y la falta de datos específicos locales sobre factores asociados que permitan un abordaje preventivo y terapéutico más eficiente, el presente estudio busca identificar dichos factores en pacientes con ERGE atendidos en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín durante el periodo abril-junio de 2025.

Este trabajo tiene como propósito contribuir al conocimiento clínico-epidemiológico de la ERGE en la población ecuatoriana, a través de la identificación de los principales factores asociados en pacientes del servicio de gastroenterología. Los resultados permitirán orientar estrategias preventivas, optimizar el diagnóstico precoz y mejorar la calidad del tratamiento, contribuyendo así a la salud pública del país.

2. Justificación del estudio

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno altamente prevalente a nivel mundial, cuya frecuencia ha aumentado progresivamente en las últimas décadas, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Según revisiones recientes, la prevalencia global se sitúa en torno al 14 %, con cifras superiores en América Latina (12,9 %) y reportes locales en Ecuador que alcanzan hasta el 46 % en poblaciones específicas [1,2,12]. Esta situación sitúa a la ERGE como una de las razones más comunes de consulta en el área de gastroenterología, generando una significativa carga tanto asistencial como económica para los sistemas sanitarios.

En Ecuador, la información epidemiológica sobre ERGE son escasos y fragmentados, generalmente restringidos a estudios de tesis o análisis institucionales. En hospitales de referencia como el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín (HECAM), se ha notado un aumento en la demanda de estudios endoscópicos y de consultas por síntomas característicos del reflujo, lo que resalta la importancia de organizar la información clínica y epidemiológica de estos pacientes.

Una de las principales problemáticas en el abordaje de la ERGE es que muchas veces los síntomas no son reconocidos tempranamente o son subestimados por los pacientes, lo cual retrasa el diagnóstico oportuno y favorece la aparición de complicaciones como estenosis esofágica, esofagitis erosiva o incluso esófago de Barrett y adenocarcinoma [47,5]. A ello se suma que en la mayoría de los servicios hospitalarios no existen protocolos estandarizados para identificar sistemáticamente los factores de riesgo asociados, lo que limita el desarrollo de estrategias preventivas y educativas en la población en riesgo.

Este estudio se justifica porque busca determinar los factores asociados a ERGE en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del HECAM, proporcionando evidencia local que contribuya al fortalecimiento de políticas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Al identificar con mayor claridad los factores predisponentes como: dieta

hipercalórica, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, fármacos, estrés y antecedentes familiares, será posible implementar acciones dirigidas a que se reduzca la carga clínica de la enfermedad.

Además, este trabajo contribuirá a la literatura científica nacional, ampliando el conocimiento sobre los determinantes sociodemográficos y clínicos de la ERGE en Ecuador, y apoyará las bases para futuras investigaciones y planes de intervención en salud pública.

CAPÍTULO II

3. Marco teórico

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. Definición de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como la presencia de síntomas o complicaciones secundarias al retroceso del contenido gástrico hacia el esófago, que ocurre cuando el mecanismo antirreflujo es insuficiente para prevenir el paso retrógrado del jugo gástrico, generando síntomas molestos como pirosis (sensación de ardor retroesternal), regurgitación ácida, clínica atípica o extraesofágica (tos crónica, disfagia, dolor torácico) y, en algunas ocasiones, lesiones estructurales en la mucosa esofágica. [1]. La definición contemporánea, según la revisión de Fass et al., describe a la ERGE como una condición clínica en la cual este reflujo provoca síntomas molestos o complicaciones, afectando significativamente la calidad de vida de quienes la padecen [1].

3.1.2. Clasificación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

La perspectiva actual reconoce que la ERGE no es una entidad uniforme, sino que presenta múltiples fenotipos con implicaciones diagnósticas y terapéuticas distintas. Según un artículo reciente, los fenotipos clínicos son:

- **ERGE erosiva:** presencia de lesiones visibles en la mucosa esofágica, como esofagitis erosiva, esófago de Barrett, o estenosis [31].
- **ERGE no erosiva (NERD):** pacientes con síntomas típicos sin daño visible en la endoscopia, pero con evidencia de reflujo patológico mediante pruebas funcionales, como pHmetría o manometría esofágica [29].

Adicionalmente, se reconocen fenotipos específicos como:

- Hipersensibilidad esofágica y síndrome de reflujo funcional, donde los síntomas no se correlacionan con el reflujo ácido ni con daño endoscópico [4] y que requieren abordajes diagnósticos y terapéuticos personalizados [12].

Por último, fenotipos basados en la composición del reflujo y la respuesta terapéutica:

- Ácido vs. no ácido
- Respondedores vs. refractarios al tratamiento con inhibidores de bomba de protones (IBP) [29].

Esta clasificación permite un enfoque más personalizado y eficiente del tratamiento.

3.2. MARCO REFERENCIAL

3.2.1. Epidemiología Global y Local

A nivel global, la ERGE constituye un importante problema de salud pública que impacta aproximadamente al 14 % de la población adulta, mostrando marcadas variaciones entre diferentes regiones [2]. En países de altos ingresos, como Europa occidental y Estados Unidos, la prevalencia puede alcanzar hasta un 20 %, mientras que en regiones de Asia y África es más baja, posiblemente por diferencias en la dieta, la genética y la cultura [13].

En América Latina incluyendo el Caribe, se estima una prevalencia global aproximada del 13 %, con fluctuaciones entre países: México 15 %, Brasil 12 %, Argentina 11 % y Ecuador donde se han reportado cifras cercanas al 12 % [5,19], mientras que en Norteamérica puede llegar al 19,6 % [2]. Las proyecciones globales, sugieren que alrededor de 1 030 millones de personas sufren de esta afección [2]. Estas cifras reflejan la transición epidemiológica de la región, con un aumento de factores de riesgo como obesidad y hábitos nocivos.

En Ecuador, diversos estudios han evidenciado una alta prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), especialmente en entornos urbanos. Por ejemplo, una investigación realizada en Guayaquil reportó una prevalencia de síntomas compatibles con ERGE del 52,8 %, siendo más frecuente en mujeres, consumidores de alcohol y personas con sobrepeso. Los síntomas predominantes fueron pirosis (38 %) y regurgitación (55 %), y aproximadamente el 70 % de los pacientes requirieron tratamiento médico [33]. De forma complementaria, un estudio realizado mediante esofagograma en Quito evidenció una prevalencia radiológica de ERGE del 56,3 % en adultos, sobretodo en mayores de 64 años [34]. Estos datos resaltan la elevada carga de la enfermedad en la población ecuatoriana y la necesidad de estrategias de detección precoz y control de factores de riesgo modificables como el alcohol, tabaquismo y la obesidad.

Tabla 1. Prevalencia estimada de ERGE en diferentes regiones

REGIÓN	PREVALENCIA (%)
Norteamérica	19.6
Latinoamérica	12.9
Ecuador (Local)	13.5

Fuentes:

- Nirwan JS, Ghori MG, Conway BR. Global prevalence and risk factors of gastro-oesophageal reflux disease: systematic review with meta-analysis. *Sci Rep.* 2020;10(1):5814. doi:10.1038/s41598-020-62795-1. PMID:32242117.
- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Factores de riesgo asociados a esofagitis por reflujo. Tesis T-UCSG-PRE-MED-1523 [tesis]. Guayaquil; 2023.
- Molina, A. Gallegos, E. (2025)

3.2.2. Factores de riesgo para desarrollar enfermedad por reflujo gastroesofágico

Los factores de riesgo para desarrollar ERGE son tanto modificables como no modificables.

Entre los principales se encuentran:

- **Obesidad:** el aumento de la presión intraabdominal facilita el reflujo, siendo el factor más consistente asociado a ERGE en múltiples estudios [2,7].
- **Tabaquismo:** reduce la presión del esfínter esofágico inferior (EEI) y altera la motilidad esofágica, además de dañar la mucosa [2,8].
- **Consumo de alcohol:** disminuye la presión del esfínter esofágico inferior (EEI) y aumenta la secreción ácida [7].
- **Dieta:** alimentos grasos, cafeína, chocolate, cítricos y comidas copiosas alteran la secreción gástrica y se asocian a mayor síntomas de reflujo.
- **Medicamentos:** bloqueadores de canales de calcio, anticolinérgicos, nitratos y algunos antidepresivos disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior [12].

- **Predisposición genética:** estudios sugieren una contribución hereditaria en algunos casos [1].
- **Edad:** La prevalencia de ERGE aumenta con la edad debido a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior, menor motilidad esofágica y mayor presencia de comorbilidades [48, 49].
- **Sexo:** La ERGE es frecuente en ambos sexos, aunque algunos estudios reportan mayor prevalencia en mujeres, especialmente asociada a obesidad y reflujo no erosivo; mientras que los hombres presentan más complicaciones como esófago de Barrett [49, 50].
- **Ocupación:** Trabajos que implican esfuerzo físico intenso, turnos nocturnos o posturas forzadas aumentan el riesgo de síntomas de reflujo, debido al incremento de presión intraabdominal y alteración de los horarios de comida y sueño [52].
- **Residencia:** La prevalencia de ERGE varía según la región y estilo de vida. En áreas urbanas el riesgo es mayor, ya que predominan dietas hipocalóricas y sedentarismo [53].
- **Nivel de instrucción:** El bajo nivel educativo se ha asociado a mayor prevalencia de ERGE, probablemente por limitado acceso a información sobre hábitos saludables y control de factores de riesgo como dieta y obesidad [54].
- **Estado civil:** El estado civil no es un factor determinante directo, pero el estrés psicosocial asociado a situaciones familiares puede influir en la intensificación de síntomas de ERGE [55].
- **Convivencia:** La convivencia con familiares puede influir en los hábitos dietéticos y estilos de vida, lo que indirectamente afecta la ERGE; sin embargo, la evidencia es limitada [55].
- **Comorbilidades (diabetes, hipertensión, obesidad):** La diabetes mellitus se asocia a gastroparesia, lo que favorece el reflujo. La hipertensión en sí no se relaciona directamente, pero la obesidad, frecuente en hipertensos, es un fuerte factor de riesgo para ERGE [48, 57].

- **Horarios de las comidas:** Cenar tarde o ingerir comidas abundantes en la noche incrementa los episodios de reflujo nocturno y síntomas de ERGE [56, 58].
- **Intervalo entre comida y sueño:** Dormir inmediatamente después de comer favorece el reflujo; se recomienda un intervalo de al menos 2-3 horas entre la cena y el sueño [56, 58].
- **Nivel de estrés:** El estrés psicosocial y la ansiedad aumentan la sensibilidad esofágica y exacerban la sensación de síntomas, empeorando la enfermedad [55, 59].
- **Nivel socioeconómico:** Se observa mayor prevalencia en grupos con nivel socioeconómico bajo, relacionado con dieta inadecuada, obesidad, tabaco y limitado acceso a la salud [53,54].

En Ecuador, un estudio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil identificó la obesidad (IMC > 30) en el 38 % de los pacientes con ERGE y el tabaquismo activo en el 25 %, confirmando la importancia de estos factores en el contexto local [8].

3.2.3. Fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

El origen de la ERGE es multifactorial. El mecanismo fisiopatológico predominante es la incompetencia del esfínter esofágico inferior (EEI), que permite el paso retrógrado del contenido gástrico hacia el esófago [1,31]. Los principales factores incluyen:

- **Relajaciones transitorias del EEI (RTEI):** episodios inapropiados de relajación del EEI no relacionados con la deglución, considerados la causa principal de reflujo en pacientes con ERGE [3].
- **Presión insuficiente del EEI:** puede ser consecuencia de obesidad, embarazo, uso de fármacos (calcioantagonistas, anticolinérgicos), o trastornos neuromusculares [12].
- **Motilidad esofágica alterada:** la disminución en la eficacia de la función protectora del esófago y el retraso en el vaciamiento gástrico contribuyen a la persistencia del reflujo y daño de la mucosa [4].
- **Sensibilidad esofágica aumentada:** la percepción exagerada del ácido o reflujo no ácido puede explicar síntomas persistentes aún en ausencia de lesiones visibles [13].

El daño a la mucosa esofágica se produce por la exposición repetida a ácido con pH menor a 2, pepsina, bilis y enzimas pancreáticas, que provocan inflamación y alteraciones estructurales [1], contribuyendo al desarrollo de esofagitis, estenosis, esófago de Barrett e incluso adenocarcinoma esofágico en casos más avanzados [1,8].

3.2.4. Diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

El diagnóstico de ERGE suele ser clínico ante la presencia de síntomas típicos (pirosis y regurgitación). Sin embargo, en casos de síntomas atípicos (disfagia, tos crónica, dolor torácico no cardíaco) o mala respuesta al tratamiento empírico, se indican estudios complementarios [1,8]. Entre ellos se incluye:

- **Endoscopia digestiva alta:** evalúa la presencia de esofagitis, hernia hiatal y complicaciones. Es el estándar para diagnóstico de ERGE erosiva [8].
- **pH-metría de 24 horas:** cuantifica la exposición ácida y correlaciona los síntomas.
- **pH-impedanciometría:** detecta el tipo de reflujo (ácido y no ácido), fundamental en casos refractarios o NERD (enfermedad por reflujo no erosivo) [1].
- **Manometría esofágica:** evalúa función del EEI y motilidad esofágica.

En Ecuador, la disponibilidad de estas pruebas varía según el centro, siendo la endoscopia la más accesible y utilizada en hospitales públicos como el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, mientras que pruebas funcionales avanzadas son menos frecuentes por costos y recursos limitados [8].

3.2.5. Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

El abordaje terapéutico es escalonado y debe adaptarse al fenotipo clínico. Este combina medidas no farmacológicas, farmacológicas y, en casos más severos, intervenciones quirúrgicas o endoscópicas [1].

3.2.5.1. Cambios en el estilo de vida

- Elevar la cabecera de la cama.
- Evitar acostarse inmediatamente después de las comidas.

- Pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad.
- Abstinencia de tabaco y alcohol.
- Evitar alimentos que exacerban los síntomas.

3.2.5.2. Tratamiento farmacológico

Se basa principalmente en los inhibidores de la bomba de protones (IBP), que interrumpen la secreción ácida gástrica y son efectivos especialmente en la ERGE erosiva [1,8]. Si la respuesta es nula o parcial, se consideran ajustes de dosis, terapias adyuvantes (procinéticos o moduladores de sensibilidad) y reevaluación diagnóstica [1].

- **Antiácidos:** como el magaldrato + simeticona, neutralizan el ácido ya presente en el estómago, elevando el pH para aliviar los síntomas de acidez y reflujo.
- **Bloqueadores H₂:** como la ranitidina, inhiben la producción de ácido gástrico al bloquear los receptores H₂ de histamina en las células parietales del estómago.
- **Inhibidores de la bomba de protones (IBP):** son la primera línea para esofagitis erosiva y síntomas moderados a severos. Su eficacia es alta y ha sido demostrada en múltiples ensayos [1].
- **Procinéticos:** como la domperidona o la metoclopramida, que contribuyen favoreciendo el tránsito del contenido gástrico hacia el intestino, elevando el tono del esfínter esofágico inferior, y por ende, reduciendo el reflujo retrógrado. Son utilizados en casos de trastornos de motilidad asociados.

3.2.5.3. Tratamiento quirúrgico y endoscópico

Indicados en ERGE refractaria, en pacientes con hernia hiatal grande, o complicaciones.

- **Funduplicatura de Nissen:** procedimiento laparoscópico que repara la barrera antirreflujo [4].
- **Procedimientos endoscópicos emergentes:** Stretta (una técnica mínimamente invasiva de radiofrecuencia no ablativa del esfínter esofágico inferior) que ha sido aplicada en el país, pero únicamente en clínicas privadas. Por otro lado, el sistema

EndoStim (estimulación eléctrica del EEI), no presenta al momento evidencia de implementación en Ecuador. Ambas técnicas continúan aún en evaluación [8].

3.2.6. Impacto en calidad de vida y socioeconómico en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico

La ERGE afecta significativamente la calidad de vida, generando síntomas molestos, interrupción del sueño y limitación en actividades diarias. En Ecuador, el impacto económico se refleja en el alto número de consultas gastroenterológicas, uso de medicamentos y días laborales perdidos, incrementando la carga para el sistema de salud pública y privada [24].

3.2.7. Importancia del reconocimiento de los factores de riesgo en la prevención de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

La identificación y el manejo temprano de los factores de riesgo asociados a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es crucial no solo para disminuir la incidencia y prevalencia de la enfermedad, sino también para prevenir sus complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes [24]. La ERGE, al ser una enfermedad crónica y multifactorial, puede progresar desde síntomas leves y esofagitis erosiva hasta condiciones más graves como el esófago de Barrett y carcinoma esofágico, lo cual incrementa la morbilidad y mortalidad asociada [1,3].

3.2.7.1. Prevención primaria mediante el control de factores de riesgo modificables

La prevención primaria de la ERGE se centra en disminuir o eliminar los factores de riesgo modificables, lo que se puede alcanzar mediante campañas de educación en salud, asesoramiento nutricional y programas para dejar de fumar [38]. La evidencia indica que al tratar estos aspectos no solo se reduce la frecuencia e intensidad de los síntomas, sino que también disminuye la necesidad de tratamiento farmacológico prolongado y las complicaciones relacionadas [35].

Por ejemplo, la obesidad, uno de los factores de riesgo claves para ERGE, aumenta la presión intraabdominal y disminuye la presión del esfínter esofágico inferior, facilitando así el reflujo. Investigaciones a largo plazo han demostrado que la reducción del peso corporal, incluso de un 5-10 %, se asocia con mejoras notables de los síntomas y disminución del

reflujo ácido [35]. En Ecuador, donde la prevalencia de obesidad ha ido en aumento en las últimas décadas, esta estrategia se vuelve particularmente importante [38].

Además, el tabaquismo, otro factor de riesgo que se puede modificar, tiene un impacto directo sobre la presión del EEI y también afecta la motilidad esofágica. Su abandono mejora la función de la barrera antirreflujo y disminuye la irritación en la mucosa [35]. Asimismo, el consumo excesivo de alcohol se relaciona con mayor severidad de los síntomas y un incremento en la frecuencia de reflujo, por lo que se aconseja tanto la moderación como la abstinencia. [2].

3.2.7.2. Factores de riesgo más comunes y su relevancia clínica

Los factores de riesgo más comúnmente asociados con ERGE, haciendo énfasis en su impacto clínico y en la población ecuatoriana, son los siguientes:

- **Obesidad y Sobrepeso**

El exceso de peso es el factor más constante en la literatura como factor de riesgo para ERGE. El aumento del índice de masa corporal (IMC) incrementa la presión intraabdominal y contribuye a la disfunción del EEI, además de favorecer la hernia hiatal [43]. En Ecuador, el INEC reportó que en 2023 más del 35 % de los adultos presentan sobrepeso u obesidad, lo que explica en parte el aumento de casos de ERGE en la población urbana [42].

- **Tabaquismo**

El consumo de tabaco, por sus múltiples componentes tóxicos, reduce la presión del EEI y altera la función ciliar de la mucosa esofágica, favoreciendo la inflamación y el daño [5]. En estudios regionales de ERGE, hasta el 25 % de los pacientes son fumadores, aunque en Ecuador no se han publicado datos exactos.

- **Dieta y Hábitos Alimenticios**

El consumo frecuente de alimentos grasos, fritos, chocolate, cafeína y cítricos está asociado con el aumento de episodios de reflujo y sus síntomas. La dieta occidentalizada en Ecuador ha favorecido la ingesta de estos alimentos, lo que impacta directamente en la epidemiología de ERGE [37].

- **Sedentarismo**

La falta de actividad física favorece la obesidad y puede alterar la motilidad gastrointestinal. Estudios locales sugieren que un 42 % de pacientes con ERGE tienen estilos de vida sedentarios [42].

- **Factores Psicosociales**

El estrés crónico, ansiedad y depresión pueden aumentar la percepción de los síntomas y alterar la motilidad esofágica, empeorando la calidad de vida [41]. Si bien son factores menos evidentes, tienen importancia en un enfoque integral.

TABLA 2. Factores de riesgo para ERGE

Factores de riesgo	Prevalencia en Ecuador	Impacto en ERGE	Recomendaciones Preventivas
Obesidad y Sobrepeso	>35% adultos con IMC >25 [13]	Aumenta presión intraabdominal, favorece reflujo y hernia hiatal	Control y reducción de peso con dieta saludable y ejercicio
Tabaquismo	~25% adultos fumadores [47]	Reduce presión esfínter esofágico, irrita mucosa esofágica	Cesación tabáquica; programas de apoyo y educación
Dieta inadecuado	Alta ingesta de alimentos grasos y procesados [5]	Estimula secreción ácida, disminuye motilidad esofágica	Evitar alimentos gatillo: fritos, chocolate, cafeína, cítricos
Sedentarismo	42% población con bajo nivel de actividad física [47]	Contribuye a obesidad y alteraciones gastrointestinales	Promover actividad física regular (30 min diarios)

Consumo de alcohol	15-20% consumo moderado a alto [47]	Irrita mucosa y relaja esfínter esofágico	Limitar consumo; preferir abstinencia en pacientes con ERGE
Estrés y factores psicosociales	Elevada incidencia de estrés y ansiedad en población [31]	Aumenta percepción de síntomas y alteración motilidad	Técnicas de manejo de estrés: terapia, mindfulness, ejercicio

Fuentes:

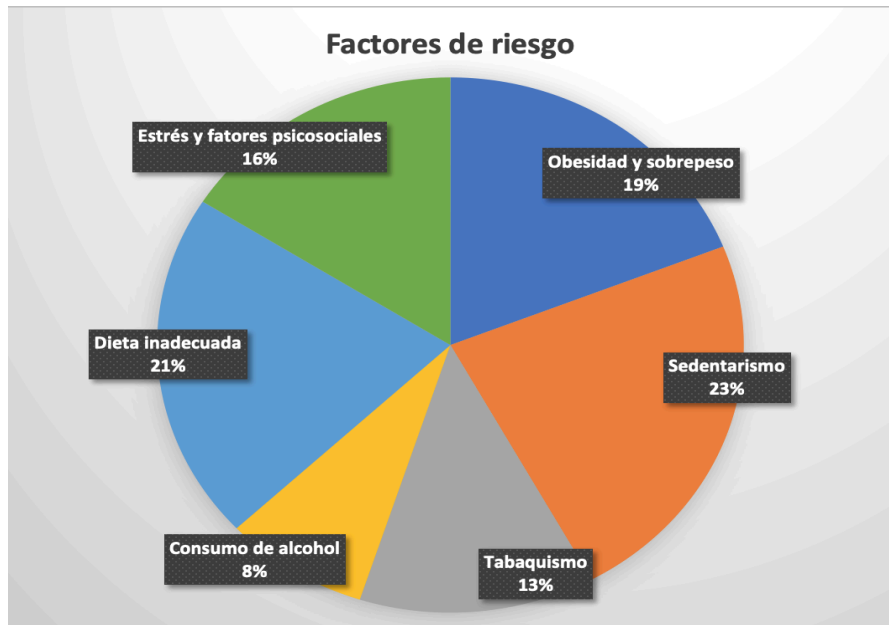
- Villacís Benavides JD. Factores asociados a esofagitis por reflujo diagnosticada por endoscopia digestiva alta en pacientes atendidos en el Hospital General Docente de Ambato en el periodo septiembre 2021–febrero 2022 [Tesis de pregrado]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/36447>
- Taraszewska A, Jaworski M, Bujnowska-Fedak M. Lifestyle and dietary factors in gastro-oesophageal reflux disease. *Nutrients*. 2023;15(7):1599. doi:10.3390/nu15071599.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Ecuador. Encuesta nacional de salud y nutrición 2023. Quito: INEC; 2023.
- Fass R, Gyawali CP, Roman S. Conceptual framework for GERD pathophysiology. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17(11):665–676. doi:10.1038/s41575-020-0334-4
- Molina, A. & Gallegos, E. (2025)

3.2.7.3. Relevancia del Reconocimiento Temprano en el Contexto Clínico y de Salud Pública

El reconocimiento temprano y la intervención sobre estos factores de riesgo contribuyen a la reducción del uso innecesario de medicamentos, disminuyen las consultas médicas repetidas y previenen complicaciones severas, como la esofagitis grave y el esófago de Barrett [3].

En el sistema de salud ecuatoriano, donde los recursos pueden ser limitados, hacer énfasis en la prevención primaria mediante campañas de educación y modificación de estilos de vida puede ser una estrategia costo-efectiva para disminuir la carga de ERGE [47,4].

Ilustración 1: Prevalencia aproximada de factores de riesgo para ERGE en Ecuador



(Nota: Los porcentajes no suman 100% ya que los factores pueden superponerse y representan prevalencia individual estimada.)

A tener en cuenta:

- **Dieta inadecuada:** (estimado de población con alta ingesta de alimentos grasos y procesados)
- **Estrés y factores psicosociales:** (estimado población con estrés o ansiedad elevada)

Fuentes:

- Villacís Benavides JD. Factores asociados a esofagitis por reflujo diagnosticada por endoscopia digestiva alta en pacientes atendidos en el Hospital General Docente de Ambato en el periodo septiembre 2021–febrero 2022 [Tesis de pregrado]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2022.
- Taraszewska A, Kuś J, Garczorz W, Gąsiorowska A. Lifestyle and dietary risk factors in gastroesophageal reflux disease: A cross-sectional study in Poland. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(4):514.
- Dunbar KB. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Med Clin North Am*. 2023;107(1):1–14.
- Molina, A; Gallegos, E. (2025).

CAPÍTULO III

4. Planteamiento del Problema

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) constituye un trastorno crónico digestivo de alta prevalencia, caracterizado por el retorno involuntario del contenido gástrico hacia el esófago, lo cual genera síntomas molestos como pirosis, regurgitación, dispepsia y, en algunos casos, complicaciones estructurales como esofagitis erosiva, estenosis, esófago de Barrett o adenocarcinoma esofágico [13,12].

En los últimos años, la carga de la ERGE ha aumentado significativamente, especialmente en países de ingresos medios y altos. Según Nirwan et al., la prevalencia global estimada es del 14 %, siendo América Latina una de las regiones con tasas elevadas (12,9 %) [2]. Esta cifra implica una importante carga para los sistemas sanitarios, así como un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, afectando el sueño, el apetito y el rendimiento diario [12].

En el contexto ecuatoriano, aunque no existen estadísticas nacionales consolidadas sobre la ERGE, estudios institucionales y tesis académicas han reportado un aumento progresivo de consultas por síntomas compatibles, especialmente en servicios de imagenología y gastroenterología de hospitales de tercer nivel como el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín (HECAM), donde se ha identificado un número significativo de casos con hallazgos endoscópicos de esofagitis por reflujo [4].

La importancia de identificar de forma oportuna los factores de riesgo asociados a la ERGE radica en su utilidad preventiva y terapéutica. Factores como la obesidad, el tabaquismo, la dieta hipercalórica, el sedentarismo y antecedentes familiares pueden predisponer al desarrollo o agravamiento de la enfermedad [12,5]. Además, el uso de ciertos medicamentos (anticolinérgicos, bloqueadores de calcio) o condiciones como la esclerosis sistémica o el embarazo también están implicadas [47].

A pesar de contar con guías diagnósticas y terapéuticas actualizadas, en muchos casos la enfermedad no se detecta precozmente, debido a que sus síntomas se consideran comunes o inespecíficos, lo que retrasa su abordaje adecuado. Esta situación se agrava cuando los pacientes consultan en etapas avanzadas o presentan complicaciones. Asimismo, no existe un

protocolo local estandarizado para evaluar factores predisponentes en poblaciones de riesgo, lo que dificulta las estrategias preventivas y limita el seguimiento eficaz.

De ahí la necesidad de realizar estudios que determinen cuáles son los principales factores asociados a ERGE en entornos clínicos específicos, como el servicio de Gastroenterología del HECAM. Esta información no solo permitirá diseñar intervenciones personalizadas y prevenir su progresión, sino también optimizar los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

5. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados a la enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín durante el periodo abril-junio del 2025 ?

6. Hipótesis

La prevalencia del ERGE en la muestra es alta, mayor del 30% y los factores asociados varían según el grupo etario y el género. En el grupo de adultos intermedio y tardío, los factores más relevantes son los demográficos, socioeconómicos, biológicos, mientras que, en los adultos jóvenes son los factores sociales y psicológicos.

7. Objetivos

7.1. Objetivo general

Analizar los factores asociados a la enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) en pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín desde abril hasta junio del 2025.

7.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el periodo abril- junio del 2025.
- Caracterizar socio-demográficamente a los pacientes con ERGE del servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín.
- Describir y analizar los factores de riesgo asociados a la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

8. Metodología

8.1. Metodología

8.1.1. Diseño de la investigación

Es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, basado en una serie de casos observados desde abril hasta junio del año 2025. Se diseñó una encuesta estructurada que fue entregada a todos los pacientes con diagnóstico confirmado de ERGE. La encuesta incluyó preguntas de factores de riesgo relacionados a la enfermedad.

La encuesta fue entregada de forma presencial a los pacientes diagnosticados con ERGE en el HECAM, durante sus visitas médicas o consultas. Hubo casos en los que se brindó asistencia para completar la encuesta, garantizando que todos los pacientes comprendan las preguntas.

La recolección de datos se llevó a cabo durante un período de tres meses (abril-junio). Se supervisó el proceso de recopilación para asegurar que se obtenga un número representativo de respuestas y que los pacientes tengan suficiente tiempo para completar la encuesta .

Una vez recolectados los datos, se procederá a clasificar a los pacientes en grupos según los factores de riesgo más relevantes identificados.

8.1.2. Definición de la población a estudiar

La población de estudio está conformada por todos los pacientes entre los mayores de 20 años con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico procedentes del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín durante el periodo abril - junio del 2025 con un mínimo de 200 pacientes considerando que al año acuden cerca de 600 casos anuales de pacientes con ERGE. De esta población se determinarán los factores asociados a esta enfermedad de acuerdo con los criterios respectivos. No se calculará muestra, ya que se tomará en cuenta todo el universo de pacientes en el periodo señalado.

8.1.3. *Establecimientos en el cual se realizará la investigación*

Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, ubicado en la provincia de Pichincha en el cantón Quito, en la Av. Universitaria, código postal: 170103, parte del tercer nivel de atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

8.1.4. Criterios de selección

- **Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de ERGE mediante criterios clínicos evaluados por médicos tratantes del servicio de gastroenterología del HECAM mayores a 20 años de ambos sexos.
- Pacientes con diagnóstico de ERGE que hayan firmado el consentimiento informado.

- **Exclusión**

- Pacientes con diagnóstico de ERGE con presencia de un trastorno mental degenerativo o que impida la comunicación y la realización de la encuesta.
- Pacientes con diagnóstico de ERGE que presenten alguna enfermedad que altera la secreción de ácido gástrico.
- Pacientes con diagnóstico de hernia hiatal.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico.
- Pacientes que no deseen participar en este estudio.

8.1.5. Tabla 3. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento	Cronológica	Edad en años cumplidos	Numérica	Cuantitativa
Sexo	Características biológicas que definen a hombres y mujeres	Biológica	Sexo biológico: <ul style="list-style-type: none">● Hombre● Mujer	Nominal	Cualitativa
Peso	Masa corporal del individuo	Antropométrica	Kilogramos (kg)	Numérica	Cuantitativa

Talla	Longitud desde la base de los pies hasta la cabeza del individuo	Antropométrica	Centímetros (cm)	Númérica	Cuantitativa
Ocupación	Actividad laboral principal	Socioeconómica	<ul style="list-style-type: none"> ● Empleado ● Desempleado ● Trabajador doméstico ● Estudiante ● Jubilado 	Nominal	Cualitativa
Residencia	Lugar donde habita el individuo	Geográfica	<ul style="list-style-type: none"> ● Área urbana ● Área rural 	Nominal	Cualitativa
Nivel de instrucción	Grado máximo de estudios formales completados	Educativa	<p>Grado de educación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ninguna ● Educación Inicial ● Educación General Básica: Preparatoria (Primer grado) / Básica elemental (Segundo, tercero y cuarto grado) / Básica media (quinto, sexto y séptimo grado) / Básica superior (octavo, noveno y décimo grado) ● Bachillerato ● Superior: Grado (técnico o tecnólogo superior, licenciado o ingeniero, y especialista) / Postgrado (maestría y doctorado) 	Ordinal	Cualitativa

Estado civil	Situación legal respecto a la pareja	Social	Estado civil legal: <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Unión de hecho • Viudo 	Nominal	Cualitativa
Patrón dietético	Conjunto de hábitos alimenticios	Nutricional	Tipo de dieta predominante: <ul style="list-style-type: none"> • Vegano • Vegetariano • Otros 	Nominal	Cualitativa
Convivencia	Personas con las que comparte hogar	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Familia de origen • Pareja • Pareja e hijos • Hijos • Solo • Amigos • Otros 	Numérica	Cualitativa
Comorbilidades asociadas	Enfermedades concomitantes	Clínica	Diagnóstico médico: Hipertensión o diabetes	Nominal	Cualitativa
Tabaco	Consumo de productos de tabaco	Cronológica	Tiempo de consumo: menor a 1 año o mayor a 1 año	Numérica	Cuantitativa
Alcohol	Consumo de bebidas alcohólicas	Conductual	Frecuencia de consumo: tres o más veces a la semana, una vez a la semana, y ocasional.	Numérica	Cuantitativa
Antecedentes familiares de ERGE	Presencia de reflujo gastroesofágico en familiares de primer grado	Clínica	Diagnóstico de ERGE en familiares de primer grado	Nominal	Cualitativa
Alimentos específicos	Identificación de alimentos que provocan reflujo o malestar	Nutricional	Alimentos grasos, fritos, picantes, ácidos, cítricos, condimentados; bebidas carbonatadas, chocolate, café, fibra.	Nominal	Cualitativa

Medicamentos	Uso regular o puntual de fármacos	Farmacológica	Tipo de medicamento: Antiinflamatorios, Ácido acetilsalicílico, Antihistamínicos, Anticolinérgicos, Antidepresivos, Amitriptilina, Anticonceptivos orales, Bifosfonatos, Bloqueadores de los canales de calcio, Antiasmáticos	Nominal	Cualitativa
Horario de las comidas	Frecuencia y consistencia en la hora de las comidas principales durante el día	Conductual	Regular: Comidas a horas similares todos los días Irregular: Horas de comida variables o sin patrón definido	Nominal	Cualitativa
Intervalo entre comida y sueño	Tiempo entre la última comida y acostarse	Conductual	Horas transcurridas: Menos de una hora, entre una y cuatro horas, y más de cuatro horas.	Numérica	Cuantitativa
Nivel de estrés	Percepción subjetiva de carga emocional o física	Psicológica	Escala de estrés percibido	Ordinal	Cualitativa
Nivel socioeconómico	Estrato social según el ingreso, educación y ocupación	Social	Estrato A, Estrato B, Estrato C+, Estrato C, Estrato D	Nominal	Cualitativa

Fuente: Molina, A; Gallegos, E. (2025)

8.1.6. Descripción de los procedimientos realizados

- Con ayuda del equipo de gastroenterología, se verificó que todos los pacientes incluidos en el estudio tengan diagnóstico confirmado de ERGE según los criterios clínicos.
- Antes de completar la encuesta, se les proporcionó el consentimiento informado, el cual explica detalladamente el objetivo del estudio, los procedimientos que se llevan a cabo, la confidencialidad de los datos, y la libertad de participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias.
- El consentimiento informado fue firmado de manera presencial en la consulta. Un miembro del personal estuvo presente para explicar cualquier duda que surgiera durante el proceso, asegurándose de que los pacientes comprendieran el estudio antes de firmar.
- Una vez obtenido el consentimiento informado, se entregó a los pacientes la encuesta estructurada, se describe su contenido en el Anexo 1.
- Como medida de seguridad en las encuestas no se solicitó datos personales, cédula de identidad, ni número de historia clínica, garantizando el anonimato, se verificará el total cumplimiento de esta normativa en el transcurso de la investigación.
- La encuesta se desarrolló en papel para adaptarse a las capacidades de los pacientes. Incluyó preguntas cerradas y abiertas, y fue diseñada para tomar un tiempo máximo de 10-15 minutos en completarse.

8.1.6.1. Recopilación, y análisis de datos

- Una vez que las encuestas fueron completadas y recogidas, se procedió con la transcripción de los datos a un sistema de gestión de base de datos Excel; de acuerdo con las variables de interés, como los factores de riesgo y las características demográficas de los pacientes.

- Personal encargado:
El equipo de investigación, que incluye a las responsables de la tesis y a los asistentes de investigación, fueron los encargados de llevar a cabo la transcripción y codificación de los datos.
- Se llevó a cabo un análisis de estadística descriptiva para identificar las características más comunes de los pacientes y los factores de riesgo predominantes para evaluar la relación entre los diferentes factores de riesgo y la severidad de la ERGE.

8.1.6.2. Análisis estadístico

8.1.6.2.1. Procesamiento de datos

Los datos recolectados fueron ingresados y verificados en Microsoft Excel 365 y se aplicaron técnicas de estadística descriptiva y analítica, considerando un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$).

8.1.6.2.2. Estadística descriptiva

En la fase descriptiva, las variables cualitativas y cuantitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

En la fase analítica, se evaluó la asociación entre la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y los diferentes factores de riesgo propuestos.

Para ello, se utilizó la prueba de diferencia de proporciones (valor Z) para comparar las frecuencias observadas entre los grupos masculino y femenino, así como entre los distintos factores de riesgo asociados a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), considerando un nivel de confianza del 95% (IC 95%) y un valor de significancia $p < 0.05$.

8.1.7. Consideraciones éticas

Este trabajo en su componente de protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Los investigadores fueron los responsables de la recolección de los datos. La codificación de los participantes permite el cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos y se garantizará el resguardo de la información y confidencialidad en absoluto respeto por lo

estipulado en la Declaración de Helsinki del 2008. Posteriormente, anonimizar la información, actividades de manejo, almacenamiento y custodia de la información fue ejecutado por el equipo investigador.

El acceso a la información (física y digital) está siendo custodiada por los investigadores principales.

8.1.8. Consideraciones de género

El protocolo de investigación garantiza la inclusión equitativa y representativa de todos los participantes, independientemente de su identidad de género. Se recopilaron datos de forma objetiva y respetuosa, asegurando que el lenguaje empleado en las herramientas de recolección no promueva prejuicios ni generalizaciones. Además, se garantizará que el análisis de los datos considere posibles variaciones según el género.

8.1.9. Presentación de resultados

- Los resultados se mostrarán en tablas y gráficos (Excel), diferenciando las variables descriptivas y los análisis de asociación.
- Para cada factor de riesgo se reportará la diferencia de proporciones con prueba Z, IC 95% y valor p
- Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo, lo que indica que la diferencia observada entre las proporciones no puede atribuirse al azar, sino que existe una asociación real entre la variable y la presencia de ERGE.
Por el contrario, un $p \geq 0.05$ sugiere que no se encontró un nivel estadísticamente significativo entre los grupos, por lo que no existe relación relevante entre la variable y la enfermedad.
- Cuando el estadístico Z presenta valores positivos, quiere decir que la proporción de casos fue mayor en el grupo masculino (p_1) en comparación con el femenino (p_2).
En cambio, los valores negativos de Z indicaron una proporción superior en el grupo femenino.

CAPÍTULO IV

9. RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2025, en el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, se atendió un total de 3272 pacientes, de los cuales 743 tenían diagnósticos presuntivos y definitivos de esofagitis y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), lo que indica una **prevalencia del 22,70 %** en el grupo analizado. De este total, 209 pacientes con clínica definitiva de ERGE fueron evaluados para el análisis estadístico de los factores de riesgo del presente estudio.

Este porcentaje de prevalencia que detectamos en nuestro grupo es mayor que la estimación global combinada presentada en un metaanálisis internacional en el 2020 que reportó una prevalencia del 13,98 % y también excede la cifra en América Latina del 12,9 %, aunque se asemeja al rango elevado encontrado en países con altos ingresos (15–25 %). Las variaciones que observamos probablemente se deben al entorno hospitalario de nuestra muestra, a las diferencias en los criterios de diagnóstico y a posibles variaciones en la presencia de factores de riesgo en la población [2].

Tabla R-1 Variables sociodemográficas y presencia de ERGE

GRUPO ETARIO	VALOR ABSOLUTO	PORCENTAJE
ADULTO JOVEN (20-40 AÑOS)	13	6.2%
ADULTO MADURO (40-65 AÑOS)	88	42.1%
ADULTO MAYOR (>65 AÑOS)	108	51.7%
TOTAL GENERAL	209	100%
SEXO		
FEMENINO	133	63.6%
MASCULINO	76	36.4%
TOTAL GENERAL	209	100%
OCUPACIÓN		
DESEMPLEAD@	9	4.3%
EMPLEAD@	67	32.1%
TRABAJO DOMÉSTICO / ESTUDIANTE / JUBILAD@	133	63.6%
TOTAL GENERAL	209	100%
RESIDENCIA		
RURAL	25	12.0%
URBANA	184	88.0%

TOTAL GENERAL	209	100%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
ANALFABETO/A	3	1.4%
EDUCACIÓN INICIAL	3	1.4%
PREPARATORIA (PRIMER GRADO)	2	1.0%
BÁSICA ELEMENTAL (SEGUNDO, TERCERO Y CUARTO GRADO)	13	6.2%
BÁSICA MEDIA (QUINTO, SEXTO Y SÉPTIMO GRADO)	14	6.7%
BÁSICA SUPERIOR (OCTAVO, NOVENO Y DÉCIMO GRADO)	8	3.8%
BACHILLERATO	60	28.7%
GRADO (TÉCNICO O TECNÓLOGO SUPERIOR, LICENCIADO O INGENIERO, Y ESPECIALISTA)	87	41.6%
POSTGRADO (MAESTRÍA Y DOCTORADO)	19	9.1%
TOTAL GENERAL	209	100%
ESTADO CIVIL		
UNIÓN DE HECHO	6	2.9%
SOLTERO/A	27	12.9%
CASADO/A	125	59.8%
DIVORCIADO/A	36	17.2%
VIUDO/A	15	7.2%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONVIVENCIA		
FAMILIA DE ORIGEN (MADRE, PADRE O HERMANOS)	16	7.7%
PAREJA E HIJOS	67	32.1%
SOLO PAREJA	65	31.1%
SOLO HIJOS	30	14.4%
SOLO	26	12.4%
OTROS (FAMILIARES, AMIGOS, CONOCIDOS)	5	2.4%
TOTAL GENERAL	209	100%
NIVEL SOCIOECONÓMICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
ALTO	3	1.4%
MEDIO ALTO	34	16.3%
MEDIO TÍPICO	112	53.6%
MEDIO BAJO	43	20.6%
BAJO	17	8.1%
TOTAL GENERAL	209	100%
COMORBILIDADES ASOCIADAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
DIABETES	17	8.1%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	52	24.9%
AMBAS	10	4.8%
NINGUNA	130	62.2%
TOTAL GENERAL	209	100%

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARÍN.
GALLEGOS EMILY Y MOLINA ANA. 28/09/2025

La tabla N-1 muestra las variables sociodemográficas de nuestra población de estudio compuesta por 209 participantes, la mayoría es decir el 63,6% (n=133) es sexo femenino,

mientras el masculino es 36,4% (n=76). Los adultos mayores constituyeron el 51,7% de la población de estudio, los adultos maduros el 42,1% y los adultos jóvenes el 6,2%.

En cuanto a grupos de edad de 61–70 años (31,6%), 71–80 años (23,9%) y 51–60 años (22,9%); los grupos jóvenes fueron minoritarios (20–30 años: 1,4%; 31–40 años: 4,8%).

Respecto a la situación ocupacional, el 63,6% correspondió a trabajo doméstico, estudiantes o jubilados, el 32,1% a empleados y un 4,3% a desempleados. La residencia fue mayoritariamente urbana (88,0%) en comparación a la rural.

En cuanto al nivel educativo, el 41,6% alcanzó un grado universitario o tecnológico, el 28,7% bachillerato y un 9,1% consiguieron un posgrado. En el extremo opuesto, un 1,4% correspondió a participantes analfabetos, mientras que un 19,1% presentaron niveles básicos de educación inicial o elemental.

El estado civil más frecuente fue casado/a (59,8%), seguido de divorciado/a (17,2%), soltero/a (12,9%), viudo/a (7,2%) y unión de hecho (2,9%). La mayoría de los participantes conviven con pareja e hijos (32,1%) o solamente con la pareja (31,1%); sumado a ello, se registró un 14,4% en convivencia solo con hijos, un 12,4% en solitario, otro 7,7% con la familia de origen como madre, padre o hermanos y un 2,4% en otras modalidades.

En cuanto a la distribución geográfica, predominó la residencia urbana tanto en mujeres (91%) como en hombres (83%).

En relación con el nivel socioeconómico, la mayoría de los participantes se ubicó en la categoría medio típico (53,6%), seguido de medio bajo (20,6%), medio alto (16,3%) y bajo (8,1%). La proporción de nivel socioeconómico alto fue mínima (1,4%).

En conjunto, la muestra se caracteriza como predominantemente femenina, de personas adultas mayores, sin comorbilidades crónicas, aunque la hipertensión arterial se presentó como la enfermedad asociada más frecuente, residentes en áreas urbanas, con un nivel educativo medio-alto, en su mayoría casados y conviviendo con su pareja e hijos.

TABLA R-2 Factores riesgo y presencia de ERGE

IMC	CANTIDAD	PORCENTAJE
BAJO PESO	2	1.0%
NORMAL	60	28.7%

SOBREPESO	97	46.4%
OBESIDAD TIPO I	38	18.2%
OBESIDAD TIPO II	6	2.9%
OBESIDAD TIPO III	6	2.9%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO DE TABACO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	29	13.9%
NO	180	86.1%
TOTAL GENERAL	209	100%
TIEMPO DE CONSUMO DE TABACO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MÁS DE 1 AÑO	26	89.7%
MENOS DE 1 AÑO	3	10.3%
TOTAL DE CONSUMIDORES	29	100%
CONSUMO DE ALCOHOL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	38	18.2%
NO	171	81.8%
TOTAL GENERAL	209	100%
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL	CANTIDAD	PORCENTAJE
≥3 VECES POR SEMANA	1	2.6%
1 VEZ A LA SEMANA	3	7.9%
OCASIONALMENTE (<1 VEZ A LA SEMANA)	34	89.5%
TOTAL DE CONSUMIDORES	38	100%
¿USTED REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	151	72.2%
NO	58	27.8%
TOTAL GENERAL	209	100%
¿CON QUÉ REGULARIDAD REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA?	CANTIDAD	PORCENTAJE
≥3 VECES POR SEMANA	115	76.2%
1 VEZ A LA SEMANA	15	9.9%
OCASIONALMENTE	21	13.9%
TOTAL DE ACTIVOS FÍSICAMENTE	151	100%
¿ALGÚN FAMILIAR DE PRIMER GRADO (PADRES, HERMANOS) HA SIDO DIAGNOSTICADO CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	64	30.6%
NO	145	69.4%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO DIARIO DE GRASAS SATURADAS Y ALIMENTOS FRITOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	79	37.8%
SI	130	62.2%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS PICANTES	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	144	68.9%
SI	65	31.1%
TOTAL GENERAL	209	100%

CONSUMO DIARIO DE BEBIDAS CARBONATADAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	138	66.0%
SI	71	34.0%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS ÁCIDOS: PROCESADOS EN BASE A TOMATE (SALSAS PARA PASTAS O PIZZA)	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	104	49.8%
SI	105	50.2%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO DIARIO DE CHOCOLATE	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	120	57.4%
SI	89	42.6%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO DIARIO DE CAFÉ	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	69	33.0%
SI	140	67.0%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO DIARIO DE COMIDAS CON CONDIMENTOS PROCESADOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	158	75.6%
SI	51	24.4%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO DIARIO DE FIBRA SOLUBLE EN BASE A CEREALES Y SEMILLAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	62	29.7%
SI	147	70.3%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO DIARIO DE FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	51	24.4%
SI	158	75.6%
TOTAL GENERAL	209	100%
HORARIO DE LAS COMIDAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
IRREGULAR	63	30.1%
REGULAR	146	69.9%
TOTAL GENERAL	209	100%
INTERVALO ENTRE COMIDA Y SUEÑO	CANTIDAD	PORCENTAJE
<1 HORA	20	9.6%
1-4 HORAS	149	71.3%
>4 HORAS	40	19.1%
TOTAL GENERAL	209	100%
NIVEL DE ESTRÉS	CANTIDAD	PORCENTAJE
ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	49	23.4%
NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	159	76.1%
BAJO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	1	0.5%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ALGUN MEDICAMENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE

NO	126	60.3%
SI	83	39.7%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTIINFLAMATORIOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	163	78.0%
SI	46	22.0%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	195	93.3%
SI	14	6.7%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTIHISTAMÍNICOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	199	95.2%
SI	10	4.8%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTICOLINÉRGICOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	209	100%
SI	0	0%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTIDEPRESIVOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	199	95.2%
SI	10	4.8%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	206	98.6%
SI	3	1.4%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE BIFOSFONADOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	209	100%
SI	0	0%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	191	91.4%
SI	18	8.6%
TOTAL GENERAL	209	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTIASMÁTICOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	204	97.6%
SI	5	2.4%
TOTAL GENERAL	209	100%

PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARÍN. GALLEGOS EMILY Y MOLINA ANA. 28/09/2025

En la tabla 2 se muestra factores asociados a ERGE y de nuestra población de 209 participantes, el 62.2% no presentó comorbilidades, mientras que el 37.8% sí reportó alguna enfermedad asociada. Entre estas, la hipertensión arterial fue la más frecuente con un 24.9%, seguida de diabetes con 8.1%, y en menor proporción se identificó la coexistencia de ambas patologías en el 4.8%. Además, con relación a antecedentes familiares, el 30.6% refirió tener un familiar de primer grado diagnosticado con ERGE.

Se evidencia mayor frecuencia de sobrepeso (46,4%), seguido de peso normal (28,7%), obesidad tipo I (18,2%) y obesidad tipo II–III (5,8%); el bajo peso representó solo el 1,0%. Con relación a esto, el análisis del patrón dietético demuestra que la gran mayoría mantenían una dieta habitual mixta (96,7%), mientras que solo el 2,4% seguía una dieta vegetariana y el 1% una dieta vegana.

Respecto a los hábitos, el 13.9% consumía tabaco y el 18.2% alcohol, siendo este último principalmente de manera ocasional (<1 vez a la semana) (89.5%), y entre los fumadores la gran mayoría tenía más de un año de consumo (89.7%). La actividad física fue reportada por el 72.2% de los encuestados, sobre todo con frecuencia de tres o más veces por semana (76.2%).

En cuanto a la dieta, destacaron consumos elevados de café (67%), fibra soluble (70.3%), frutas y cítricos (75.6%) y grasas saturadas o fritos (62.2%), mientras que el consumo de alimentos ácidos en base a tomate (50.2%), chocolate (42.6%), bebidas carbonatadas (34.0%), alimentos picantes (31.1%) y comidas con condimentos procesados (24.4%) fue menos prevalente. La mayoría refirió horarios de comida regulares (69.9%) y un intervalo entre comida y sueño de 1 a 4 horas (71.3%).

Finalmente, predominó un nivel de estrés moderado (76.1%). Además, no se presenta un consumo regular (>1 mes) de medicamentos; sin embargo, el uso de antiinflamatorios predominó en la población frente a otros tipos: bloqueadores de los canales de calcio (8.6%), ácido acetilsalicílico (6.7%), antihistamínicos (4.8%), antidepresivos (4.8%), antiasmáticos (2.4%), anticonceptivos orales (1.4%), anticolinérgicos (0%) y bifosfonados (0%).

En conjunto, la población evaluada mostró un perfil de salud donde el exceso de peso fue común con una proporción considerable de sobrepeso y obesidad tipo I. En cuanto a los hábitos alimentarios y de estilo de vida, se observó una alta prevalencia de consumo de café, grasas saturadas y frutas cítricas, así como una ingesta menor de alimentos picantes y bebidas

carbonatadas; horarios regulares de comida y un intervalo intermedio entre la última comida y el descanso. Finalmente, predominó un nivel de estrés percibido moderado y el consumo no regular de medicamentos, con un leve incremento del uso de antiinflamatorios.

Tabla R-3 ERGE por sexo

VARIABLE				
EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%
ADULTO JOVEN	4	5%	9	7%
ADULTO MADURO	29	38%	59	44%
ADULTO MAYOR	43	57%	65	49%
TOTAL	76	100%	133	100%
IMC RESULTADO	MASCULINO		FEMENINO	
BAJO PESO	1	1%	1	1%
NORMAL	25	33%	35	26%
SOBREPESO	38	50%	59	44%
OBESIDAD TIPO I	9	12%	29	22%
OBESIDAD TIPO II	1	1%	5	4%
OBESIDAD TIPO III	2	3%	4	3%
TOTAL	76	100%	133	100%
OCUPACIÓN	MASCULINO		FEMENINO	
DESEMPLEAD@	5	7%	4	3%
EMPLEAD@	21	28%	46	35%
TRABAJO DOMÉSTICO/ESTUDIANTE/JUBILAD@	50	66%	83	62%
TOTAL	76	100%	133	100%
RESIDENCIA	MASCULINO		FEMENINO	
RURAL	13	17%	12	9%
URBANA	63	83%	121	91%
TOTAL	76	100%	133	100%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	MASCULINO		FEMENINO	
ANALFABETO/A	2	3%	1	1%
EDUCACIÓN INICIAL	1	1%	2	2%
PREPARATORIA (PRIMER GRADO)	0	0%	2	2%
BÁSICA ELEMENTAL (SEGUNDO, TERCERO Y CUARTO GRADO)	7	9%	6	5%
BÁSICA MEDIA (QUINTO, SEXTO Y SÉPTIMO GRADO)	4	5%	10	8%
BÁSICA SUPERIOR (OCTAVO, NOVENO Y DÉCIMO GRADO)	4	5%	4	3%
BACHILLERATO	20	26%	40	30%
GRADO (TÉCNICO O TECNÓLOGO SUPERIOR, LICENCIADO O INGENIERO, Y ESPECIALISTA)	31	41%	56	42%
POSTGRADO (MAESTRÍA Y DOCTORADO)	7	9%	12	9%
TOTAL	76	100%	133	100%
ESTADO CIVIL	MASCULINO		FEMENINO	

SOLTERO/A	6	8%	21	16%
UNIÓN DE HECHO	1	1%	5	4%
CASADO/A	55	72%	70	53%
DIVORCIADO/A	10	13%	26	20%
VIUDO/A	4	5%	11	8%
TOTAL	76	100%	133	100%
PATRÓN DIETÉTICO	MASCULINO		FEMENINO	
NO VEGANO NI VEGETARIANO	75	99%	127	95%
VEGANO	0	0%	2	2%
VEGETARIANO	1	1%	4	3%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONVIVENCIA	MASCULINO		FEMENINO	
FAMILIA DE ORIGEN (MADRE, PADRE O HERMANOS)	4	5%	12	9%
PAREJA E HIJOS	21	28%	46	35%
SOLO PAREJA	37	49%	28	21%
SOLO HIJOS	1	1%	29	22%
SOLO	10	13%	16	12%
OTROS (FAMILIARES, AMIGOS, CONOCIDOS)	3	4%	2	2%
TOTAL	76	100%	133	100%
COMORBILIDADES ASOCIADAS	MASCULINO		FEMENINO	
DIABETES	4	5%	13	10%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	17	22%	35	26%
AMBAS	5	7%	5	4%
NINGUNA	50	66%	80	60%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUME TABACO	MASCULINO		FEMENINO	
NO	59	78%	121	91%
SI	17	22%	12	9%
TOTAL	76	100%	133	100%
TIEMPO DE CONSUMO DE TABACO	MASCULINO		FEMENINO	
MÁS DE 1 AÑO	15	88%	10	83%
MENOS DE 1 AÑO	2	12%	2	17%
TOTAL DE CONSUMIDORES	17	100%	12	100%
CONSUME ALCOHOL	MASCULINO		FEMENINO	
NO	54	71%	117	88%
SI	22	29%	16	12%
TOTAL	76	100%	133	100%
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL	MASCULINO		FEMENINO	
≥3 VECES POR SEMANA	0	0%	1	6%
1 VEZ A LA SEMANA	3	14%	0	0%
OCASIONALMENTE (<1 VEZ A LA SEMANA)	19	86%	15	94%
TOTAL DE CONSUMIDORES	22	100%	16	100%
¿USTED REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA?	MASCULINO		FEMENINO	
NO	16	21%	42	32%
SI	60	79%	91	68%
TOTAL	76	100%	133	100%

¿CON QUÉ REGULARIDAD REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA?	MASCULINO		FEMENINO	
≥3 VECES POR SEMANA	45	59%	70	53%
1 VEZ A LA SEMANA	5	7%	10	8%
OCASIONALMENTE	10	13%	11	8%
NUNCA	16	21%	42	32%
TOTAL	76	100%	133	100%
¿ALGÚN FAMILIAR DE PRIMER GRADO (PADRES, HERMANOS) HA SIDO DIAGNOSTICADO CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?	MASCULINO		FEMENINO	
NO	57	75%	88	66%
SI	19	25%	45	34%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO DIARIO DE GRASAS SATURADAS Y ALIMENTOS FRITOS	MASCULINO		FEMENINO	
NO	22	29%	57	43%
SI	54	71%	76	57%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS PICANTES	MASCULINO		FEMENINO	
NO	47	62%	97	73%
SI	29	38%	36	27%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO DIARIO DE BEBIDAS CARBONATADAS	MASCULINO		FEMENINO	
NO	51	67%	87	65%
SI	25	33%	46	35%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS ÁCIDOS: PROCESADOS EN BASE A TOMATE (SALSAS PARA PASTAS O PIZZA)	MASCULINO		FEMENINO	
NO	32	42%	72	54%
SI	44	58%	61	46%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO DIARIO DE CHOCOLATE	MASCULINO		FEMENINO	
NO	46	61%	74	56%
SI	30	39%	59	44%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO DIARIO DE CAFÉ	MASCULINO		FEMENINO	
NO	32	42%	37	28%
SI	44	58%	96	72%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO DIARIO DE COMIDAS CON CONDIMENTOS PROCESADOS	MASCULINO		FEMENINO	
NO	52	68%	106	80%
SI	24	32%	27	20%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO DIARIO DE FIBRA SOLUBLE EN BASE A CEREALES Y SEMILLAS	MASCULINO		FEMENINO	
NO	22	29%	40	30%
SI	54	71%	93	70%

TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO DIARIO DE FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS	MASCULINO		FEMENINO	
NO	18	24%	33	25%
SI	58	76%	100	75%
TOTAL	76	100%	133	100%
HORARIO DE LAS COMIDAS	MASCULINO		FEMENINO	
IRREGULAR	22	29%	41	31%
REGULAR	54	71%	92	69%
TOTAL	76	100%	133	100%
INTERVALO ENTRE COMIDA Y SUEÑO	MASCULINO		FEMENINO	
<1 HORA	9	12%	11	8%
1-4 HORAS	55	72%	94	71%
>4 HORAS	12	16%	28	21%
TOTAL	76	100%	133	100%
NIVEL DE ESTRÉS	MASCULINO		FEMENINO	
ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	14	18%	35	26%
NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	62	82%	97	73%
BAJO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	0	0%	1	1%
TOTAL	76	100%	133	100%
NIVEL SOCIOECONÓMICO	MASCULINO		FEMENINO	
ALTO	2	3%	1	1%
MEDIO ALTO	15	20%	19	14%
MEDIO TÍPICO	40	53%	72	54%
MEDIO BAJO	17	22%	26	20%
BAJO	2	3%	15	11%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ALGÚN MEDICAMENTO	MASCULINO		FEMENINO	
NO	49	64%	77	58%
SI	27	36%	56	42%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTIINFLAMATORIOS	MASCULINO		FEMENINO	
NO	66	87%	97	73%
SI	10	13%	36	27%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	MASCULINO		FEMENINO	
NO	70	92%	125	94%
SI	6	8%	8	6%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTIHISTAMÍNICOS	MASCULINO		FEMENINO	
NO	75	99%	124	93%
SI	1	1%	9	7%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTICOLINÉRGICOS	MASCULINO		FEMENINO	

NO	76	100%	133	100%
SI	0	0%	0	0%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTIDEPRESIVOS	MASCULINO		FEMENINO	
NO	72	95%	127	95%
SI	4	5%	6	5%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	MASCULINO		FEMENINO	
NO	75	99%	131	98%
SI	1	1%	2	2%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE BIFOSFONADOS	MASCULINO		FEMENINO	
NO	76	100%	133	100%
SI	0	0%	0	0%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO	MASCULINO		FEMENINO	
NO	70	92%	121	91%
SI	6	8%	12	9%
TOTAL	76	100%	133	100%
CONSUMO REGULAR (>1 MES) DE ANTIASMATICOS	MASCULINO		FEMENINO	
NO	74	97%	130	98%
SI	2	3%	3	2%
TOTAL	76	100%	133	100%

PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARÍN. GALLEGOS EMILY Y MOLINA ANA. 28/09/2025

La población de 209 participantes el análisis del índice de masa corporal evidenció el predominio del sobrepeso, con mayor frecuencia en hombres (50%) respecto a mujeres (44%), aunque la obesidad tipo 1 fue superior en el sexo femenino (22% vs. 12%). Por otro lado, un peso normal se presentó solamente en el 33% de hombres y 26% de mujeres.

En este contexto, las comorbilidades mostraron mayor frecuencia femenina: diabetes en 10% frente a 5% masculino, e hipertensión en 26% frente a 22%. No obstante, la mayoría de los participantes no presentaron estas patologías (60% en mujeres y 66% en hombres). Por otro lado, los antecedentes de reflujo gastroesofágico en familiares de primer grado fueron más frecuentes en mujeres (34%).

Ambos sexos presentaron niveles educativos medio-altos. Las mujeres alcanzaron porcentajes discretamente superiores en bachillerato, grado y postgrado (81% frente a 76% en hombres). En el ámbito laboral, el empleo formal fue más frecuente en el sexo femenino (35%) que en

el masculino (28%), con menor tasa de desempleo (3% comparado con 7%). Las actividades domésticas, estudiantiles o la condición de jubilación representaron el 62% en mujeres y 66% en hombres.

Según el estado civil, el matrimonio predominó en ambos sexos, siendo mayor en hombres (72%) que en mujeres (53%). La soltería y el divorcio fueron más frecuentes en el grupo femenino (16% y 20% respectivamente) en contraste con el masculino (1% y 13%). La convivencia con pareja e hijos fue más común en mujeres (35%) que en hombres (28%), así como vivir solo con hijos (22% femenino frente a 1% masculino). En contraste, residir únicamente con la pareja predominó en hombres (49%) que en mujeres (21%).

El consumo de tabaco se registró en el 9% de las mujeres y el 22% de los hombres, con una duración superior a un año en la mayoría de los casos (83% en mujeres y 94% en hombres). El consumo de alcohol se identificó en el 12% de las mujeres y el 29% de los hombres, siendo predominantemente ocasional (menos de una vez por semana) en el 94% y 86% de los consumidores respectivamente. En cuanto a la actividad física, fue mayor en hombres (79%) que en mujeres (68%), con regularidad igual o superior a tres veces por semana en ambos grupos. No obstante, el sedentarismo fue más prevalente en el grupo femenino (32%).

El consumo de grasas y frituras predominó en el sexo masculino (71%) sobre el femenino (57%), patrón similar al observado en alimentos picantes (38% frente a 27%), productos ácidos en base a tomate (58% frente a 46%) y condimentos procesados (32% frente a 20%). En contraste, las mujeres reportaron mayor consumo diario de café (72% frente a 58%) y chocolate (44% frente a 39%). No se observaron diferencias sustanciales entre sexos en bebidas carbonatadas (35% en mujeres y 33% en hombres), fibra soluble a base de cereales y semillas (70% y 71% respectivamente) ni en frutas y jugos cítricos (75% y 76%).

Los horarios regulares de comida fueron similares (69% mujeres, 71% hombres) con un intervalo predominante de 1 a 4 horas entre la última ingesta y el sueño (71% y 72% respectivamente). En este contexto, se evidencia un mayor porcentaje de hombres con intervalos inferiores a 1 hora (12% frente a 8% en mujeres).

El estrés moderado predominó en ambos sexos (73% en mujeres y 82% en hombres), aunque se observó una tendencia ligeramente mayor hacia niveles elevados de estrés en mujeres (26%) comparado con hombres (18%). En adición, el nivel socioeconómico medio típico fue mayoritario, con mayor proporción de mujeres en nivel bajo (11% frente a 3% de hombres) y

mayor concentración masculina en niveles medio-alto y alto (20% y 3% frente a 14% y 1% femenino).

El uso crónico de medicamentos fue más frecuente en mujeres (42%) que en hombres (36%). Los antiinflamatorios constituyeron el grupo farmacológico más utilizado, con mayor prevalencia en el sexo femenino (27%) respecto al masculino (13%). El consumo de otros fármacos fue considerablemente bajo: bloqueadores de canales de calcio (9% en mujeres y 8% en hombres), ácido acetilsalicílico (6% en mujeres y 8% en hombres), antihistamínicos (7% en mujeres y 1% en hombres), antidepresivos (5% en ambos sexos), antiasmáticos (2% en mujeres y 3% en hombres) y anticonceptivos orales (2% en mujeres y 1% en hombres). No se registró uso de anticolinérgicos ni bifosfonatos en ningún participante.

En la población estudiada, los hombres mostraron mayor prevalencia de sobrepeso, consumo de tabaco y alcohol, ingesta de grasas, alimentos picantes y ácidos, así como mayor actividad física y predominio del matrimonio y convivencia únicamente con la pareja. En contraste, las mujeres presentaron mayor frecuencia de obesidad tipo I, comorbilidades como hipertensión y diabetes, antecedentes familiares de ERGE, consumo de café y chocolate, sedentarismo, uso crónico de medicamentos (especialmente antiinflamatorios), niveles altos de estrés y mayor representación en estados civiles de soltera o divorciada y en nivel socioeconómico bajo.

En conjunto, los resultados reflejan perfiles de riesgo diferenciados: los hombres concentran factores conductuales asociados al reflujo, mientras que las mujeres muestran una mayor carga metabólica y farmacológica, con distintos patrones de vulnerabilidad hacia la ERGE.

CAPÍTULO V

10. DISCUSIÓN

Con el propósito de determinar si existían diferencias significativas en relación a todas las variables propuestas en el presente estudio, se aplicó la prueba Z para diferencia de proporciones, considerando un nivel de significancia del 5% ($p = 0.05$).

10.1. Tabla 5. EDAD

Edad	Masculino (n=76)	Femenino (n=133)	p ₁ (Masculino)	p ₂ (Femenino)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Valor Z	p-valor	IC 95%
Adulto joven	4	9	0,0526	0,0677	-0,0151	-0,46	0,64	-0.081– 0.051
Adulto maduro	29	59	0,3816	0,4436	-0,0620	-0,96	0,34	-0.200– 0.076
Adulto mayor	43	65	0,5658	0,4887	0,0771	1,18	0,24	-0.063– 0.217

Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% ($p = 0,05$).

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

En el segmento de jóvenes adultos, la proporción de pacientes masculinos fue del 5,2% (4/76), mientras que la de pacientes femeninos alcanzó el 6,7% (9/133). El resultado de la prueba fue $Z = -0,46$ ($p > 0,05$), lo que señala la falta de una diferencia relevante entre los géneros.

En la categoría de adultos en edad media, la proporción de hombres fue del 38,2% (29/76) y la de mujeres del 44,4% (59/133), resultando en un valor de $Z = -0,96$ ($p > 0,05$), indicando también la ausencia de una diferencia estadísticamente significativa.

Finalmente, en el grupo de adultos mayores, las cifras mostraron un 56,6% para los hombres (43/76) y un 48,9% para las mujeres (65/133), con un valor de $Z = 1,18$ ($p > 0,05$), lo que igualmente no reveló una diferencia significativa entre los géneros.

Estos hallazgos indican que, dentro de la población analizada, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución por edad según el sexo ($p > 0,05$),

sugiriendo una distribución equitativa de la ERGE entre hombres y mujeres en los diversos grupos de edad.

Sin embargo, un estudio en Azerbaiyán, sí demostró una diferencia significativa, donde la prevalencia de ERGE fue del 17,0 % en menores de 35 años, del 22,7 % en el grupo de 36-55 años y del 38,5 % en mayores de 56 años ($p < 0,0001$) [60]. Esto debido a que con la edad, hay una pérdida progresiva de la fuerza muscular y del control neural del esfínter esofágico inferior, al igual que disminuye la motilidad del cuerpo esofágico y la producción de saliva, lo que facilita el paso retrógrado del contenido gástrico al esófago y baja la protección natural de la mucosa [49].

10.2. Tabla 6. IMC

IMC	p ₁ (Masculino)	p ₂ (Femenino)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Valor Z	p-valor	IC 95%
Bajo peso	0.01	0.01	0.00	0.00	1.000	-0.05-0.05
Normal	0.33	0.26	0.07	1.00	0.317	-0.07-0.20
Sobrepeso	0.50	0.44	0.06	0.81	0.417	-0.10-0.22
Obesidad tipo I	0.12	0.22	-0.10	-1.64	0.101	-0.22-0.02
Obesidad tipo II	0.01	0.04	-0.03	-1.01	0.312	-0.11-0.05
Obesidad tipo III	0.03	0.03	0.00	0.00	1.000	-0.05-0.05

Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% ($p = 0,05$).

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

En relación a esta categoría, la distribución del índice de masa corporal (IMC) entre hombres y mujeres no mostró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las categorías ($p > 0,05$).

La cantidad de personas con peso bajo fue casi la misma en ambos géneros, y las discrepancias encontradas en las categorías de IMC normal y sobrepeso no lograron ser

estadísticamente significativas. Se notó una mayor cantidad de mujeres con obesidad tipo I en comparación con los hombres (IC 95%=-0.22-0.02; $p= 0.101$; $Z= -1.64$), pero esta variación no resultó ser significativa, al igual que las pequeñas diferencias en las categorías de obesidad tipo II y III, donde las proporciones fueron muy parecidas en ambos géneros. Estos hallazgos indican que, en este grupo, el género no tiene un impacto considerable en la distribución del IMC, lo que coincide con resultados de algunas investigaciones que han señalado que, aunque el IMC puede estar relacionado con la aparición de síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la distribución entre géneros no siempre muestra diferencias que sean estadísticamente relevantes. No obstante, también existen datos que muestran lo contrario, como un estudio poblacional que incluyó a 121,583 participantes, donde se evidenció que en mujeres, la obesidad ($IMC \geq 30$) se asoció con una mayor prevalencia de ERGE (OR: 1.81, IC del 95%: 1.34-2.44) [61].

También, un estudio de Pakistán con un total de 603 pacientes presentaron síntomas de ERGE y de ellos, la prevalencia de obesidad fue del 25.3%, mientras 38.1% tenían sobrepeso, por lo que hubo un aumento en el reporte de síntomas gastrointestinales en individuos obesos comparado con aquellos con IMC normal [90], ya que estos factores aportan a que se acumule grasa visceral que incrementa la presión dentro de la cavidad abdominal y hay retardo del vaciamiento gástrico debido a la resistencia a la leptina y disfunción autonómica [5].

10.3. **Tabla 7. OCUPACIÓN**

Ocupación	p_1 (Masculino)	p_2 (Femenino)	Diferencia (p_1-p_2)	Valor Z	p-valor	IC 95%
Desemplead@	0.07	0.03	0.04	1.22	0.222	-0.023-0.095
Emplead@	0.28	0.35	-0.07	-1.04	0.298	-0.199-0.059
Trabajo doméstico/Estudiante /Jubilad@	0.66	0.62	0.03	0.49	0.624	-0.094-0.164

*Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% ($p = 0,05$).
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

En el análisis realizado, la distribución laboral entre hombres y mujeres no mostró variaciones que fueran estadísticamente significativas en ninguna de las categorías examinadas ($p > 0,05$). La tasa de desempleo fue un poco más alta en hombres comparado con mujeres (IC 95% = -0.023–0.095; $p = 0.222$; $Z = 1.22$), mientras que en el grupo de empleados, la cifra de mujeres fue levemente superior a la de hombres (IC 95% = -0.199–0.059; $p = 0.298$; $Z = -1.04$). En lo que respecta a la categoría de trabajo doméstico, estudiantes o jubilados, las proporciones fueron parecidas para ambos géneros. Ninguna de estas variaciones llegó a ser estadísticamente significativa, lo que indica que, en este grupo, el género no impacta de manera importante en la distribución laboral.

En relación a la presente variable no existen estudios anteriores que comparen estos datos, únicamente se encontró una investigación en una población de estudiantes universitarios en Chile, donde la prevalencia de ERGE fue del 52.8%, con intervalos de confianza del 99% y se observó que la prevalencia era mayor en mujeres que en hombres [62], esto debido a que en estudiantes, el estrés académico puede generar hipersecreción gástrica y alteraciones en la motilidad gastrointestinal que exacerban síntomas de ERGE.

10.4. Tabla 8. RESIDENCIA

Residencia	p_1 (Masculino)	p_2 (Femenino)	Diferencia ($p_1 - p_2$)	Valor Z	p-valor	IC 95%
Rural	0.17	0.09	0.08	1.73	0.083	-0.017–0.179
Urbana	0.83	0.91	-0.08	-1.73	0.083	-0.179–0.017

Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% ($p = 0,05$).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).

En el grupo de personas analizado, la distribución de los lugares de residencia entre hombres y mujeres no mostró diferencias que fueran estadísticas relevantes ($p > 0,05$). La cantidad de hombres que residen en áreas rurales fue un poco más alta en comparación con las mujeres (IC 95% = -0.017–0.179; $p = 0.083$; $Z = 1.73$), mientras que en las zonas urbanas, la cantidad de mujeres superó levemente a la de los hombres (IC 95% = -0.179–0.017; $p = 0.083$; $Z = -1.73$). A pesar de esto, ninguna de esas discrepancias alcanzó la relevancia estadística, lo que sugiere que el tipo de residencia, tanto rural como urbana, no tiene un vínculo significativo con el sexo en esta muestra.

Los resultados se ven apoyados por un estudio transversal que se realizó entre la población general de Temuco en el sur de Chile realizado en 2017, con 1,069 sujetos, donde la prevalencia de ERGE fue del 44.8% y varió según las áreas encuestadas (divididas por nivel socioeconómico), pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas [92]. Sin embargo, en otra literatura investigada se evaluó la prevalencia de ERGE en una comunidad rural, donde se encontró que la prevalencia de ERGE fue del 16.9% (IC 95%: 15.9 –17.7%) en comparación a la zona urbana [63], esto podría explicarse, ya que la dieta hipercalórica y alta en grasas, más frecuente en zonas urbanas favorecen la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior, además que en este entorno la menor actividad física y el mayor índice de obesidad aumentan la presión intraabdominal, lo cual predispone al reflujo ácido y altera la motilidad gástrica [5].

10.5. Tabla 9. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Nivel de instrucción	p ₁ (Masculino)	p ₂ (Femenino)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Valor Z	p-valor	IC 95%
Analfabeto/a	0.03	0.01	0.02	0.67	0.50	-0.024-0.060
Educación inicial	0.01	0.02	-0.01	-0.17	0.86	-0.050-0.046
Preparatoria	0.00	0.02	-0.02	-0.91	0.36	-0.052-0.022
Básica elemental	0.09	0.05	0.04	0.72	0.47	-0.019-0.113
Básica media	0.05	0.08	-0.03	-0.46	0.64	-0.092-0.048
Básica superior	0.05	0.03	0.02	0.28	0.78	-0.031-0.077
Bachillerato	0.26	0.30	-0.04	-0.58	0.56	-0.150-0.074
Grado	0.41	0.42	-0.01	-0.18	0.86	-0.142-0.116
Postgrado	0.09	0.09	0.00	0.05	0.96	-0.081-0.085

Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% (p = 0,05).

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

En la población estudiada, la distribución del nivel de instrucción en hombres y mujeres no reveló diferencias significativas según los datos estadísticos en ninguna de las categorías consideradas ($p > 0,05$). Los niveles más comunes fueron "Grado" y "Bachillerato", seguidos de "Postgrado", con proporciones parecidas entre los géneros. Las otras categorías, que abarcan desde analfabetismo hasta la educación básica y preparatoria, mostraron porcentajes muy bajos y tampoco evidenciaron diferencias relevantes.

Estos resultados sugieren que el nivel educativo no está significativamente relacionado con el género en este grupo. No obstante, en un estudio realizado en Noruega, se evidenció que las personas con baja educación tienen 1.9 veces mayor riesgo de desarrollar reflujo (con un intervalo de confianza de 1.7 a 2.2), comparado con personas altamente educadas. Por lo tanto, el aumento del riesgo de reflujo se observó con niveles decrecientes de estado socioeconómico, basados en ocupación, educación y privación material [67], ya que un menor nivel de instrucción se asocia a un consumo de alimentos ultra procesados, altos en grasas saturadas, azúcares y cafeína, así como mayor predisposición al estrés derivado de la precariedad económica y laboral y el limitado acceso a atención médica y tratamientos farmacológicos.

10.6. Tabla 10. ESTADO CIVIL

Estado Civil	p ₁ (Masculino)	p ₂ (Femenino)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Valor Z	p-valor	IC 95%
Soltero/a	0.08	0.16	-0.08	-1.64	0.101	-0.179-0.021
Unión de hecho	0.01	0.04	-0.03	-1.04	0.298	-0.070-0.020
Casado/a	0.72	0.53	0.20	2.81	0.005	0.081-0.315
Divorciado/a	0.13	0.20	-0.06	-1.19	0.234	-0.164-0.038
Viudo/a	0.05	0.08	-0.03	-0.80	0.423	-0.094-0.034

Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% ($p = 0,05$).

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

En la muestra estudiada, la dispersión del estado civil entre los hombres y las mujeres evidenció discrepancias notables únicamente en la categoría de los casados, donde hubo una mayor proporción de hombres en comparación con las mujeres, lo que comprueba una diferencia estadísticamente significativa en este grupo (IC 95%= 0.081-0.315; $p = 0.005$; $Z =$

2.81). En todas las otras categorías, que incluyen solteros, parejas de hecho, divorciados y viudos, no se detectaron diferencias que fueran estadísticamente significativas entre los géneros ($p > 0,05$).

Esto sugiere que, a excepción de la categoría de casados, el estado civil no tiene una relación relevante con el sexo en este grupo de estudio. En comparación a un estudio con 339 participantes, con edad promedio de 39.5 ± 15.5 años, donde la regresión logística mostró que el estado civil, particularmente el divorcio, fue significativamente asociado con el aumento del riesgo de ERGE sintomática ($P < 0.05$) [64], esto se debe a que el divorcio representa uno de los desencadenantes emocionales más intensos, capaz de activar de manera persistente el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA). Esta activación eleva los niveles de cortisol y catecolaminas, lo que altera la motilidad esofágica, disminuye el tono del esfínter esofágico inferior (EEI) y aumenta la secreción gástrica ácida, facilitando el reflujo gastroesofágico [49].

10.7. Tabla 11. PATRÓN DIETÉTICO

Patrón dietético	p ₁ (Masculino)	p ₂ (Femenino)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Valor Z	p-valor	IC 95%
No vegano ni vegetariano	0.99	0.95	0.04	1.54	0.12	-0.026-0.098
Vegano	0.00	0.02	-0.02	-1.07	0.28	-0.065-0.035
Vegetariano	0.01	0.03	-0.02	-0.77	0.44	-0.065-0.031

Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% ($p = 0,05$).

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

En el grupo de personas analizado, no se observaron variaciones significativas en la distribución del estilo de alimentación entre hombres y mujeres. La mayoría de los participantes, tanto hombres como mujeres, adoptan un estilo de alimentación que no era vegano ni vegetariano, mientras que los veganos y vegetarianos representaban un porcentaje muy pequeño. Aunque hubo una ligera mayor proporción de hombres que no optan por dietas veganas o vegetarianas en comparación con las mujeres, esta discrepancia no fue estadísticamente significativa (IC 95% = -0.026-0.098; $p = 0.12$; $Z = 1.54$). Estos resultados sugieren que el estilo de alimentación no tiene una relación importante con el género en este grupo estudiado.

Al comparar estos datos con otras investigaciones se pudo corroborar que en un análisis multivariado del 2023 los participantes con dieta vegana tenían un riesgo significativamente menor de ERGE (OR = 0.47, IC 95% 0.28–0.81, $p = 0.006$) [65] y los sujetos con dieta no vegana estaban asociados con un aumento de dos veces en la prevalencia de ERGE comparado con veganos (OR = 1.96, IC 95%, 1.22–3.17, $p = 0.006$) [66].

En primer lugar, esto se explica, ya que las dietas veganas se caracterizan por un mayor consumo de fibra, verduras, frutas, y granos integrales, y una menor ingesta de grasas saturadas y proteínas animales. Esto reduce la presión intraabdominal y mejora el vaciamiento gástrico. Además, desde una perspectiva inflamatoria, la alimentación centrada en plantas está relacionada con una disminución en la generación de citocinas proinflamatorias y una mejora en la composición del microbioma intestinal, aspectos que pueden aliviar la sensibilidad del esófago [5].

10.8. Tabla 12. CONVIVENCIA

Convivencia	p ₁ (Masculino)	p ₂ (Femenino)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Valor Z	p-valor	IC 95%
Familia de origen (madre, padre o hermanos)	0.0526	0.0902	-0.0376	-0.83	0.406	-0.13–0.05
Pareja e hijos	0.2763	0.3459	-0.0696	-0.97	0.334	-0.21–0.07
Solo pareja	0.4868	0.2105	0.2763	3.85	<0.001	0.14–0.41
Solo hijos	0.0132	0.2180	-0.2048	-3.59	<0.001	-0.32– -0.09
Solo	0.1316	0.1203	0.0113	0.23	0.818	-0.09–0.11
Otros (familiares, amigos, conocidos)	0.0395	0.0150	0.0245	0.91	0.363	-0.03 -0.08

*Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% ($p = 0,05$).
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

Respecto a la variable convivencia, se constató que el 48,6% de los hombres participantes afirmó vivir solamente con su pareja. En cambio, en el grupo de mujeres, predominó la convivencia con hijos y pareja (35%) o solo con los hijos (22%). Se encontraron diferencias significativas en términos estadísticos entre hombres y mujeres en las categorías "solo hijos" ($p < 0,001$) y "solo pareja" ($p < 0,001$), según el análisis comparativo de proporciones. Los

hombres tuvieron un porcentaje más alto de convivencia solamente con su pareja (IC95%: 0,14–0,41), en cambio, las mujeres mostraron un porcentaje mucho mayor de convivencia sólo con sus hijos (IC95%: –0,32 a –0,09). No se encontraron diferencias relevantes en las otras categorías, como pareja e hijos, familia de origen o vivir solo y otros tipos de convivencia ($p > 0,05$). Estos resultados muestran posibles diferencias socioculturales en la estructura de la familia y los roles de cuidado.

A pesar de que la literatura médica ha investigado a fondo aspectos como el estado civil, la historia familiar y los factores socioeconómicos en relación con la ERGE, hay una significativa falta de estudios que analicen específicamente el tipo de convivencia (solo, con pareja, con hijos u otros) como un posible factor de riesgo para esta enfermedad. La falta de información en la literatura respalda la necesidad de llevar a cabo investigaciones como la que se presenta aquí.

10.9. Tabla 13. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Nivel socioeconómico	Hombres (p ₁)	Mujeres (p ₂)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Z	p	IC 95%
Alto	0.0263	0.0075	0.0188	0.945	0.34	-0.020 a 0.058
Medio alto	0.1974	0.1429	0.0545	0.986	0.324	-0.053 a 0.162
Medio típico	0.5263	0.5414	-0.0151	-0.21	0.83	-0.156 a 0.126
Medio bajo	0.2237	0.1955	0.0282	0.484	0.63	-0.086 a 0.142
Bajo	0.0263	0.1128	-0.0865	-2.65	0.008	-0.150 a -0.023

Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% ($p = 0,05$).

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

En cuanto a la variable de nivel socioeconómico, la mayoría de los participantes se agrupó en los estratos socioeconómicos medio bajo y medio típico, sin distinciones significativas entre hombres y mujeres ($p > 0,05$). El nivel medio típico fue el más común en los dos sexos (hombres: 0.526; mujeres: 0.541), seguido por el medio bajo (hombres: 0.224; mujeres: 0.196) y el medio alto (hombres: 0.197; mujeres: 0.143).

En ambas agrupaciones, el porcentaje de participantes en los niveles bajo y alto fue más pequeño. No obstante, el nivel bajo presentó una diferencia estadísticamente significativa,

siendo más común en las mujeres (0,113) que en los varones (0,026), con una diferencia de -0,086 (IC 95%: -0,150 a -0,023; Z = -2,65; p = 0.008).

En resumen, estos hallazgos señalan que la estructura socioeconómica de la muestra es parecida entre los géneros, excepto por que hay una mayor proporción de mujeres en el nivel socioeconómico bajo; esto podría tener repercusiones en el acceso a atención médica y en factores de salud. Para apoyar estos resultados se toma en cuenta un estudio realizado en Noruega donde se comparó el nivel socioeconómico de sus participantes, dando como resultado estadísticamente significativo la relación entre educación baja vs alta: OR 1.9 (IC 95%: 1.7-2.2) y los obreros no calificados vs. profesionales: OR 1.6 (IC 95%: 1.3-2.0), por lo que se concluyó que el bajo estatus socioeconómico está asociado con ERGE [67].

La asociación entre un bajo nivel socioeconómico y una mayor prevalencia de ERGE puede explicarse por la interacción de factores biológicos, conductuales y ambientales.

Primero, las personas que pertenecen a grupos con bajos recursos económicos suelen presentar tasas más altas de obesidad, mayor consumo de alimentos grasos, ingesta de productos ultraprocesados y horarios de comida irregulares, debido a restricciones económicas o laborales [49].

Desde una perspectiva biológica, la obesidad y la falta de actividad física, que son más comunes entre quienes tienen menor nivel educativo o recursos limitados, favorecen la aparición de hernias hiatales y la reducción de la motilidad del esófago, aspectos fundamentales en la fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Asimismo, la exposición prolongada al estrés psicosocial y laboral, frecuente en situaciones de pobreza, puede afectar la regulación neuroendocrina del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, provocando una secreción gástrica excesiva y un aumento en la sensibilidad visceral [5].

10.10. Tabla 14. COMORBILIDADES ASOCIADAS

Comorbilidad	Hombres (p ₁)	Mujeres (p ₂)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Z	p-valor	IC 95%
Diabetes	0.0526	0.0977	-0.0451	-1.24	0.216	(-0.116, 0.026)
Hipertensión	0.2237	0.2632	-0.0395	-0.645	0.52	(-0.159, 0.080)

Ambas	0.0658	0.0376	0.0282	0.857	0.39	(-0.036, 0.093)
Ninguna	0.6579	0.6015	0.0564	0.817	0.41	(-0.079, 0.191)

*Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% (p = 0,05).
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

La mayoría de participantes no presentaba comorbilidades asociadas. La hipertensión arterial fue la más frecuente (22.4% en hombres, 26.3% en mujeres), seguida de la diabetes mellitus (5.3% vs 9.8%). Un pequeño grupo presentó ambas patologías simultáneamente (6.6% vs 3.8%). El análisis de diferencias de proporciones mostró que ninguna de las comparaciones entre sexos alcanzó significancia estadística (diabetes: p = 0,216; hipertensión: p = 0,52; ambas: p = 0,39; sin comorbilidades: p = 0,41).

En la población estudiada, la distribución de comorbilidades asociadas a ERGE es similar entre hombres y mujeres. No obstante, investigaciones realizadas en Brasil en un centro de tercer nivel identificaron que, entre los pacientes con ERGE y comorbilidades asociadas (principalmente HTA, hipercolesterolemia, obesidad y DM2), el 72.1% correspondió a mujeres y el 27.9% a hombres (p<0.0001). La hipertensión arterial afectó al 20.6% de los casos y la diabetes al 4.9%, sin especificarse la distribución por sexo de cada condición particular [68].

10.11. Tabla 15. ANTECEDENTES FAMILIARES DE ERGE

Antecedente familiar ERGE	Hombres (p ₁)	Mujeres (p ₂)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Z	p	IC 95%
Sí	0.250	0.338	-0.088	-1.37	0.17	-0.214 a 0.038
No	0.750	0.662	0.088	1.37	0.17	-0.038 a 0.214

*Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% (p = 0,05).
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025)*

La presencia de antecedentes familiares de primer grado con ERGE fue reportada por el 25% de hombres y el 33.8% de mujeres. El análisis estadístico no reveló diferencias significativas entre ambos grupos (diferencia de proporciones= -0.088; IC 95%: -0.214 a 0.038; Z= -1.37; p= 0.17). Los antecedentes familiares se distribuyen de manera similar en ambos grupos, siendo un factor que no constituye un determinante diferencial en la prevalencia de ERGE según el sexo en la población analizada.

En este contexto, en estudios realizados en Irán, los antecedentes familiares de primer grado se asociaron con un mayor riesgo de presentar ERGE leve o poco frecuente (OR: 1,73; IC 95 %: 1,23–2,43), mientras que los síntomas frecuentes (diarios o semanales) se relacionaron más con antecedentes en el cónyuge. Esto sugiere que factores ambientales aún no identificados podrían desencadenar ERGE en individuos genéticamente susceptibles. No se analizaron diferencias por sexo en la asociación con antecedentes familiares. [69].

10.12. Tabla 16. CONSUMO DE TABACO

Variable	p ₁ (Hombres)	p ₂ (Mujeres)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Z	p-valor	IC 95%
Consumo tabaco (Si)	0.224	0.090	0.134	2.69	0.0072	(0.036, 0.231)
Tiempo de consumo > 1 año (fumadores)	0.882	0.833	0.049	0.378	0.705	(-0.206, 0.304)
Tiempo de consumo < 1 año (fumadores)	0.118	0.167	-0.049	-0.378	0.705	(-0.304, 0.206)

*Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% (p = 0,05).
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

El análisis del consumo de tabaco reveló que los hombres tienen una proporción significativamente mayor de fumadores que las mujeres, con una diferencia de 0.134 (13,4%), un intervalo de confianza (IC) 95% de 0.036 - 0.231 (Z=2.69 con p=0.0072). Sin embargo, entre el total de fumadores, no existe una diferencia significativa entre sexos y el tiempo de consumo [>1 año, diferencia de 0.049 (IC 95%: -0.206 – 0.304; Z=0.378; p=0.705); <1 año, diferencia de -0.049 (IC 95%: -0.304 – 0.206; Z=-0.378; p=0.705). En el contexto de la ERGE el tabaquismo es un riesgo reconocido y los resultados sugieren un especial foco en la población de hombres fumadores.

Por otro lado, un estudio poblacional taiwanés mostró que el tabaquismo se asocia significativamente con la ERGE con un efecto más marcado en mujeres (hombres: OR = 1.161; IC 95 %: 1.094–1.233, incremento del 16 %; mujeres: OR = 1.386; IC 95 %: 1.299–1.480, incremento del 39 %; p < 0.001). La interacción significativa entre sexo y tabaquismo indica que el impacto del tabaco sobre la ERGE difiere entre hombres y mujeres. Fisiopatológicamente, fumar reduce la presión del esfínter esofágico inferior y la secreción

salival, prolongando la exposición ácida, aunque se requieren estudios adicionales para comprender por qué las mujeres son más susceptibles [70].

Aunque la duración de este hábito puede ser un factor relevante a tomar en cuenta, la falta de significancia estadística en esta muestra propone futuras investigaciones con una cohorte más amplia de fumadores.

10.13. Tabla 17. CONSUMO DE ALCOHOL

Variable	p ₁ (Hombres)	p ₂ (Mujeres)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Z	p-valor	IC 95%
Consume alcohol	0.289	0.120	0.169	2.90	0.0038	(0.055, 0.283)
Frecuencia ≥3 veces/semana	0.000	0.063	-0.063	—	—	—
Frecuencia 1 vez/semana	0.136	0.000	0.136	—	—	—
Frecuencia ocasional (<1 vez/semana)	0.864	0.938	-0.074	—	—	—

Nota: En las comparaciones por frecuencia no se aplicó prueba z debido al tamaño reducido de la submuestra y la presencia de valores nulos (0).

Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% (p = 0,05).

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

El consumo de alcohol fue significativamente mayor en hombres que en mujeres con una diferencia de 0.169 (IC 95% de 0.055-0.283; Z=2.90; p = 0.0038). Respecto a la frecuencia de consumo, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos; además, no es apropiado aplicar prueba z por el tamaño reducido de la muestra y la presencia de valores nulos.

La ingesta de bebidas alcohólicas se identifica como un factor de riesgo conocido para el surgimiento de ERGE, sobre todo en la población masculina. En el estudio taiwanés mencionado anteriormente, el consumo de alcohol se asoció significativamente con la ERGE en ambos sexos, más pronunciado en hombres (OR = 1,213; IC 95 %: 1,129–1,303; p<0,001) y algo menor en mujeres (OR = 1,137; IC 95 %: 1,010–1,279; p<0,033). Estos hallazgos sugieren que, aunque el alcohol aumenta la probabilidad de ERGE en ambos sexos, su impacto cuantitativo difiere [70]. Sin embargo, se deberá enfocar en investigaciones que consideren los hábitos de consumo y la cantidad de ingesta de alcohol según el sexo.

10.14. Tabla 18. ACTIVIDAD FÍSICA

Variable	p ₁ (Hombres)	p ₂ (Mujeres)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Z	p	IC 95%
Realiza actividad física (Sí)	0.789	0.684	0.105	1.82	0.069	(-0.008, 0.218)
≥3 veces/semana	0.75	0.77	-0.02	—	—	—
1 vez/semana	0.08	0.11	-0.03	—	—	—
Ocasional (<1/semana)	0.17	0.12	0.05	—	—	—

Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% (p = 0,05). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).

Los hombres presentaron mayor frecuencia de actividad física (78.9%) respecto a las mujeres (68.4%), diferencia sin significancia estadística (diferencia = 0.105; IC 95%: -0.008–0.218; Z = 1.82; p = 0.069). La mayoría de los participantes de ambos sexos refirió realizar actividad física al menos tres veces por semana, sin diferencias relevantes entre hombres y mujeres. Desde la perspectiva fisiopatológica, el ejercicio físico constituye un factor protector frente al ERGE.

La revisión y análisis de múltiples estudios demuestran una asociación protectora significativa entre la actividad física y la ERGE, con una reducción del riesgo del 20% en la población general (RR = 0.80; IC 95%: 0.76–0.84; p < 0.01) y del 26% específicamente para ERGE sintomático (RR = 0.74; IC 95%: 0.66–0.83; p < 0.01). Este efecto protector resulta particularmente pronunciado en adultos mayores de 40 años (RR = 0.69) y fumadores (RR = 0.67), grupos con mayor predisposición a desarrollar la enfermedad. En esta investigación, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre géneros en la frecuencia de actividad física (78.9% hombres vs. 68.4% mujeres; p = 0.069), lo que sugiere que el potencial efecto protector del ejercicio podría ser comparable en ambos sexos [71].

Aunque no se observaron diferencias estadísticamente relevantes entre hombres y mujeres en cuanto a la práctica de ejercicio, la mayoría de los participantes mantiene una actividad física suficiente que podría ejercer un efecto preventivo contra la ERGE, especialmente al realizarse de manera constante.

10.15. Tabla 19. CONSUMO DE ALIMENTOS ESPECÍFICOS

Hábito alimentario	p ₁ (Hombres)	p ₂ (Mujeres)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Z	p-valor	IC 95%
Grasas saturadas y fritos	0.711	0.571	0.139	1.95	0.051	(-0.001, 0.279)
Alimentos picantes	0.382	0.271	0.111	1.52	0.128	(-0.033, 0.255)
Bebidas carbonatadas	0.329	0.346	-0.017	-0.236	0.814	(-0.157, 0.123)
Alimentos ácidos (tomate)	0.579	0.459	0.120	1.65	0.098	(-0.022, 0.263)
Chocolate	0.395	0.444	-0.049	-0.679	0.497	(-0.190, 0.092)
Café	0.579	0.722	-0.143	-1.94	0.052	(-0.288, 0.002)
Condimentos procesados	0.316	0.203	0.113	1.69	0.091	(-0.018, 0.244)
Fibra soluble	0.711	0.699	0.011	0.162	0.871	(-0.126, 0.149)
Frutas y jugos cítricos	0.763	0.752	0.011	0.159	0.874	(-0.129, 0.151)

Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% (p = 0,05). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).

Los patrones alimentarios no exhibieron variaciones estadísticamente significativas entre géneros. No obstante, se identificaron tendencias de interés: los hombres mostraron mayor consumo de grasas saturadas y frituras (71.1% vs. 57.1%; p = 0.051) y condimentos procesados (31.6% vs. 20.3%; p = 0.091), en tanto que las mujeres tendieron a consumir café diariamente con mayor frecuencia (72.2% vs. 57.9%; p = 0.052). Se evidencia una dieta mixta, integra tanto elementos de riesgo para ERGE como frituras, café y alimentos ácidos, como factores potencialmente protectores, incluyendo fibra y frutas cítricas. Independientemente del sexo, la población presenta hábitos alimentarios que podrían influir en la adquisición de la enfermedad.

En relación al consumo de café y ERGE, la mayoría de los estudios observacionales no encontraron asociación significativa, con resultados no concluyentes (Atta 2019, $p = 0,18$; Nandurkar 2004, OR = 0,4, IC 95 %: 1,0–1,4; Bhatia 2011, OR = 0,659, IC 95 %: 0,291–1,495; Kubo 2014, OR = 0,89, IC 95 %: 0,52–1,51; Asl 2015, $p > 0,05$; Eslami 2017, OR = 0,82, IC 95 %: 0,29–2,30; Friedenberg 2010, $p = 0,22$; López-Colombo 2017, OR = 12,02, IC 95 %: 0,51–278,12, $p = 0,12$). Solo dos estudios reportaron una relación positiva significativa (Kariri 2020, $p = 0$; Alkhathami 2017, $p = 0$), indicando que la ingesta de café podría exacerbar síntomas [72].

Cierta literatura sugieren que el café podría disminuir transitoriamente el tono del esfínter esofágico inferior (EEI), favoreciendo el reflujo; no obstante, metaanálisis más recientes mostraron que la asociación no cambia según la cantidad de café consumida, por ende ni la ingesta moderada ni elevada de café se relaciona de manera consistente con un aumento de los síntomas o alteraciones mucosas en la ERGE [73].

El consumo de comidas abundantes y ricas en grasas se ha asociado con la progresión de ERGE al reducir la presión del EEI y facilitar el reflujo ácido; además, se relacionan con un mayor tiempo de exposición al ácido en comparación con dietas bajas en grasas. Sin embargo, la relación entre el consumo de grasas y ERGE es heterogénea [73].

Algunos estudios evidenciaron asociación positiva significativa entre grasas y ERGE [Asl et al. ($P=0,0001$), Kim et al. (OR: 1,21; IC 95%: 1,08–1,35) y Kubo et al. (OR terciles 3 vs 1: 1,77; IC 95%: 1,07–2,93)], otros no la presentaron [Ruhl y Everhart (OR cuartil 4 vs 1: 0,84; IC 95%: 0,65–1,07), Wu et al. (OR: 1,24; IC 95%: 0,93–1,84) y Shapiro et al. (OR: 2,1; IC 95%: 0,9–5,0)]. Al evaluar tipos específicos de grasa, los ácidos grasos saturados, monoinsaturados y poliinsaturados no mostraron asociación consistente con ERGE [Wu et al.: OR 1,05, IC 95%: 0,81–1,47; Shapiro et al. OR: 1,2; IC 95%: 0,53–2,80; Shapiro et al. OR: 0,8; IC 95%: 0,36–1,80; respectivamente) [72].

En cuanto al colesterol, los hallazgos fueron mixtos: asociación positiva [Ruhl y Everhart (OR cuartil 4 vs 1: 1,37; IC 95%: 1,04–1,79) o no concluyente [Shapiro et al. (OR: 2,8; IC 95%: 1,2–6,5), Wu et al. (OR: 0,96; IC 95%: 0,74–1,25) y El-Serag et al. ($P=0,28$; OR: 1,34; IC 95%: 1,02–1,76)]. El consumo de comida rápida también mostró resultados divergentes: asociación positiva significativa [Kariri et al. ($P=0$) y Alkhathami et al. ($P=0,001$) y sin asociación [Eslami et al. (OR: 0,87; IC 95%: 0,42–1,82) y Friedenberg et al. ($P=0,49$)] [72].

En conjunto, aunque ciertos patrones dietéticos ricos en grasas y comida rápida pueden favorecer la ERGE, la evidencia sobre la grasa dietética como factor independiente de riesgo es limitada y contradictoria, y podría depender del tipo de grasa o la población.

Considerando el consumo de alimentos picantes, se asocia con un mayor riesgo de acidez estomacal en hombres, pero no en mujeres. Los hombres con consumo elevado de alimentos picantes (≥ 10 veces/semana) exhibieron un riesgo significativamente mayor acidez frecuente (OR: 3.0; IC 95%: 1.44–6.39) comparado con menor consumo. En contraste, no se identificaron asociaciones significativas en mujeres. En individuos con acidez establecida, el consumo de picante no modificó la frecuencia sintomática, sugiriendo que estos alimentos influyen en el desarrollo inicial de síntomas en hombres, no en su exacerbación [74].

El beber líquidos carbonatados reduce la presión y la longitud del esfínter esofágico inferior (EEI) durante unos 20 minutos, con una disminución del 30–50 %. Estudios mencionan que en el 62 % de las personas, esta reducción fue suficiente para que el EEI funcionara de manera inadecuada. Esto indica que las bebidas carbonatadas pueden debilitar el EEI y favorecer el reflujo [75].

Una investigación transversal en Arabia Saudita mediante un análisis bivariado con prueba T mostró una asociación significativa entre el consumo de bebidas carbonatadas y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Las personas con ERGE presentaron una ingesta media de 3,96 porciones, superior a la de quienes no padecían la enfermedad (3,02 porciones), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$), lo que sugiere que un mayor consumo de bebidas carbonatadas podría estar relacionado con la presencia de ERGE [76].

Diversos estudios han demostrado que el consumo de zumo de naranja o pomelo, así como de zumo de tomate, productos derivados del tomate y tomates crudos, puede intensificar la acidez estomacal, lo que se atribuye al efecto irritante del pH ácido de estos alimentos sobre la mucosa esofágica [77].

La evidencia sobre la relación entre condimentos o especias y el desarrollo de ERGE es limitada. Un estudio previo sugiere que la cebolla podría actuar como agente reflujogénico persistente en pacientes con acidez, aunque no se dispone de información detallada del mismo [78]. Respecto al consumo de otros condimentos específicos, no existen análisis estadísticos robustos que cuantifiquen su impacto sobre la aparición de ERGE.

Revisiones sistemáticas mencionan que en poblaciones asiáticas, el consumo de alimentos altamente especiados combinado con el hábito de acostarse inmediatamente después de comer se asocia con un mayor riesgo de ERGE, debido a la disminución de la presión del EEI y el consecuente reflujo gástrico [72].

La ingesta diaria de fibra (OR: 0.98, IC 95%: 0.97, 0.99) y productos lácteos (OR: 0.99, IC 95%: 0.98, 0.99) redujeron significativamente las probabilidades de ERGE [7]. Un estudio prospectivo femenino refirió que el quintil más alto de consumo versus el más bajo tienen un 25% menos riesgo de presentar síntomas de ERGE [riesgo relativo multivariable (RR) 0,75 (IC 95 %: 0,70–0,80; p <0,0001)]. Esta asociación inversa fue más evidente para la fibra de frutas y vegetales (p tendencia <0,0001). La fibra de cereales no mostró un efecto significativo (p = 0,20). De manera específica, manzanas y peras (RR 0,84; IC 95 %: 0,78–0,91) y verduras crucíferas (HR 0,94; IC 95 %: 0,89–0,98) se relacionaron con menor riesgo de ERGE [79].

Por otro lado, una disminución de 5 g/día de fibra se asoció con un 14 % mayor riesgo de ERGE (HR 1,14; IC 95 %: 1,05–1,24; p = 0,0007). Se plantea que la fibra podría proteger contra el reflujo al aumentar la frecuencia intestinal, reducir la estasis gástrica, formar balsas ácidas que bloquean el reflujo y modular el microbioma intestinal, mientras que la solubilidad de la fibra podría explicar los efectos diferenciales entre frutas, verduras y cereales [79].

10.16. Tabla 20. HORARIO DE COMIDAS E INTERVALO ENTRE COMIDA Y SUEÑO

Variable	Hombres (p ₁)	Mujeres (p ₂)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Z	p-valor	IC 95%
Horario de comidas						
Irregular	0.29	0.31	-0.02	-0.21	0.835	(-0.15, 0.11)
Regular	0.71	0.69	0.02	0.21	0.835	(-0.11, 0.15)
Intervalo entre comida y sueño						
<1 hora	0.12	0.8	0.04	0.92	0.36	(-0.04, 0.12)
1-4 horas	0.72	0.71	0.01	0.11	0.91	(-0.10, 0.12)
>4 horas	0.16	0.21	-0.05	-0.88	0.38	(-0.15, 0.05)

*Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% (p = 0,05).
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

Los datos revelan homogeneidad en los patrones alimentarios y de descanso nocturno entre ambos sexos. Casi el 70% de los participantes reportó mantener horarios de alimentación regulares, sin embargo, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.835$). De manera similar, la mayoría respeta un intervalo de 1 a 4 horas entre la última comida y el momento de dormir, sin variaciones relevantes por género en ninguna de las categorías temporales analizadas ($p > 0.05$). Los resultados sugieren que los hábitos temporales de alimentación no muestran diferencias en la tendencia a presentar ERGE entre hombres y mujeres.

En un estudio de casos y controles realizado en Japón, revelan que un intervalo < 3 horas se asoció con un riesgo notablemente elevado de ERGE [OR ajustada múltiple de 7,45 (IC 95%: 3,38–16,4)] versus un tiempo ≥ 4 horas. En consecuencia, un estómago lleno provoca distensión gástrica, aumentando las relajaciones transitorias del EEI y favoreciendo el reflujo, efecto que se ve modulado por la postura corporal [80].

El consumo de almuerzo a horas irregulares se asoció con un aumento significativo del riesgo de ERGE [OR 1,99 (IC 95 %: 1,02–3,91)]. Por el contrario, una mayor duración del ayuno nocturno e intervalos desde el punto medio del sueño hasta el desayuno y el almuerzo se vincularon con una disminución significativa del riesgo de ERGE, con OR por cada hora adicional de 0,73 (IC 95 %: 0,56–0,95), 0,64 (IC 95 %: 0,46–0,88) y 0,70 (IC 95 %: 0,51–0,96), respectivamente. Es decir, por cada hora adicional de ayuno nocturno el riesgo de ERGE disminuye un 27 %, desde el punto medio del sueño hasta el desayuno el riesgo disminuye un 36 %, y por cada hora adicional hasta el almuerzo el riesgo se reduce un 30 %. En otras palabras, cada hora extra de ayuno o retraso en las comidas actúa de forma protectora frente al reflujo [81].

Los resultados subrayan la importancia clínica de mantener un intervalo adecuado entre las comidas y el descanso. El hecho de que la mayoría de la muestra muestra un intervalo entre comida y sueño de 1 - 4 horas representa un elemento de riesgo al aumentar la exposición esofágica al contenido gástrico durante el decúbito.

10.17. Tabla 21. NIVEL DE ESTRÉS

Nivel de estrés	Hombres (p_1)	Mujeres (p_2)	Diferencia (p_1-p_2)	Z	p-valor	IC 95%
Alto	0.184	0.263	-0.08	-1.22	0.223	(-0.20, 0.04)

Moderado	0.816	0.729	0.09	1.22	0.223	(-0.04, 0.20)
Bajo	0	0.008	-0.01	—	—	—

*Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% (p = 0,05).
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).*

La mayoría de los participantes reportó un nivel moderado de estrés percibido (82% hombres, 73% mujeres). El alto nivel de estrés percibido se observó en el 18% de los hombres y el 26% de las mujeres con una diferencia de proporciones de -0,08 (IC 95%: -0,20 a 0,04; Z=-1,22; p= 0,223), sin significancia estadística entre ambos sexos. Por otro lado, el bajo nivel de estrés percibido fue casi inexistente en la muestra, siendo imposible incluirlo en el análisis estadístico.

Un estudio transversal revela que los niveles de estrés fueron significativamente mayores en individuos con síntomas de ERGE. Los niveles de estrés moderado y alto tuvieron una OR de 1,957 (IC 95 %: 1,504–2,547) para presentar síntomas frente al estrés bajo, con prevalencia significativamente mayor (p <0,001). Los puntajes promedio de ERGE aumentaron con el nivel de estrés: 13,47 en estrés bajo, 18,20 en moderado y 28,33 en alto (p <0,001). Además, el estrés también se asoció con un mayor uso de inhibidores de la bomba de protones y menor alivio de los síntomas en quienes ya los usaban, y aumentó la severidad y frecuencia de acidez, regurgitación, dolor torácico, distensión y eructos [89].

Desde la perspectiva fisiopatológica, el estrés modula la ERGE a través de múltiples mecanismos: induce relajaciones transitorias del EEI, altera la motilidad gástrica, incrementa la presión intragástrica, exacerba la hipersensibilidad visceral y perturba el eje cerebro-intestino, modificando tanto la percepción nociceptiva como la función motora gastrointestinal [89].

Estudiantes universitarios de Egipto están sometidos a elevados niveles de estrés y ansiedad, no obstante, la baja alfabetización en salud mental, el estigma asociado y la falta de tiempo limitan significativamente su disposición a buscar ayuda, lo que puede explicar el empeoramiento de condiciones como la ERGE. Además, el predominio femenino en la muestra (70,1 %) puede contribuir a los altos niveles de estrés observados, pues son generalmente más vulnerables a las cargas psicológicas que los hombres. [91]

Considerando que el estrés puede favorecer la aparición de los síntomas de ERGE, los resultados indican que, en esta población, las variaciones entre hombres y mujeres en la percepción del estrés no parecen tener un papel relevante en la evolución de la enfermedad.

10.18. Tabla 22. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Medicamento	Hombres (p ₁)	Mujeres (p ₂)	Diferencia (p ₁ -p ₂)	Z / Fisher	p-valor	IC 95%
Cualquier medicamento	0.355	0.421	-0.0658	-0.945	0.345	(-0.202, 0.0071)
Antiinflamatorios	0.132	0.271	-0.139	-2.545	0.0109	(-0.246, -0.032)
Ácido acetilsalicílico	0.079	0.060	0.0188	0.506	0.613	(-0.054, 0.092)
Bloqueadores de canales de calcio	0.079	0.090	-0.011	-0.284	0.776	(-0.089, 0.066)
Antihistamínicos	0.013	0.068	—	Fisher	0.097	—
Anticolinérgicos	0.000	0.000	—	—	—	—
Antidepresivos	0.053	0.045	—	Fisher	1.00	—
Anticonceptivos orales	0.013	0.015	—	Fisher	1.000	—
Bifosfonatos	0.000	0.000	—	—	—	—
Antiasmáticos	0.26	0.23	—	Fisher	1.000	—

Prueba Z bilateral para diferencia de proporciones independientes. Nivel de confianza del 95% (p = 0,05). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la investigación. Molina, A; Gallegos, E. (2025).

El consumo regular de medicamentos (>1 mes) fue reportado por el 35,5% de los hombres y el 42,1% de las mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p = 0,38).

El análisis por tipo de fármaco reveló que las mujeres consumen antiinflamatorios con mayor frecuencia (27.1%), diferencia estadísticamente significativa (p = 0.025). El uso sostenido de estos fármacos puede inducir irritación de la mucosa gástrica y exacerbar la sintomatología

de la ERGE. Por el contrario, no se identificaron disparidades significativas entre sexos con el uso de otros medicamentos (ácido acetilsalicílico, bloqueadores de canales de calcio, antihistamínicos, antidepresivos, anticonceptivos orales o antiasmáticos). Los anticolinérgicos y bifosfonatos no reportaron uso, siendo imposible su análisis.

Los resultados indican que el consumo de medicamentos es comparable entre hombres y mujeres, salvo por el mayor uso de antiinflamatorios en mujeres, que podría contribuir a una mayor presencia o intensidad de síntomas de reflujo en este grupo.

Al hablar de los distintos medicamentos, podemos indicar de forma general que los Bloqueadores de Calcio, anticolinérgicos, antihistamínicos, antidepresivos y teofilina, disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior; mientras que los AINEs, aspirina y bifosfonatos causan daño mucoso directo.

Como primer punto, en un estudio francés con 7,259 participantes, los síntomas de ERGE fueron significativamente más comunes entre usuarios de AINEs que en no usuarios (27% vs. 19%, $P \leq 0.001$) [82]. Una tendencia similar se observó para el uso de aspirina respecto a los síntomas de ERGE en el estudio Turkish GERD Consensus (OR = 0.5 (IC 95%: 0.38–0.66)) [83]. Por otro lado, en el estudio de Hughes et al. realizado con una muestra de 371 pacientes cardiovasculares los bloqueadores de canales de calcio, que tratan la hipertensión arterial, pueden empeorar el ERGE, especialmente los dihidropiridínicos que causan 2.7 veces más síntomas de reflujo (IC 95%: 1.24–5.73) [84].

Adicionalmente, en el estudio de Martín-Merino et al, los antidepresivos tricíclicos (TCA), que tratan la depresión y el dolor, están asociados con ERGE según su tiempo de uso. Se evidenció que cuando se usan por >3 meses (OR = 2.06 (IC 95%: 1.43–2.97)) el riesgo de desarrollar la enfermedad aumenta, en comparación a su uso por menos de 3 meses (OR = 1.48 (IC 95%: 1.07–2.06)) [85].

Así mismo, todos los bifosfonatos orales tienen correlación con efectos adversos gastrointestinales superiores y así se evidenció en un estudio Japonés en el 2019 donde, 70 (31.7%) paciente de una muestra de 221 tratados con bifosfonatos orales, obtuvieron un puntaje total mayor de 8 puntos en la F-scale f, sugestivo de esofagitis por reflujo/ERGE [86].

En relación a los anticonceptivos orales, la investigación de Turkish GERD Consensus Group (2017) que incluyó en su revisión sistemática: agentes estrogénicos, progesteronas y terapia de reemplazo hormonal, menciona que todos estos medicamentos de terapia hormonal (HT) para menopausia pueden tener efecto relajante en el esfínter esofágico inferior y así causar sintomatología de ERGE [87].

Por último, se investigó la relación de la Teofilina, un medicamento común para asma y se encontró que los pacientes asmáticos que usan este medicamentos son más propensos a necesitar terapia antisecretora por presentar síntomas de reflujo (OR = 1.77 (IC 95%: 1.48–2.12)) [88].

CAPÍTULO VI

11. CONCLUSIONES

- Durante el periodo de estudio, se observó una alta prevalencia de ERGE en los pacientes evaluados, destacando que la mayoría presentaba sobrepeso y obesidad, junto con un nivel moderado a alto de estrés percibido. Estos hallazgos subrayan la importancia clínica y epidemiológica de la ERGE en la población adulta ecuatoriana, evidenciando la urgencia de abordarla como un tema de salud pública vinculado a factores tanto metabólicos como psicológicos.
- La población estudiada del Servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín estaba compuesto en su mayoría por mujeres adultas mayores, con un nivel educativo medio-alto y condición socioeconómica media típica, residentes en zonas urbanas. En la mayoría de las variables sociodemográficas, no se encontraron diferencias significativas por género. No obstante, se detectó una mayor cantidad de mujeres en la categoría de bajo nivel socioeconómico, lo que podría indicar disparidades en el acceso a atención médica y en los estilos de vida que afectan el desarrollo y manejo de la enfermedad.
- Entre los factores de riesgo más frecuentes se identificaron el consumo habitual de grasas saturadas, café, cacao, bebidas alcohólicas y tabaco, además de patrones irregulares de alimentación y un periodo corto entre la última ingesta y el descanso nocturno. En cambio, realizar ejercicio de forma habitual y la ingesta de fibra soluble parecieron ofrecer un efecto protector ante los síntomas de reflujo. No se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo que sugiere que los hábitos de vida son los principales determinantes del riesgo de ERGE en esta población.

12. RECOMENDACIONES

- Establecer iniciativas en hospitales para fomentar la salud gastrointestinal, éstas deben abarcar el manejo del peso, asesoramiento alimentario y control del estrés, con el manejo interdisciplinario entre gastroenterología, nutrición y salud mental. Estas medidas ayudarían a reducir la incidencia y los problemas relacionados con la ERGE en los pacientes atendidos.
- Reforzar las estrategias preventivas en grupos vulnerables, especialmente en mujeres adultas mayores de nivel socioeconómico bajo, mediante programas comunitarios e institucionales que fomenten la educación en salud digestiva, la identificación temprana de síntomas y signos de reflujo y el acceso equitativo a servicios médicos especializados.
- Diseñar e implementar campañas educativas sobre hábitos alimentarios y estilo de vida saludable, orientadas a disminuir la ingesta de alimentos y bebidas que agravan los síntomas de reflujo, incentivar horarios regulares de alimentación y potenciar la práctica de actividad física. Además, se recomienda fomentar investigaciones futuras que profundicen el impacto de estos factores conductuales en la progresión y manejo de la ERGE.

13. REFERENCIAS

1. Fass R, et al. Gastroesophageal Reflux Disease. *JAMA*. 2020;324(24):2536–2547. doi:10.1001/jama.2020.21360. PMID:33351048
2. Nirwan JS, Ghori MG, Conway BR. Global prevalence and risk factors of gastro-oesophageal reflux disease: systematic review with meta-analysis. *Sci Rep*. 2020;10(1):5814. doi:10.1038/s41598-020-62795-1. PMID:32242117
3. Maret-Ouda J, Markar SR, Lagergren J. Gastroesophageal reflux disease: a review. *JAMA*. 2020;324(24):2536–2547. doi:10.1001/jama.2020.21360
4. Dunbar KB, Souza RF, Spechler SJ. Gastroesophageal reflux disease. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editors. *Sleisenger and Fordtran’s Gastrointestinal and Liver Disease*, 11th ed. Elsevier; 2024. p.721–744
5. Taraszewska A, Jaworski M, Bujnowska-Fedak M. Lifestyle and dietary factors in gastro-oesophageal reflux disease. *Nutrients*. 2023;15(7):1599. doi:10.3390/nu15071599
6. Tesis UCSG. Factores de riesgo de esofagitis por reflujo. Guayaquil: UCSG; 2023.
7. Sadafi S, Azizi A, Pasdar Y. Risk factors for gastroesophageal reflux disease: a population-based study. *BMC Gastroenterol*. 2024;24(1):23. doi:10.1186/s12876-024-03056-5
8. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Factores de riesgo asociados a esofagitis por reflujo. Tesis T-UCSG-PRE-MED-1523 [tesis]. Guayaquil; 2023
9. Universidad Técnica de Ambato. Prevalencia de reflujo gastroesofágico diagnosticado por esofagograma. [tesis]. Ambato; 2021
10. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ, et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(1):27–56. doi:10.14309/ajg.0000000000001505

11. Olmos JA, Pandolfino JE, Piskorz MM, Zamora N, Valdovinos Díaz MA, Remes Troche JM, et al. Consenso latinoamericano de diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2022;52(2):175–240
12. Patel J, Wong N, Mehta K, Patel A. Gastroesophageal Reflux Disease. *Prim Care Clin Office Pract*. 2023;50(3):339–350. doi:10.1016/j.pop.2023.03.002
13. Fass R, Gyawali CP, Roman S. Conceptual framework for GERD pathophysiology. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17(11):665–676. doi:10.1038/s41575-020-0334-4
14. Sayuk GS, Gyawali CP, Gyawali CP. Diagnosis and evaluation of GERD. *Gastroenterology*. 2021;161(6):1789–1803.e6. doi:10.1053/j.gastro.2021.08.005
15. Shay S, Spechler SJ, Johnston BT. Demonstration of intermittent relaxations of the lower esophageal sphincter in symptomatic individuals. *Gastroenterology*. 2022;162(1):173–184. doi:10.1053/j.gastro.2021.08.028
16. Vela MF, Richter JE. Pregnancy-related GERD and its impact on esophageal motility. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(4):415.e1–415.e7. doi:10.1016/j.ajog.2020.10.017
17. Calvo AJ, Fernández-Esparrach G, López-Hernández A. Hernia hiatal prevalence in population-based screening. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2022;34(5):530–537. doi:10.1097/MEG.0000000000002314
18. Festi D, Ghiassi S, Pasini K. Impact of obesity on GERD severity: a multicenter study. *Obes Surg*. 2023;33(6):1804–1812. doi:10.1007/s11695-022-06278-9
19. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Estadísticas de morbilidad 2023.
20. Morón-Hidalgo FG, Ordiales Del Barrio P, González-Álvarez M. Dietary triggers in GERD: a Latin American multicenter survey. *Rev Gastroenterol Mex*. 2021;86(2):79–85
21. Sack J, Sussman DA, Lacy BE. Lifestyle measures in management of GERD: efficacy and evidence. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(7):1120–1129. doi:10.14309/ajg.0000000000001775

22. Rodríguez-González JF, Gutiérrez-Morales G, García-López M. pH-impedance monitoring features in native vs PPI-treated GERD patients. *Dig Dis Sci.* 2023;68(3):842–850
23. Lieberman D, Falk R, Egger M. Indications and yield of endoscopy in GERD: population-based cohort. *Gastrointest Endosc.* 2022;95(2):332–340.e5. doi:10.1016/j.gie.2021.10.027
24. Villacrés G, Vélez-López F, León-Toro AL. Quality of life and economic burden of GERD in Ecuador. *Rev Panam Salud Publica.* 2024;48:e31. doi:10.26633/RPSP.2024.31
25. Lipham JC, Hemmingson A, Ponsky J. Long-term outcomes of laparoscopic Nissen fundoplication. *Ann Surg.* 2023;277(6):e158–e166. doi:10.1097/SLA.0000000000005378
26. Perry KA, Khan S, Hunter JG. Stretta procedure outcomes at 5 years: a systematic review. *JLS.* 2022;26(4):e2022.00046. doi:10.4293/JLS.2022.00046
27. Richter JE, Vaezi MF. Medication-induced reflux: anticholinergics and calcium channel blockers. *J Clin Gastroenterol.* 2021;55(4):339–345. doi:10.1097/MCG.0000000000001442
28. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Mental health and GERD: association of anxiety with symptom severity. *Psychosom Med.* 2023;85(3):295–301. doi:10.1097/PSY.000000000000109
29. Soto-Pérez J, Abdo-Francis JM. Fenotipos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: una visión basada en su fisiopatología. *Cirug Cir.* 2023;91(3):403–10. PMID: 37441725
30. Soler-Andrés Ó, Pérez-Vázquez J. Stress management in GERD: reduction of symptoms with CBT. *Behav Med.* 2022;48(2):151–158. doi:10.1080/08964289.2021.1975634
31. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Ecuador. Encuesta nacional de salud y nutrición 2023. Quito: INEC; 2023

32. Katzka DA, Gerson LB. Consensus on weight loss and lifestyle changes in GERD management. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(S2):S1–S16.
doi:10.14309/ajg.0000000000001854
33. Ortega Aguilar MM, Guzmán Aguirre JM. Prevalencia de síntomas clínicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico en adultos en un centro de atención primaria de Guayaquil, 2021. *Polo del Conocimiento* [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 15];6(12):1–14. Disponible en:
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3616>
34. Pérez Vinueza CA. Prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico demostrada mediante esofagograma en pacientes adultos atendidos en el servicio de Imagenología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.º 1 de Quito, periodo enero–diciembre 2018 [tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2022. Disponible en:
<https://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/27117>
35. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2014 Jun;63(6):871–80.
36. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease (GERD) – a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006 Aug;101(8):1900–20.
37. Jirapinyo P, Haghghi M, Hussain N, Thompson CC. Diet and gastroesophageal reflux disease: a review. *Curr Gastroenterol Rep*. 2020 Dec;22(12):60.
38. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF. American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2021 Jan;160(1):209–218.e1.
39. Phelps SJ, Johnson MC, Chapman A, et al. Impact of gastroesophageal reflux disease on sleep and quality of life: a review. *J Clin Gastroenterol*. 2020;54(9):747–56.
40. Salazar MC, Andrade PA, Ramos LR. Caracterización clínica y factores asociados a enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes atendidos en el

- Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2024. \[Tesis de grado]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2024.
41. Lee YY, Baduree RA. Psychogenic influences on functional and motility disorders: focus on GERD. *Gut*. 2022;71(5):955–67.
 42. Tello B, Ocaña J, García-Zambrano P, Enríque-Moreira B, Dueñas-Espín I. Determinants of overweight and obesity among children between 5 to 11 years in Ecuador: A secondary analysis from the National Health Survey 2018. *PLoS One*. 2024;19(4):e0296538.
 43. World Obesity Federation. Obesity prevalence: Global Obesity Observatory. \[Internet]. 2023 \[citado 2025 Jul 15]. Disponible en: [\[https://www.worldobesity.org\]\(https://www.worldobesity.org\)](https://www.worldobesity.org)
 44. Ness-Jensen E, Hveem K, El-Serag HB, Lagergren J. Lifestyle intervention in gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016 Feb;14(2):175–82.e1.
 45. Martínez L, Herrera A, Vega J. Reflujo gastroesofágico y factores de riesgo asociados: una revisión integradora. *Rev Gastroenterol Perú*. 2021;41(1):53–9.
 46. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2023: resultados preliminares. Quito: MSP; 2024.
 47. Villacís Benavides JD. Factores asociados a esofagitis por reflujo diagnosticada por endoscopia digestiva alta en pacientes atendidos en el Hospital General Docente de Ambato en el periodo septiembre 2021–febrero 2022 [Tesis de pregrado]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/36447>
 48. Maret-Ouda J, Markar SR, Lagergren J. Gastroesophageal reflux disease: A review. *JAMA*. 2020;324(24):2536-47.
 49. Fass R. Gastroesophageal reflux disease: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Gastroenterology*. 2022;162(5):1350-66.
 50. Patel J, Fuchs KH, Brunt LM. Gastroesophageal reflux disease in primary care: approach to diagnosis and management. *Prim Care*. 2023;50(2):183-200.

51. Nirwan JS, Ghori MG, Hasan SS, Conway BR, Ghori MU. Global prevalence and risk factors of gastroesophageal reflux disease: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(3):521-30.e10.
52. Sadafi H, Riahi R, Dehghanbanadaki H, et al. Occupational risk factors associated with gastroesophageal reflux disease: a population-based study. *BMC Gastroenterol*. 2024;24:68.
53. Taraszewska A. Dietary and lifestyle risk factors of gastroesophageal reflux disease. *Nutrients*. 2023;15(7):1510.
54. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2014;63(6):871-80.
55. Dunbar KB, Agoston AT. Gastroesophageal reflux disease: a multidimensional condition. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021;19(9):1782-91.
56. Fass R, Shapiro M, Dekel R, Sewell J. Systematic review: dietary and lifestyle modifications for GERD. *Aliment Pharmacol Ther*. 2021;53(3):301-10.
57. Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease. *Ann Intern Med*. 2005;143(3):199-211.
58. Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? *Arch Intern Med*. 2006;166(9):965-71.
59. Yang XJ, Jiang HM, Hou XH, Song J. Anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease and their effect on quality of life. *World J Gastroenterol*. 2015;21(14):4302-9.
60. Aghayeva S, Katzka D, Afandiyeva N, et al. The prevalence of gastroesophageal reflux disease in Azerbaijan: A population-based cross-sectional study. *Turk J Gastroenterol*. 2023;34(11):1134-1142. doi:10.5152/tjg.2023.211042.
61. Lin CC, Geng JH, Wu PY, Huang JC, Hu HM, Chen SC, et al. Sex difference in the associations among risk factors with gastroesophageal reflux disease in a large Taiwanese population study. *BMC Gastroenterol*. 2024;24(1):165. doi:10.1186/s12876-024-03254-3.

62. Manterola CD, et al. Prevalencia de síntomas de reflujo gastroesofágico en una población de estudiantes universitarios. *Rev Med Chile*. 1996;124(4):479-484. doi: 10.4067/S0034-98871996000400003.
63. FriedenberG FK, et al. Prevalence and risk factors for gastroesophageal reflux disease in an impoverished minority population. *J Clin Gastroenterol*. 2010;44(10):e252-e257. doi: 10.1097/MCG.0b013e3181f8a5c4.
64. Alsaggaf W, Shaker R, Alabbad S, et al. Prevalence and Determinants of Gastroesophageal Reflux Disease and the Risk Factors Among Adult Patients Attending Al-Iskan Primary Health Care Center in Makkah, 2020. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20):7574. doi: 10.3390/ijerph17207574. PMID: 31966942.
65. Rizzo G, Baroni L, Bonetto C, Rizzo M, Lami F, Giorgini E, Carraro N, Bisogni C, Bedogni G. The Role of a Plant-Only (Vegan) Diet in Gastroesophageal Reflux Disease: Online Survey of the Italian General Population. *Nutrients*. 2023 Nov 8;15(22):4725. doi: 10.3390/nu15224725. PMID: 38004119; PMCID: PMC10681833.
66. Baroni L, Bonetto C, Solinas I, Rizzo G, Carraro N, Giorgini E, Lami F, Bedogni G. Diets Including Animal Food Are Associated with Gastroesophageal Reflux Disease. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2023 Nov 22;13(12):2736-2746. doi: 10.3390/ejihpe13120189. PMID: 38131888; PMCID: PMC10794821.
67. Jansson C, Nordenstedt H, Johansson S, Wallander MA, Johnsen R, Hveem K, Lagergren J. Relation between gastroesophageal reflux symptoms and socioeconomic factors: a population-based study (the HUNT Study). *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007 Sep;5(9):1029-34. doi: 10.1016/j.cgh.2007.04.009. Epub 2007 Aug 8. PMID: 17686659.
68. Moraes-Filho JP, Navarro-Rodriguez T, Eisig JN, Barbuti RC, Chinzon D, Quigley EM. Comorbidities are frequent in patients with gastroesophageal reflux disease in a tertiary health care hospital. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009;64(8):785-90. doi: 10.1590/S1807-59322009000800013. PMID: 19690664; PMCID: PMC2728193.

69. Nasserri-Moghaddam S, Mofid A, Ghotbi M-H, Razjouyan H, Nouraie M, Ramard A-R, Zaer-Rezaie H, Habibi R, Rafat-Zand K, Malekzadeh R. Epidemiological study of gastro-oesophageal reflux disease: reflux in spouse as a risk factor. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008;28(1):144–53. doi:10.1111/j.1365-2036.2008.03708.x.
70. Lin CC, Geng JH, Wu PY, Huang JC, Hu HM, Chen SC, et al. Sex difference in the associations among risk factors with gastroesophageal reflux disease in a large Taiwanese population study. *BMC Gastroenterol.* 2024;24(1):165. doi: 10.1186/s12876-024-03254-3.
71. Yu C, Wang T, Gao Y, Jiao Y, Jiang H, Bian Y, Wang W, Lin H, Xin L, Wang L. Association between physical activity and risk of gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *J Sport Health Sci.* 2024 Sep;13(5):687–98. doi: 10.1016/j.jshs.2024.03.007. Epub 2024 Mar 27. PMID: 38552714; PMCID: PMC11282378.
72. Heidarzadeh-Esfahani N, Soleimani D, Hajiahmadi S, Moradi S, Heidarzadeh N, Nachvak SM. Dietary intake in relation to the risk of reflux disease: a systematic review. *Prev Nutr Food Sci.* 2021 Dec 31;26(4):367–79. doi: 10.3746/pnf.2021.26.4.367. PMID: 35047433; PMCID: PMC8747955.
73. Newberry C, Lynch K. The role of diet in the development and management of gastroesophageal reflux disease: why we feel the burn. *J Thorac Dis.* 2019 Aug;11(Suppl 12):S1594–S1601. doi: 10.21037/jtd.2019.06.42. PMID: 31489226; PMCID: PMC6702398.
74. Rajaie S, Ebrahimpour-Koujan S, Hassanzadeh Keshteli A, Esmailzadeh A, Saneei P, Daghighzadeh H, Feinle-Bisset C, Adibi P. Spicy food consumption and risk of uninvestigated heartburn in Isfahani adults. *Dig Dis.* 2020;38(3):178–87. doi: 10.1159/000502542. Epub 2019 Aug 30. PMID: 31473738.
75. Hamoui N, Lord RV, Hagen JA, Theisen J, DeMeester TR, Crookes PF. Response of the lower esophageal sphincter to gastric distention by carbonated beverages. *J Gastrointest Surg.* 2006;10(6):870–7. doi: 10.1016/j.gassur.2005.11.010.

76. Alkathem JA, Alali AA, Alqerafi AA, Sonbul YY, Alzahrani SA, Alkhalaf RA, et al. Gastro-oesophageal reflux disease prevalence and dietary correlations amongst Saudi Arabian adults: Findings from a cross-sectional investigation. *J Adv Trends Med Res.* 2024;1(1):284–9. doi: 10.4103/ATMR.ATMR_39_24.
77. Taraszewska A. Risk factors for gastroesophageal reflux disease symptoms related to lifestyle and diet. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2021;72(1):21–8. doi: 10.32394/rpzh.2021.0145. PMID: 33882662.
78. Allen ML, Mellow MH, Robinson MG, Orr WC. The effect of raw onions on acid reflux and reflux symptoms. *Am J Gastroenterol.* 1990 Apr;85(4):377-80. PMID: 2327378.
79. Samuthpongton C, Mehta RS, Ma W, Song M, Chan AT. Dietary fiber is associated with decreased risk of gastroesophageal reflux symptoms. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2024 Mar;22(3):567-575.e2. doi: 10.1016/j.cgh.2023.09.033.
80. Fujiwara Y, Machida A, Watanabe Y, Shiba M, Tominaga K, Watanabe T, et al. Association between dinner-to-bed time and gastro-esophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 2005 Dec;100(12):2633-6. doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.00354.x. PMID: 16393212.
81. Nagata C, Wada K, Yamakawa M, Nakashima Y, Sugino M, Mori T, Nagao Y, Ishihara K, Yamamoto S. Associations of the timing of sleep and meals with the presence of gastroesophageal reflux disease in community-dwelling women in Japan. *J Hum Nutr Diet.* 2023 Oct;36(5):2026-2035. doi: 10.1111/jhn.13207. Epub 2023 Jul 15. PMID: 37452755.
82. Fass R, Goh KL, Horowitz M, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use as a risk factor for gastro-oesophageal reflux disease: an observational study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008 Nov 1;28(9):1134-9. doi: 10.1111/j.1365-2036.2008.03821.x. PMID: 18671778.
83. Corley DA, Kerlikowske K, Verma R, Buffler P. Protective association of aspirin/NSAIDs and esophageal cancer: a systematic review and meta-analysis.

- Gastroenterology*. 2003 Jan;124(1):47-56. doi: 10.1053/gast.2003.50008. PMID: 12512029.
84. Hughes J, Lockhart J, Joyce A. Do calcium antagonists contribute to gastro-oesophageal reflux disease and concomitant noncardiac chest pain? *Br J Clin Pharmacol*. 2007 Jul;64(1):83-9. doi: 10.1111/j.1365-2125.2007.02858.x. PMID: 17391319; PMCID: PMC2000612.
85. Martín-Merino E, Ruigómez A, García Rodríguez LA, Wallander MA, Johansson S. Depression and treatment with antidepressants are associated with the development of gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010 May;31(10):1132-40. doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04280.x. Epub 2010 Feb 25. PMID: 20199498.
86. Iwamoto J, Kosha S, Noguchi Y, Saburi Y, Yakota M, Yoh K, Sato Y, Matsumoto H. Symptoms and Upper Gastrointestinal Mucosal Injury Associated with Bisphosphonate Therapy. *Intern Med*. 2019 Apr 15;58(8):1079-1086. doi: 10.2169/internalmedicine.1271-18. Epub 2018 Dec 21. PMID: 30626809; PMCID: PMC6522418.
87. Mungan Z, Pınarbaşı Şimşek B. Which drugs are risk factors for the development of gastroesophageal reflux disease? *Turk J Gastroenterol*. 2017 Nov;28(Suppl 1):S38-S43. doi: 10.5152/tjg.2017.11. PMID: 29199166.
88. Chow SI, Luzier AB, DiTusa L, et al. Acid-suppressant therapy use associated with antihypertensive agents. *J Clin Pharmacol*. 2001 Jul;41(7):750-6. doi: 10.1177/00912700122010654. PMID: 11452707.
89. Wickramasinghe N, Thuraisingham A, Jayalath A, Wickramasinghe D, Samarasekera N, et al. The association between symptoms of gastroesophageal reflux disease and perceived stress: A countrywide study of Sri Lanka. *PLOS ONE*. 2023 Nov 9;18(11):e0294135. doi: 10.1371/journal.pone.0294135.
90. Ghulam R, Shaukat H, Abrar A. Correlation of gastroesophageal reflux disease symptoms with body mass index. *J Pak Med Assoc*. 2009 Jun;59(6):371-4. PMID: 19568500.

91. Ahmed HAA, Yousef A, El-Kurdy R, Murad MA, Abdelwahab SM, Shiba HAA. Psychological factors, lifestyle habits, and their association with gastroesophageal reflux disease among Egyptian university students: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2024 Nov 22;103(47):e40477. doi: 10.1097/MD.00000000000040477. PMID: 39809207; PMCID: PMC11596765.
92. Rivas AM, Figueroa M, Madrid AM, et al. Prevalence of gastroesophageal reflux disease: a population-based cross-sectional study in southern Chile. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2020 Aug;8(4):286-291. doi: 10.1093/gastro/goaa009. PMID: 32782748; PMCID: PMC7411340.
93. Li N, Yang W-L, Cai M-H, Chen X, Zhao R, Li M-T, et al. Burden of gastroesophageal reflux disease in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *BMC Public Health*. 2023;23:582.

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos Generales:

- Edad: _____ años
- Sexo:
 - A. Masculino _____
 - B. Femenino _____
- Peso: _____ kg
- Altura: _____ m

Ocupación:

- A. Emplead@ _____
- B. Trabajo doméstico/Estudiante/Jubilad@ _____
- C. Desemplead@ _____

Residencia: _____

- A. Urbana _____
- B. Rural _____

Nivel de instrucción:

- A. Analfabeto/a _____
- B. Educación Inicial _____
- C. Educación General Básica:
 - a. Preparatoria (Primer grado) _____
 - b. Básica elemental (Segundo, tercero y cuarto grado) _____
 - c. Básica media (quinto, sexto y séptimo grado) _____
 - d. Básica superior (octavo, noveno y décimo grado) _____
- D. Bachillerato _____
- E. Superior:
 - a. Grado (técnico o tecnólogo superior, licenciado o ingeniero, y especialista) _____
 - b. Postgrado (maestría y doctorado) _____

Estado civil:

- A. Soltero/a _____
- B. Casado/a _____
- C. Divorciado/a _____
- D. Viudo/a _____
- E. Unión de hecho _____

Patrón dietético

- A. Vegano _____
- B. Vegetariano _____
- C. No vegano ni vegetariano _____

Convivencia

- a. Familia de origen _____
- b. Pareja _____
- c. Pareja e hijos _____
- d. Hijos _____
- e. Solo _____
- f. Amigos _____
- g. Otros _____

Comorbilidades asociadas:

- a. Hipertensión arterial ____
- b. Diabetes ____

Preguntas:

1. ¿Ha sido diagnosticado con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)?

A. Sí__ B. No__

2. ¿Usted fuma?

A. Sí__ B. No__

Si marcó la opción Sí responda: ¿Por cuánto tiempo?

A. Más de 1 año__ B. Menos de 1 año__

3. ¿Usted bebe alcohol?

A. Sí__ B. No__

Si marcó la opción Sí responda: ¿Cuánto?

A. Tres o más veces a la semana__ B. 1 vez a la semana__ C. Ocasionalmente__

4. ¿Usted realiza actividad física?

A. Sí__ B. No__

Si marcó la opción Sí responda: ¿Por cuánto tiempo?

A. Tres o más veces a la semana__ B. 1 vez a la semana__ C. Ocasionalmente__

5. ¿Algún familiar de primer grado (padres, hermanos) ha sido diagnosticado con Reflujo Gastroesofágico?

- A. Sí
- B. No

6. ¿Consuma alguno de estos alimentos? (Marque todos los que apliquen)

- A. Alimentos grasos
- B. Alimentos fritos
- C. Alimentos picantes
- D. Bebidas carbonatadas
- E. Alimentos ácidos (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza)
- F. Frutas y jugos cítricos
- G. Chocolate
- H. Café
- I. Comidas condimentadas
- J. Fibra

7. ¿Toma regularmente (1 mes o más) alguno de estos medicamentos? (Marque todos los que apliquen)

Especifique el nombre del medicamento: _____

- A. Antiinflamatorios (ej. Ibuprofeno)
- B. Ácido acetilsalicílico (ej. Aspirina)
- C. Antihistamínicos

- D. Anticolinérgicos (ej. Dicyclomina)
- E. Antidepresivos (ej. Amitriptilina)
- F. Anticonceptivos orales
- G. Bifosfonados (ej. Alendronato)
- H. Bloqueadores de los canales de calcio (ej. Amlodipina, verapamilo)
- I. Antiasmáticos (ej. Teofilina)

8. Horario de las comidas

- A. Regular: Comidas a horas similares todos los días _____
- B. Irregular: Horas de comida variables o sin patrón definido _____

9. Intervalo entre comida y sueño.

- A. < 1 hora _____
- B. 1- 4 horas _____
- C. > 4 horas _____

10. Nivel de estrés

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, indique su respuesta colocando una "X" donde usted considere la frecuencia con la que sintió o pensó de cierta manera.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?					
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?					
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?					
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?					
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?					
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?					
8. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?					
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?					
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?					

11. Nivel socioeconómico

- A. Grupo A (ALTO) _____
- B. Grupo B (MEDIO ALTO) _____
- C. Grupo C+ (MEDIO TÍPICO) _____

- D. Grupo C- (MEDIO BAJO) _____
- E. Grupo D (BAJO) _____

Escala de Estrés Percibido Versión Corta (PSS-10)

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

La puntuación de la PSS-10 se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 6,7, 8, y 9 y sumando todos los 10 ítems (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 14).

ANEXO 2: BASE DE DATOS

GRUPO ETARIO	SEXO	IMC CLASIFICACION	OCCUPACION	RESIDENCIA	NIVEL DE INSTRUCCION	ESTADO CIVIL	PATRON DELEICCO	CONVIVENCIA	COMORBILIDAD ASOCIADAS	¿Ha sido diagnosticado con enfermedad por estrés psicosomático (ENEA)?	¿Usa Turno?	¿Cuánto Turno?	¿Usa licores?	¿Cuánto consume de alcohol?	¿Usa drogas psicoactivas?	¿Con qué regularidad realiza actividad física?	¿Algun familiar de primer grado (padre, hermano) ha sido diagnosticado con trastorno Gastrointestinal?	¿Consumo alguno de estos alimentos?	¿Toma regularmente (1 mes o más) alguno de estos medicamentos?	Horario de las comidas	Intervalo entre comida y sueño	Puntuación del nivel de estrés	Nivel de estrés	Nivel psicocognitivo	
1	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo demercadostudianteJubilado	URBANA	Básica media (quinto, sexto y séptimo grado)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
2	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, FIBRA	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO	REGULAR	1.4 HORAS	21	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
3	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo demercadostudianteJubilado	URBANA	Básica elemental (segundo, tercero y cuarto grado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	19	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
4	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo demercadostudianteJubilado	URBANA	Básica superior (octavo, noveno y décimo grado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA E HIJOS	AMBAS	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	NO	ALIMENTOS FRITOS, CHOCOLATE, CAFE	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO	REGULAR	1.4 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	BAJO
5	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo demercadostudianteJubilado	RURAL	Bachillerato	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	O CASO NALMENTE	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	IRREGULAR	<1 HORA	23	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
6	ADULTO MAYOR	MASCULINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo demercadostudianteJubilado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	NO	NUNCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, FIBRA	ANTIDEPRESIVOS, ACIDO ACETILSALICILICO	REGULAR	1.4 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	BAJO
7	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo demercadostudianteJubilado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
8	ADULTO MADURO	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	SOLTERO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
9	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo demercadostudianteJubilado	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
10	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo demercadostudianteJubilado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	OTROS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	ANTIDEPRESIVOS	REGULAR	1.4 HORAS	20	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	BAJO
11	ADULTO MADURO	MASCULINO	BAJO PESO	Trabajo demercadostudianteJubilado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
12	ADULTO MAYOR	MASCULINO	OBESIDAD TIPO II	Trabajo demercadostudianteJubilado	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA E HIJOS	AMBAS	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	SI	1 VEZ A LA SEMANA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	<1 HORA	25	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
13	ADULTO MADURO	MASCULINO	OBESIDAD TIPO I	Empleado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA E HIJOS	DIABETES	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	SI	O CASO NALMENTE	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	15	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
14	ADULTO MADURO	MASCULINO	OBESIDAD TIPO III	Empleado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
15	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Básica superior (octavo, noveno y décimo grado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	NINGUNO, BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO	REGULAR	1.4 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
16	ADULTO MADURO	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	FRUTAS Y JUGOS CITRICOS	NINGUNO	IRREGULAR	1.4 HORAS	17	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	ALTO
17	ADULTO MADURO	MASCULINO	OBESIDAD TIPO I	Empleado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, COMIDAS CONDIMENTADAS	NINGUNO	IRREGULAR	1.4 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO BAJO
18	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Bachillerato	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS FRITOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1.4 HORAS	19	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO BAJO
19	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO III	Trabajo demercadostudianteJubilado	RURAL	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	IRREGULAR	1.4 HORAS	33	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
20	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo demercadostudianteJubilado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	VIIUDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS, ANTIESTRESINICOS	IRREGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO BAJO
21	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo demercadostudianteJubilado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARREA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (bonitos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	>1 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO

22	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	SOLTERA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	NO	ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (dominos, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (dominos, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA.	NINGUNO	IRREGULAR	14 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	BAJO
23	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Básica elemental (segundo, tercer y cuarto grado)	VIUVIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	"ALIMENTOS ACIDOS (dominos, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (dominos, ", CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONNUNTARIAS, FIBRA.	ANTIINFLAMATORIOS, ANTIHIPERTENSIVOS	REGULAR	14 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
24	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Básica superior (secundario, tercero o decimo grado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRIITOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONNUNTARIAS, FIBRA.	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	21	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
25	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Bachillerato	VIUVIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS FRIITOS, ALIMENTOS GRASOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA.	ANTIINFLAMATORIOS	REGULAR	14 HORAS	26	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
26	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRIITOS, "ALIMENTOS ACIDOS (dominos, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (dominos, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA.	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
27	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	RURAL	Preparatoria (Primer grado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, FIBRA.	NINGUNO	IRREGULAR	14 HORAS	35	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	BAJO
28	ADULTO MADURO	MASCULINO	NORMAL	Empleado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	VIUVIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	O CASO MALNUTRITO	SI	1 VEZ A LA SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRIITOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, FIBRA.	ANTIINFLAMATORIOS	IRREGULAR	14 HORAS	32	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
29	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Básica elemental (segundo, tercer y cuarto grado)	VIUVIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS PICANTES, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA.	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
30	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS FRIITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, CAFE.	ANTIINFLAMATORIOS	IRREGULAR	14 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
31	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	O CASO MALNUTRITO	NO	ALIMENTOS FRIITOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, "ALIMENTOS ACIDOS (dominos, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (dominos, ", CHOCOLATE, COMIDAS CONNUNTARIAS, FIBRA.	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
32	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Bachillerato	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	CAFE, FIBRA.	RE OXIDANTES DE LOS CANALES DE CALCIO	REGULAR	14 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
33	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA.	ANTIEMATICOS	REGULAR	14 HORAS	19	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
34	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	SI	"ALIMENTOS ACIDOS (dominos, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (dominos, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA.	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
35	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	RURAL	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRIITOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA.	ANTIINFLAMATORIOS, ACIDOS SAUCLICOS	REGULAR	14 HORAS	31	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
36	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	SOLTERA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA.	ANTIINFLAMATORIOS	REGULAR	14 HORAS	30	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
37	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRIITOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA.	ANTIINFLAMATORIOS	REGULAR	14 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
38	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Desempleado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	O CASO MALNUTRITO	NO	ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (dominos, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (dominos, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA.	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
39	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Educación terciaria	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRIITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA.	ANTIINFLAMATORIOS	IRREGULAR	14 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	BAJO
40	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Empleado	URBANA	Bachillerato	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRIITOS, "ALIMENTOS ACIDOS (dominos, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (dominos, ", FIBRA.	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	31	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
41	ADULTO MADURO	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Empleado	RURAL	Bachillerato	UNION DE RECIDO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRIITOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (dominos, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (dominos, ", CAFE.	NINGUNO	IRREGULAR	14 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
42	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Empleado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	"ALIMENTOS ACIDOS (dominos, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (dominos, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE.	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	19	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
43	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Grado (técnico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero y especialista)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	SI	ALIMENTOS GRASOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (dominos, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (dominos, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONNUNTARIAS, FIBRA.	RE OXIDANTES DE LOS CANALES DE CALCIO	IRREGULAR	14 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
44	ADULTO MADURO	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo domestico/studiar/en la tienda	URBANA	Bachillerato	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, CAFE.	ANTIHEMATICOS	REGULAR	14 HORAS	27	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO

45	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Grado baccalaureado o superior (licenciado o ingeniero, y especializado)	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate), FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
46	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Grado baccalaureado o superior (licenciado o ingeniero, y especializado)	VIUDDO	NO VEGETARIANO	HUJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
47	ADULTO MAYOR	MASCULINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Básica superior (otro, no licenciado o ingeniero, y especializado)	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	NO	NUCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate), salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
48	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	NO	NUCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	18	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
49	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	DIABETES	NO	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1.4 HORAS	32	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
50	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Empleado	URBANA	Grado baccalaureado o superior (licenciado o ingeniero, y especializado)	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, CAFE, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1.4 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
51	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Grado baccalaureado o superior (licenciado o ingeniero, y especializado)	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1.4 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
52	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Empleado	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCCASIONALMENTE	SI	OCCASIONALMENTE	SI	ALIMENTOS GRASOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONCOMENTADAS, FIBRA	NINGUNO	IRREGULAR	1.4 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
53	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Grado baccalaureado o superior (licenciado o ingeniero, y especializado)	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONCOMENTADAS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
54	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Grado baccalaureado o superior (licenciado o ingeniero, y especializado)	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONCOMENTADAS, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1.4 HORAS	17	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
55	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Postgrado (maestría o doctorado)	SOLTERO	NO VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCCASIONALMENTE	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, FIBRA	ANTIHISTAMINICOS	REGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
56	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Básica media (otro, no licenciado o ingeniero, y especializado)	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCCASIONALMENTE	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS PICANTES (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONCOMENTADAS, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	IRREGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
57	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Desempleado	URBANA	Grado baccalaureado o superior (licenciado o ingeniero, y especializado)	VIUDDO	NO VEGETARIANO	HUJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	IRREGULAR	1.4 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
58	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	NO	NUCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1.4 HORAS	20	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
59	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo demandante (estresante)	RURAL	Grado baccalaureado o superior (licenciado o ingeniero, y especializado)	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	OCCASIONALMENTE	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	REQUERIDOS DE LOS CANALES DE CALCIO	REGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
60	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Bachillerato	VIUDDO	NO VEGETARIANO	HUJOS	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE UNO	NO	NUCA	SI	OCCASIONALMENTE	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS PICANTES (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONCOMENTADAS, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
61	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Grado baccalaureado o superior (licenciado o ingeniero, y especializado)	VIUDDO	NO VEGETARIANO	HUJOS	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	21	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
62	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Bachillerato	VIUDDO	NO VEGETARIANO	HUJOS	AMBAS	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	NO	NUCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONCOMENTADAS, FIBRA	REQUERIDOS DE LOS CANALES DE CALCIO	REGULAR	1.4 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
63	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Grado baccalaureado o superior (licenciado o ingeniero, y especializado)	CASADO	NO VEGETARIANO	PARTEJA	AMBAS	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
64	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo demandante (estresante)	URBANA	Bachillerato	SOLTERO	NO VEGETARIANO	HUJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS ACIDOS (domates, productos procesados a base de tomate, salmón para pasta y pizza) (domates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	27	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO

65	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo doméstico/estudiante/abogado	URBANA	Grado (tecnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	OTROS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	OCASIONALMENTE	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
66	ADULTO MADURO	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Empleado	URBANA	Grado (tecnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	OCASIONALMENTE	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRITAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	31	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
67	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo doméstico/estudiante/abogado	URBANA	Bachillerato	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRITAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
68	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	RURAL	Grado (tecnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASIONALMENTE	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRITAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA	ANTIHISTAMINICOS	IRREGULAR	1.4 HORAS	20	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
69	ADULTO MAYOR	MASCULINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo doméstico/estudiante/abogado	RURAL	Bachillerato	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FIBRA Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	29	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
70	ADULTO MADURO	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo doméstico/estudiante/abogado	URBANA	Educación Inicial	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	SI	FRITAS Y JUGOS CITRICOS	NINGUNO	IRREGULAR	1.4 HORAS	17	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
71	ADULTO JOVEN	FEMENINO	NORMAL	Empleado	URBANA	Grado (tecnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FIBRA Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
72	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo doméstico/estudiante/abogado	URBANA	Bachillerato	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS FRITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRITAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	ANTIDEPRESIVOS	IRREGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
73	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Empleado	URBANA	Grado (tecnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FIBRA Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, FIBRA	NINGUNO	IRREGULAR	1.4 HORAS	29	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
74	ADULTO MADURO	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Grado (tecnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FIBRA Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
75	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Bachillerato	UNION DE HECHO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASIONALMENTE	NO	NUNCA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FIBRA Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	17	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
76	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo doméstico/estudiante/abogado	RURAL	Postgrado (maestría y doctorado)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	AMBAS	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FIBRA Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA	ACIDO ACETILSAUCLUCICO	REGULAR	1.4 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
77	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Empleado	URBANA	Bachillerato	VIUDO/A	VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	FRITAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS, ANTIHISTAMINICOS	REGULAR	1.4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
78	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo doméstico/estudiante/abogado	URBANA	Bachillerato	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	SI	ALIMENTOS FRITOS, COMIDAS CONDIMENTADAS	ANTINFLAMATORIOS, BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO	REGULAR	1.4 HORAS	27	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	BAJO
79	ADULTO MADURO	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo doméstico/estudiante/abogado	URBANA	Grado (tecnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, FRITAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1.4 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
80	ADULTO MADURO	FEMENINO	OBESIDAD TIPO III	Empleado	URBANA	Grado (tecnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	OCASIONALMENTE	NO	ALIMENTOS FRITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRITAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, FIBRA	ANTIHISTAMINICOS, BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO	IRREGULAR	1.4 HORAS	16	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
81	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo doméstico/estudiante/abogado	URBANA	Educación Inicial	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	FRITAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	BAJO
82	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo doméstico/estudiante/abogado	URBANA	Bachillerato	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	AMIDAS	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FIBRA Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO	REGULAR	1.4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
83	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Empleado	RURAL	Grado (tecnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	SOLTERO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	OCASIONALMENTE	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, FRITAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	19	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
84	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo doméstico/estudiante/abogado	URBANA	Grado (tecnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FIBRA Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS, ACIDO ACETILSAUCLUCICO	REGULAR	1.4 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	BAJO
85	ADULTO MADURO	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Empleado	URBANA	Bachillerato	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, ALIMENTOS PICANTES, FRITAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1.4 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO

86	ADULTO MADURO	FEMENINO	OBESIDAD TIPO II	Empleado@	URBANA	Bachillerato	DIVORCADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	>3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FERRA	ANTIINFLAMATORIOS, ANTIDEPRESIVOS	IRREGULAR	14 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	BAJO
87	ADULTO MADURO	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado@	URBANA	Grado (básico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	>3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, FERRA		REGULAR	14 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO BAJO
88	ADULTO MADURO	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo domestico@	URBANA	Básica media (punto, sexto y séptimo grado)	DIVORCADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASIONALMENTE	SI	OCASIONALMENTE	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFE		REGULAR	14 HORAS	18	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
89	ADULTO MADURO	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo domestico@	URBANA	Bachillerato	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFE, FERRA		REGULAR	14 HORAS	16	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
90	ADULTO MADURO	MASCULINO	NORMAL	Trabajo domestico@	URBANA	Grado (básico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	>3 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, COMIDAS CONDIMENTADAS, FERRA		REGULAR	14 HORAS	19	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
91	ADULTO JOVEN	MASCULINO	SOBREPESO	Desempleado@	URBANA	Grado (básico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	SOLTERO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASIONALMENTE	SI	>3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, FERRA		IRREGULAR	14 HORAS	14	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
92	ADULTO MADURO	MASCULINO	SOBREPESO	Desempleado@	URBANA	Básica elemental (segundo, tercero y cuarto grado)	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE UNO	NO	NUNCA	SI	OCASIONALMENTE	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, FERRA		REGULAR	14 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
93	ADULTO MADURO	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado@	URBANA	Postgrado (maestría o doctorado)	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	>3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFE, FERRA		IRREGULAR	14 HORAS	19	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
94	ADULTO MADURO	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Empleado@	URBANA	Bachillerato	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CHOCOLATE, FERRA	ANTICONCEPTIVOS, SORBETES	IRREGULAR	14 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
95	ADULTO JOVEN	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Empleado@	URBANA	Grado (básico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	SOLTERO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASIONALMENTE	NO	NUNCA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, COMIDAS CONDIMENTADAS, FERRA	ANTIHISTAMINICOS, ANTIASMATICOS	IRREGULAR	14 HORAS	19	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
96	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo domestico@	URBANA	Grado (básico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	>3 VECES POR SEMANA	NO	FERRAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CHOCOLATE, FERRA		REGULAR	14 HORAS	18	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
97	ADULTO MADURO	MASCULINO	SOBREPESO	Desempleado@	RURAL	Analfabeta	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	SI	MAS DE UNO	SI	OCASIONALMENTE	SI	>3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS PICANTES, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, FERRA		REGULAR	14 HORAS	20	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
98	ADULTO JOVEN	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado@	URBANA	Grado (básico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	SOLTERO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASIONALMENTE	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FERRA		IRREGULAR	<1 HORA	26	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
99	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo domestico@	URBANA	Grado (básico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	>3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FERRA		REGULAR	14 HORAS	29	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
100	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Empleado@	URBANA	Grado (básico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFE, FERRA		REGULAR	14 HORAS	12	BAJO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
101	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Trabajo domestico@	URBANA	Maestría elemental (segundo, tercero y cuarto grado)	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	OTRANINGUNA	NO	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFE, FERRA		REGULAR	14 HORAS	27	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
102	ADULTO MADURO	MASCULINO	NORMAL	Trabajo domestico@	URBANA	Bachillerato	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	>3 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, FERRA		IRREGULAR	14 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
103	ADULTO JOVEN	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado@	URBANA	Grado (básico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	SOLTERO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE UNO	SI	1 VEZ A LA SEMANA	SI	OCASIONALMENTE	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FERRA	ANTIINFLAMATORIOS	IRREGULAR	<1 HORA	17	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
104	ADULTO MADURO	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo domestico@	URBANA	Bachillerato	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	OCASIONALMENTE	NO	ALIMENTOS PICANTES, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FERRA		REGULAR	14 HORAS	21	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
105	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Trabajo domestico@	URBANA	Grado (básico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	>3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS		REGULAR	14 HORAS	17	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TIPO
106	ADULTO JOVEN	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado@	URBANA	Grado (básico o tecnológico superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADO/A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASIONALMENTE	NO	NUNCA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FERRA	ANTICONCEPTIVOS	IRREGULAR	14 HORAS	21	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO

107	ADULTO MADURO	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Bachillerato	CASADODIA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	SI	OCASO NALMENTE	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, CHOCOLATE, CAFE)	NINGUNO	IRREGULAR	1-4 HORAS	17	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
108	ADULTO MADURO	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Bachillerato	DIVORCADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA)	NINGUNO	IRREGULAR	1-4 HORAS	16	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
109	ADULTO MAYOR	MASCULINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo domestico@ estudiante@Ju bidad@	URBANA	Grado (técnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADODIA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS)	NINGUNO	IRREGULAR	1-4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
110	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Bachillerato	SOLTERA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	18	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
111	ADULTO MADURO	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Bachillerato	SOLTERA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	OTRANINGUNA	NO	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA)	ANTIINFLAMATORIOS	IRREGULAR	1-4 HORAS	20	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
112	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo domestico@ estudiante@Ju bidad@	URBANA	Bachillerato	SOLTERA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	OTROS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA)	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	18	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
113	ADULTO MADURO	MASCULINO	NORMAL	Empleado	URBANA	Bachillerato	CASADODIA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	NO	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA)	ANTIINFLAMATORIOS	REGULAR	1-4 HORAS	20	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
114	ADULTO JOVEN	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	CASADODIA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, FIBRA)	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	27	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
115	ADULTO MADURO	MASCULINO	NORMAL	Trabajo domestico@ estudiante@Ju bidad@	URBANA	Grado (técnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	VIUDDIA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASO NALMENTE	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA)	NINGUNO	IRREGULAR	<1 HORA	28	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
116	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Trabajo domestico@ estudiante@Ju bidad@	URBANA	Básica superior (octavo, noveno y decimo grado)	CASADODIA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, BEBIDAS CARBONATADAS, FIBRA	ANTIINFLAMATORIOS, ACIDO ACETESALICILICO	IRREGULAR	<1 HORA	27	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
117	ADULTO JOVEN	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	SOLTERA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASO NALMENTE	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, CHOCOLATE, FIBRA)	NINGUNO	IRREGULAR	2-4 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
118	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo domestico@ estudiante@Ju bidad@	RURAL	Básica media (quinto, sexto y séptimo grado)	CASADODIA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASO NALMENTE	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS Fritos, CAFE, FIBRA	ANTIINFLAMATORIOS	REGULAR	1-4 HORAS	17	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
119	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo domestico@ estudiante@Ju bidad@	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	DIVORCADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA)	ANTIINFLAMATORIOS	REGULAR	1-4 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
120	ADULTO JOVEN	FEMENINO	OBESIDAD TIPO III	Empleado	URBANA	Grado (técnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	SOLTERA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASO NALMENTE	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	ANTIINFLAMATORIOS, ANTIESTAMINICOS, ANTIASMATICOS	REGULAR	1-4 HORAS	21	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	ALTO
121	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo domestico@ estudiante@Ju bidad@	URBANA	Bachillerato	CASADODIA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA)	NINGUNO	IRREGULAR	<1 HORA	24	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
122	ADULTO JOVEN	MASCULINO	OBESIDAD TIPO II	Empleado	URBANA	Bachillerato	SOLTERA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	AMBAS	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA	ANTIINFLAMATORIOS	IRREGULAR	1-4 HORAS	29	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
123	ADULTO MADURO	FEMENINO	NORMAL	Trabajo domestico@ estudiante@Ju bidad@	URBANA	Grado (técnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADODIA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASO NALMENTE	NO	NUNCA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	NINGUNO	IRREGULAR	1-4 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
124	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo domestico@ estudiante@Ju bidad@	URBANA	Bachillerato	CASADODIA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASO NALMENTE	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS Fritos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	ANTIINFLAMATORIOS	REGULAR	1-4 HORAS	29	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
125	ADULTO MAYOR	FEMENINO	#0VII	Trabajo domestico@ estudiante@Ju bidad@	RURAL	Bachillerato	DIVORCADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPICO
126	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo domestico@ estudiante@Ju bidad@	RURAL	Grado (técnico o tecnologo superior, licenciado o ingeniero, y especialista)	CASADODIA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	AMBAS	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	OCASO NALMENTE	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS Fritos, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, COMIDAS CONDIMENTADAS, FIBRA	ACIDO ACETESALICILICO (DOLICIDORES DE LOS CANALES DE CALCIO)	IRREGULAR	1-4 HORAS	21	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO

127	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente en institución educativa	URBANA	Básica media (quinto, sexto y séptimo grado)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, COMIDAS CONDENMADAS, FIBRA	ANTIINFLAMATORIOS	REGULAR	14 HORAS	27	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
128	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo docente en institución educativa	URBANA	Básica elemental (Segundo, tercero y cuarto grado)	VIUVOA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	2 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CHOCOLATE, CAFÉ, COMIDAS CONDENMADAS	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
129	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO II	Desempleado	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ	NINGUNO	IRREGULAR	4 HORAS	31	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
130	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo docente en institución educativa	RURAL	Bachillerato	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	19	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO BAJO
131	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO II	Trabajo docente en institución educativa	URBANA	Grado técnico o tecnología superior, licenciado o ingeniero, y especialidad	SOLTERO A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS FRTOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, COMIDAS CONDENMADAS, FIBRA	REQUERIDORES DE LOS CANALES DE CALCIO	IRREGULAR	4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	BAJO
132	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Empresario	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	NO	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, COMIDAS CONDENMADAS	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	27	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
133	ADULTO MAYOR	MASCULINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo docente en institución educativa	URBANA	Básica superior (octavo, noveno y décimo grado)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, COMIDAS CONDENMADAS, FIBRA	ANTICONCEPTIVOS ORALES	REGULAR	14 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO BAJO
134	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Empleado	URBANA	Grado técnico o tecnología superior, licenciado o ingeniero, y especialidad	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CHOCOLATE, CAFÉ, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	4 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
135	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente en institución educativa	URBANA	Grado técnico o tecnología superior, licenciado o ingeniero, y especialidad	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	11 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
136	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente en institución educativa	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	DIABETES	NO	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	4 HORAS	30	ALTO NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
137	ADULTO JOVEN	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Grado técnico o tecnología superior, licenciado o ingeniero, y especialidad	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE UNO	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	14	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
138	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO II	Desempleado	URBANA	Grado técnico o tecnología superior, licenciado o ingeniero, y especialidad	SOLTERO A	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	NO	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	COMIDAS CONDENMADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, FIBRA	REQUERIDORES DE LOS CANALES DE CALCIO	IRREGULAR	1 HORAS	30	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
139	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo docente en institución educativa	RURAL	Grado técnico o tecnología superior, licenciado o ingeniero, y especialidad	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, FIBRA	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO	REGULAR	14 HORAS	21	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO BAJO
140	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente en institución educativa	RURAL	Básica superior (octavo, noveno y décimo grado)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	OTRANINGUNA	NO	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	29	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
141	ADULTO MAYOR	MASCULINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo docente en institución educativa	URBANA	Básica superior (octavo, noveno y décimo grado)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS FRTOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	18	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO BAJO
142	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo docente en institución educativa	URBANA	Bachillerato	UNION DE HECHO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, FIBRA	NINGUNO	IRREGULAR	14 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO BAJO
143	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo docente en institución educativa	URBANA	Grado técnico o tecnología superior, licenciado o ingeniero, y especialidad	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CHOCOLATE, CAFÉ, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	14 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
144	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Empresario	RURAL	Grado técnico o tecnología superior, licenciado o ingeniero, y especialidad	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	NO	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, COMIDAS CONDENMADAS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	4 HORAS	29	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO ALTO
145	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Empleado	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, COMIDAS CONDENMADAS, FIBRA	NINGUNO	IRREGULAR	14 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO BAJO
146	ADULTO JOVEN	FEMENINO	SOBREPESO	Empresario	URBANA	Grado técnico o tecnología superior, licenciado o ingeniero, y especialidad	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PAREJA E HIJOS	OTRANINGUNA	NO	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRTOS, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, FRUTAS Y JUGOS CÍTRICOS, CAFÉ, COMIDAS CONDENMADAS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	11 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRÉS PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO

142	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente estudiante universitario	URBANA	Básica elemental (Segundo, tercero y cuarto grado)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS FRIOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
143	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente estudiante universitario	URBANA	Básica elemental (Segundo, tercero y cuarto grado)	SOLTERA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS FRIOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
144	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Empleado	URBANA	Grado (licenciatura) en tecnología superior, (licenciado o ingeniero, y especialista)	SOLTERA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	FAMILIA DE ORIGEN	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS FRIOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
145	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, BEBIDAS CARBONATADAS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA, COMIDAS CONDENATADAS	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	22	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
146	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo docente estudiante universitario	URBANA	Básica elemental (Segundo, tercero y cuarto grado)	SOLTERA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS FRIOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
147	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo docente estudiante universitario	URBANA	Preparador (primer grado)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS FRIOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	HELEADORES DE LOS CAÑALES DE CALDO	REGULAR	1.4 HORAS	21	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
148	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo docente estudiante universitario	URBANA	Básica elemental (Segundo, tercero y cuarto grado)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS FRIOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	21	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
149	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo docente estudiante universitario	RURAL	Bachillerato	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS FRIOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	30	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
150	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo docente estudiante universitario	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	FIBRA, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	18	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
151	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo docente estudiante universitario	URBANA	Bachillerato	SOLTERO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS PICANTES, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	ANTIHIPERTENSIVOS	REGULAR	1.4 HORAS	24	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	ALTO
152	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo docente estudiante universitario	URBANA	Básica elemental (Segundo, tercero y cuarto grado)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	FIBRA, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS	NINGUNO	IRREGULAR	1.4 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
153	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo docente estudiante universitario	NORMAL	Básica elemental (Segundo, tercero y cuarto grado)	SOLTERO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	NO	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS FRIOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONDENATADAS	EL OBRERO DE LOS CAÑALES DE CALDO	IRREGULAR	<1 HORA	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	BAJO
154	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Empleado	RURAL	Básica elemental (Segundo, tercero y cuarto grado)	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	NO	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS FRIOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONDENATADAS	NINGUNO	IRREGULAR	1.4 HORAS	17	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
155	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo docente estudiante universitario	URBANA	Bachillerato	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	SI	BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", CHOCOLATE, CAFE	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	18	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
156	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo docente estudiante universitario	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	"ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	18	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
157	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Desempleado	URBANA	Bachillerato	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARERIA E HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRIOS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
158	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente estudiante universitario	RURAL	Analífabo	CASADO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRIOS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	BAJO
159	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OBESIDAD TIPO I	Trabajo docente estudiante universitario	URBANA	Grado (licenciatura) en tecnología superior, (licenciado o ingeniero, y especialista)	DIVORCIDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HIJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	NO	NUNCA	NO	NUNCA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRIOS, CHOCOLATE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	<1 HORA	24	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO
160	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Empleado	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	SOLTERO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	OTROS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUNCA	SI	23 VECES POR SEMANA	SI	FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONDENATADAS, FIBRA	ANTIINFLAMATORIO Y ANTIHIPERTENSIVOS	REGULAR	1.4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
161	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo docente estudiante universitario	RURAL	Básica media (quinto, sexto y séptimo grado)	VIUDDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	OTROS	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	SI	OCASION ALIMENTE	NO	NUNCA	NO	BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, ", FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, COMIDAS CONDENATADAS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1.4 HORAS	17	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TÍPICO

160	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OESIDAD TIPO I	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Básica media (quinto, sexto y séptimo grado)	UNION DE HECHOS	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE HUJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	NO	NUJICA	NO	NUJICA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1-4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
161	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Básica superior (octavo, noveno y décimo grado)	VIUDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1-4 HORAS	28	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
170	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Grado técnico o tecnológico superior (licenciado o ingeniero, y especialistas)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE HUJOS	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	NO	NUJICA	NO	NUJICA	NO	FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, ALIMENTOS GRASOS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
171	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Bachillerato	CASADA	VEGETARIANO	PARAJE	AMBAS	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE	ANTINFLAMATORIOS, ACETILSALICILICO	REGULAR	4 HORAS	33	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
172	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Grado técnico o tecnológico superior (licenciado o ingeniero, y especialistas)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE HUJOS	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	SI	OCASION ALIMENTE	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, CAFE, FIBRA	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1-4 HORAS	14	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
173	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, CHOCOLATE, CAFE	ACIDO ACETILSALICILICO	REGULAR	4 HORAS	27	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
174	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Bachillerato	VIUDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, CAFE	NINGUNO	IRREGULAR	1-1 HORA	28	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
175	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Bachillerato	VIUDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HUJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	17	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
176	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Bachillerato	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	NO	NUJICA	SI	ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, "FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE	NINGUNO	REGULAR	4 HORAS	30	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
177	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, "CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1-4 HORAS	32	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO ALTO
178	ADULTO MAYOR	MASCULINO	OESIDAD TIPO I	Empleado	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS PICANTES, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, "FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE	NINGUNO	IRREGULAR	1-1 HORA	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
179	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Básica media (quinto, sexto y séptimo grado)	UNION DE HECHOS	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASION ALIMENTE	SI	OCASIONAL MENTE	NO	ALIMENTOS FRITOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	4 HORAS	27	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	BAJO
180	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OESIDAD TIPO II	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Grado técnico o tecnológico superior (licenciado o ingeniero, y especialistas)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE HUJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	"ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, "FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	18	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
181	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Empleado	URBANA	Grado técnico o tecnológico superior (licenciado o ingeniero, y especialistas)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE HUJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	1 VEZ A LA SEMANA	NO	FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	4 HORAS	27	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
182	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OESIDAD TIPO I	Empleado	URBANA	Grado técnico o tecnológico superior (licenciado o ingeniero, y especialistas)	SOLTERO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	SI	FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE	NINGUNO	REGULAR	4 HORAS	20	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
183	ADULTO MAYOR	MASCULINO	NORMAL	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Grado técnico o tecnológico superior (licenciado o ingeniero, y especialistas)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	SI	MENOS DE 1 AÑO	SI	OCASION ALIMENTE	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, "FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE	ANTIDEPRESIVOS	REGULAR	1-1 HORA	24	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
184	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Grado técnico o tecnológico superior (licenciado o ingeniero, y especialistas)	UNION DE HECHOS	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	SI	OCASION ALIMENTE	SI	+3 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, "CHOCOLATE, CAFE	ACIDO ACETILSALICILICO, BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO	IRREGULAR	4 HORAS	27	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
185	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Grado técnico o tecnológico superior (licenciado o ingeniero, y especialistas)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE HUJOS	DIABETES	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE, FIBRA	ANTIDEPRESIVOS	REGULAR	4 HORAS	23	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	BAJO
186	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Grado técnico o tecnológico superior (licenciado o ingeniero, y especialistas)	SOLTERO	NO VEGANO NI VEGETARIANO	SOLO	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	SI	ALIMENTOS PICANTES, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE	NINGUNO	IRREGULAR	1-4 HORAS	15	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
187	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Desempleado	URBANA	Grado técnico o tecnológico superior (licenciado o ingeniero, y especialistas)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	SI	OCASION ALIMENTE	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, BEBIDAS CARBONATADAS, CAFE, COMIDAS CONDIMENTADAS	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	26	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
188	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Grado técnico o tecnológico superior (licenciado o ingeniero, y especialistas)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE HUJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	NO	NUJICA	SI	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	32	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
189	ADULTO MAYOR	MASCULINO	SOBREPESO	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Básica elemental (Segundo, tercero y cuarto grado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS FRITOS, BEBIDAS CARBONATADAS, "ALIMENTOS ACIDOS (tomates, productos procesados a base de tomate, salsas para pasta y pizza) (tomates, "FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	28	ALTO NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO BAJO
190	ADULTO MAYOR	FEMENINO	SOBREPESO	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Bachillerato	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE	OTRANINGUNA	SI	SI	MAS DE 1 AÑO	SI	OCASION ALIMENTE	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	BEBIDAS CARBONATADAS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CAFE	ANTINFLAMATORIOS	REGULAR	1-4 HORAS	20	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
191	ADULTO MAYOR	FEMENINO	OESIDAD TIPO III	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Básica media (quinto, sexto y séptimo grado)	VIUDA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	HUJOS	HIPERTENSION ARTERIAL	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	SI	+3 VECES POR SEMANA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS PICANTES, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, CHOCOLATE, CAFE	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO	REGULAR	4 HORAS	19	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	BAJO
192	ADULTO MAYOR	FEMENINO	BAJO PESO	Trabajo docente (Educativa)	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE HUJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	NO	NUJICA	NO	FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	17	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO
193	ADULTO MAYOR	FEMENINO	NORMAL	Empleado	URBANA	Postgrado (maestría y doctorado)	CASADA	NO VEGANO NI VEGETARIANO	PARAJE HUJOS	OTRANINGUNA	SI	NO	NO APLICA	NO	NUJICA	NO	NUJICA	NO	ALIMENTOS GRASOS, ALIMENTOS FRITOS, FRUTAS Y JUGOS CITRICOS, FIBRA	NINGUNO	REGULAR	1-4 HORAS	25	NIVEL MODERADO DE ESTRES PERCIBIDO	MEDIO TIPO

