

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**ESTILOS DE VIDA CON PERSPECTIVA
HIPOCRÁTICA EN ADULTOS CON
OBESIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL
EN HUACHO**

PRESENTADO POR:

MAURA IRMA LÓPEZ GONZALES

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

ASESOR:

ELSA CARMEN OSCUVILCA TAPIA



Dra. Elsa C. Oscuvilca Tapia
ASESORA DE TESIS

HUACHO - 2022

**ESTILOS DE VIDA CON PERSPECTIVA HIPOCRÁTICA EN
ADULTOS CON OBESIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL EN
HUACHO**

MAURA IRMA LÓPEZ GONZALES

TESIS DE DOCTORADO

ASESOR: ELSA CARMEN OSCUVILCA TAPIA

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA
HUACHO
2022**



DEDICATORIA

Dedico a mis honorables padres y familiares, quienes incentivaron la culminación de la tesis doctoral, comprendiendo mi ausencia en fechas especiales.

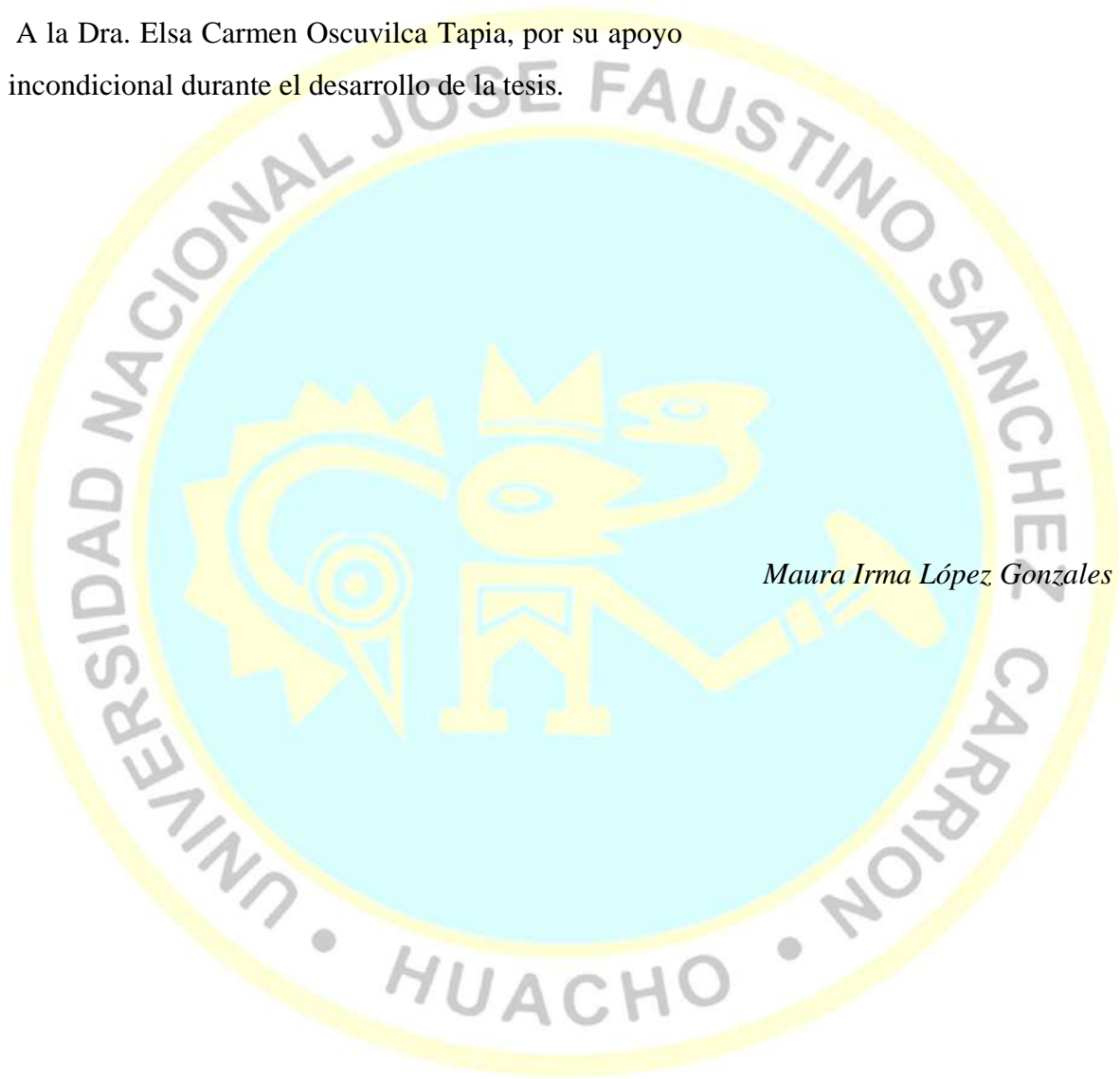
A mis compañeros de trabajo, a los familiares y a los adultos con obesidad por su inquebrantable apoyo.

Maura Irma López González

AGRADECIMIENTO

A los docentes del Doctorado de Salud Pública, quienes comprometidos por los sagrados objetivos de la mística docente, supieron inculcarnos en la producción de nuevos conocimientos

A la Dra. Elsa Carmen Oscuvilca Tapia, por su apoyo incondicional durante el desarrollo de la tesis.



Maura Irma López Gonzales

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
RESUMO	xix

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1 Problema general	4
1.2.2 Problemas específicos	4
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación de la investigación	5
1.5 Delimitaciones del estudio	6
1.6 Viabilidad del estudio	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

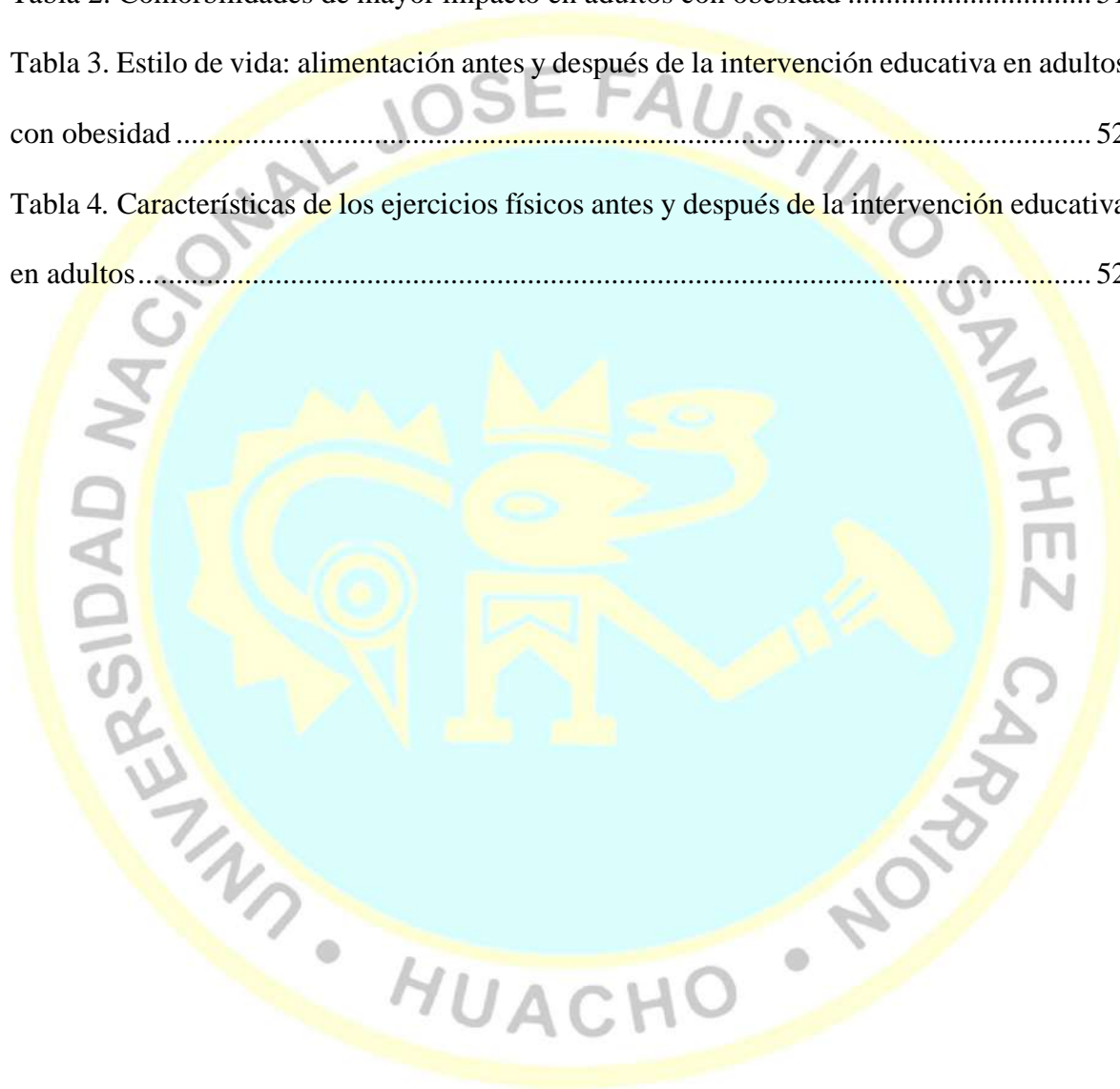
2.1 Antecedentes de la investigación	9
2.1.1 Investigaciones internacionales	9
2.1.2 Investigaciones nacionales	16
2.2 Bases teóricas	21
2.3 Bases filosóficas	35
2.4 Definición de términos básicos	37
2.5 Hipótesis de investigación	37
2.5.1 Hipótesis general	38
2.5.2 Hipótesis específicas	38
2.6 Operacionalización de las variables	38

**CAPÍTULO III
METODOLOGÍA**

3.1	Diseño metodológico	40
3.2	Población y muestra	43
3.2.1	Población	43
3.2.2	Muestra	43
3.3	Técnicas de recolección de datos	45
3.4	Técnicas para el procesamiento de la información	47
CAPÍTULO IV RESULTADOS		
4.1	Análisis de resultados	50
4.2	Contrastación de hipótesis	54
CAPÍTULO V DISCUSIÓN		
5.1	Discusión de resultados	60
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
6.1	Conclusiones	63
6.2	Recomendaciones	64
REFERENCIAS		65
7.1	Fuentes documentales	65
7.2	Fuentes bibliográficas	66
7.3	Fuentes hemerográficas	66
7.4	Fuentes electrónicas	68
ANEXOS		71

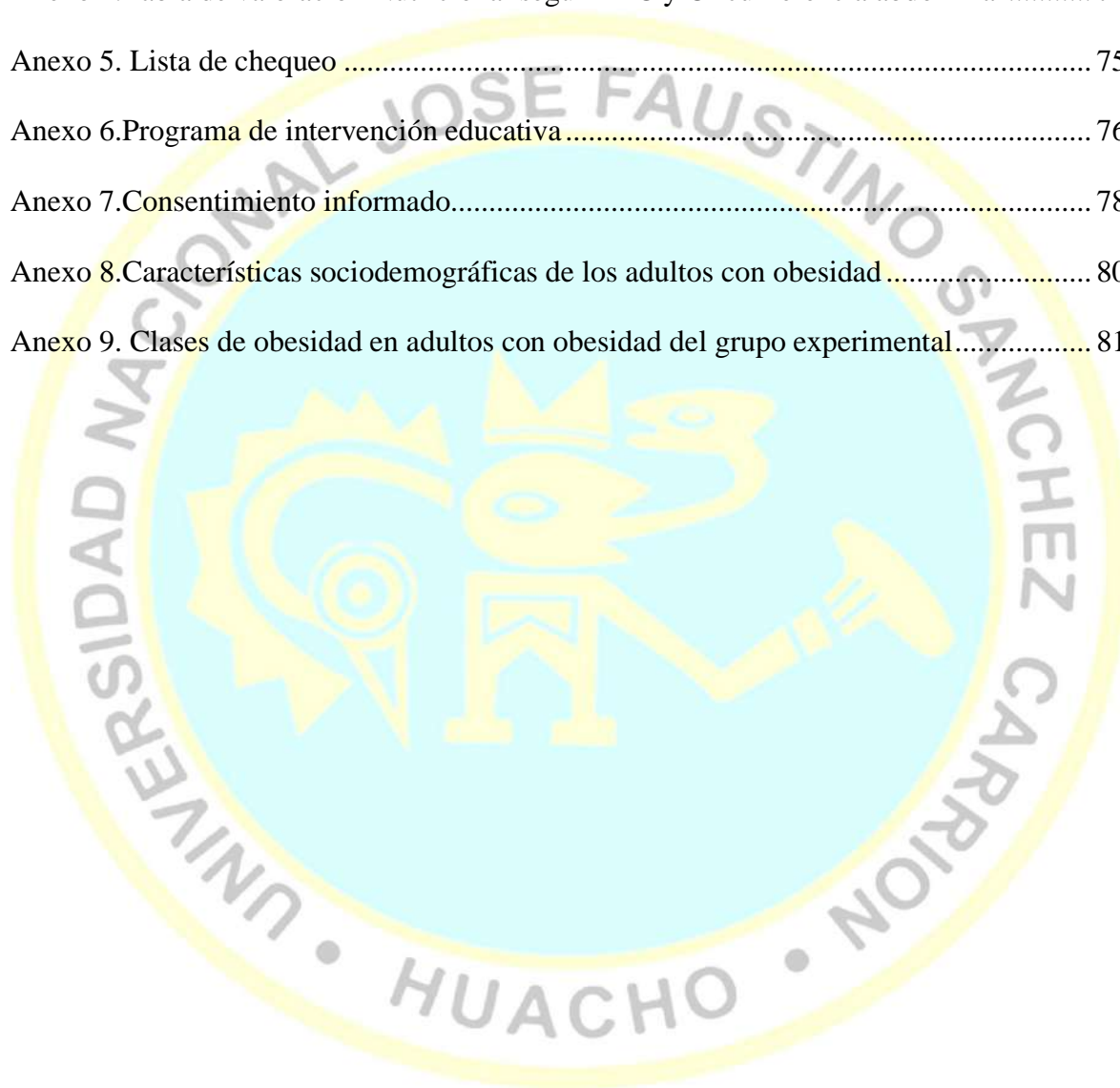
INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables antropométricas de los adultos con obesidad antes y después de la intervención educativa.....	50
Tabla 2. Comorbilidades de mayor impacto en adultos con obesidad	51
Tabla 3. Estilo de vida: alimentación antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad	52
Tabla 4. Características de los ejercicios físicos antes y después de la intervención educativa en adultos.....	52



INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario sobre características de la alimentación y actividad física	71
Anexo 2. Validez del cuestionario.....	72
Anexo 3. Cálculo de confiabilidad ítems no binarios.....	73
Anexo 4. Tabla de valoración Nutricional según IMC y Circunferencia abdominal	74
Anexo 5. Lista de chequeo	75
Anexo 6. Programa de intervención educativa.....	76
Anexo 7. Consentimiento informado.....	78
Anexo 8. Características sociodemográficas de los adultos con obesidad.....	80
Anexo 9. Clases de obesidad en adultos con obesidad del grupo experimental.....	81



RESUMEN

Objetivo: comprobar los cambios generados por la intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021. **Material y métodos:** estudio, cuantitativo, prospectivo, longitudinal y experimental, técnicas e instrumentos válidos y confiables, el programa de intervención, consideró sesiones teóricas, demostrativas y talleres. **Resultados,** la media de edad 65, siendo mayor en las mujeres (64) en relación con los varones (60), el 60% de mujeres tienen más de dos hijos, estudios secundarios. El grupo experimental presenta ligeros cambios en el peso, se modifica la media de 83,35 a 81,90; el IMC de 37,020 a 35,025; el perímetro de cuello de 41,575 a 39,300, las pruebas bioquímicas de 39,450 a 38,900; perímetro abdominal de 120,65 a 115,15, sin modificación de la talla. Las comorbilidades variaciones en la media de 15,71 antes de la intervención a una media de 13,6 después de la intervención educativa solo en las comorbilidades metabólicas, psicosocial, problemas digestivos, problemas sociales, problemas cardiovasculares y problemas psicosociales. Las características de la alimentación al ingresar al programa, poco saludable (65%), no saludable (20%) y saludable el 15%. Luego del programa las poco saludables disminuyeron 15%, las poco saludables 35% y las saludables se incrementaron 50%. Las características de la actividad física de ingreso, realizan a veces (15%), no realiza (50%) y realiza el 35%. Luego de la intervención se incrementaron a 40%. **Conclusiones:** el programa educativo sobre estilos de vida con perspectiva hipocrática tuvo efecto significativo por las estrategias del modelo trans teórico en adultos al aceptar el consumo de alimentos sustituibles saludables y realizar actividades físicas de acuerdo a su capacidad motora, produciendo disminución del peso, del IMC, descenso paulatino de la hipertensión arterial, cambios en evacuación intestinal, aceptan su apariencia física, mitigan la ansiedad.

Palabras clave: alimentación saludable, actividad física, perspectiva filosófica, del programa de intervención, adultos con obesidad.

ABSTRACT

Objective: to verify the changes generated by the educational intervention on lifestyles with a Hippocratic perspective in adults with obesity treated at the Regional Hospital of Huacho 2021. Material and methods: quantitative, prospective, longitudinal and experimental study, valid and reliable techniques and instruments, the intervention program, I consider theory sessions, demonstrations and workshops. Results, mean age 65, being higher in women (64) in relation to men (60), 60% of women have more than two children, secondary education. The experimental group presents slight changes in weight, the mean changes from 83.35 to 81.90; BMI from 37,020 to 35,025; neck circumference from 41,575 to 39,300, biochemical tests from 39,450 to 38,900; abdominal perimeter from 120.65 to 115.15, without change in size. The comorbidities varied from the mean of 15.71 before the intervention to a mean of 13.6 after the educational intervention only in the metabolic, psychosocial, digestive problems, social problems, cardiovascular problems and psychosocial problems comorbidities. The characteristics of the diet when entering the program, unhealthy (65%), unhealthy (20%) and healthy 15%. After the program, the unhealthy ones decreased 15%, the unhealthy ones 35% and the healthy ones increased 50%. The characteristics of the physical activity of income, performs sometimes (15%), does not perform (50%) and performs 35%. After the intervention they increased to 40%. Conclusions; The educational program on lifestyles with a Hippocratic perspective had a significant effect due to the strategies of the theoretical trans model in adults by accepting the consumption of healthy substitutable foods and performing physical activities according to their motor capacity, producing a decrease in weight, BMI, decrease gradual increase in arterial hypertension, changes in intestinal evacuation, accept their physical appearance, mitigate anxiety.

Keywords: healthy eating, physical activity, philosophical perspective, of the intervention program, adults with obesity

RESUMO

Objetivo: verificar as mudanças geradas pela intervenção educativa sobre estilos de vida com perspectiva hipocrática em adultos com obesidade atendidos no Hospital Regional de Huacho 2021. Material e métodos: estudo quantitativo, prospectivo, longitudinal e experimental, técnicas e instrumentos válidos e confiáveis, o programa de intervenção, considero sessões teóricas, demonstrações e workshops. Resultados, idade média de 65 anos, sendo maior nas mulheres (64) em relação aos homens (60), 60% das mulheres possuem mais de dois filhos, ensino médio. O grupo experimental apresenta ligeiras alterações de peso, a média varia de 83,35 para 81,90; IMC de 37.020 a 35.025; circunferência da pescoço de 41.575 a 39.300, exames bioquímicos de 39.450 a 38.900; perímetro abdominal de 120,65 a 115,15, sem alteração de tamanho. As comorbidades variaram da média de 15,71 antes da intervenção a uma média de 13,6 após a intervenção educativa apenas nas comorbidades metabólicas, psicossociais, problemas digestivos, problemas sociais, problemas cardiovasculares e problemas psicossociais. As características da dieta ao ingressar no programa, não saudável (65%), não saudável (20%) e saudável 15%. Após o programa, os insalubres diminuíram 15%, os insalubres 35% e os saudáveis aumentaram 50%. As características da atividade física de renda, realiza às vezes (15%), não realiza (50%) e realiza 35%. Após a intervenção aumentaram para 40%. Conclusões; O programa educativo sobre estilos de vida com perspectiva hipocrática teve efeito significativo devido às estratégias do modelo teórico trans em adultos ao aceitar o consumo de alimentos substituíveis saudáveis e realizar atividades físicas de acordo com sua capacidade motora, produzindo diminuição de peso, IMC, diminuir o aumento gradual da hipertensão arterial, alterações na evacuação intestinal, aceitar sua aparência física, atenuar a ansiedade.

Palavras-chave: alimentação saudável, atividade física, perspectiva filosófica, programa de intervenção, adultos obesos

INTRODUCCIÓN

La intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021, ratifica el hallazgo de Piñera (2014) al analizar el efecto de una intervención nutricional, en consulta clásica individual o consulta grupal, sobre la pérdida de peso y comorbilidades clínico- metabólico y psicológico en Madrid, permitiendo comprobar los cambios generados por la intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021, con la metodología del modelo transteórico y la sustitución de los alimentos no saludables a saludables conforme establece la teoría hipocrática “Sea el alimento tu medicina, y la medicina tu alimento”, otorgando la importancia de la alimentación en el mantenimiento de la salud, relevante no solo para los adultos con obesidad, sino para los familiares y entorno social, que se convierte en una actividad protocolizada en profesionales de la salud y en los adultos con obesidad, quienes se allanan para el consumo de alimentos sustituidos y realizan actividad física superando las limitaciones por el exceso de peso por la obesidad, pandemia no infecciosa, que afecta a millones de adultos, que se inicia desde los 5 años de edad y cada año fallecen más de 2,8 millones de personas a causa de esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021). En el mismo sentido, los problemas de comorbilidad y riesgo metabólico a causa de una alimentación insana se manifiesta en hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, trastornos de locomoción, diferentes tipos de cáncer, dislipidemias evidenciadas en la elevación del colesterol malo y los triglicéridos, alteraciones cardiovasculares, infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrovasculares (Bryce, A., Alegría, E. y San Martín, M., 2017).

Los resultados alentadores, confirman del efecto de la intervención educativa sobre alimentación y actividad física saludable en los adultos con obesidad, que al institucionalizarse se convertirá en actividad prioritaria el ingreso al programa educativo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Siendo los estilos de vida los comportamientos y conductas de un individuo, grupo o cultura que induce a una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos saludables que incluye una dieta balanceada que contenga suficientes vitaminas, nutrientes, para un funcionamiento eficaz del organismo; asimismo la higiene dental que es importante para la prevención de caries, halitosis y otros problemas bucales; actividad física de 20 a 30 minutos diarios favorece la buena circulación sanguínea, mayor lucidez mental, adecuada conducta sexual; buena planificación de horarios y tiempos de trabajo para evitar la sobrealimentación, fatiga e irritabilidad por efectos del estrés. (Hilarión, 2019)

Los comportamientos no saludables o hábitos tóxicos como: consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, drogas, alimentación con grasas saturadas, causan discapacidad acarreado las enfermedades agudas o crónicas. (Organización Mundial de Salud, 2018), como es el caso de la obesidad que se produce por un desbalance entre el gasto y la ingesta energética (Pajuelo, J., Bernui, I. y Castillo, A., 2013)

Es la obesidad una pandemia no infecciosa a nivel mundial, que viene afectando a millones de adultos, que se inicia desde los 5 años de edad y cada año fallecen más de 2,8 millones de personas a causa de esta enfermedad; de esta manera la obesidad en el futuro próximo será la primera causa de mortalidad en el mundo. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021)

En el mismo sentido, los problemas de comorbilidad y riesgo metabólico a causa de una alimentación insana se manifiesta en hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, trastornos de locomoción, diferentes tipos de cáncer, dislipidemias evidenciadas en la elevación del colesterol malo y los triglicéridos, alteraciones cardiovasculares, infarto

agudo de miocardio, accidentes cerebrovasculares (Bryce, A., Alegría, E. y San Martín, M., 2017), enfermedades del hígado y vesícula, problemas respiratorios (asma bronquial, periodos de apnea durante el sueño), osteoartritis (degeneración del cartílago y los huesos), problemas ginecológicos (irregularidad en ritmos menstruales e infertilidad) y efectos psicológicos (discriminación, autoestima baja, exclusión social y depresión) (Arrebola, E., Gómez, C. y Fernández, L., 2013); sumándose la falta de políticas de salud con programas de promoción de los estilos de vida saludables y prevención del sobrepeso y obesidad. (Malo, M., Castillo, N. y Pajita, D., 2017)

El sobrepeso es una antesala a la obesidad y está definido por un índice de masa corporal igual o superior a 25 y la obesidad por un índice de masa corporal igual o superior a 30, dentro de las causas que contribuyen a la obesidad se encuentran el desbalance energético entre la cantidad de calorías ingeridas y las calorías que se pierde, la ingesta de alimentos ricos en conservantes y grasas, las actividades pasivas con sedentarismo, la facilidad que proporcionan los diferentes medios de transporte, el desarrollo de las crecientes ciudades y urbanizaciones, la alimentación moderna a base de gel de maíz que contiene alto contenido calórico con azúcares y grasas saturadas. (OMS, 2021), empezando desde la lactancia mediante fórmulas lácteas con exceso de proteínas, grasas y conservantes (Villalobos, 2016)

El observatorio de nutrición y estudio de sobrepeso y obesidad, confirma que los Estados Unidos con 79,4 millones y China 57,3 millones, ocupan los primeros lugares en obesidad adulta y dos mil millones de individuos a nivel mundial tienen obesidad o sobrepeso, donde cada año se registran muertes por problemas de comorbilidad a la obesidad o sobrepeso, como son las enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer. (Instituto Nacional de Salud, 2019)

Por otro lado, en Barcelona las mujeres mayores de 50 años, tienen tendencia a presentar obesidad y las condiciones factoriales serían la ingesta de alimentos ultra procesados y la falta de tiempo para preparar una dieta saludable. (Ashkan, 2017)

Se conoce que, el 67% de habitantes de Centro América y el Caribe son personas con obesidad; en Panamá, el riesgo de llegar a ser obeso cuando los miembros de la familia presentan esta condición alcanza el 27,5% para el varón y del 21,2% para la mujer, constituyéndose en un gran problema de salud pública, por ser un factor de riesgo que conlleva a padecer hipertensión, diabetes, infarto de miocardio y otras enfermedades.

(FAO, 2020), América Latina, México con 64%, ocupa el primer lugar en obesidad encontrándose afectada 22,4 millones de personas en su mayoría mujeres, le sigue Santiago de Chile con sobrepeso en primer lugar y 63% de obesidad femenina. En Nicaragua el 49,4% y en Paraguay el 48,5% las mujeres presentan obesidad (FAO/OPS, 2018).

Tal es así, que los mexicanos alarmados por la magnitud, vienen aplicando programas relacionados a las prácticas y experiencias sobre estilos de vida saludables, a través de sesiones virtuales un día de cada mes, compartiendo temas de alimentación saludables como: ingesta de agua, actividad física, lactancia materna y alimentación complementaria saludable, cultura alimentaria, alimentación escolar saludable, etiquetado, publicidad de alimentos y bebidas para el público infantil con movilidad, orientación alimentaria y actividad física. (Salado, 2018)

asociado En la misma línea, el Perú después de México y Chile, ocupa el tercer lugar en sobrepeso y obesidad, alcanzando el 62% de la población adulta (Ministerio de Salud del Perú, 2018), en quienes se han triplicado los diagnósticos de comorbilidad al sobrepeso y obesidad: hipertensión, colesterol alto, diabetes mellitus, depresión y otros en niños y adolescentes; cuyos factores condicionantes se le atribuye al sedentarismo y el consumo de alimentos no saludables ricos en grasas saturadas, que de no ser corregidos a tiempo, los costos para aliviar la morbilidad de estos problemas al 2025 será de 18,476 millones de dólares. (OMS, 2019). De tal manera que, en Lima Metropolitana se concentra el 40% de la población con sobrepeso y obesidad, afectando a 4'794,619 personas y en Lima Norte se encuentra el mayor número de casos con sobrepeso, obesidad y diabetes; esta morbilidad aumenta por la migración e inmigración y el poder adquisitivo en su economía de los pobladores de esa zona. (Callejo, 2018). La población femenina peruana alcanzó el 57,7% de obesidad con una prevalencia de sobrepeso que se incrementó de 52,1% en el 2013 a 53,8% en el 2016 en los departamentos de Lima, Callao, Ica, Arequipa, Moquegua, Tacna, Madre de Dios, Tumbes, Piura, Lambayeque y La Libertad (Nieto, 2017)

Así también, durante la cuarentena por la COVID 19, los hábitos alimentarios pese a la prohibición en ventas de comida rápida, aumentó el consumo de comidas ricas en carbohidratos o reconfortantes que contribuye al aumento de peso y el aburrimiento que incentiva la mayor ingesta de alimentos calóricos. (Callejo, 2018); se adiciona trastornos del sueño, que induce a mayor ingesta de alimentación nocturna, la inactividad física por

el estudio virtual o trabajo remoto en tiempos de confinamiento, el cual contribuye al aumento de peso por el consumo en un 10 a 30% de las calorías totales (Andreatta y Defagó, 2020)

Realidad que inferimos sucederá en la ciudad Huacho, se incrementará personas con sobrepeso y obesidad por el sedentarismo o inadecuados hábitos alimentarios sin soporte educativo que propicien cambios de conducta para minimizar riesgos.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué cambios genera la intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos con obesidad del grupo experimental atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021?

¿Cuáles son las variables antropométricas antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021?

¿Cuáles son las comorbilidades de mayor impacto antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021?

¿Qué características tiene la alimentación antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021?

¿Qué características tiene los ejercicios físicos antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Comprobar los cambios generados por la intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar las características sociodemográficas de los adultos con obesidad del grupo experimental atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.

Determinar las variables antropométricas antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.

Identificar las comorbilidades de mayor impacto antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.

Identificar las características de la alimentación antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad atendida en el Hospital Regional de Huacho 2021.

Identificar las características de los ejercicios físicos antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.

1.4 Justificación de la investigación

Relevancia social

La investigación, relacionada a los estilos de vida con la perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad en el Hospital Regional Huacho, tendrá relevancia en la sociedad de hoy en día, debido a que la obesidad, se ha convertido en un problema de salud pública considerada por la OMS como una pandemia del siglo XXI; es una de las principales causas de morbimortalidad en la población mundial porque se asocian una serie de enfermedades que tienen complicaciones irreversibles.

Por este motivo, es esencial el estudio e investigación, para determinar y conocer los estilos de vida de los adultos con obesidad, que acuden por una atención médica al Hospital Regional Huacho.

Valor teórico

En la región Lima y en Huacho, aun no existen investigaciones sobre los estilos de vida con sustento de la perspectiva hipocrática: “Que tu alimento sea tu medicina y tu medicina tu alimento”, es decir que, para vivir saludable, es necesario aplicar en nuestras vidas tratamientos curativos naturales y evitar estilos de vida nocivos; además una alimentación saludable potencia el sistema inmunológico, disminuyendo enfermedades y otras son curadas. La alimentación que el sostiene es a base de productos naturales, consiguiendo armonía biopsicosocial, que se traduce en buena salud, belleza con radiante felicidad (Ortells, 2017)

Implicancia práctica

Es urgente la intervención de los profesionales de salud, para educar, concientizar y sensibilizar a los adultos con obesidad, para que modifiquen sus estilos de vida y conlleven una vida más saludable a través del autocuidado, fundamentado en la teoría de Dorotea Orem; y así contribuir a mejorar su salud, disminuyendo los riesgos de complicaciones y algunas veces la muerte.

Utilidad metodológica

Será un aporte que la Organización Panamericana de la salud sugiere aplicar los cuestionarios, autorreflexivos ¿Cómo es mi estilo de vida?, que demanda la medición cualitativa y la segunda variable obesidad de manera cuantitativa, ya que se utiliza la Tabla de Valoración Nutricional según IMC Adultas/os y Circunferencia abdominal MINSA-Perú. Instituto Nacional de Salud y Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. (Instituto Nacional de Salud, 2019)

1.5 Delimitaciones del estudio

Límites temáticos

Ante los problemas de salud, por la práctica de estilos de vida no saludables, emerge analizar, tomar conciencia y promocionar la práctica de estilos de vida saludables en los tres niveles de atención; en el primer nivel favorece la prevención de enfermedades evitando por lo menos 4 factores de riesgo: consumo de alcohol, tabaco, sedentarismo y alimentos ricos en grasa; a nivel secundario y terciario dirigido a personas con problemas de comorbilidad asociadas a dolencias y riesgo metabólico como hipertensión arterial, arterioesclerosis, diabetes, tipos de cáncer, osteoporosis, sobrepeso y obesidad; de esta manera evitamos complicaciones severas con la consecuente mortalidad precoz por accidente cerebrovascular hemorrágico e isquémico, infarto agudo de miocardio, cetoacidosis diabética, anemia e insuficiencia renal crónica terminal (Vargas, 2017).

Limites espaciales

Las diferentes áreas de atención como son: emergencia, en sus tópicos de triage, shock trauma, medicina, cirugía, ginecobstetricia, inyecto terapia, consultorios externos de: oncología, cirugía, traumatología, cirugía de tórax, medicina, psiquiatría, psicología, endocrinología y ginecología del Hospital Regional de Huacho.

Limites poblacionales

Se consideró a los adultos desde los 18 años de edad hasta adulto mayor de 80 años, que pudieron valerse por sí mismos o llevaron un acompañante, de ambos sexos, que fueron atendidos en el Hospital Regional de Huacho.

Límites temporales

El proyecto se desarrolló desde el 2020 y el 2021.

1.6 Viabilidad del estudio

El estudio es viable y se realizaron los trámites ante el director del Hospital Regional de Huacho, se solicitó la autorización para la recolección de datos, revisión de expedientes clínicos y abordaje a las personas adultas que fueron atendidas en el hospital; asimismo se contó con el apoyo del personal de estadística que es el encargado del control y mantenimiento de las historias clínicas. Además, está garantizado en cuanto a:

Recursos técnicos: se contó con el soporte de jueces de la especialidad y de enfoque multidisciplinario (psicólogos, psiquiatras, endocrinólogos).

Recursos económicos: el trabajo de investigación fue autofinanciado por la tesista.

Recursos logísticos: totalmente garantizado debido a que todos los gastos fueron asumidos por la tesista.

Recursos humanos: la tesista, estudiantes de enfermería, docentes que participaron en la intervención educativa y adultos con obesidad.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

Morquecho (2017), en su investigación “Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería de los hospitales: José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2016”

Objetivo, determinar la prevalencia y factores asociados al sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso.

Metodología, fue un estudio transversal, muestra de 225 enfermeras y auxiliares de enfermería, aplicó una encuesta y como instrumento los siguientes cuestionarios: hábitos alimentarios de Castro y colaboradores, IPAQ y preguntas elaboradas por autora: horas de alimentación, jornadas laborales, años de trabajo en horario rotativo. Controló peso/talla para determinar IMC; luego de recolectar datos utilizó programas Excel y SPSS versión 15,0, para realizar estadística básica descriptiva. La asociación entre sobrepeso– obesidad y factores asociados, lo obtuvo OR; IC 95% considerándose significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados, 59% fueron enfermeras; 41% auxiliares de enfermería; 55,6% presentaron sobrepeso y 22,7% obesidad; encontró asociación significativa entre horarios inadecuados de comida $p = 0,002$; años de labores en turnos rotativos $p= 0,044$ y actividad física deficiente $p= 0,002$; con sobrepeso y obesidad.

Conclusión: “La prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería va en incremento, evidenciándose más que en la población ecuatoriana en general”.

Pedrerá (2014), en su investigación “Obesidad, hábitos y estilos de vida saludables en mujeres de Extremadura: Influencia del consumo de televisión. Madrid, España”.

Objetivo, determinar el consumo de alimentos, bebidas, hábitos y los estilos de vida en mujeres normales, con sobrepeso y afectadas de obesidad en Extremadura en base al consumo de televisión diario y fines de semana.

Metodología, utilizó 4 métodos: valoración del índice de masa corporal (IMC) peso/ talla²; encuesta dietética por consumo de alimentos en 7 días con 131 ítems; valoración del consumo horas de televisión y estudios estadísticos. Estudio de correlación entre Ingesta macronutrientes/alimentos y consumo de televisión en horas día.

Resultados, el consumo medio diario de televisión y durante fines de semanas fueron moderados con similitud en otras comunidades autónomas de España, con incremento los fines de semana; en mujeres obesas, éste incremento en horas triplica al de las mujeres con IMC normal; sin embargo cuando la actividad física está presente de forma moderada y diaria no se observan diferencias en este consumo entre los días diarios y los fines de semana, ya sean en mujeres con $IMC > a 30 \text{ kg} \times \text{m}^2$ o $IMC < a 30 \text{ kg} \times \text{m}^2$. En mujeres sedentarias extremeñas el mayor consumo de horas diarias de televisión está asociada a un incremento de la presencia de cereales y grasas en la dieta. Cuando la actividad física se practica de forma diaria se incrementa el consumo de pescados y disminuye la presencia de grasas en la dieta.

Conclusiones: “El consumo de televisión diario se asocia con un incremento de IMC en mujeres extremeñas, sin embargo, no parece ser un factor que determine la presencia de sobrepeso u obesidad en ellas cuando una actividad física moderada y diaria está presente, es fundamental insistir en la promoción de la actividad física como un instrumento para mejorar la salud de la mujer en la edad adulta”.

Piñera (2014), en su investigación “Obesidad Caracterización clínica y comorbilidades asociadas. Efectividad de una intervención grupal vs individual. Universidad de Alcalá, Madrid”.

Objetivo, analizar el efecto de una intervención nutricional, en consulta clásica individual o consulta grupal, sobre la pérdida de peso y comorbilidades clínico- metabólico y psicológico.

Metodología, estudio de tipo descriptivo longitudinal a lo largo de 6 meses de tratamiento. Ensayo clínico de evaluación terapéutica. Pacientes desde 18 hasta 85 años de edad. IMC > 25 Kg/m². Muestra de 607 con sobre peso y obesidad, 205 varones y 402 mujeres. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete informático SPSS.

Resultados, mayor frecuencia de sobrepeso en pacientes menores de 40 años de sexo femenino, la obesidad mórbida fue más frecuente en pacientes de 41-65 años. La edad media de inicio de la obesidad es de 32,59 años, el 95,9% de mujeres sin estudios presentan algún grado de obesidad frente al 71,6% de las mujeres con estudios universitarios, el 46,1% se encuentran en situación laboral activa; tienen antecedentes familiares de obesidad el 91,1%, el 38,3% tenían alterado el metabolismo de la glucosa, el 25,9% son diabéticos con tratamiento de metformina, 12,7% con tratamiento insulínico; el 46% tienen hipertensión arterial con tratamiento; hipercolesterolemia fue de 28,2% ; hipertrigliceridemia 15,1%, con hiperlipemia mixta el 5,3%, 20 varones y mujeres 9,8%, niveles de ácido úrico elevados en 20,2% varones, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 7,8% en varones; osteoporosis 83,3% en mujeres, artrosis 7,5% en mujeres y 2,9% en varones; diferentes tipos de neoplasias en 10%; con hijos un 75,3%; el 25,5% mujeres; el 74,5% de los varones tenían un HDL-colesterol de 35mg/dl, de ellos el 62,7% tienen hijos, mientras que en el grupo de pacientes con HDL colesterol mayor de 35mg/dl el 76,4% tienen hijos, niveles de transaminasas alanina aminotransferasa (GPT) superiores a 40mg/dl en 18,3% unas cifras de gammaglutamiltransferasa (GGT) por encima de 50mg/dl. La prevalencia de obesidad central es del 78,1%, con sobrepeso 98% para los pacientes del grupo de obesidad tipo 1, y a partir del grado 2 de obesidad, la obesidad central está presente en el 100% de los pacientes; diferencias significativas de presión arterial sistólica entre hombres y mujeres: 140/80mmHg y 130/80mmHg respectivamente; parámetros antropométricos circunferencia de la cintura, índice de masa corporal, grado de obesidad y composición de grasa corporal, una prevalencia de síndrome metabólico del 54,5% ; el 55,2% de la muestra tenía un colesterol total elevado (≥ 200 mg/dl); la prevalencia de triglicéridos de riesgo $TG \geq 150$ mg/dl. Al inicio del estudio, 141 (30,7%) con alteraciones psicológicas mayormente mujeres es el 3,3% y tienen tratamiento psicofármacos.

Conclusiones: “Antecedentes familiares, el género y el nivel educativo influyen en la obesidad/grado de obesidad, la prevalencia de co-morbilidades asociadas al sobrepeso/obesidad es muy elevada y aumenta con el grado de obesidad, el perímetro de la cintura es el mejor parámetro antropométrico predictor de riesgo cardiovascular y de

alteración metabólica, de los parámetros inflamatorios analizados, son los leucocitos los que presentan un mayor número de correlaciones, elevada prevalencia de alteraciones psicológicas en los pacientes con sobrepeso/obesidad, es posible lograr pérdidas de peso, con mejora de los factores de riesgo cardiovascular y metabólico así como de las alteraciones psicopatológicas, con una dieta equilibrada con restricción calórica moderada, sin riesgos para la salud, la intervención grupal consigue los mismos objetivos terapéuticos que la atención en consulta clásica individual pero resulta más coste/efectivo”.

Lanas (2016), en su investigación “Obesidad y factores de riesgo de enfermedad coronaria en Chile”.

Objetivo, evaluar el efecto de la obesidad en el riesgo cardiovascular y en los factores de riesgo cardiovasculares en Chile, su tendencia en el tiempo y su asociación con la adiponectina y sus determinantes genéticos.

Método, realizó el análisis de las variables antropométricas de la obesidad y su asociación con los factores de riesgo cardiovascular y riesgo cardiovascular, el estudio de los cambios de obesidad en los últimos 22 años en hombres del área urbana de la ciudad de Temuco y los cambios observados en la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular y riesgo cardiovascular. Incluyeron 200 hombres y compararon con 800 hombres y el estudio de corte transversal realizado en una muestra aleatoria de participantes en la cohorte, que permitió determinar factores clínicos y genéticos, asociados a los niveles plasmáticos de adiponectina, una citoquina fundamental en los mecanismos por los que la obesidad genera riesgo cardiovascular.

Resultados, el análisis de los datos de la encuesta nacional de salud 2009-2010 reveló que el índice cintura estatura y el perímetro de cintura tiene mayor asociación con factores de riesgo cardiovascular y con el riesgo estimado de eventos coronarios comparado con el IMC. Entre 2009 y 2011 hubo un incremento de obesidad en varones de Temuco de 24% a 31.1% con un aumento de hipertensión y dislipidemias a pesar de tratamientos que reciben. Los niveles plasmáticos de adiponectina, están inversamente relacionados con los índices antropométricos de obesidad, el nivel de actividad física y con el genotipo de adiponectina.

Conclusiones: “Cintura estatura y el perímetro de cintura son las medidas antropométricas de obesidad que mejor se asocian con factores de riesgo y riesgo cardiovascular en la

población chilena; el incremento de obesidad y sus consecuencias en lípidos y la PA, hacen que el riesgo cardiovascular no se reduzca; los niveles plasmáticos de adiponectina se asocian fundamental e inversamente al grado de obesidad con una menor influencia de factores genéticos”.

Mora (2015), en su investigación “Evaluación de estilos de vida saludable. Bogotá. Colombia.”

Objetivo, evaluar los estilos de vida saludables en la población de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Metodología, estudio de corte transversal, utilizó una encuesta propuesta por la OPS que cuenta con 10 dominios y 45 ítems, el diligenciamiento se hizo por correo electrónico. Resultados, en el primer semestre de 2012, invitó a participar a una población de 431 individuos, con una muestra de 355 hombres. El 72% obtuvo >70 puntos lo que correspondería a buenos hábitos de vida saludable y el 0,6% uno de ≤ 40 indicando que no los tenían. El 76% no realizaba actividad física, 46% no tenía adecuado descanso y 30,8% auto reportó malos hábitos nutricionales.

Conclusión: “Aunque la escala clasifica a más del 70% de la población con hábitos saludables, fueron inadecuados los estilos de vida relacionados con actividad física, nutrición y descanso. Se deben generar estrategias de intervención colectiva que permitan modificar los factores de riesgo”.

Peña (2015), en su investigación “Factores asociados a la obesidad abdominal en estudiantes de medicina de la Universidad Católica Cuenca.2014. Ecuador”.

Objetivo, determinar los factores asociados a obesidad abdominal en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica, Cuenca 2014.

Metodología, realizó un estudio observacional, analítico transversal. Valoró 300 universitarios, donde evaluó el estado nutricional, antecedentes familiares y la actividad física, mediante el empleo de test validados. Para determinar la asociación utilizó el estadístico OR con un intervalo de confianza al 95%. Se consideró estadísticamente significativamente resultados con un valor de $p < 0.05$.

Resultados, de los 300 estudiantes, la edad promedio fue de 21.57 años. La prevalencia de obesidad abdominal fue del 37% (IC 95 % 32- 42), siendo más alto en el grupo de 25 a 36 años con el 64.9%, con prevalencia en mujeres con el 42,4%. La obesidad de los participantes está asociada a: edad OR 0.268(IC 95%: 0,130-0,551), $p=0,000$; sexo OR 1,777(IC95%: 1,089- 2,90), $p= 0,021$; sedentarismo OR 2,037 y como factor de riesgo para hipertensión arterial OR 2,797(IC95%: 1,210 - 6,0), $p=0,013$.

Conclusión: “la prevalencia de la obesidad abdominal es alta y está asociada a edad, sexo femenino y actividad física deficiente, siendo un factor de riesgo para sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial”.

Tempestti (2014), en su investigación “Estilos de vida y estado nutricional en adultos de la provincia de Salta-Argentina”.

Objetivo, describir estilos de vida y su asociación con variables sociodemográficas y estado nutricional en personas adultas de Salta.

Materiales y métodos, estudio descriptivo transversal adultos desde 18 a 50 años de edad de ambos sexos El cuestionario auto administrado de preguntas cerradas dispone de 27 Ítems, que exploran; muestreo no intencional. Utilizó cuestionario fantástico para categorizar estilos de vida (excelente, bueno, regular, malo, muy malo). Variables: estado nutricional (IMC: desnutrición, normal, sobrepeso, obesidad), nivel educativo: estado civil, residencia, trabajo. Análisis de datos comparación de medias (ANOVA) y frecuencias (Chi2 y Fisher), $p<0,05$. Epi Info 6, SPSS versión 19. Los componentes físicos, psicológicos y sociales de estilos de vida recurriendo a nueve dominios o categorías: familia, amigos, actividad física (ejercicios de intensidad moderada y uso de tiempo libre), nutrición (consumo de frutas, verduras, lácteos, carnes, huevo, azúcar, sal, alimentos chatarra, desayuno), tabaco, toxinas, alcohol, sueño, cinturón de seguridad estrés, tipo de personalidad, actitud y actividad laboral. Presenta 3 opciones de respuesta (A: siempre; B: a veces; C: nunca) otorgando puntuaciones de 2 a 0 para cada categoría. Calificó de 0 y 50 puntos en una escala tipo Likert; los puntos obtenidos se suman que se compara un puntaje final que se compara con los siguientes rangos: “excelente” entre 50 y 42 puntos, “bueno”: 41 -35 puntos, “regular”: 34-30 puntos, “malo” 29-20 puntos, “muy malo” 19-0 puntos.

Resultados, evaluaron 465 adultos, 70,8% mujeres, 29,2% varones. Edad media 34,1 y 32,6 años respectivamente, en su mayoría residentes en departamento capital (85,4%); solteras (54,2%) y el nivel educativo medio (49,9%); el 66% tenía actividad laboral rentada. El 51% presentó estilos de vida "bueno", 25% "excelente", 17% "regular" 5% "malo", 0,2% "muy malo"; donde la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 30,6 y 20,0% con diferencias significativas según sexo. La relación estilos de vida/estado nutricional mostró predominio de las categorías "regular" y "malo" entre las personas con sobrepeso/ obesidad. Las personas con EV críticos mostraron valores de IMC más elevados; excelente 24,64%, regular 27,83%; muy malo 31,14%; (p=0,000).

Conclusiones: “evidenció una asociación significativa de orden negativo entre sobrepeso y obesidad y estilos de vida; es recomendable fomentar conductas saludables como una manera de impactar positivamente en la disminución de la prevalencia de factores de riesgo asociados al estado nutricional”.

León (2019), en su investigación “Estilos de vida asociados al sobrepeso y obesidad, en estudiantes de medicina de la Unidad de Ciencias de la Salud Xalapa UV. Tabasco”.

Objetivo: identificar los estilos de vida asociados al sobrepeso y obesidad, en estudiantes de Medicina de la Unidad de Ciencias de la Salud-Xalapa UV.

Material y métodos: realizó un estudio observacional, transversal y analítico ya que evaluó los estilos de vida de 94 estudiantes de medicina de la Unidad de Ciencias de la Salud-Xalapa UV, durante el periodo académico 2019-I. Realizó evaluación antropométrica y aplicó un cuestionario sobre alimentación y actividad física.

Resultados: de la población estudiada el predominio el sexo masculino con 48 estudiantes, mientras que el sexo femenino fue de 46 estudiantes. La prevalencia del estado nutricio antropométrico fue que 40 estudiantes presentaron sobrepeso 33% y obesidad 10%. Encontró que el 83% de los estudiantes con sobrepeso y obesidad tuvieron una ingesta alta de calorías, el 10% una baja ingesta y el 7% restante llevan una ingesta adecuada de calorías. Asimismo, el 55% de los estudiantes tenían una actividad baja, mientras que el 45% llevaba una actividad moderada.

Conclusiones: identificó el sobrepeso y obesidad destacando 17 hombres con sobrepeso y 6 con obesidad, 14 mujeres con sobrepeso y 3 con obesidad; respecto a la circunferencia de

cintura determinó bajo riesgo para ambos sexos, siendo la proporción mayor en hombres. Los estudiantes presentaron una alta ingesta de calorías y gran consumo de alimentos altos en grasa y azúcares como la comida rápida, fritanga, embutidos y refrescos embotellados.

2.1.2 Investigaciones nacionales

(Galecio, 2019) En su investigación “Efectividad del programa “Vive Saludable” sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en trabajadores administrativos de una empresa privada”.

Lima

Objetivos: determinar la efectividad del Programa “Vive Saludable” sobre la reducción del sobrepeso y obesidad en trabajadores administrativos de una empresa privada.

Métodos: Estudio antes y después, se realizó una evaluación basal, la intervención se basó en la implementación de estilos de vida saludables, monitoreo nutricional y la promoción de la actividad física en la empresa privada de Lima-Perú durante un periodo de dos años. El muestreo fue no probabilístico, se incluyeron 84 trabajadores. El consentimiento informado se aplicó de manera verbal. Fueron calculados promedios, porcentajes, t student para muestras pareadas, wilcoxon y la prueba de Stuart-Maxwell para evaluar el efecto de la intervención. Esta intervención se realizó en el marco de las actividades del área de salud ocupacional de la empresa.

Resultados: el promedio del peso en la etapa pre intervención fue 75.3 kg y el peso promedio post intervención fue 71.6 kg. En la etapa pre intervención, el 76.5% (65/85) presentaron sobrepeso u obesidad, mientras que en la etapa post intervención, el 51.8% (44/85) presentaron sobrepeso u obesidad, evidenciándose una disminución de 14.1% al finalizar la intervención (p valor < 0.001). También se observó que el sobrepeso disminuyó en las mujeres de 60.4% a 55.6% (4.9 pp) y la obesidad se redujo en varones de 47.1% a 37.5% (9.6pp).

Conclusiones: El programa Vive Saludable fue efectivo y permitió reducir la prevalencia del sobrepeso y obesidad en los trabajadores.

Quispe (2014), en su investigación “Conocimientos de los padres sobre la prevención de la obesidad en escolares en una institución educativa de Lima – 2014”.

Objetivo, identificar los conocimientos de los padres en la dimensión alimentaria y de actividad física para la prevención de la obesidad, en escolares de la IE. 2087 república Oriental del Uruguay.

Metodología, estudio de tipo cuantitativo porque asignó un valor numérico a la variable de estudio, nivel aplicativo ya que contribuyó a mejorar la realidad, método descriptivo de corte transversal, en razón a que se estudió en un tiempo y espacio determinado.

Resultados, la muestra estuvo conformado por 42 padres de niños y niñas del 6° de primaria de la I.E. 2087 República Oriental del Uruguay, de los cuales 21(50%) tienen entre 36 - 45 años, 14 (33%) de 26 - 35 años y 7 (17%) más de 46 años (Ver anexo "G"), en cuanto al grado de instrucción 20(47%) padres afirman tener secundaria completa, 14 (33%) superior, 6 (7%) primaria completa y secundaria completa y 2 (5%) son analfabetos y en relación a la ocupación 23 (55%) son independientes y 19 (45%) afirman ser dependientes. Conclusiones: “Los padres en su mayoría no conocen sobre las medidas de prevención de obesidad en escolares en relación a la alimentación y actividad física, lo que se traduce en que los escolares tienen riesgo de desarrollar obesidad y sus complicaciones como enfermedades crónicas; la mayoría de padres conocen sobre la cantidad y momento de la alimentación en la prevención de la obesidad, pero no el tipo y la frecuencia de alimentación, lo cual puede conllevar a que desarrollen sobrepeso u obesidad a largo plazo; la mayoría de padres no conocen sobre el tipo y la frecuencia de actividad física, solo conocen el tiempo de actividad física lo cual puede conllevar a que desarrollen sobrepeso u obesidad a largo plazo”.

Palomares (2015), en su investigación “Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud de un Hospital del Ministerio de Salud Lima”.

Objetivo, analizar si existe una correlación entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional en profesionales de la salud.

Metodología, estudio de diseño observacional, analítico, correlacional, de corte transversal y prospectivo.

Resultados, de 106 profesionales de la salud, 79 son mujeres y 27 son varones, con un promedio de edad 45,5 años, y según la correlación de Spearman se encontró una asociación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional representado por los valores antropométricos de 4 Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura y

grasa visceral ($p= 0,000$; $r(\rho)=-0,0773$); ($p= 0,000$; $r(\rho)=-0,582$); ($p= 0,000$; $r(\rho)=-0,352$) respectivamente. La correlación de las dimensiones del instrumento Estilos de Vida Saludables (EVS), definió a los “Hábitos Alimenticios” con una correlación negativa con el IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral, ($p= 0,000$; $r(\rho)=-0,671$); ($p= 0,000$; $r(\rho)=-0,458$); ($p= 0,002$; $r(\rho)=-0,3$) respectivamente. El 72,6% de los profesionales de la salud tienen un Estilo de Vida “Poco saludable”, el 24,5% tiene un estilo de Vida “Saludable” y un 2,8% “Muy saludable”. Los resultados antropométricos indican según IMC, que el 68% de los profesionales de la salud tienen sobrepeso y obesidad. Respecto a la circunferencia de cintura el 70,7 % está en alto riesgo cardiometabólico. En cuanto a grasa visceral el 34% está en un nivel alto. La grasa corporal en los niveles alto y muy alto suma 88,7%.

Conclusión, “Correlación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional (valorado por IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral) entre los profesionales de la salud de un hospital del MINSA”.

Trujillo (2018), en su investigación “Factores asociados a sobrepeso y obesidad en trabajadores de una Institución Pública de Salud. Lima, Perú”

Objetivo, determinar los factores asociados al sobrepeso y obesidad en trabajadores de una institución pública de salud, el cual estudió a 715 trabajadores donde 371 mujeres y 344 varones de 20 años y más, cuyo estado nutricional lo determinó con el Índice de Masa Corporal (IMC) y el Perímetro abdominal. Los factores de riesgo se determinaron por el consumo de frutas, verduras, lácteos y la actividad física. El IMC clasificó en sobrepeso de ≥ 25 y < 30 en joven / adulto y > 28 y < 32 en el adulto mayor; obesidad ≥ 30 en joven /adulto y 32 en el adulto mayor. La clasificación del perímetro abdominal con obesidad abdominal en las mujeres (≥ 80 cm) y en varones (≥ 94 cm). El consumo diario de frutas, verduras y lácteos y la actividad física evaluó con una ficha valoración nutricional elaborada y validada por la institución, calculó el coeficiente de correlación de Pearson. La medición de la relación de cada factor de riesgo con el sobrepeso y obesidad se hizo a través de la prueba Chi cuadrado y Odds Ratio (OR), finalmente, los OR fueron ajustados a través de un modelo de regresión logística.

Resultados: peso promedio de 68,6 k y una talla de 1,60 m. El IMC promedio fue de 26,7 y el perímetro abdominal de 90,3 cm. Más de la mitad (65,8%) de los trabajadores tiene sobrepeso o algún grado de obesidad. El 65,7% de los trabajadores presentó obesidad abdominal. El 5,5% de los trabajadores refieren consumir menos de dos porciones diarias de frutas, verduras y lácteos y el 63,9% de los encuestados no realiza actividad física (vida sedentaria). El consumo de frutas, verduras, lácteos, la actividad física y ser mayor de 60 años no influyeron significativamente, en el sobrepeso y la obesidad. El Odds ratio de tener obesidad abdominal y ser mujer, mostraron una asociación alta, 2,25 ($p < 0,000$), y una asociación débil al tener 20-29 años 0,2 ($p < 0,000$).

Conclusión, “la obesidad abdominal elevada y ser mujer, mostraron una asociación alta. Tener sobre peso, ser mujer y tener 20-29 años mostró una asociación muy débil. Otras variables como el consumo de frutas, verduras, lácteos y la actividad física no tuvieron asociación con el sobre peso y la obesidad”.

Mamani (2018), en su investigación “Relación de los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor que asiste al centro de salud 1 – 3 Coata, 2018”.

Objetivo, determinar la relación entre los estilos de vida y el estado nutricional del Adulto Mayor que asiste al Centro de Salud I – 3 Coata 2018. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional con diseño transeccional. La población constituida por 170 adultos mayores. La muestra fue de 119, seleccionada por muestreo probabilístico y tipo aleatorio simple sistemático, donde se aplicó la fórmula para poblaciones finitas y cumplió con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Técnicas e Instrumentos: Para la recolección de datos utilizó como técnicas, la encuesta y la observación; los instrumentos fueron: El cuestionario denominado “Escala de estilos de vida” elaborado por Walker, Sechrist y Pender, modificado por Díaz R; Delgado R; y Reyna E.; y la Ficha de Evaluación Nutricional para Adultos Mayores basada en la “Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor; 2013” del Ministerio de Salud. El análisis estadístico fue descriptivo con tablas de frecuencia y el estadístico de Chi cuadrado de asociación para probar la relación entre variables.

Los resultados fueron: el 63,03% de adultos mayores presentaron estilo de vida no saludable y el 36,97% estilo de vida saludable; referente al estado nutricional la mayor parte de adultos mayores se encuentran en estado nutricional alterado con 65 personas, de las cuales el 30,3%

presenta delgadez, el 12,45% sobrepeso, el 7,56% obesidad y solo 54 personas un estado nutricional normal correspondiendo al 45,4%.

Conclusión, “Existe relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I – 3 Coata, demostrada con la prueba estadística de Chi cuadrado de asociación que indica la existencia de diferencia significativa ($p=0.0001$)”.

Sandoval (2018), en su investigación “Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en Fanupe Barrio Nuevo – Mórrope 2017”

Objetivo, determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor en Fanupe Barrio Nuevo Morrope 2017.

Metodología, diseño descriptivo correlacional, con una muestra probabilística de 74 adultos mayores del Caserío de Fanupe. El cuestionario adaptado sobre Estilos de Vida Saludables y el estado nutricional son los instrumentos de recojo de datos usados.

Resultados, mostraron que el 13.5% de la población poseen un estilo de vida saludable y 86.5% no saludable; dentro de la valoración nutricional se encontró que el 75.7% de los adultos mayores eran delgados, 18.9% normales y 5.4% tenían sobrepeso. Realizó correlación de Spearman encontrando relación positiva y altamente significativa con un índice de 0.643.

Conclusiones: “Existe asociación entre el estado nutricional y el estilo de vida del adulto mayor con una relación positiva considerable y significativa ($p < 0.05$), asimismo gran parte de población tiene estilos de vida no saludables y al evaluar el estado nutricional del adulto mayor, predominó la delgadez sobre las otras valoraciones. Al relacionar los estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor evidenció que solo el 18.5% fueron sanos y mantenían un estilo de vida saludable dentro de Fanupe Barrio Nuevo y el 81.5 % de la muestra; no llevaban a un estilo de vida saludable. Se evidencia que el estado nutricional de los adultos mayores de Fanupe Barrio Nuevo es deficiente, y así mismo sus actividades diarias no son acordes a un estilo de vida saludable”.

Portocarrero (2016), en su investigación “Conocimientos, actitudes y creencias en personas con sobrepeso-obesidad sobre riesgo cardiovascular en Lambayeque, Perú”.

Objetivo, explorar los conocimientos, creencias y actitudes sobre riesgo cardiovascular en personas con sobrepeso, obesidad en el distrito de Chiclayo.

Material y métodos, estudio cualitativo de enfoque etnográfico. Muestreo no probabilístico en bola de nieve, saturación de la muestra en 23 participantes. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, analizando su contenido y organizando la información en categorías. Resultados, la mayoría no reconocían a la obesidad como una enfermedad, pero sí como un factor de riesgo para desarrollar enfermedad coronaria; otros no conocían el significado de la palabra o la confundían con hábitos alimentarios inadecuados. La mayoría mencionaron que su estado de salud era “malo”. Algunos consideraron que el ser obesos de niños y continuar siéndolo de adultos era “normal”, sin riesgo para su salud. La referencia de incomodidades para las actividades de la vida diaria debido a obesidad fue frecuente, mencionó el origen exclusivamente genético de los problemas cardíacos, independientemente del peso.

Conclusiones: “Las mujeres mostraron mayor preocupación por su salud y conceptos similares a los varones independientemente del grado de instrucción. Los participantes reconocieron tener exceso de peso; consideraron al sobrepeso-obesidad como factores de riesgo, pero no como enfermedades. El infarto de miocardio fue el evento cardiovascular más relacionado con obesidad. Los participantes no mencionaron a la enfermedad cerebrovascular como un evento frecuente”.

2.2 Bases teóricas

Variable Independiente

Programa de intervención educativa basado en el modelo trans teórico (MTT) del cambio de comportamiento en salud. Postula que el cambio de comportamiento de salud implica el progreso a través de seis etapas de cambio: pre contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación. (Prochaska, J. y Velicer, W. 1997). Pre contemplación: en esta primera etapa las personas no tienen intenciones de cambiar su conducta en un futuro previsible, si bien algunas de ellas podrían expresar un vago deseo de cambiar, frecuentemente las personas no son conscientes de su problema y cuando buscan ayuda lo hacen por presión de familiares o amigos, quienes podrían tener más clara la necesidad de un cambio. Aunque los tiempos en los que alguien podría permanecer en cada etapa son variantes, por lo general preguntamos si él o ella tienen la intención de cambiar la

conducta problema en los próximos seis meses. Contemplación, es la etapa en la cual las personas consideran el cambio y debemos preguntar si las personas tienen la intención de cambiar en los próximos seis meses. En esta etapa las personas perciben más ventajas de cambiar su conducta, pero también perciben desventajas de hacerlo, por lo que, pueden experimentar una profunda ambivalencia, la cual los puede atrapar en esta etapa por un periodo largo de tiempo o procrastinación manifestada en contemplación crónica.

Preparación: en esta etapa las personas han tomado la decisión de cambiar y tendrían la intención de hacerlo próximamente, es importante valorar si alguien está en esta etapa, por lo que preguntaremos si tiene la intención de participar en el próximo mes; generalmente, estas personas ya tienen un plan para la acción y eventualmente habrían tenido algunos intentos de acción fallidos.

Acción: etapa donde las personas han hecho modificaciones evidentes en sus estilos de vida dentro de los últimos seis meses, como la acción es observable, el cambio de comportamiento se ha equiparado con el ingreso a la etapa de acción, donde las personas deben alcanzar un criterio con fundamentación científica y profesional, que sea considerado importante para la reducción de riesgos con la vigilancia estricta contra las recaídas.

Mantenimiento: en esta etapa el objetivo es consolidar ganancias y evitar recaídas, por lo que preguntamos si la persona se ha mantenido libre de la conducta problema durante más de seis meses y en este momento las personas estarían más confiadas de que pueden continuar con la conducta saludable, se sentirían más fuertes ante las tentaciones.

Terminación: se aplica en algunas conductas adictivas, en el cual los individuos no tienen tentación y tiene autoeficacia; no importa si están deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, enfadados o estresados, ellos están seguros de que no volverán a su antiguo hábito. En un estudio sobre antiguos fumadores y alcohólicos, encontraron que menos del 20% de cada grupo había alcanzado el criterio de ausencia de tentación y total autoeficacia. (Pérez, F., 2019).

El modelo trans teórico del cambio de comportamiento en salud, en este caso en los estilos de vida, conjugarán en las conductas o comportamientos tanto individuales como colectivos en la actividad física, alimentación y nutrición (Mora, 2015), (Merino, 2015), debido a que los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Los estilos de vida saludables previenen las enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional, enfermedad renal, hipertensión. Por ello se debe mantener las metas del tratamiento mediante: intervenciones en grupos organizados para la educación, realización de actividad física (caminar, bailar, correr), mantener una saludable alimentación (baja en grasa y equilibrada), cumplimiento del tratamiento, educación nutricional, evitar el consumo de drogas, tabaco y alcohol, evitar la etno práctica entre otros.

Estas intervenciones en grupos organizados para la educación incluyen: consumo de agua (8 vasos al día o según prescripción médica), disminuir las comidas artificiales y comidas chatarras, los pacientes deben recibir consejos a través de intervenciones estructuradas sobre la práctica de ejercicio físico aeróbico adaptado a sus características, el ejercicio debe incluir al menos tres sesiones semanales de 45 a 60 minutos, los pacientes diabéticos deben de disminuir los azúcares y el consumo de grasas saturadas, deben de equilibrar los carbohidratos, las recomendaciones sobre el estilo de vida saludable, se deben dar también a los pacientes con presiones arteriales normal-alta, no es necesario eliminar el café de la dieta de los hipertensos, a menos que consuman más de cuatro tazas diarias; los pacientes con consumo excesivo de bebidas alcohólicas, deben de recibir consejos para reducir al menos en un 60%, se debe de recomendar la pérdida de peso (en caso de sobrepeso y obesidad) y reducir moderadamente la ingesta de sal, e invitar a ingerir una dieta rica en frutas y verduras según patología. (Ministerio de Salud El Salvador, 2016)

Estilos de vida saludables: Alimentación

La alimentación en una dieta saludable aporta la cantidad de nutrientes necesarios para el buen funcionamiento del organismo y contienen elementos saludables como vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes y debería ser un estilo de vida ya que proporciona hábitos alimenticios sanos a lo largo del tiempo y con la práctica diaria de actividad física según capacidades, son eficaces para reducir los problemas de salud, el consumo adecuado de nutrientes como las vitaminas, los minerales y las proteínas, son esenciales para el funcionamiento normal del organismo, por lo que se recomienda seguir una dieta equilibrada y variada para llevar una vida saludable. Los nutrientes: proteínas, calcio, vitamina C y la vitamina D, son importantes para mantener una buena salud muscular, ósea y articular. (Callejo, 2018)

Conocer los diferentes aspectos y cambios para mantener un buen estado de salud, es estar pendientes a renovar planteamientos y modificar hábitos y costumbres que conlleven a vivir saludablemente y con menor riesgo a enfermarse. Las proteínas son el componente principal de las células, después del agua y son importantes para poder vivir, ya que forman aminoácidos, esenciales para la vida, nuestro organismo también necesita carbohidratos y grasas como aporte diario. La función de las vitaminas y minerales saludables se encuentran el magnesio que permite disminuir el cansancio y la fatiga, mejorando el metabolismo energético y un buen funcionamiento del sistema nervioso, los músculos y favorece la síntesis proteica.

El potasio, es importante para el buen funcionamiento de los músculos y mantener una presión sanguínea normal y se recomienda la ingesta sobre todo si se realiza ejercicios físicos diarios. El zinc es un mineral esencial para nuestro organismo que contribuye a la protección de las células del estrés oxidativo, más del 85% se deposita en los músculos, huesos, testículos, cabellos, uñas y tejidos pigmentados del ojo.

El selenio, es un micro mineral antioxidante, es un protector de las células frente al daño oxidativo, contribuye al buen funcionamiento de los músculos y su falta puede causar: uñas y piel frágiles, falta de lucidez mental. El hierro, la vitamina C, la riboflavina (vitamina B2), el niacina, la vitamina B6, el ácido fólico, la vitamina B12 y el ácido patogénico, son vitaminas necesarias para el funcionamiento celular, el crecimiento y contribuyen a mejorar el metabolismo y produzca niveles normales de energía y combaten la fatiga; el no consumir frutas verduras, legumbres, lentejas, granos integrales pueden incrementar riesgo de problemas de salud como enfermedad cardíaca, cáncer y osteoporosis.

El calcio, es un elemento esencial para el mantenimiento de nuestro esqueleto y contribuye al desarrollo normal y buen funcionamiento de los huesos. El fósforo forma parte de los huesos, participa en el equilibrio ácido base de las células, es el responsable de una formación ósea saludable. (Meritene, 2015).

Las necesidades nutricionales varían en cada etapa de la vida; en adultos entre 40 y 65 años, son muy importantes los micronutrientes como el calcio y la vitamina D, por ser factores preventivos de osteoporosis, también en mujeres tras la menopausia, así como el potasio y el sodio por su relación con la presión arterial además, los hábitos previos de cada individuo van a condicionar, su estado de salud y bienestar.

Tanto la alimentación, como el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas o la práctica regular de ejercicio, determinan el estado de forma física y anímica con el que se afronta esta etapa de la vida; los requerimientos, tanto energéticos como nutricionales, varían por factores como: sexo, edad, actividad física, composición corporal; respecto al aporte de energía, oscilan entre 1800 kcal y 2500 kcal/día; proteínas se requiere de 0,8-1 g proteína/kg de peso/día; el resto de energía total deberá ser aportada por hidratos de carbono, limitando la cantidad de azúcares sencillos y grasas que son imprescindibles en una dieta equilibrada. Otro nutriente imprescindible que no conviene olvidar es la fibra dietética, cuya ingesta recomendada es de 25-30 g/día, y que debe ir siempre acompañada por una correcta hidratación, que no sea inferior al 1,5-2 litros de agua al día, lo que supone entre seis y ocho vasos. (Ruiz, 2020).

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud y una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental y reducir la productividad. (OMS, 2018)

Un tipo de dieta saludable es la mediterránea, que tiene su origen en una porción de tierra llamada la cuenca del Mediterráneo, un lugar históricamente muy rico, en el que han habitado diferentes civilizaciones. Los científicos afirman que es especialmente saludable para nuestro corazón, pues es una dieta equilibrada que enfatiza el consumo variado de alimentos, como frutas, hortalizas, cereales, pescado, carne de aves y la cantidad de comida a consumir no debe ser excesiva y esta dieta sugiere cocinar a la plancha, hervido o consumir los alimentos crudos y frescos. (Guillen, 2019)

Actividad física

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía, se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial 6% de las muertes registradas en todo el mundo. (Medline Plus, 2018)

Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos: reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria,

accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; mejora la salud ósea y funcional y es un determinante clave del gasto energético; por tanto, es fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

La actividad física no debe confundirse con el ejercicio, ya que se trata de una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física incluye el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social e individual, por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea. (Fucsalud, 2017)

Algunos autores añaden la movilidad, como el conjunto de desplazamientos de personas y mercancías que se producen en un entorno físico; en la crisis sanitaria del coronavirus nos trae nuevos acuerdos entre diferentes organizaciones, se ha creado el comité olímpico internacional, para promover el deporte y la activación física, que favorecería la prevención de enfermedades no transmisibles; asimismo recomiendan movilizarse en bicicleta para poder unir actividad física y ocio en todo tipo de desplazamientos que realice la población, según habilidades, debido a que enfermedades como la diabetes, obesidad, etc. causan millones de muertes anuales en todo el mundo, también se promoverán estilo de vidas saludables y actividades deportivas de base en todo el mundo, estableciendo cinco objetivos clave: apoyo conjunto a las comunicaciones y promoción de la salud y actividad física, alineación política para fortalecer la prevención de enfermedades no transmisibles y estilos de vida más saludables a través del deporte, fortalecimiento de la preparación para la salud y legado de los Juegos Olímpicos, promoción de la salud, la política y la acción a través del Movimiento Olímpico, prevención en enfermedades no transmisibles y promoción de la actividad física entre los sectores de la salud y el deporte. (Mora, 2015)

Estilo de vida no saludable

El estilo de vida no saludable causa 16 millones de muertes al año, por lo que la Organización mundial de Salud, lanza un plan contra los fallecimientos prematuros por patologías no transmisibles, tratando de reducir en un 25% el número de víctimas por tabaquismo o diabetes hasta el 2025 y señaló que las enfermedades no transmisibles están asociadas al estilo de vida no saludable globalizado y se suman el tabaquismo, el consumo y abuso de

alcohol, la vida sedentaria y la comida con alto contenido de grasas, que contribuye a las crecientes epidemias del siglo XXI denominadas: obesidad, diabetes, hipertensión y el cáncer. (OMS, 2018)

En este caso no se trata de combatir bacterias o virus, sino los malos hábitos de las sociedades modernas, que se extiende por todo el mundo muriendo cada año 38 millones de personas por enfermedades no transmisibles, de los cuales 16 millones suceden antes de los 70 años por afecciones pulmonares, cardiovasculares, tumorales, diabetes o ictus que son evitables si se toman medidas preventivas. El mundo puede modificar el curso de la epidemia de enfermedades no transmisibles prohibiendo la publicidad de tabaco, sustituyendo las grasas trans presentes en frituras y alimentos industrializados que causan la elevación del colesterol a cambio de alimentos poliinsaturadas que contienen omega 3 y omega 6 que se encuentran en pescados y frutos secos; prohibir los anuncios comerciales de bebidas alcohólicas. (INFO SIDA, 2016)

Así también la OMS ha hecho público las experiencias de países como Brasil que ha logrado reducir las muertes por enfermedades no transmisibles a 1,8% anual mediante la prevención primaria; en el mismo sentido Turquía, que aumentó desde 2013 impuestos sobre el tabaco hasta alcanzar el 80% del precio total, reduciendo de esta manera las tasas de fumadores en un 13% desde 2008 a 2012. Tal es el caso de Hungría y su tasa a los productos poco saludables por sus altos contenidos en sal, azúcar y cafeína, que un año después de haber sido aprobada, obligó a la industria alimentaria a cambiar los contenidos de estas sustancias e hizo que las ventas de estos productos disminuyan en un 27%. Argentina, con medidas similares, ha reducido el contenido de sal en el pan en un 25%. (Prats, 2015).

Factores de riesgo de estilos de vida no saludables

El consumo de tabaco es la principal causa evitable de muerte en Estados Unidos, una de cada 5 muertes cada año es el resultado directo o indirecto del tabaquismo, por lo que la exposición directa o indirecta al humo del cigarrillo puede causar cáncer de pulmón o enfermedades cardíacas.

El consumo de alcohol modifica funciones esenciales del cerebro, afectando en primer lugar las emociones, el pensamiento y el juicio. La ingesta continua de alcohol, afecta el control motor, causando dificultades en la pronunciación al hablar, presenta reacciones muy lentas y pérdida del equilibrio físico psico emocional.

Obesidad y beber con el estómago vacío acelera los efectos del alcohol. Asimismo, el consumo de alcohol puede conllevar a una serie de enfermedades como: enfermedades al hígado, páncreas, cáncer, enfermedades al esófago, tracto digestivo, daño al miocardio, y al cerebro, ingesta de alcohol durante el embarazo, ya que puede causar alteraciones físicas al feto y síndrome por alcoholismo fetal; es importante evitar el consumo de alcohol cuando esté tomando medicamentos, ya que la combinación de alcohol y tranquilizantes o analgésicos puede ser mortal.

El sedentarismo: por el trabajo en oficina o mediante computadoras, varias horas de trabajo sentados. El consumo diario de mirar televisión. Hay personas que se pasan horas mirando televisión, cine, etc.

Ingesta de alimentos elaborados con gel de maíz con alto contenido de azúcar, bebidas gaseosas.

Alimentos procesados preparados con alto contenido de grasa saturada y rica en sal, aumento de excesivos carbohidratos contribuyen al sobrepeso y obesidad, la mala higiene personal y entorno descuidado no saludable, conlleva a problemas psicológicos. (Prats, 2015).

Variable Dependiente

Conocimiento y práctica sobre estilos de vida en personas con obesidad

Si bien es cierto los participantes del programa de intervención no se curarán de la obesidad, se logrará internalizar que se trata de un problema de salud pública para asumir prácticas de estilos de vida saludables para minimizar el cansancio, fatiga, dolor de rodillas al caminar, pesadez que dificulta trabajar y algunas veces hay que dormir sentados evitando la falta de aire.

Obesidad como alto riesgo para la salud, es una patología crónica, causada por diferentes razones y con una serie de complicaciones, se caracteriza por presentar en el organismo exceso de grasas y se presenta cuando el índice de masa corporal en el adulto es superior o igual a 30 unidades. La obesidad, es uno de los trastornos más frecuentes en los países industrializados, es una enfermedad y un problema de salud pública, por los estilos de vida insanos, donde el exceso de tejido adiposo, puede sobrecargar el corazón, los huesos, los músculos, aumenta el riesgo de hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, venas varicosas, cáncer de mama y enfermedad de la vesícula biliar. La obesidad puede ser causada por comer demasiado, consumir alimentos malsanos, falta de ejercicio, antecedentes

familiares. Entre de los factores causales de la obesidad son: biológicos, genéticos, socioeconómicos, psicológicos, hormonales, familiares, sociales y otros asociados al desarrollo, disminución o falta de actividad y ejercicios físicos. (Medline Plus, 2018).

Culturalmente, los médicos y los pacientes no consideran anormal el sobrepeso y la obesidad, porque lo consideran como problema estético más allá que de salud, no obstante, para prevenir este mal se debe crear conciencia entre la población de la importancia de mantener hábitos de vida saludable y no solo realizar dietas para bajar de peso en un determinado momento, es importante considerarla como una enfermedad, tal como ocurre en Estados Unidos y algunos países de Europa, para que se aborde de una manera interdisciplinaria, brindando un tratamiento enfocado en el bienestar de los pacientes. (Molina, C., 2020).

Tipos de Obesidad

El (Instituto Nacional de Salud Centro Nacional Alimentación y Nutrición, 2012), dispone la clasificación siguiente:

Clasificación según se distribuye la grasa en el cuerpo:

Obesidad Androide: su localización de la grasa es mayormente en cara, cuello, tronco y parte superior del abdomen. Es frecuente en varones.

Obesidad ginecoide: tiene predominio en el abdomen inferior, caderas, nalgas y glúteos. Es la más frecuente en mujeres.

Clasificación según el índice de masa corporal o IMC como:

Clase I (moderada),

Clase II (severa) y Clase III (mortal).

Sobrepeso y obesidad, la diferencia del sobrepeso y obesidad; el primero como el exceso de peso para la talla, por incremento de la masa muscular, mientras que la obesidad es el aumento del tejido graso con respecto a la masa magra.

Por su Etiología

Origen exógeno: el más frecuente se produce por la ingesta excesiva de energía, ligada a los hábitos alimenticios.

Origen endógeno: se debe al desequilibrio metabólico y endocrino, e indica que es el menos frecuente.

Por su alteración a nivel celular

Hiperplasia: La causa es por el aumento del número de células adiposas, es más frecuente en la etapa de la niñez y en la adolescencia; estas células sólo acrecientan el tamaño.

Hipertrofia. - Esto es característico de los adultos por el aumento en el volumen de los adipocitos.

Epidemiología.

En la población española de 25 a 64 años, reportaron la prevalencia de sobrepeso con el 39,3% y obesidad en el 21,6%, se evidenció más en varones y aumentó con la edad. (Aranceta, J. y Pérez, C., 2018).

En Estados Unidos, cerca de 78 millones de personas sufren de obesidad; 50 millones de personas de raza blanca; 14,4 millones de hispanos; 12,2 millones de afroamericanos y 1,2 millones de asiáticos, en América Latina, 130 millones de personas son víctimas de sobrepeso y obesidad, casi $\frac{1}{4}$ de la población; entre los países con más prevalencia de obesidad se encontró México con 32,8%, Venezuela el 30%; Argentina con un 29,4%, Chile con un 29,1% y Uruguay un 23,5%; en Ecuador, la prevalencia de obesidad es del 29,9% (20, 21).

En Ecuador (2012) en la población adulta de 19 a 60 años determinó que la prevalencia de sobrepeso es del 41% y 22% obesidad. Existió mayor porcentaje de obesidad en mujeres 27,6%, y en los varones 16,6%; en cuanto al sobrepeso es mayor en los varones 43,4% que en las mujeres 37,9%; la encuesta reporta que aproximadamente, de cada 10 personas, 6 presentan sobrepeso y obesidad. Como se observa, en la población mundial y nacional la alteración nutricional va en incremento. (Pajuelo et al., 2013).

El índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 29 es sobrepeso, excepto en personas con estatura de 1.50 cm. o menos. No existe un determinado índice de masa corporal, en el cual se dice que las enfermedades asociadas que acortan la vida van a estar presentes. El riesgo mayor con alto IMC y entre más rápido se corrija la obesidad, mayor número de enfermedades serán evitadas y prevenidas.

Diagnóstico de la obesidad

La obesidad se diagnostica mediante el método de medida del IMC. Se mide a partir del indicador de sobrepeso y obesidad como el índice de masa corporal (peso en kg. sobre talla

en metros²); si su IMC es de 25 a 29.9 usted está en categoría de "sobrepeso". Si su IMC, es de 30 o más, usted está en categoría de "obesos".

Existen tres clases de obesidad:

Obesidad de clase I: IMC, de 30 a 34,9 Obesidad de clase II: IMC, de 35 a 39,9

Obesidad de clase III: IMC de 40 a más. (Piñera, 2014).

Fisiología

Rodríguez (2018), al considerar la ley de la termodinámica, la energía no se crea ni se destruye solo se transforma. La obesidad es el resultado del desequilibrio entre el consumo y el aporte de energía que nos proporcionan los carbohidratos, proteínas y grasas; los carbohidratos y proteínas se almacenan en forma de glucógeno y es limitada; en cambio los depósitos de grasas se expanden con facilidad y seguir almacenando niveles superiores a las necesidades requeridas. Los alimentos no consumidos como energía, se almacenan en grasa dando origen a la obesidad. Los carbohidratos son la primera fuente de energía y el consumo excesivo se convierten en grasas, y que en ausencia o con niveles muy bajos de glucosa, las proteínas a través de los aminoácidos son utilizadas para la producción de energía, utilización y almacenamiento de grasas denominado gluconeogénesis; esta glucosa neoformada es oxidada o utilizada para la formación de triglicéridos mediante su conversión a glicerol. Las grasas que se ingieren son utilizadas como fuente de almacén en forma de triglicéridos en el adipocito, o para la producción de hormonas y sus componentes celulares y cuando las reservas de energía se hayan agotado, son las grasas que se encargan de suministrar la energía y movilización de sus depósitos, con participación de las proteínas.

Un ingreso energético mayor que el gasto o consumo energético total, causará un aumento del tejido adiposo y por consiguiente el incremento de la masa magra y del peso corporal, en la regulación del gasto energético y de la ingesta participan el sistema nervioso, el sistema digestivo y el adipocito, que almacena energía en forma de triglicéridos comprendiendo la obesidad como enfermedad. Asimismo, el páncreas endocrino, ofrece la insulina como hormona reguladora del peso y del metabolismo por excelencia, lo que favorece la utilización de la glucosa y los lípidos por los tejidos, disminuyendo la producción hepática de glucosa y el empleo de las proteínas al balancear positivamente el anabolismo.

El glucagón, producido por el páncreas, estimula la degradación del glucógeno y la gluconeogénesis lo que favorece el catabolismo. Por su parte la porción exocrina aporta la

enterostatina señal peptídica de la colipasa pancreática la cual disminuye la ingestión de grasa y produce saciedad. Los sistemas eferentes de control del peso corporal son el motor para la adquisición de alimentos, el endocrino y el neurovegetativo. El sistema endocrino está representado por las hormonas del crecimiento, las tiroideas, las gonadales, los glucocorticoides y la insulina. La insulina se encarga de modular el peso corporal por su acción lipogénica y antilipolítica.

El sistema neurovegetativo es regulador de las secreciones hormonales y de la termogénesis y como tal controlan el peso, y cuando estos sistemas funcionan correctamente y están bien modulados, el peso corporal permanece estable, en un desequilibrio de fuerzas por diferentes motivos, aparece la obesidad.

Comorbilidades asociadas a la obesidad

La obesidad es una enfermedad y un problema de salud pública, donde el exceso de tejido adiposo, puede sobrecargar el corazón, los huesos, los músculos, aumenta el riesgo de hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, venas varicosas, cáncer de mama y enfermedad de la vesícula biliar. La obesidad puede ser causada por comer demasiado, consumir alimentos malsanos, falta de ejercicio y antecedentes familiares en algunos casos. Urrejola (2007). Las personas con sobrepeso u obesidad tienen mayores probabilidades de presentar comorbilidades, en relación a su gravedad a mayor índice de masa corporal mayores complicaciones y a su distribución (mayores comorbilidades con obesidad central que con la de distribución periférica. Entre las comorbilidades de mayor impacto están: la diabetes mellitus tipo 2, el síndrome de hipoventilación-obesidad, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular, tipos de neoplasias (endometrio, mama, hígado) y la artropatía degenerativa de articulaciones de carga por el sobrepeso.

Las comorbilidades de menor impacto son: la dislipemia, el reflujo gastroesofágico, la colelitiasis, el hígado graso, la infertilidad, el síndrome de ovarios poliquísticos, la incontinencia urinaria, la nefrolitiasis, otros tipos de cáncer (esófago, colon-recto, próstata, vesícula biliar), la insuficiencia venosa, la fibrilación auricular, la insuficiencia cardiaca congestiva, ciertos tipos de demencias y la hipertensión endocraneal benigna. La diabetes tipo 2 y el síndrome de apnea obstructiva del sueño se presentan con una frecuencia tres veces mayor en personas con obesidad y sin embargo, algunos tipos de neoplasias o el síndrome del ovario poliquístico se asocian con una frecuencia menor. Sifeme, S. (2017)

La obesidad tiene múltiples complicaciones, que se traducen en enfermedades de comorbilidad, que (Arteaga, 2016) distingue:

Metabólicas: Diabetes mellitus 2, dislipidemias, hipertensión arterial, cardiovasculares, neoplasias, colelitiasis, hígado graso, ovario poli quístico.

Mecánicas: hiperventilación, apnea del sueño, miocardiopatía, insuficiencia cardiaca, osteoartritis.

Psicosociales: depresión, ansiedad, alteraciones conductuales, mayor riesgo de adicciones, discriminación social

Problemas cardiovasculares: el estudio de Framingham demostró prospectivamente que por cada 10 % de incremento de peso, la presión arterial aumentó un 6.5 mm Hg., el colesterol plasmático 12 mg/dl y la glicemia 2 mg/dl.

Se sabe que la obesidad tiene un efecto patológico cardiovascular a largo plazo y es evidente cuando se asocia a la hipertensión arterial, diabetes, etc. Las afecciones cardiovasculares que se presentan son: hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, angina de pecho, infarto agudo de miocardio, úlceras varicosas, várices, taquicardia de esfuerzo, entre otras

Arteriosclerosis: Es la causa más frecuente de la retinitis, aterosclerosis y alteraciones coronarias, que conlleva a trombosis y hemorragias cerebrales.

Diabetes mellitus tipo II: los grados moderados de obesidad pueden conllevar al riesgo de diabetes hasta 10 veces. La diabetes mellitus no insulina dependiente es el factor ambiental más relevante con posibilidades de modificar y de cambiar. Al mismo tiempo la reducción de peso de un diabético obeso mejora su condición metabólica, de allí que es muy importancia el tratamiento y la prevención de la obesidad.

Problemas respiratorios: se pueden presentar aumento de la incidencia de catarros, bronquitis crónica, procesos neumónicos, apnea nocturna, hipo ventilación alveolar.

Problemas Digestivos: acidez, dispepsia, biliar, ulcera gastroduodenal, estreñimiento con frecuencia hemorroides, insuficiencia hepática, insuficiencia pancreática.

Problemas Sexuales: compulsividad e impulsividad sexual, problemas de orden físico para realizar el acto sexual, disminución de la libido, frigidez, e impotencia.

Problemas neurológicos: cefaleas, insomnios, múltiples trastornos psicossomáticos.

Problemas quirúrgicos: aumento en general del riesgo quirúrgico inducidos por otras complicaciones, aumento de la mortalidad operatoria al incremento de peso, complicaciones de cicatrización, aumento de embolias y trombosis, mayor riesgo de infecciones posquirúrgicas.

Problemas Psicológicos: miedo a la inseguridad personal, pérdida de autoestima, desorden de conductas alimentarias, tristeza e infelicidad, ansiedad, depresión.

Problemas Sociales: angustia por presión social frente a su obesidad, angustia por presión social frente a su adelgazamiento, aislamiento social, sobreprotección familiar.

Mortalidad: como consecuencia de las múltiples complicaciones, especialmente por enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer.

Suicidio: La tasa de suicidio en personas obesas es mayor que en individuos normales, la realidad sobre la obesidad es que la famosa curva de la felicidad, se ha convertido hoy en día en la curva de la desgracia e infelicidad.

La adicción a la comida y estrés

La comida puede volver adicto por dos aspectos físico y psíquico. En el aspecto físico la obesidad se realimenta a sí misma, nuestro cuerpo tiene la capacidad de adaptación, si normalmente ingerimos un exceso de nutrientes, el organismo busca un nuevo punto de equilibrio, entonces por un lado requerirá mayor cantidad de estos nutrientes y espera recibirlo nuevamente en exceso; esta adicción genera adicciones psicológicas, que tan solo ver la comida tiene el impulso inmediato de comer y en mayor cantidad cada día, sintiendo placer con una buena comida en forma compulsiva; esta situación pronto desaparece y es reemplazado por un sentimiento de culpa que acentúa el problema que origino la adicción, conllevando rápidamente a la obesidad que reforzara la adicción. . Arteaga (2016)

El tratamiento para la obesidad

Para la presente investigación, se aplicó el programa de intervención educativa basada en estilos de vida para la alimentación saludable y el ejercicio físico en los adultos de 18- 80 años que conocieron, practicaron e interiorizaron la importancia, frecuencia, entrenamiento funcional, división de los tiempos y plazos, días de la semana y las horas disponibles. Sifeme (2017).

2.3 Bases filosóficas

En el siglo V a.C. Hipócrates, padre de la medicina, reconoció por primera vez a la obesidad como un problema de salud; y que la muerte súbita era más común entre personas obesas, señalando la importancia de la alimentación y el ejercicio en el tratamiento de la misma. Luckie, A. Cortés, F. e Ibarra, S. (2009).

Hace 25 siglos, Hipócrates de Cos, el padre de la medicina desde los años 460- 370 a.C. ya sabía que la alimentación tiene una influencia decisiva en nuestra salud, y los sucesivos descubrimientos científicos, han conducido hoy en día a la medicina moderna, y no han hecho sino consolidar el lema “Que tu alimento sea tu medicina y tu medicina sea tu alimento”.

Asimismo, el cuerpo humano, en su aspecto molecular, puede considerarse como un gran reactor bioquímico, en el que millones de reacciones químicas se están desarrollando simultáneamente, cada una de ellas con sus reactivos, sus catalizadores, sus productos de reacción y su balance energético. Muchas de estas reacciones producen energía, que se consumen y llevan a cabo otras reacciones que consumen energía y según la primera ley de la Termodinámica, que nos dice que la energía ni se crea ni se destruye, es siempre cero. Entre los productos de reacción hay moléculas que se incorporan a nuestro organismo y otras que se transforman inmediatamente y otras que se eliminan por diferentes vías (sudor, aliento, orina, bilis).

Por otro lado, las moléculas que intervienen en estas reacciones son de todo lo que entra en nuestro organismo: de lo que comemos, bebemos y respiramos y es algo elemental, pero no por ello solemos tenerlo en cuenta en nuestra vida diaria. De hecho, comemos, bebemos y respiramos sin caer en la cuenta de que la calidad de todo lo que entra en nuestro organismo, por una u otra vía, va a tener un impacto bioquímico en él: en energía producida o consumida, en consumo de otras moléculas orgánicas, en nuevas moléculas que deberán ser eliminadas, se incorporarán a nuestro organismo o desencadenarán nuevas reacciones, etcétera. Martínez (2019).

Cambiando sencillos hábitos alimentarios, mejoramos en dolencias. La base hipocrática de los tratamientos curativos naturales, aplicados mediante baños medicinales, fangos, masajes subacuáticos, tratamientos de hidroterapia, electroterapia, acupuntura y otros; sobre todo con su alimentación fundamentada en el lema Hipocrático: "Que tu alimento sea tu medicina y

tu medicina tu alimento". La cura dietética es el eje central, en la prevención de enfermedades, modificación de hábitos y evitar estilos de vida nocivos, que suponen factores de riesgo para nuestra salud, ya que se pretende mantener la salud y el bienestar de las personas en todas sus formas. Hipócrates (2017).

Hipócrates nutrición y salud

La alimentación desde Hipócrates: "Que la comida sea tu alimento y el alimento, tu mejor medicina" a través de la historia, hasta la actualidad se buscan formas de curación o control de enfermedades mediante la alimentación saludable, y es Hipócrates el médico más importante de la antigüedad que dejó importantes escritos, denominado Corpus hipocraticum, que contiene principios de la moral médica y con ello su frase de reflexión muy honorable: que la comida sea tu alimento y el alimento tu mejor medicina, existiendo testimonios de personas que sufrieron con diagnósticos de fibromialgia, fatiga y reumatismo crónico y observaron buenos resultados con la alimentación saludable; de esta manera se evita y previene signos y síntomas relacionados a fibromialgia, dolores musculares, cansancio fatiga, migraña, artrosis, colon irritable, reumatismo, depresión, estados de ansiedad, anemia, asma, sinusitis, insomnio, psoriasis y eccemas.

Con la alimentación sana se potencia el sistema inmunológico y de esta manera se reduzcan las enfermedades y otras pueden ser curadas. A través de la alimentación, de forma muy sencilla con productos naturales, podemos modificar y potenciar nuestro estado vital y conseguir armonía, equilibrio biopsicosocial que se traduce en buena salud, belleza con una radiante felicidad. Salado (2018)

Alimentos a sustituir basado en la teoría Hipocrática:

Carnes rojas: de cerdo, res, carnero y derivados. Se sustituye por: carne de soya, menestras.

Lácteos y sus derivados: leche de vaca, oveja, yogur quesos, mantequilla, nata etc. Lo sustituimos por: leche vegetal de avena, soja, arroz, quinua, almendras, mijo.

Trigo: pan, pastas, macarrones, espaguetis, pizza. Lo sustituimos por: harina de arroz, quinua, cereales, amaranto, soya, mijo que alivia la fibromialgia.

Azúcar: bollería, pasteles. Lo sustituimos por: melaza de caña, estevia en hoja natural y azúcar de coco, siempre con mucha moderación.

Levadura: bizcochos, pizza, pan. (Tenemos que evitarla mientras hacemos una cura de candidas). La levadura la podemos sustituir por bicarbonato.

Fruta: hay muchas personas que no toleran la fruta, pero se sienten mal si no la comen, una persona que sufre candidas debe olvidarse de ella durante la cura de candidas. La fruta contiene fructosa que es la responsable de los gases y cólicos intestinales, en las personas que no absorben bien esa fructosa.

Es importante tener en cuenta que cada persona es única y tiene unas necesidades nutricionales, emocionales y físicas diferentes, saber hallar esas necesidades y ponerlas en práctica es la clave de la salud .Ortells (2017).

2.4 Definición de términos básicos

2.4.1 **Estilos de vida o hábitos de vida.** Es el conjunto de conductas, comportamientos y actitudes, que desarrollan las personas, que unas veces pueden ser saludables y otras no saludables. Enciclopedia (2012).

2.4.2 **Vida saludable.** Vida saludable es un concepto que hace referencia a un conjunto de hábitos cotidianos que ayudan a mejorar la salud de quien los aplica en su vida, pero también permiten evitar o atenuar problemas de salud, además de lograr una buena calidad de vida. Malo et al. (2017).

2.4.3 **Comorbilidad.** Es la ocurrencia de más de una patología en la misma persona; es decir cuando una persona tiene dos o más enfermedades o trastornos al mismo tiempo. Por ejemplo, una persona con obesidad puede tener presión arterial alta con una enfermedad cardíaca. INFO SIDA (2016).

2.4.4 **Obesidad** es una enfermedad crónica de alta prevalencia que se caracteriza por un mayor contenido de grasa corporal, convirtiéndose en riesgo para la salud, ya que está asociada a enfermedades cardiovasculares, endocrinas, metabólicas, que limitan las expectativas y calidad de vida en las personas. Moreno (2012).

2.5 Hipótesis de investigación

2.5.1 Hipótesis general

La intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021 genera cambios significativos.

2.5.2 Hipótesis específicas

- H1: Existen diferencias de las características sociodemográficas de los adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.
- H2: Existen diferencias significativas en cada una de las variables antropométricas (peso, talla, IMC en kg/m², perímetro cintura, grasa corporal), bioquímicas (glucemia, perfil lipídico) antes y después de la aplicación de la intervención educativa en los adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.
- H3: Existen diferencias de las comorbilidades de mayor impacto asociadas a los estilos de vida en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.
- H4: Existen diferencias significativas en las características de la alimentación antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.
- H5: Existen diferencias significativas en las características de la actividad física antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.

Hipótesis estadísticas:

- H₀: No genera cambios significativos el programa de intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.
- H₁: Genera cambios significativos el programa de intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.

2.6 Operacionalización de las variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Variable dependiente Conocimiento y práctica sobre estilos de vida en personas con obesidad.	Comportamientos y conductas en la alimentación y ejercicios físicos de las personas con obesidad cuyas variables antropométricas, comorbilidades, características sociodemográficas difieren con las personas no obesas.	Cuestionario de estilos de vida adaptado a la alimentación y actividad física, tabla de valoración nutricional según IMC Adultas/os y circunferencia abdominal Lista de chequeo para el análisis documental de las Historias clínicas para establecer las comorbilidades de mayor impacto asociadas a los estilos de vida	Estilos de vida	alimentación actividad física
			Variables antropométricas	peso, talla, IMC en kg/m ² , perímetro cintura, grasa corporal), bioquímicas (glucemia, perfil lipídico)
			Comorbilidades de mayor impacto	metabólicas, psicosociales, arteriosclerosis, problemas digestivos, problemas neurológicos, problemas sociales mortalidad, suicidio, problemas cardiovasculares, mecánicas, problemas respiratorios, problemas sexuales, problemas quirúrgicos, problemas psicológicos
			Características sociodemográficas	edad, sexo, procedencia, religión, ingreso económico, número de hijos, instrucción, estado civil
Independiente Programa de intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática	Programa de intervención educativa basado en el modelo transteórico del cambio de comportamiento en salud en los pacientes con obesidad que incluye la pre contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento durante el tratamiento dietético e inducción a la actividad física y la terminación.	Programa teórico y práctico, aplicado al grupo experimental a cargo de expertos sobre los estilos de vida (alimentación y actividad física), demostración y re demostración de los aprendido y verificación del peso, talla, IMC en kg/m ² , perímetro cintura, grasa corporal), bioquímicas, Glucemia, perfil lipídico)	Pre contemplación Contemplación Preparación Acción Mantenimiento Durante el tratamiento dietético. Terminación	Alimentación: Importancia, tipo, frecuencia, preparación, cantidad, calidad de alimentos sólidos, líquidos (agua) Alimentación saludable (teoría hipocrática) Alimentos sustituibles sanos: soya, quinua, mijo. Edulcorantes naturales estevia, frutas, verduras, hortalizas, etc.
				Actividad física en adultos. Importancia, objetivos, frecuencia entrenamiento funcional, dividir bien los tiempos, plazos, días de la semana y las horas disponibles, evaluación del estado físico

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

Tipo de estudio cuantitativo porque permitió medir y cuantificar numéricamente las variables de estudio, así mismo el análisis de la información se realizó mediante pruebas estadísticas.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, es prospectivo porque se inició en un punto temporal concreto y a partir de ahí se empezaron a recoger todos los datos de las variables implicadas en el programa de intervención educativa. Campbell, D.T., y Stanley, J. (1998)

Según el período y secuencia del estudio, se trató de una investigación de corte longitudinal, porque se realizaron varias mediciones de las mismas variables a los mismos sujetos del estudio.

Según el análisis y alcance de los resultados, fue un estudio experimental, porque se manipuló la variable independiente para observar su efecto sobre la variable dependiente en una situación de control que reunió las condiciones:

Manipulación de una o más variables independientes, se partió de la hipótesis donde la variable independiente causó modificaciones en la dependiente cuando la primera presentó variaciones.

Se midió el efecto que la variable independiente causó en la variable dependiente. Una de las premisas fundamentales del éxito en el proceso de investigación fue la medición de la variación de la variable dependiente, que determinó ser válida y confiable, exenta de errores de medición. Cuando no se pueden eliminar los errores y asegurar la medición, los resultados igualmente pierden validez en la situación experimental.

Asignación aleatoria y elección de los niveles de las variables, el cual consiguió que todos los factores de confusión se distribuyan por igual en los grupos de estudio. La aleatorización, en definitiva, aumenta la validez interna de un estudio.

Grupos	Pre-test	V.I.	Post-Test
Grupo experimental (aleatorio)	Yexp1	X	Yexp2
Grupo de control (aleatorio)	Ycont1		Ycont2
Efecto experimental = (Yexp2 - Yexp1) - (Ycont2 - Ycont1) 0			

Nota. Hernández Sampieri, R.; Fernández- Collado, C.; Baptista L. (2008)

Propiedades que se consideraron en el experimento

Fiabilidad: los experimentos son fiables cuando al repetirse se obtienen los mismos resultados.

Sensibilidad: los experimentos han de ser sensibles a los efectos de los cambios en los niveles de la variable independiente. Los aparatos, los registros y las unidades de medida tienen que ser lo suficientemente sensible como para detectar los cambios en las conductas.

Validez interna: equivale a decir que las diferencias encontradas no se deben a otras causas distintas de la variable independiente. Así pues, en la medida en que los controles permitan rechazar interpretaciones alternativas de los resultados, el experimento tiene validez interna.

Efecto de la práctica: es una fuente especial de error que puede aparecer cuando los mismos sujetos pasan por varias condiciones.

Validez externa: Consiste en el poder de generalización de los resultados que se obtendrán. Cuando los resultados del experimento pueden generalizarse a situaciones “reales” decimos que tiene validez externa. (UNICEF, 2014)

Circunstancias que no afectaron la validez externa

Nivel de operacionalización de las variables.

Selección de los niveles de la variable independiente.

La actitud de los sujetos (se comportaron según lo que se esperó de ellos).

Fuentes de invalidación interna no ocurridas:

Maduración de los participantes.

Inestabilidad de mediciones, participantes y/o componentes.

Administración de pruebas. Se cumplieron los mismos protocolos de administración de las pruebas a todos los sujetos.

Cambios en los instrumentos o métodos de medición. Los instrumentos contaron con un alto grado de confiabilidad.

Métodos de selección. En los casos experimentales, la selección de los sujetos a dos grupos experimentales se realizó por el método del azar. Este método de selección garantiza que los dos grupos sean equivalentes, es decir, que tengan una composición semejante.

Mortalidad experimental. No ocurrieron desgaste de sujeto o pérdida de sujetos en ningún grupo del experimento.

Control y la validez interna

Se seleccionaron los grupos de comparación. Al momento de iniciarse (equivalencia inicial) un experimento debe garantizar una equivalencia que no es individual sino grupal. Se logra fundamentalmente realizando una asignación aleatoria o al azar.

Durante el experimento deben observarse y tener en cuenta las mismas instrucciones para ambos grupos. Se deberán estandarizar las personas que toman parte en la investigación.

Validez externa

Se refiere a qué tan generalizables son los resultados de un experimento a situaciones no experimentales y a otros sujetos y poblaciones. La pregunta fundamental es: ¿Lo encontrado en la investigación, a qué grupos, contextos o situaciones se aplica o se puede aplicar?

Fuentes de invalidación externa:

Efecto reactivo o de interacción de las pruebas (pre prueba). Cuando se intenta medir varias capacidades condicionales, no se pueden medir todo el mismo día.

Interacción entre los errores de selección y el tratamiento experimental.

Efectos reactivos de los tratamientos experimentales (condiciones experimentales). El experimentador debe hacer que los sujetos se olviden de que están en un experimento y no deben sentirse observados.

Interferencia de tratamientos múltiples

Imposibilidad de replicar los tratamientos.

Área de estudio:

Los servicios del Hospital Regional de Huacho, como es el servicio de emergencia, que cuenta con los siguientes tópicos de atención: triage, trauma shock, pediatría, medicina, cirugía, ginecobstetricia, Inyectora terapia e hidratación, Nebulización, Rehidratación oral, servicios de ayuda al diagnóstico como: laboratorio, rayos X, Servicio social, farmacia convenios: Policía Nacional, SOAT, SIS y otros. (Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, 2016)

Ubicación geográfica. El Hospital Regional de Huacho, se encuentra ubicado en la ciudad de Huacho a 150 Kilómetros de la ciudad de Lima, en la Provincia de Huaura, distrito de Huacho.

Límites, por el Norte con la calle José Aramburú La Rosa, por el Sur con la calle 18 de octubre, por el este con la Av. More. Por el oeste con la calle Ciro Alegría. Es un establecimiento de referencia de todo el ámbito de la Red Huaura – Oyón, e incluso de otros establecimientos de salud de otros ámbitos.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población considerada fue de 586 pacientes con obesidad atendidos en el Hospital Regional Huacho de enero al 31 de julio del 2021.

3.2.2 Muestra

Se trabajó con el número de pacientes con obesidad atendidos en el Hospital Regional Huacho, que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado. Un total de 20 para el grupo experimental y 20 para el grupo control.

3.2.2.1 Momentos que se realizaron durante el experimento:

Primer momento: aleatoriamente de acuerdo al ingreso al servicio de emergencia se le explicó sobre la investigación a realizar y se solicitó su participación en la mencionada investigación.

Segundo momento: se consideró a los pacientes con obesidad que firmaron el consentimiento informado.

Tipo de muestreo: los pacientes que firmaron el consentimiento informado, fueron aleatorizados en los grupos de intervención (GI) y de control (GC), mediante el programa informático Epidat versión 3.1 y quedó el siguiente esquema:

Grupos	N°
Experimental o de intervención	20
Control	20
Total	40

Unidad de Análisis: paciente con obesidad atendido en el Hospital Regional de Huacho que aceptó participar en el programa de intervención educativa.

Criterios de inclusión:

Adultos con obesidad que fueron atendidos en el Hospital Regional de Huacho.

Adultos con obesidad que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Adultos con obesidad de 18 a 80 años que se valieron por sí mismos o tuvieron un acompañante.

Criterios de exclusión:

Adultos con obesidad no atendidos en el Hospital Regional de Huacho.

Adultos con obesidad que no aceptaron participar en la investigación y no firmaron el consentimiento informado.

Adultos con obesidades menores de 18 años y mayores de 80 años.

Criterios de eliminación:

Paciente que, reuniendo el criterio de inclusión, se retira voluntariamente o fallece.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Para la variable estilos de vida: alimentación, nutrición y ejercicio físico

Técnica:

Encuesta adaptada por la autora para identificar las características de la alimentación, nutrición y ejercicio físico.

Instrumento: cuestionario destinado a obtener respuestas sobre las características de la alimentación, nutrición y ejercicio físico, antes y después de aplicar el programa de intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática a los adultos con obesidad.

Descripción de instrumentos

El instrumento consta de 02 dominios (16 reactivos): I) alimentación y nutrición, II) actividad física. (Anexo 1)

La calificación designada a cada uno de los ítems se reporta en una escala ordinal siendo 0= nunca o casi nunca, 1= a veces y 2= siempre/casi siempre. La puntuación que califica si existen hábitos de vida saludable es: <40= “tus estilos de vida te ponen en riesgo, tu salud es tu mayor valor, piensa cambios que quieras lograr, ponte metas pequeñas y busca orientación para mantener tu salud”; 41-58= “en el cuidado de tu salud tienes estilos de vida que te protegen pero otros que te ponen en riesgo, es el momento para hacer cambios a tu favor es aquí y ahora”; 59-69= “adecuado, estás bien pero puedes mejorar en donde los puntajes te muestran algún riesgo” y 70-80= tienes estilos de vida que te ayudarán a mantenerte saludable. Fucsalud (2017).

Validez del instrumento: determinada por la V de Aiken, cuyo coeficiente 0,944 validez fuerte. (Anexo 2).

Confiabilidad del instrumento: Tratándose de ítems no binarios se aplicó la prueba piloto en pacientes con obesidad del Hospital de Chancay, el coeficiente= 0.99 (Anexo 3)

Técnica: Observación

Instrumento: tabla de valoración Nutricional según IMC Adultas/os y Circunferencia abdominal establecido por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, se medirá y valorará: el peso, talla, índice de masa corporal y circunferencia abdominal, la prueba

bioquímica: glucemia y perfil lipídico antes y después de aplicar el programa educativo a los adultos con obesidad.

Descripción de instrumentos

La tabla de valoración Nutricional según IMC Adultas/os y Circunferencia abdominal Minsa-Perú. Instituto Nacional de Salud y Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.

Esta tabla nos muestra la relación entre el peso, la talla y los valores límites del índice de masa corporal (IMC) y la clasificación respectiva. Es un instrumento que se usa para identificar individuos con bajo peso, sobrepeso y obesidad. Dentro de las limitaciones es que no es apropiado para evaluar a fisicoculturistas y gestantes. La tabla nos muestra: la clasificación de los adultos según relación con su peso: delgadez, peso normal, sobrepeso y obesidad; el IMC/Talla m².

Procedimiento:

En la columna talla, la talla del adulto (varón o mujer) compare el peso del adulto con los valores de peso que aparecen en el recuadro y clasificar: \geq al peso correspondiente al IMC 18.5 en normal.

\geq al peso correspondiente al IMC 25 es sobrepeso

\geq al peso correspondiente al IMC 30 es obesidad I

\geq al peso correspondiente al IMC 35 es obesidad II

\geq al peso correspondiente al IMC 40 es obesidad III

Índice de masa corporal (IMC): es un índice antropométrico que relaciona el peso con la talla. Cálculo: $\text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m)}^2$

Descripción de la tabla. La tabla nos muestra la relación entre el peso, talla, los valores límites del IMC y la clasificación respectiva.

Circunferencia abdominal (CA), es una medida antropométrica que permite determinar la cantidad de grasa acumulada en el cuerpo, en la mujer es 80 cm y el varón 94. Es un indicador de enfermedad más fiable que el Índice de masa corporal. MINSA/INS (2012). La tabla se encuentra válida y confiable por el Ministerio de Salud.

La prueba bioquímica: glucemia y perfil lipídico, se encuentra en la historia clínica por tratarse de prueba de control de rigor clínico (Anexo 4).

Para la variable comorbilidades de mayor impacto asociadas a los estilos de vida en adultos con obesidad

Técnica: Observación y análisis documental

Instrumento: Lista de chequeo consta de 14 grupos de comorbilidades asociadas a la obesidad, que serán analizadas de las historias clínicas de las personas con obesidad (Anexo 5)

Descripción de instrumentos: comorbilidades de mayor impacto asociadas a los estilos de vida en adultos con obesidad:

Técnica: Observación

Instrumento: Lista de chequeo aplicada a cada Historia clínica que consignan las comorbilidades: metabólicas, mecánicas, psicosociales, problemas cardiovasculares, arteriosclerosis, diabetes mellitus tipo II, problemas respiratorios, problemas digestivos, problemas sexuales, problemas neurológicos, problemas quirúrgicos, problemas psicológicos, problemas sociales, mortalidad, suicidio.

Programa de Intervención educativa

Basado en el modelo trans teórico, para la modificación de conductas durante la alimentación y actividad física de la persona con obesidad. (Anexo 6).

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Procedimiento: fases del estudio:

Formación de los facilitadores

El programa de intervención estructurado sobre alimentación y actividad física en personas con obesidad, inició con la capacitación de los profesionales con experiencia en nutrición y actividad física de adultos que conocen el manejo de simuladores para la demostración, redemostración y la evaluación del desempeño de la persona con obesidad. Cada profesional intervino a 4 personas y coordinaron el día y hora para la visita domiciliaria. Se realizó la prueba piloto para evaluar la correcta capacitación y la homogeneización de los criterios.

Evaluación inicial:

Se realizó en julio y agosto del 2021. Se aplicaron los cuestionarios para medir el conocimiento de las personas con obesidad de los grupos de intervención y control, sobre la alimentación y actividad física.

Fase de Intervención:

Se ejecutó el programa de intervención, mediante las actividades educativas distribuidas en sesiones de teoría, demostración y sesiones de talleres para demostrar y redemonstrar la práctica tanto en la preparación y consumo de alimentos sustituibles y la actividad física. En todas ellas se fomentó la participación activa y la retroalimentación de la persona. Luego del ensayo error, se evaluó el desempeño.

Evaluación final:

Se realizó la evaluación similar a la inicial, valorando en las personas del grupo de intervención el efecto del programa teórico y práctico.

Mediciones y criterios de evaluación: la información de las dos evaluaciones fue recogida por dos evaluadores que desconocían el grupo de asignación y son independientes de la investigación, afín de evitar que la investigadora se convierta en fuente de invalidación interna.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas fueron expresadas con su media y desviación estándar (DS) y las cualitativas según su distribución de frecuencias. Se utilizó el Chi- cuadrado de Pearson, χ^2 , para analizar la asociación de variables cualitativas independientes porque sigue aproximadamente una distribución con un grado de libertad. Battikhi, B. y Pérez, I. (2016).

Para valorar los cambios en el tiempo, la prueba T de Student se fundamenta en dos premisas: la primera en la distribución de normalidad, y la segunda en que las muestras sean independientes. Permite comparar muestras, $n \leq 30$ y/o establece la diferencia entre las medias de las muestras. El poder estadístico tiene mayor magnitud cuando las condiciones que se necesitan lo cumplen ambas muestras, independientemente del tamaño. Sánchez, (2015), para el contraste de hipótesis se fijó un riesgo de 0,05. El paquete estadístico SPSS versión 24.

El efecto de la intervención fue evaluada y comparada las diferencias que han experimentado ambos grupos antes y después de la intervención y se expresan con un intervalo de confianza del 95% a través de la siguiente expresión: [(media final-media basal en grupo de estudio) - (media final-media basal en grupo de control)].

Los puntos de corte de la variable alimentación (antes)

0 – 5 no saludables, 6 – 9 poco saludables y 10 – 32 saludables

Los puntos de corte de la variable alimentación (después)

0 – 7 no saludables, 8 – 10 poco saludables y 11 – 32 saludables

Puntos de corte de la variable actividad física (antes)

0 – 8 no realiza, 9 – 12 a veces y 13 – 32 realiza

Puntos de corte de la variable actividad física (después)

0 – 9 no realiza, 10 – 12 a veces y 13 – 32 realiza

Puntos de corte determinados según la escala de estatinos: media +/- 0.75ds

Puntos de corte de la variable alimentación (antes / después)

0 – 3 no saludables, 4 – 6 poco saludable y 7 – 32 saludable

Puntos de corte de la variable actividad física (antes / después)

0 – 6 no realiza, 7 – 11 a veces y 12 – 32 realiza

Puntos de corte determinados según la escala de estatinos: media +/- 0.75DS

Aspectos éticos:

El protocolo de la investigación, fue presentado ante el Comité de Ética de Investigación del Hospital Regional de Huacho, para su aprobación y autorización.

Previo a la aplicación del programa de intervención educativa, los participantes de los grupos de intervención y de control, fueron informados de sus derechos garantizados en cuanto a la confidencialidad y privacidad de sus datos durante la investigación y la posterior presentación de los resultados y la oportunidad de retirarse del estudio en cualquier momento, para ello firmaron el consentimiento informado (Anexo 7).

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Resultados descriptivos

Se estudiaron 40 pacientes que participaron del programa, 20 de ellos en el grupo experimental y 20 del grupo control, la media de edad fue de 65, siendo mayor en las mujeres (64) en relación con los varones (60).

La edad más frecuente y la mediana fue de 64 años. Proceden de Huacho el 90%, el 60% de mujeres tienen más de dos hijos, estudios secundarios en el grupo experimental y en el grupo control predomina los estudios primarios. En ambos grupos el ingreso económico es menor que el mínimo vital, por estar jubilados. (Anexo 8)

Tabla 1. Variables antropométricas de los adultos con obesidad antes y después de la intervención educativa

Variables antropométricas de los adultos con obesidad

Antes	peso	talla	IMC	PC	PB	P. Ab	SO2	FC	
N	Válidos	20	20	20	20	20	20	20	
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	
Media		83,35	1,53	37,02	41,57	39,45	120,65	97,30	80,35
Mediana		81,00	1,54	34,50	40,00	38,00	117,50	98,00	78,50
Moda		81 ^a	1, 50 ^a	34,0	38,0	34,0	109	98	74
Desv, típica		18,021	,064	6,56	4,33	6,53	16,08	1,41	9,49
Varianza		324,766	,004	43,16	18,77	42,68	258,55	2,01	90,23
Mínimo		56	1,40	30,0	36,0	29,0	100	94	64
Máximo		122	1,65	51,0	50,0	52,0	158	99	98

a. Existen varias modas, Se mostrará el menor de los valores

Después	peso	talla	IMC	PC	PB	P.Ab	SO2	FC
---------	------	-------	-----	----	----	------	-----	----

N	Válidos	20	20	20	20	20	20	20	20
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		81,90	1,53	35,02	39,30	38,90	115,15	97,55	79,60
Mediana		80,50	1,54	32,75	38,75	38,50	113,50	98,00	77,50
Moda		74 ^a	1, 50a	29, 5a	42,0	35,0	110	98	70 ^a
Desv. típica		16,664	,069	6,262	3,69	5,06	11,82	1,191	9,61
Varianza		277,674	,005	39,22	13,64	25,64	139,92	1,418	92,46
Mínimo		54	1,40	26,0	33,0	31,0	95	95	66
Máximo		118	1,69	50,0	46,0	49,0	147	99	100

a, Existen varias modas, Se mostrará el menor de los valores,

Nota. Elaboración propia

En la Tabla 1, las variables antropométricas, demuestran ligeros cambios luego de la intervención. La media del peso se modifica de 83,35 a 81,90; el IMC de 37.020 a 35,025; el perímetro de cuello de 41,575 a 39,300, las pruebas bioquímicas de 39,450 a 38,900; perímetro abdominal de 120,65 a 115,15, sin modificación de la talla.

Tabla 2. *Comorbilidades de mayor impacto en adultos con obesidad*

Comorbilidades de mayor impacto en adultos con obesidad

	antes		después		Variación
		%		%	%
Metabólicas	14	70	11	55	15
Psicosocial	18	90	13	65	25
Arterioesclerosis	15	75	15	75	0
Problemas digestivos	20	100	18	90	10
Problemas neurológicos	17	85	17	85	0
Problemas sociales	19	95	16	80	15
Problemas cardiovasculares	15	75	11	55	20
Mecánicas	14	70	12	60	10
Problemas respiratorios	11	55	11	55	0
Problemas psicológicos	14	70	12	60	10
	\bar{x} 15.71428571	78.5	13.6	68	10.5
	DS 2.750757471	13.75378736	2.67498702	13.3749351	8.644201653

En la Tabla 2, Las comorbilidades de los adultos con obesidad, presentaron variaciones en la media de 15,71 antes de la intervención a una media de 13,6 después de la intervención educativa solo en las comorbilidades metabólicas, psicosocial, problemas digestivos, problemas sociales, problemas cardiovasculares y problemas psicosociales.

Tabla 3.

Estilo de vida: alimentación antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad

Grupo	Intervención educativa	Características alimentación						total	
		No saludables		Poco saludables		saludables		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Experimental	Antes	4	20	13	65	3	15	20	100
	Después	1	5	6	30	13	65	20	100
Control	Antes	12	60	6	30	2	10	20	100
	Después	12	60	6	30	2	10	20	100

Nota. Elaboración propia

En la tabla 3, las características de alimentación de ingreso al programa, poco saludable (65%) y no saludable (20%), saludable el 15%, destacando que ingresaron más mujeres que varones, Luego del programa las características no saludables disminuyeron a 5%, las poco saludables 30% y las saludables se incrementaron 65%, Los del grupo control mantienen las características no saludables (60%) y poco saludables (30%).

Tabla 4. *Prácticas de los ejercicios físicos antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad*

Estilos de vida: actividad física antes y después de la intervención educativa en adultos con obesidad

Grupo	Intervención educativa	Actividad física						total	
		No realiza		A veces		Realiza		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Experimental	Antes	3	15	10	50	7	35	20	100
	Después	2	10	3	15	15	75	20	100
Control	Antes	12	60	6	30	2	10	20	100
	Después	12	60	6	30	2	10	20	100

Nota. Elaboración propia

En la Tabla 4, las características de la actividad física de ingreso al programa, no realiza (15%), a veces realiza (50%), y realiza el 35%, destacando que ingresaron más mujeres que

varones. Luego de la intervención del programa los que no realizan disminuyeron 10%, los que realizan a veces 15% y los que realizan se incrementaron 75 %. Los del grupo control no realizan actividades físicas (60%) y a veces el (30%), sin modificación alguna.

Descripción de los resultados de la intervención

El conocimiento y práctica de los estilos de vida alimentación y actividad física, se modificaron a partir del peso, IMC, perímetro de cuello, grasa corporal, bioquímicas glucemia, perfil lipídico, conforme se aprecia en la tabla 1.

Las comorbilidades de mayor impacto en la persona con obesidad se encuentran incólumes, no fue parte del programa de intervención, el 70% prevalece las metabólicas, conforme se aprecia en la tabla 2. Los adultos con obesidad de clase I, tuvieron origen exógeno (45%) y 25 % origen endógeno. Los de clase II, el 20% origen exógeno y 10% origen endógeno. La media del origen exógeno es 8.66 y del origen endógeno 4.66, significa que la obesidad en los adultos, predomina el origen exógeno en 13 adultos y en 7 adultos el origen endógeno. (Anexo 9)

El estilo de vida, características de la alimentación antes del ingreso al Programa de intervención educativa, en el 65 % predominó lo poco saludable, debido al alto consumo de carbohidratos a diferencia del 15% que consumían alimentos saludables conforme se aprecia en la tabla 3.

El programa de alimentación saludable estuvo a cargo de dos nutricionistas que desarrollaron seis sesiones y seis talleres lo concerniente a la frecuencia, preparación, cantidad, calidad de alimentos sólidos, líquidos (agua), monitorearon el consumo de alimentos sustituibles sanos: carne de soya, menestras, leche vegetal de avena, arroz, quinua, almendras, harina de arroz, quinua, cereales, amaranto, melaza de caña, estevia en hoja natural y azúcar de coco, bicarbonato y frutas, vigilando los efectos colaterales de la fructosa, responsable de los gases y cólicos intestinales, en las personas que no absorben bien la fructosa. la demostración y re demostración se manejó con el postulado del modelo trans teórico.

Después de la intervención del Programa educativo basado en el modelo trans teórico, los participantes del grupo experimental se adaptaron a cada una las etapas de pre contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación durante el tratamiento dietético y al consumir los alimentos sustituibles sanos, 10 participantes aceptaron continuar con la alimentación saludable.

La actividad física a cargo de dos licenciados en cultura física quienes desarrollaron cinco sesiones y cinco talleres, previa evaluación de los adultos con obesidad, implementaron el entrenamiento funcional, estableciendo los tiempos, días de la semana y las horas disponibles, utilizaron sogas, aros, pelotas, buzos, zapatillas, escalón de step, mancuernas, bandas elásticas, esterilla, cinta de correr y bola de futbol.

Algunos participantes, tuvieron limitaciones para realizar actividad física por las comorbilidades asociadas, de los 7 que realizaban actividad física antes del programa, se incrementaron a 15 participantes quienes al recibir los implementos por su puntualidad y cumplimiento de protocolo de bioseguridad realizaron a diario la actividad física, conforme se aprecia en la tabla 4

El cambio de alimentación y la ejecución de la actividad física, permitieron la pérdida evidente de peso hasta en 2 kg., así mismo en el índice de masa corporal (IMC), se disminuyó hasta un punto. La circunferencia abdominal se redujo y la práctica de las actividades físicas se desarrolló cada día durante 30 minutos.

4.2 Contrastación de hipótesis

Hipótesis Especifica 1

Prueba T de Student para la diferencia de medias estilo de vida alimentación antes y después de la intervención educativa – grupo experimental

H_0 : no existen diferencias entre las medias del antes y después,

H_1 : existen diferencias entre las medias del antes y después.

Nivel de significancia: error tipo i, $\alpha = 0,05$ (5%), esto es, el error que se cometería al rechazar la H_0 , siendo esta verdadera,

Prueba estadística paramétrica: prueba T de Student,

Estadística Muestras relacionadas

	Media	N	Desviación Std	Error Std, Media
Antes	7,95	20	2,417	0,540
Después	10,00	20	2,152	0,481

Test Muestras relacionadas

Grupo experimental	Diferencia de Medias					T	gl	Sig.(bilateral)
	Media	Desviación Std	Std.Error Media	95% Intervalo Confianza para la Diferencia				
				Inferior	Superior			
Antes - después	-2,050	3,471	0,776	-3,675	-0,425	-2,641	19	0,016

Decisión Estadística: la diferencia de medias observadas es de -2,050, asimismo también se observa que el error estándar = 0,776, el intervalo de confianza al 95% para la diferencia de medias nos da un límite inferior de -3,675 y un límite superior de -0,425 (**es importante notar que este intervalo de confianza no incluye al valor 0**), Nuestro T estadístico calculado es de -2,641 con GL = 19, al cual le está asociado un valor de probabilidad, P = 0,016, Puesto que este valor P es menor que α (**0,05**), se concluye en rechazar la **H₀**, **Es decir, existen diferencias significativas entre las medias del estilo de vida** alimentación antes y después de la intervención educativa en el grupo experimental.

Prueba T de Student para la diferencia de medias (muestras relacionadas) estilos de vida alimentación antes y después de la intervención educativa – grupo control

H₀: No existen diferencias entre las medias del antes y después.

H₁: Existen diferencias entre las medias del antes y después.

Nivel de significancia: error tipo I, $\alpha = 0,05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la **H₀**, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística Paramétrica: Prueba T de Student,

Estadística Muestras relacionadas

	Media	N	Desviación Std	Error Std, Media
Antes	5,30	20	1,593	0,356
Después	5,35	20	1,725	0,386

Test Muestras relacionadas

Grupo control	Diferencia de Medias					T	gl	Sig, (bilateral)
	Media	Desviación Std	Std, Error Media	95% Intervalo Confianza para la Diferencia				
				Inferior	Superior			
Antes - después	-0,050	0,224	0,050	-0,155	0,055	- 1,000	19	0,330

Decisión Estadística: la diferencia de medias observadas es de -0,050, asimismo también se observa que el EE = 0,050. El intervalo de confianza al 95% para la diferencia de medias nos da un límite inferior de -0,155 y un límite superior de 0,055 (**es importante notar que este intervalo de confianza no incluye al valor 0**), Nuestro T estadístico calculado es de -1,000 con GL = 19, al cual le está asociado un valor de probabilidad, P = 0,330, Puesto que este valor P es mayor que α (0,05), se concluye en aceptar la **H₀**; **es decir, no existen diferencias significativas entre las medias del antes y después de la intervención educativa respecto a estilos de vida alimentación en el grupo control.**

Hipótesis Especifica 2

Prueba T de Student para la diferencia de medias de estilos de vida actividad física antes y después de la intervención educativa – grupo experimental

H₀: No existen diferencias entre las medias del antes y después

H₁: Existen diferencias entre las medias antes y después

Nivel de significancia: error tipo I, $\alpha = 0,05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la H₀, siendo esta verdadera

Prueba Estadística Paramétrica: Prueba T de Student,

Estadística Muestras relacionadas

	Media	N	Desviación Std	Error Std, Media
Antes	11,50	20	2,585	0,578
Después	13,65	20	2,758	0,617

Test Muestras relacionadas

Grupo experimental	Diferencia de Medias					T	gl	Sig, (bilateral)
	Media	Desviación Std	Std, Error Media	95% Intervalo Confianza para la Diferencia				
				Inferior	Superior			
Antes - después	-2,150	4,120	0,921	-4,078	-0,222	-2,334	19	0,031

Decisión Estadística: la diferencia de medias observadas es de -2,150, asimismo también se observa que el EE = 0,921 El intervalo de confianza al 95% para la diferencia de medias nos da un límite inferior de -4,078 y un límite superior de -0,222 (**es importante notar que este intervalo de confianza no incluye al valor 0**). Nuestro T estadístico calculado es de -2,334 con GL = 19, al cual le está asociado un valor de probabilidad, P = 0,031. Puesto que este valor P es menor que α (0,05), se concluye en rechazar la **H₀**; **es decir, existen diferencias significativas entre las medias de los estilos de vida** actividad física antes y después de la intervención educativa – grupo **experimental**

Prueba T de Student para la diferencia de medias estilos de vida, actividad física antes y después de la intervención educativa – grupo control

H₀: No existen diferencias entre las medias del antes y después.

H₁: Existen diferencias entre las medias del antes y después.

Nivel de significancia: error tipo I, $\alpha = 0,05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la H₀, siendo esta verdadera,

Prueba Estadística Paramétrica: Prueba T de Student,

Estadística Muestras relacionadas

	Media	N	Desviación Std	Error Std, Media
Antes	9,45	20	2,964	0,663
Después	9,50	20	3,069	0,686

Test Muestras relacionadas

Grupo experimental	Diferencia de Medias					T	gl	Sig, (bilateral)
	Media	Desviación Std	Std, Error Media	95% Intervalo Confianza para la Diferencia				
				Inferior	Superior			
Antes - después	-0,050	0,224	0,050	-0,155	0,055	-1,000	19	0,330

Decisión Estadística: la diferencia de medias observadas es de -0,050, asimismo también se observa que el EE = 0,050. El intervalo de confianza al 95% para la diferencia de medias nos da un límite inferior de -0,155 y un límite superior de -0,055 (es importante notar que este intervalo de confianza no incluye al valor 0). Nuestro T estadístico calculado es de -1,000 con GL = 19, al cual le está asociado un valor de probabilidad, P = 0,330, puesto que este valor P es mayor que α (0,05), se concluye en aceptar la Ho; es decir, no existen diferencias significativas entre las medias del antes y después de la intervención educativa respecto al estilo de vida actividad física del grupo control.

Hipótesis General

Prueba T de Student

H₀: No genera cambios significativos el programa de intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.

H₁: Genera cambios significativos el programa de intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021

Nivel de significancia: error tipo I, $\alpha = 0,05$ (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la Ho, siendo esta verdadera.

Prueba Estadística Paramétrica: Prueba T de Student,

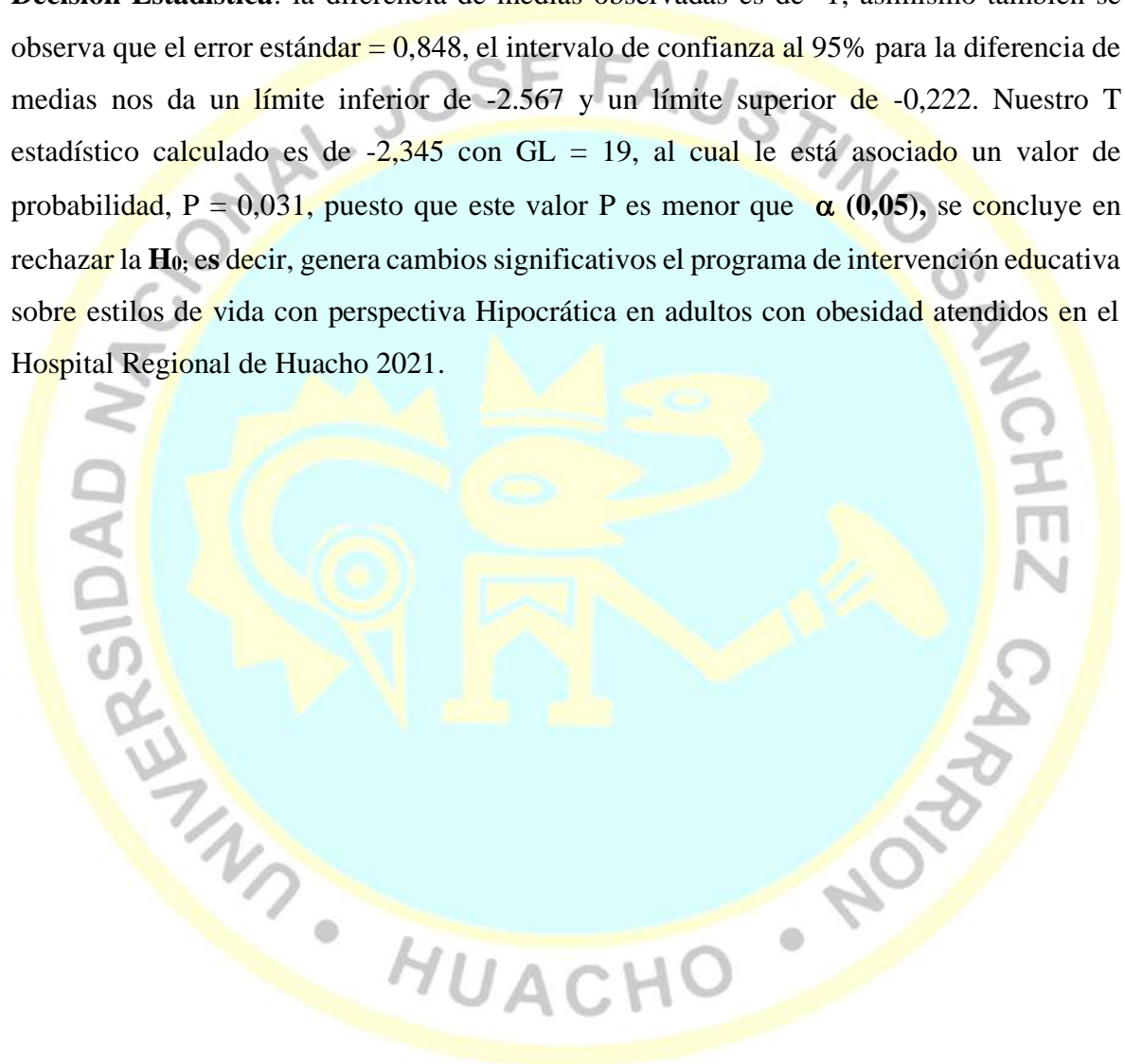
Estadística Muestras relacionadas

	Media	N	Desviación Std	Error Std, Media
Antes	9.725	20	0	0.559
Después	11.825	20	2	0.549

Test Muestras relacionadas

Grupo experimental	Media	Desviación Std	Diferencia de Medias		T	gl	Sig, (bilateral)
			Std, Error Media	95% Intervalo Confianza para la Diferencia Inferior Superior			
Antes - después	-1	4	0.8485	-2.567 -0.222	-2,345	19	0.031

Decisión Estadística: la diferencia de medias observadas es de -1; asimismo también se observa que el error estándar = 0,848, el intervalo de confianza al 95% para la diferencia de medias nos da un límite inferior de -2.567 y un límite superior de -0,222. Nuestro T estadístico calculado es de -2,345 con GL = 19, al cual le está asociado un valor de probabilidad, $P = 0,031$, puesto que este valor P es menor que $\alpha (0,05)$, se concluye en rechazar la H_0 ; es decir, genera cambios significativos el programa de intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2021.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

Las características de los 40 adultos con obesidad que participaron del programa de intervención educativa sobre estilos de vida con perspectiva Hipocrática no difieren a las obtenidas en otros estudios similares, donde la prevalencia de la obesidad abdominal es alta y está asociada a edad, sexo femenino y actividad física deficiente, siendo un factor de riesgo para sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial en población ecuatoriana. Peña (2015). En el presente estudio predomina el sexo femenino y una media que corresponde al grupo de edad de adultos mayores (65 años), similar a otros estudios donde la obesidad por estilos de vida no saludables es recurrente. Tempestti (2014).

Las comorbilidades de los adultos con obesidad, presentaron variaciones en la media de 15,71 antes de la intervención a una media de 13,6 después de la intervención educativa solo en las comorbilidades metabólicas, psicosocial, problemas digestivos, problemas sociales, problemas cardiovasculares y problemas psicosociales; lo que concluimos que la práctica de los estilos de vida saludables en la alimentación con perspectiva hipocrática y la actividad física disminuye levemente la hipertensión arterial, la ansiedad, la angustia y perciben no ser discriminados por su apariencia física. Superan el estreñimiento, perciben que la acidez disminuye, confirmándose el estudio de Framingham al demostrar prospectivamente que por cada 10 % de incremento de peso, la presión arterial aumenta un 6.5 mm Hg., el colesterol plasmático 12 mg/dl y la glicemia 2 mg/dl. Los antecedentes familiares, el género y el nivel educativo de una población madrileña influyen en la prevalencia elevada de comorbilidades asociadas a la obesidad, el perímetro de la cintura es el mejor parámetro antropométrico predictor de riesgo cardiovascular y de alteración metabólica, de los parámetros inflamatorios analizados, son los leucocitos los que presentan un mayor número de

correlaciones, elevada prevalencia de alteraciones psicológicas en los pacientes con obesidad. Lograr pérdidas de peso, mejora los factores de riesgo cardiovascular y metabólico, así como de las alteraciones psicopatológicas, con una dieta equilibrada con restricción calórica moderada, sin riesgos para la salud, la intervención grupal consigue los mismos objetivos terapéuticos que la atención en consulta clásica individual. Piñera (2014). Sin embargo, el perímetro de cintura y talla son las medidas antropométricas de obesidad que se asocian con factores de riesgo y riesgo cardiovascular en la población chilena. Lanás (2016). Las mujeres de Lambayeque muestran mayor preocupación por su salud, reconocen tener exceso de peso; consideraron a la obesidad como factores de riesgo, pero no como enfermedades. El infarto de miocardio fue el evento cardiovascular más relacionado con obesidad. Portocarrero (2016). Los estilos saludables generalmente se aprenden en casa, y se ha comprobado el haber tenido padres y círculo familiar con obesidad y continua la transferencia de los hábitos, costumbres, cantidad y momento de la alimentación y obvian el tipo, frecuencia de alimentación y actividad física. Situación parecida al estudio de Quispe (2014) y aun siendo profesionales de salud se encuentran con el 72,6% un estilo de vida poco saludable, el 24,5% tiene un estilo de vida saludable y un 2,8% “muy saludable, el 68% tienen sobrepeso y obesidad. Respecto a la circunferencia de cintura el 70,7 % está en alto riesgo cardio metabólico. En cuanto a grasa visceral el 34% está en un nivel alto. La grasa corporal en los niveles alto y muy alto suma 88,7%. Palomares (2015) y en trabajadores de una Institución Pública de Salud de Lima, la obesidad abdominal es elevada en mujeres. Trujillo (2018). Por los estilos de vida asociados a la obesidad en una población mexicana, la circunferencia de cintura es mayor proporción en hombres por la alta ingesta de calorías y gran consumo de alimentos altos en grasa y azúcares como la comida rápida, fritanga, embutidos y refrescos embotellados. León (2019),

Difiere con Mamani (2018) los estilos de vida y el estado nutricional del adulto mayor que asiste al centro de salud 1 – 3 Coata de Puno, el 63,03% de adultos mayores presentaron estilo de vida no saludable y de ellos el 30,3% presenta delgadez, así mismo con Sandoval (2018), gran parte de población adulta mayor de Mórrope tienen estilos de vida no saludables y el estado nutricional predomina la delgadez.

Los estilos de vida relacionados con la alimentación y actividad física en adultos con obesidad se han modificado tanto en el conocimiento y la práctica de los participantes en el Programa de intervención educativa basado en el modelo trans teórico (MTT), con el objetivo de modificar el comportamiento no saludable a lo saludable con el enfoque de la

teoría de la perspectiva hipocrática (Prochaska, J. y Velicer, W. 1997). El efecto beneficioso de sustituir los alimentos altos en carbohidratos y grasas saturadas por alimentos sanos, nutritivos y orgánicos, en el 65% de participantes evidencian la reducción de peso (antes la media 83,35 y después el 81,90), haciendo una diferencia de 1.45 kg. El IMC (antes la media 37,02 y después 35,02), el perímetro de cuello de 41,575 a 39,300, las pruebas bioquímicas de 39,450 a 38,900; perímetro abdominal de 120,65 a 115,15; resultados que coinciden con el estudio realizado por Galecio (2019) y difiere con el hallazgo de Morquecho (2017), la obesidad en mujeres ecuatorianas se acrecienta por la deficiente actividad física y se asocia con un incremento de IMC), y Pedrera (2014) el consumo de televisión diario (falta de actividad física) se asocia con un incremento de IMC en mujeres españolas.

Los resultados de esta investigación muestran que la intervención educativa tiene efecto significativo en los estilos de vida tanto en la alimentación y actividad física más aun tratándose de adultos que evidencian el origen exógeno de la obesidad (anexo 6), por lo que debe estar indicada a todo adulto con obesidad, conforme se muestra en estudios similares de Piñera (2014), quienes decidieron aceptar la hipótesis alterna por existir diferencias significativas entre las medias del antes y después de la intervención educativa respecto a estilos de vida alimentación y actividad física en el grupo experimental.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

El programa educativo sobre estilos de vida con perspectiva hipocrática tuvo efecto significativo por las estrategias del modelo trans teórico en adultos al aceptar el consumo de alimentos sustituibles saludables y realizar actividades físicas de acuerdo a su capacidad motora, produciendo disminución del peso, del IMC, descenso paulatino de la hipertensión arterial, evacuación intestinal sin estreñimiento, se sienten aceptados por su apariencia física, mitigaron la ansiedad.

La edad más frecuente fue de 64 años, el 90% proceden de Huacho, el 60% de mujeres tienen más de dos hijos, estudios secundarios en el grupo experimental y en el grupo control predomina los estudios primarios. En ambos grupos el ingreso económico es menor que el mínimo vital, por estar jubilados o por realizar trabajos eventuales.

Las variables antropométricas demuestran ligeros cambios luego de la intervención. La media del peso se modifica de 83,35 a 81,90; el IMC de 37,020 a 35,025; el perímetro del cuello de 41,575 a 39,300, las pruebas bioquímicas de 39,450 a 38,900; perímetro abdominal de 120,65 a 115,15, sin modificación de la talla.

Las comorbilidades de los adultos con obesidad, presentaron variaciones en la media de 15,71 antes de la intervención a una media de 13,6 después de la intervención educativa solo en las comorbilidades metabólicas, psicosocial, problemas digestivos, problemas sociales, problemas cardiovasculares y problemas psicosociales.

Las características de la alimentación al ingresar al programa, fue poco saludable (65%), no saludable (20%) y saludable el 15%, destacando que ingresaron más mujeres

que varones, Luego del programa las características no saludables disminuyeron a 5%, las poco saludables 30% y las saludables se incrementaron 65%, Los del grupo control mantienen las características no saludables (60%) y poco saludables (30%).

Las características de la actividad física de ingreso al programa, no realiza (15%), a veces realiza (50%) y realiza el 35%, destacando que ingresaron más mujeres que varones, Luego de la intervención del programa los que no realizan disminuyeron 10%, los que realizan a veces 15% y los que realizan se incrementaron 75 %. Los del grupo control no realizan actividades físicas (60%) y a veces el (30%), sin modificación alguna.

6.2 Recomendaciones

La permanencia del adulto en el programa de intervención debe ser superior a las 20 sesiones para el monitoreo de peso, IMC, cambios en la eliminación intestinal, etc., complementar con dosajes bioquímicos y abordar las complicaciones que puedan presentarse.

El programa de intervención educativa debe tener carácter institucional inmediatamente que el adulto no ingresa o no es adherente a la alimentación saludable y actividad física necesaria, para obtener los máximos beneficios.

Deberían existir políticas de salud que permitan la intervención educativa de forma obligatoria con el modelo trans teórico y la perspectiva hipocrática a fin de promover alimentos saludables sustitutos de bajo costo y de fácil acceso que lograrán minimizar los riesgos y comorbilidades propias de la obesidad.

REFERENCIAS

7.1 Fuentes documentales

- FAO. (2020). Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe. doi: <https://doi.org/10.4060/cb2242es>
- FAO/OPS. (2018). *FAO y OPS sitúan a Chile como país con mayor prevalencia de sobrepeso en Sudamérica*. Panamá: La Tercera. Obtenido de <http://www2.latercera.com/noticia/fao-ops-situan-chile-pais-mayor-prevalencia-sobrepeso-sudamerica/>
- Fucsalud. (2017). *EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE*. Pontificia Universidad, Bogotá -Colombia. Obtenido de www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/EVALUACIÓN%20DE%20ESTILOS%20DE%20VIDA.pdf
- INFO SIDA. (2016). *COMORBILIDAD*. Departamento de Salud y Servicios Humanos, EE UU. Recuperado el Última actualización del sitio web: 19 enero 2019, de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/glossary/3923/comorbilidad>
- Instituto Nacional de Salud. (2019). Revelan los 10 países con mayores índices de obesidad y sobrepeso. *observa-T PERU*. Obtenido de <https://observateperu.ins.gob.pe/noticias/130-revelan-los-10-paises-con-mayores-indices-de-obesidad-y-sobrepeso>
- Instituto Nacional de Salud Centro Nacional Alimentación y Nutrición. (2012). *Tabla de Valoración Nutricional Según IMC ADULTAS/OS*. Perú. Obtenido de https://bvs.ins.gob.pe/insprint/CENAN/Tabla_valor_nutricional_según_IMC_adultos.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Etiquetado en alimentos procesados ayudará a disminuir obesidad y sobrepeso en el Perú*. Lima. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=27022>
- Ministerio de Salud El Salvador. (2016). Que son los estilos de vida saludable. *UNIDOS CRECEMOS TODOS*, 1-13. Obtenido de

http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentaciones12072016/ESTILOS-DE-VIDA-SALUDABLE.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Obesidad y sobrepeso*. (OMS, Editor)

Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. *Temas de Salud*. Obtenido de

<https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Nutrición. *TEMAS DE SALUD*. Obtenido de

<https://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Actividad física. (OMS, Ed.) Ginebra. Obtenido

de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

UNICEF. (2014). *Diseño y métodos experimentales*. Síntesis metodológica n.º 8; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Obtenido de <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/MB8ES.pdf>

Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental. (2016). *Resumen Ejecutivo análisis de Situación de Salud*. Hospital General Huacho y Red de Salud Huaura Oyon, Huacho- Lima Perú. Obtenido de

https://www.hdhuacho.gob.pe/WEB/descargas_epi/asis/001_2016.pdf

7.2 Fuentes bibliográficas

Campbell, D.T., y Stanley, J. (1998). *Experimental and quasi-experimental design for research on teaching*. (Vol. 3). México: Prentice Hill.

Hernández Sampieri, R.; Fernández- Collado, C.; Baptista L. (2008). Metodología de la Investigación. México: Interamericana Mc Graw Hill.

7.3 Fuentes hemerográficas

Aranceta, J. y Pérez, C. (2018). Desigualdad, salud y nutrición en España: una visión regional. *Nutr Hosp*, 35(5), 142-149. Obtenido de

<https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v35nspe5/1699-5198-nh-35-nspe5-00142.pdf>

Arrebola, E., Gómez, C. y Fernández, L. (2013). Eficacia de un programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en la

- modificación de estilos de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (1). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100018
- Bryce,A:, Alegría,E.y San Martin,M. (2017). Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78 (2). Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200016
- Doll H., Petersen S. y Stewart, B. (2000). Obesidad y bienestar físico y emocional: asociaciones entre el índice de masa corporal, la enfermedad crónica y los componentes físicos y mentales del cuestionario SF-36. *Obes Res*, 8, 160-170.
- Guillen, D. (2019). Redes Sociales: transformando la comunicación en las relaciones interpersonales. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*. Obtenido de <http://cued.unam.mx/rdipycs/?p=6984>
- Luckie, A. Cortés, F. e Ibarra, S. (2009). Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* , 14 (4), 191-201. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2009/rmq094g.pdf>
- Malo, M., Castillo, N. y Pajita, D. . (2017). La obesidad en el mundo. *An. Fac. med.* , 78(2). Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200011
- Pajuelo, J., Bernui,I. y Castillo, A. (2013). Comparación de la ingesta de energía y nutrientes en adolescentes mujeres con sobrepeso y obesidad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(1), 15-20. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100004
- Prochaska, J. y Velicer, W. . (1997). El modelo transteórico del cambio de comportamiento en salud. . *Revista estadounidense de promoción de la salud: AJHP*, 12(1), 38–48. Obtenido de <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Rodriguez, L. (2018). *Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología*. revista cubana endocrinol, Hospital Docente Calixto García., Cuba. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_2_03/end06203.htm
- Ruiz, A. (2020). Nutrición en la edad adulta (40-65 años). *Revista de Salud y bienestar*, 1-3. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/alimentacion-en-las-etapas-de-la-vida/errores-a-evitar-en-la-dieta-de-un-adulto-40>

- Salado, M. (2018). Primer Foro de Promoción de la Salud para Espacios Laborales. (R. D. VERACRUZANA, Ed.) *Universalud*, 14(28). Obtenido de <https://www.uv.mx/msp/files/2019/03/revista28.pdf>
- Urrejola. (2007). ¿Porqué la obesidad es una enfermedad? . *Rev. chil. pediatr.*, 78(4), 421-423. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000400012>

7.4 Fuentes electrónicas

- Andreatta, M. y Defagó, D. (2020). *Cuarentena por COVID-19 y su impacto en los hábitos alimentarios*. Obtenido de <https://www.conicet.gov.ar/cuarentena-por-covid-19-y-su-impacto-en-los-habitos-alimentarios/>
- Arteaga, A. (2016). El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. *Revista médica Clínica los Condes*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702912>
- Ashkan, A. (2017). *En todo el mundo hay dos mil millones de personas obesas o con sobrepeso*. Washington: HealthDay. Obtenido de <https://consumer.healthday.com/espanol/vitamins-and-nutrition-information-27/obesity-health-news-505/en-todo-el-mundo-hay-dos-mil-millones-de-personas-obesas-o-con-sobrepeso-723637.html>
- Battikhi, B. y Pérez, I. (2016). ASOCIACIÓN DE VARIABLES CUALITATIVAS. *ESTADÍSTICA BÁSICA APLICADA AL LABORATORIO CLÍNICO*. (U. I. Universitario, Ed.) Málaga, España. Obtenido de <https://www.seqc.es/download/tema/17/4474/598692696/3187428/cms/tema-3-asociacion-de-variables-cualitativas.pdf/>
- Callejo, A. (2018). Qué le ocurre exactamente a tu cuerpo con la comida rápida? *Cuidate Plus*, 1. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/alimentacion/nutricion/2018/02/23/-le-ocurre-exactamente-cuerpo-comida-rapida-161620.html>
- Enciclopedia. (2012). *Estilo de vida*. Obtenido de http://enciclopedia.us.es/index.php/Estilo_de_vida
- Hipócrates. (2017). *CENTRO MÉDICO*. España. Obtenido de <https://hipocratescurhotel.com/es/historia?301>
- Hilarion, J. (2019). *Descripción de hábitos y estilos de vida saludable en profesionales de la educación física de secundaria en la jornada de la mañana en los colegios del*

núcleo educativo 5 . Tesis Licenciado , Universidad de Los Llanos, Colombia.

Obtenido de

<https://repositorio.unillanos.edu.co/bitstream/001/1618/1/DESCRIPCION%20DE%20HABITOS%20Y%20ESTILOS%20DE%20VIDA%20SALUDABLE%20EN%20PROFESIONALES%20DE%20LA%20EDUCACION%20FISICA%20DE%20SECUNDARIA%20EN%20LA%20JORNADA%20DE%20LA%20MA%20C3%291A%20EN%20LOS%20COLEGIOS%20DEL%20NUCLEO%20EDUCATIVO%205%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20VILLAVICENCIO-META.pdf>.

Galecio, A. (2019). *Efectividad del programa “Vive Saludable” sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en trabajadores administrativos de una empresa privada*. Tesis para optar el Grado de Maestro, UNMSM, Lima. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11128/Galecio_ba.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Medline Plus. (2018). *Actividad física*. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. ESTADOS UNIDOS: Biblioteca Nacional de Medicina EE UU. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002393.htm>

Merino, P. y. (2015). Programa educativo. 1-3. Obtenido de <https://definicion.de/programa-educativo/>

Meritene. (2015). *Hábitos de vida saludables y alimentación sana*. Obtenido de <https://www.meritene.es/salud/como-llevar-vida-saludable>

Molina, C. (2020). La obesidad, un desafío para la salud pública. *LA PRENSA*, 1-3. Obtenido de <https://www.prensa.com/imprensa/panorama/la-obesidad-un-desafio-para-la-salud-publica/>

Mora, S. (2015). *EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE*. Bogotá-Colombia: Repertorio de Medicina y Cirugía. Obtenido de El descanso fue otra actividad mal evaluada por parte de los cuatros grupos poblacionales encuestados,

Moreno, M. (2012). *Definición y clasificación de la obesidad*. Chile: Revista medica CLC. Obtenido de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702882>

Morquecho, B. (2017). *PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Investigación de la Salud, UNIVERSIDAD DE CUENCA, Cuenca- Ecuador. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28126/1/TESIS.pdf>

- Nieto, H. (12 de Febrero de 2017). LIMA NORTE CONCENTRARÍA MÁS CASOS DE DIABETES, SOBREPESO Y OBESIDAD. *Entorno Inteligente*, pág. 1. Obtenido de <https://archivo.entornointeligente.com/articulo/9620300/PERU-Lima-Norte-concentraria-mas-casos-de-diabetes-sobrepeso-y-obesidad-12022017/>
- Ortells, M. (2017). *HIPÓCRATES NUTRICIÓN Y SALUD*. España. Obtenido de <http://www.comidasana.eu/hipocrates-nutricion-y-salud/>
- Palomares, L. (2014). “*ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL*”. Tesis para optar el grado de Maestro en Gestión y Docencia en Alimentación, Lima- Perú. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/54246847.pdf>
- Pedrerá, B. (2014). *Obesidad y Estilos de Vida Saludables en Mujeres de Extremadura: Influencia del consumo de televisión*. Extremadura España. Obtenido de <http://www.TDUEX2014.Pedrerá canal pdf>
- Piñera, M. (2014). *Obesidad Caracterización clínica y comorbilidades asociadas. Efectividad de una Intervención grupal*. tesis doctoral, Universidad de Alcalá, Madrid España. Obtenido de <https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/22495/Tesis%20Marbella%20Pi%C3%B1era%20Tames.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Prats, J. (2015). *El estilo de vida no saludable causa 16 millones de muertes al año*. Valencia: EL PAIS. Obtenido de https://elpais.com/elpais/2015/01/16/ciencia/1421435312_637657.html
- Sifeme, S. (2017). *Comorbilidades del sobrepeso y la obesidad*. Capital Federal Argentina. Obtenido de <http://www.sifeme.com/web/comorbilidades-del-sobrepeso-y-la-obesidad/>
- Trujillo, H. (2018). *Factores asociados a sobrepeso y obesidad en trabajadores de una Institución Pública de Salud. Lima, Perú*. Lima. Obtenido de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2123>
- Vargas, C. (2017). ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. *Revista blanca*, 1. Obtenido de <http://revistablanca.com/medicina/estilos-vida-saludable-camino-la-sanacion/>
- Villalobos, T. (2016). *Estilos de vida y factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad infantil en España*. Tesis doctoral, Universidad Complutense. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/36184/>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario sobre características de la alimentación y actividad física

Presentación

Estimado señor(a), el cuestionario tiene la finalidad de obtener información respecto a la alimentación y actividad física que realiza en su vida cotidiana.

Las respuestas tienen carácter anónimo y se conservará en todo momento la confidencialidad.

Características sociodemográficas

Instrucciones: Llenar los espacios en blanco

Edad.... años 2. Sexo..... 3. Procedencia..... 4. Religión.....
5. Ingreso económico..... 6. N°de hijos.....7. Instrucción..... 8. Estado civil.....

II. Características de la alimentación, nutrición y ejercicios físicos

Instrucciones: Marcar con una (x) el casillero que usted estime correcto

Nunca/Casi nunca = 0 A veces = 1 Siempre/Casi siempre =2

Califica cada frase en la columna respectiva		0	1	2
I dominio	Alimentación			
1	Balanco mi alimentación con: frutas, verduras, proteínas, cereales y lácteos.			
2	Evito consumir bebidas gaseosas, mucho azúcar o sal, comida chatarra o con mucha grasa.			
3	En mi rutina diaria, destino un horario para tomar las comidas principales (desayuno, almuerzo y comida)			
4	Me siento a gusto con mi peso actual			
5	Bebo un litro de agua al levantarme todos los días			
6	Como más de 3 veces al día			
7	Bebo de 3 a 5 litros de agua al día			
8	Consumo de 5 a 7 porciones de frutas al día			
II dominio	Actividad física			
9	Realizo actividad física diaria (Caminar, bailar, trotar, etc.) por lo menos durante 30 minutos diarios.			
10	Realizo actividad física al menos 30 minutos, cinco días a la semana			
11	Tengo un rendimiento físico bueno			
12	No puedo realizar actividad física por dolor lumbar, óseo, etc...			
13	Conozco y respeto las normas de seguridad que debo tener en cuenta como peatón, pasajero o conductor de bicicleta, patines, vehículo, etc.			
14	Si subo en un vehículo como conductor o como pasajero, uso el cinturón de seguridad.			
15	Utilizo los puentes peatonales y las aceras para caminar.			
16	Si manejara automóvil, lo haría sin haber consumido alcohol y/o sustancias psicoactivas.			

Gracias por su atención.

Anexo 2. Validez del cuestionario

El cuestionario fue validado por 6 expertos obteniéndose un coeficiente de 0.94 Validez fuerte, según la Uve de Aiken.

Ítem	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Total (S) sumatoria de acuerdos	V de Aiken s/ (n (c-1))	Validez por ítem
1	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
2	2	3	3	3	3	3	17	0,94	validez fuerte
3	2	2	3	3	3	3	16	0,88	validez aceptable
4	2	3	3	3	2	3	16	0,88	validez aceptable
5	3	2	3	3	3	3	17	0,94	validez fuerte
6	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
7	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
8	2	3	3	3	3	3	17	0,94	validez fuerte
9	2	3	3	3	3	3	17	0,94	validez fuerte
10	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
11	2	3	3	2	3	3	16	0,88	validez aceptable
12	2	2	3	3	3	3	16	0,88	validez aceptable
13	2	2	3	3	3	3	16	0,88	validez aceptable
14	3	2	3	3	3	3	17	0,94	validez fuerte
15	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
16	2	3	3	3	3	3	17	0,94	validez fuerte
validez del instrumento o índice general: $V_c = VI / N$								0,94	validez fuerte

I. Análisis del cuestionario pre y post test

Validez de contenido del cuestionario.

Procedimiento:

Se aplicó la **primera fórmula** para calcular el coeficiente de validez de contenido de cada ítem:

$$V_i = S / (n(c-1))$$

Donde:

V_i : Coeficiente de validez de contenido del ítem.

S: sumatoria de las respuestas o acuerdos de los expertos por cada ítem

n: número de expertos: 06

N: Número de ítem: 16

c: número de valores en la escala de valoración (4 si se trata 0, 1,2,3; totalmente en desacuerdo, parcialmente en desacuerdo, parcialmente en acuerdo, totalmente de acuerdo)

Segunda fórmula para calcular el coeficiente general de validez de contenido del cuestionario:

$$V_c = VI / N$$

V_c : Coeficiente general de validez de contenido del instrumento

VI: Sumatoria de los coeficientes de validez de contenido de los ítems.

N: Número de ítems del instrumento.

Anexo 3. Cálculo de confiabilidad ítems no binarios

SUJETO	ITEMS																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1	4	2	3	5	5	2	5	5	5	5	2	5	5	2	5	5	65
2	5	4	2	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	73
3	3	3	4	5	5	3	5	5	5	5	3	5	5	3	5	5	69
4	2	4	3	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	71
5	4	1	4	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	1	5	5	62
6	3	2	1	5	5	2	5	5	5	5	2	5	5	2	5	5	62
7	4	4	2	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	52
8	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	69
9	3	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36
10	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48
11	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	58
12	4	4	4	2	2	4	2	2	2	2	4	2	2	4	2	2	44
13	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	69
14	4	3	3	5	5	3	5	5	5	5	3	5	5	3	5	5	69
15	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	65
16	2	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	58
17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64

Varianzas 0.8 1.2 1 1.1 1 1 1.1 1 1.1 1.1 1.2 1.1 1.1 1 1.1 1.1 107.77
18

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Dónde:

α = Alfa de Crombach

K = Número de Ítems

V_i = Varianza de cada ítem

V_t = Varianza del total

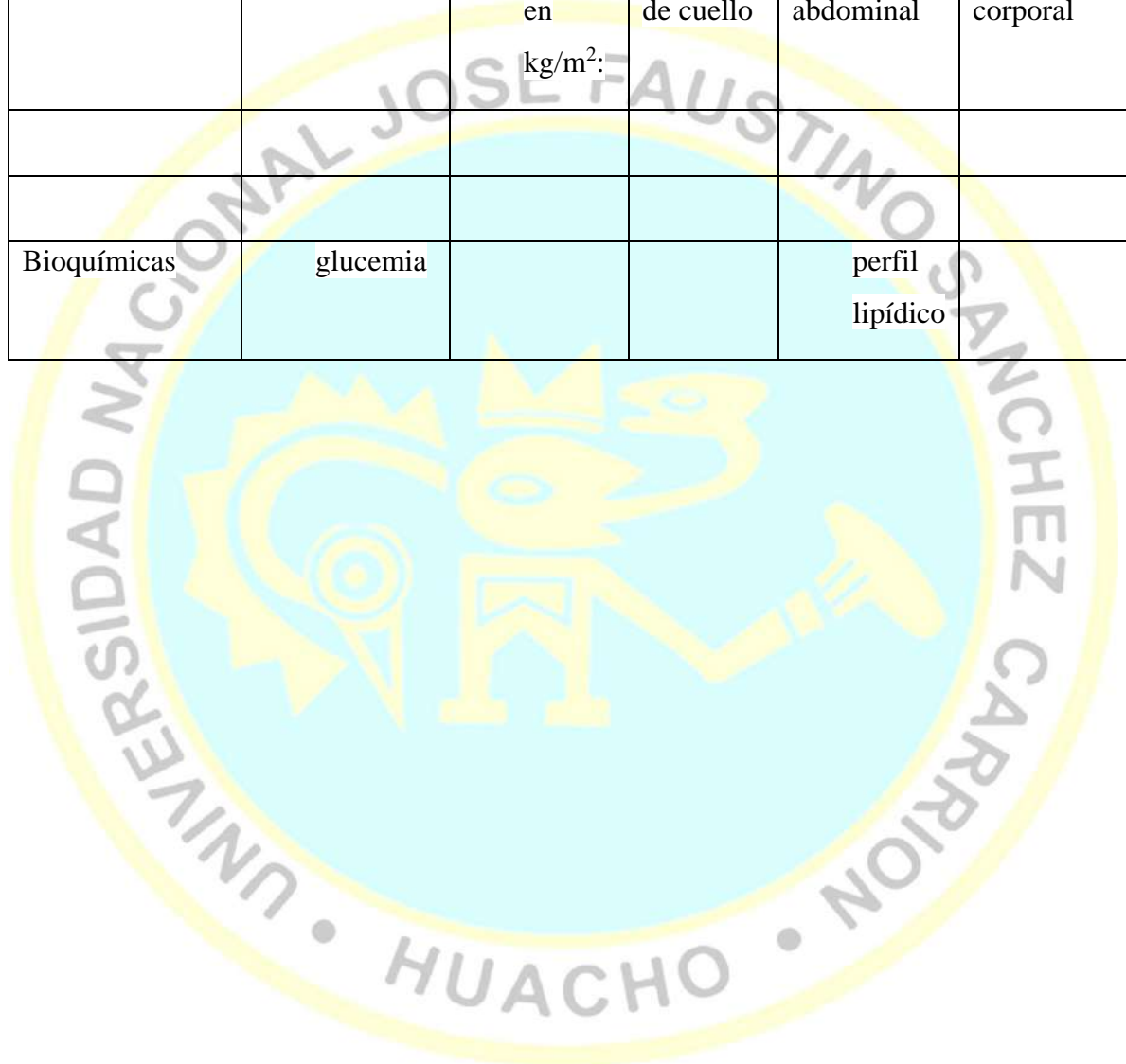
α (Alfa) = 0,9
 k (número de ítems) = 16
 V_i (varianza de cada ítem) = 17.55882353
 V_t (varianza total) = 107.7794118

Anexo 4. Tabla de valoración Nutricional según IMC Adultas/os y Circunferencia abdominal

Nro. De HC: sexo: edad:

Variables antropométricas:

Peso:	Talla:	IMC en kg/m ² :	Perímetro de cuello	Perímetro abdominal	Grasa corporal
Bioquímicas	glucemia			perfil lipídico	



Anexo 5. Lista de chequeo

Objetivo: Identificar casos de comorbilidad asociadas al sobrepeso y obesidad.

Instrucciones: Marcar con una (x) el hallazgo en la Historia clínica del paciente con obesidad

Nro. De HC: sexo: edad:

1. Metabólicas	Diabetes mellitus 2		9. Problemas Cardiovasculares	hipertensión arterial	
	dislipidemias			insuficiencia cardiaca	
	hipertensión arterial, cardiovasculares			angina de pecho	
	neoplasias			infarto agudo de miocardio	
	colecistitis			úlceras varicosas	
	hígado graso			várices	
	ovario poliquístico			taquicardia de esfuerzo	
2. Psicosociales	depresión		10. Mecánicas	hiperventilación	
	ansiedad			apnea del sueño	
	alteraciones conductuales			miocardiopatía	
	mayor riesgo de adicciones			insuficiencia cardiaca	
	discriminación social			osteoartritis	
3. Arteriosclerosis	retinitis		11. Problemas respiratorios	incidencia de catarros	
	aterosclerosis			bronquitis crónica	
	alteraciones coronarias			procesos neumónicos	
	trombosis			apnea nocturna	
	hemorragias cerebrales			hipo ventilación alveolar	
4. Problemas Digestivos	acidez		12. Problemas Sexuales	compulsividad e impulsividad sexual	
	Dispepsia biliar			problemas de orden físico para realizar el acto sexual	
	ulcera gastroduodenal			disminución de la libido	
	estreñimiento			frigidez	
	hemorroides			impotencia	
	insuficiencia hepática				
	insuficiencia pancreática				
5. Problemas neurológicos	cefalea		13. Problemas quirúrgicos	complicaciones de cicatrización	
	insomnios			infecciones posquirúrgicas	
	múltiples trastornos psicosomáticos			aumento de embolias y trombosis	
6. Problemas Sociales	angustia por presión social frente a su obesidad		14. Problemas Psicológicos	desorden de conductas alimentarias	
	angustia por adelgazar			pérdida de autoestima	
	aislamiento social			miedo a la inseguridad personal	
	sobreprotección familiar			tristeza e infelicidad	
7. Mortalidad				ansiedad	
8. Suicidio				depresión	

Fecha:

Firma del responsable del llenado de la lista de chequeo:

Anexo 6. Programa de intervención educativa

Denominación:

Estilos de vida con perspectiva Hipocrática en adultos con obesidad en el Hospital Regional en Huacho -2021

1. Responsable: Maura Irma López Gonzales
2. Participantes: adultos con obesidad
3. Ubicación: Servicios del Hospital Regional de Huacho
4. Periodo de ejecución: julio- agosto 2021

Descripción	Indicadores	Competencias	Duración
Objetivo general El programa persigue sensibilizar al adulto con obesidad para minimizar las consecuencias fatales y facilitar en la toma de decisiones al alimentarse y realizar ejercicios físicos	Conocimiento Demostración, re-demostración de las prácticas para alimentarse, nutrirse y ejercicios físicos del adulto con obesidad	Conocimiento	5 sesiones de exposición diálogo de 1 hora de duración.
		Cuestionario sobre los estilos de vida respecto a la alimentación, nutrición y ejercicio físico de los adultos con obesidad	
		Desempeño	5 talleres prácticos de 2 horas de duración.
a. Prácticas (demostración y redemostración) sobre los estilos de vida respecto a la alimentación y actividad física de los adultos con obesidad			
		b. El desempeño de los adultos demostrando las formas correctas de alimentación, nutrición y ejercicios físicos	

Contenido del programa				
Contenido temático	Responsable	Medios y materiales	Evaluación formativa	Duración
Alimentación: Importancia, tipo, frecuencia, preparación, cantidad, calidad de alimentos sólidos, líquidos (agua)	Nutricionista 1	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolios, • videos. • Cuadernos, • Lápices, lapiceros, tableros, • Maquetas de alimentos, aparato digestivo • mobiliario 	Cognitiva: Importancia, tipo, frecuencia, preparación, cantidad, calidad, de alimentos sólidos, líquidos (agua)	Primera sesión: 2 horas.
			Desempeño: demostración y re demostración de preparación, cantidad, calidad de alimentos sólidos, líquidos	Primer taller: 3 horas.
Alimentación saludable (teoría hipocrática)	Antropólogo	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolios, • videos. • Cuadernos, • Maquetas de personas con sobre peso, obesidad y de peso normal 	Cognitiva: Somos lo que comemos	Segunda sesión: 2 horas
			Desempeño: Discusión de la importancia de alimentación saludable	Segundo taller: 3 horas

		<ul style="list-style-type: none"> • mobiliario 		
Alimentos sustituibles sanos. Soya, quinua, mijo. Edulcorantes naturales Stevia, NaBco3, frutas, verduras, hortalizas	Nutricionista 2	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolios, • videos. • Cuadernos, • Lápices, lapiceros, tableros, • Alimentos sustituibles sanos: soya, quinua, mijo, edulcorantes naturales, estevia, NaBco3, frutas, verduras hortalizas • mobiliario 	Cognitiva: Alimentos sustituibles sanos. Soya, quinua, mijo. Edulcorantes naturales estevia, NaBco3 Frutas, verduras hortalizas	Tercera sesión: 2 horas
			Desempeño: Distinguir los alimentos sustituibles y su forma de preparación	Tercer taller: 3 horas
Actividad física en adultos de 18-80 años. Importancia, frecuencia entrenamiento funcional Dividir bien los tiempos, plazos, días de la semana y las horas disponibles.	Lic. en Cultura física	<ul style="list-style-type: none"> • Sogas • Aros • Pelotas • Buzos, zapatillas • Escalón de step • Mancuernas • Bandas elásticas • Esterilla • Cinta de correr o una bicicleta estática. • Bola de Futbol 	Cognitiva: Importancia, frecuencia, entrenamiento funcional Dividir bien los tiempos, plazos, días de la semana y las horas disponibles.	Cuarta sesión: 2 horas
			Desempeño: Demostrar los ejercicios bajo acompañamiento del profesional Demostrar la frecuencia entrenamiento funcional	Cuarto taller 4 horas
			Desempeño; Dividir bien los tiempos y plazos. días de la semana y las horas disponibles, con observación especializada	Quinto taller 4 horas
Definir objetivos, evaluación del estado de forma Individualismo Conocimientos, motivación.	Tecnólogo Médico: fisioterapeuta		Cognitiva: Definir objetivos, evaluación del estado de forma, individualismo, conocimientos, motivación	Quinta sesión: 2 horas
			Desempeño: Plan: Objetivos definidos, evaluación del estado de forma, individualismo Conocimientos, motivación.	Sexto taller 4 horas

Nota. Elaboración propia

Anexo 7. Consentimiento informado

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada de la investigación.

Título de la investigación:

ESTILOS DE VIDA CON PERSPECTIVA HIPOCRÁTICA EN ADULTOS CON OBESIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL EN HUACHO -2021

Responsable: Maura Irma López Gonzales

Participantes: adultos con obesidad

Ubicación: Servicios del Hospital Regional de Huacho

Periodo de ejecución: julio- agosto 2021

Persona a cargo del estudio: Maura Irma López Gonzales

Dónde se va a desarrollar el estudio: Hospital Regional de Huacho

Beneficios de Participar en este Estudio: principalmente, obtendrá conocimientos adecuados sobre los estilos de vida con perspectiva hipocrática en adultos con obesidad.

Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación: **Ninguno.**

Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato: es necesario conocer los datos personales de las personas con obesidad, dirección y teléfono para contactarlas durante el desarrollo de las sesiones con el fin de aplicar el post test para identificar el efecto del programa en el conocimiento sobre los estilos de vida. Estos datos se guardarán en la base de datos de la investigación a la cual tiene acceso la investigadora y asesora de la investigación.

Participación Voluntaria: La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio, así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ninguna repercusión.

Preguntas y Contactos:

Maura Irma López Gonzales

Celular: 948 192 634

Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión sito en la Avenida Mercedes Indacochea N°600.

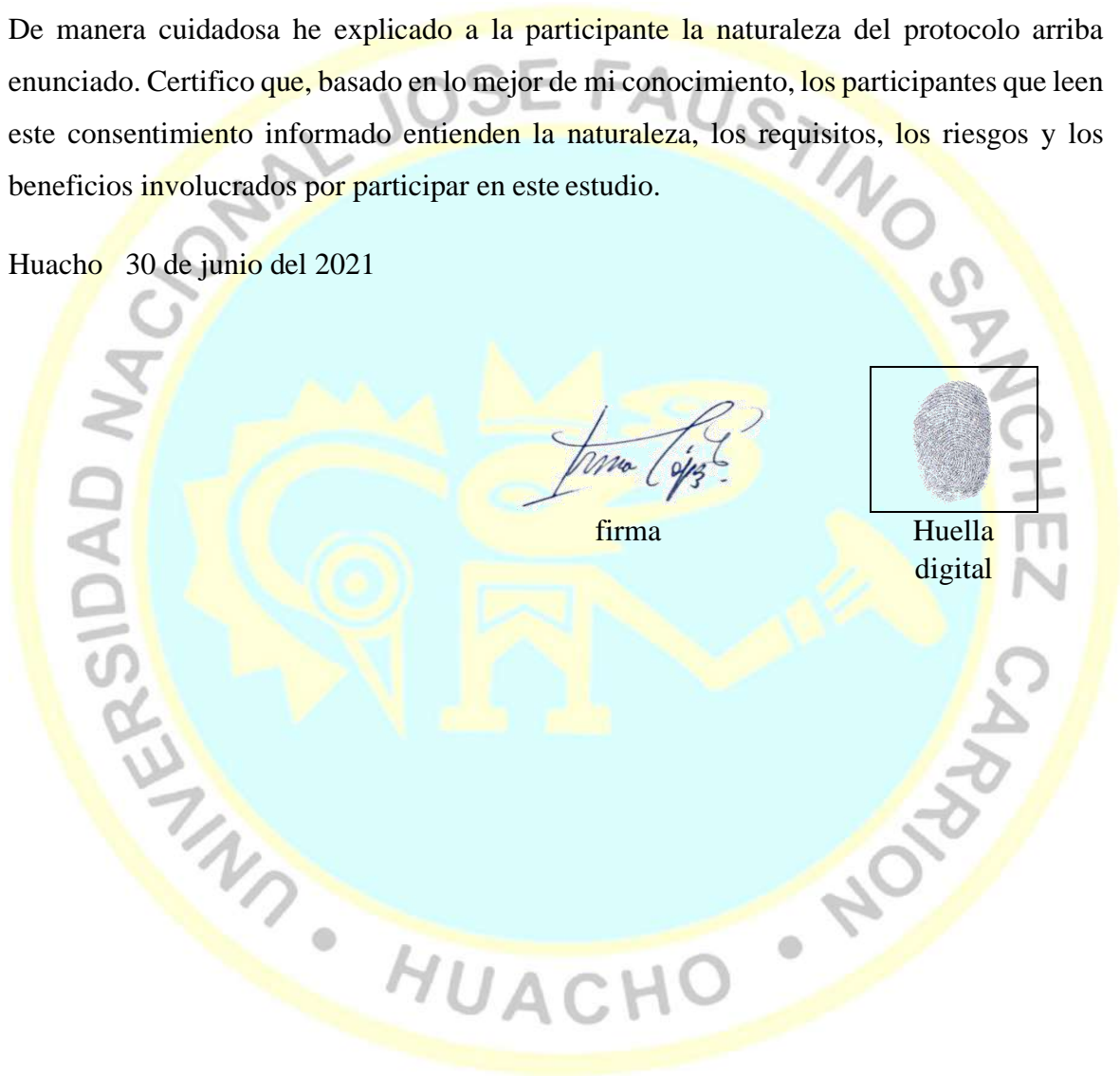
Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Declaración de la tesista

De manera cuidadosa he explicado a la participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Huacho 30 de junio del 2021



firma



Huella digital

Anexo 8. Características sociodemográficas de los adultos con obesidad

Grupo	Edad		sexo				procedencia				Número de hijos			
	Adulto maduro	Adulto mayor	masculino	femenino	Huachaco	otros	1-2	+ de 2						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
experimental	15	100	15	100	10	67	5	33	18	90	2	13	1	7
control	14	100	10	71	4	29	5	36	18	90	2	14	1	7

Grupo	Grado de instrucción						Religión					
	primaria		secundaria		superior		católica		No católica		Sin religión	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
experimental	6	40	8	53	6	40	18	90	1	5	1	5
control	5	36	10	71	5	31	19	95	1	5	1	5

Grupo	Estado civil						Ingreso económico					
	soltero		casado		viudo		mínimo		> mínimo		Sin ingreso	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
experimental	7	47	8	50	5	31	16	94	3	18	1	6
control	11	79	9	64	2	14	2	13	18	90	1	7

Nota. Elaboración propia

Anexo 9. Clases de obesidad en adultos con obesidad del grupo experimental

Clases de obesidad	Origen exógeno		Origen endógeno		total	
	n	%	n	%	n	%
Clase I (moderada)	9	45	5	25	14	70
Clase II (severa)	4	20	2	10	6	30
	13	65	7	35	20	100
Media	8.66666667		4.66666667		13.3333333	
DS	4.24264069					

Nota. Elaboración propia

Los adultos con obesidad de clase I, tuvieron origen exógeno (45%) y 14 % origen endógeno. Los de clase II, el 20% origen exógeno y 10% origen endógeno. La media del origen exógeno es 8.66 y del origen endógeno 4.66, significa que la obesidad en los adultos, predomina el origen exógeno en 13 adultos y en 7 adultos el origen endógeno.



UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN ESCUELA DE POSGRADO



ACTA DE SUSTENTACIÓN N°170-2022-V

En Huacho, el día **3 de junio de 2022**, siendo las **11:05am**, se dio inicio a la sustentación de la tesis en la aplicación de videoconferencia Meet de la Escuela de Posgrado, los miembros del Jurado Evaluador integrado por:

PRESIDENTE Dra. SOLEDAD DIONISIA LLAÑEZ BUSTAMANTE DNI N°15689024
SECRETARIO Dra. GLADYS MARGOT GAVEDIA GARCIA DNI N°15855951
VOCAL Dra. DELIA VIOLETA VILLAFUERTE CASTRO DNI N°15744241
VOCAL Dra. YANETH MARLUBE RIVERA MINAYA DNI N°15735300
ASESOR Dra. ELSA CARMEN OSCUVILCA TAPIA DNI N°15599970

El(la) postulante al Grado Académico **Don(ña) MAURA IRMA LOPEZ GONZALES**, identificado(a) con **DNI N°17856806**, procedió a la Sustentación de la Tesis titulada: **ESTILOS DE VIDA CON PERSPECTIVA HIPOCRÁTICA EN ADULTOS CON OBESIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL EN HUACHO**; autorizado mediante **Resolución Directoral N°1032-2022-EPG, de fecha 1 de junio de 2022**, de conformidad con las disposiciones del Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales vigentes, absolvió las interrogantes que le formularon los señores del Jurado.

Concluida la Sustentación de la tesis, se procedió a la votación correspondiente resultando el(la) candidato(a) **APROBADA** por **UNANIMIDAD** con la nota de:

CALIFICACION		EQUIVALENCIA	CONDICION
NUMERO	LETRAS		
18	Dieciocho	EXCELENTE	APROBADA

Siendo las **12:15 m.** del día **3 de junio de 2022**, se dio por concluido el acto de sustentación, firmando el jurado evaluador el Acta de Sustentación de la Tesis Titulada: **ESTILOS DE VIDA CON PERSPECTIVA HIPOCRÁTICA EN ADULTOS CON OBESIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL EN HUACHO**; para obtener el Grado Académico de **Doctor(a) en SALUD PUBLICA**, inscrito en el **FOLIO N°170** del LIBRO DE ACTAS.



Dra. SOLEDAD DIONISIA
PRESIDENTE



Dra. GLADYS MARGOT GAVEDIA GARCIA
SECRETARIO



Dra. DELIA VIOLETA VILLAFUERTE CASTRO
VOCAL



Dra. YANETH MARLUBE RIVERA MINAYA
VOCAL

Dra. ELSA CARMEN OSCUVILCA TAPIA
ASESOR