

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO



**“FACTORES DE RIESGO Y LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD
Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DE CENTRO DE
SALUD PERÚ COREA, 2017”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: GESTIÓN SANITARIA

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN:
SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

TESISTA: Dila Rosalí BENANCIO REYES

ASESOR: Dr. Ido LUGO VILLEGAS

HUÁNUCO - PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mi abnegada madrecita Auguria, ejemplo de sacrificio y superación.

A mi hermano Niwer Ricardo, ejemplo de sabiduría, perseverancia, bondad y amor al prójimo.

A mi esposo Beto con amor, por su espíritu de superación y dedicación a la familia.

A mis adorados hijos: Angelina, Sofía y Favio; 3 grandes razones de mi vida.

A mi hija Helene por sus altos valores y principios de bien común.

AGRADECIMIENTO

A los profesionales de la EPG - UNHEVAL que a su turno volcaron su sapiencia en la forja de mis estudios.

Al Dr. Ido Lugo Villegas, asesor de la Maestría, por el compromiso y dedicación, durante el proceso de esta investigación.

A la Institución del Centro de Salud Perú Corea, por el apoyo brindado en el desarrollo del proceso investigativo, en la persona del Jefe del Establecimiento.

A mis compañeras y compañeros de trabajo del Centro de Salud Perú Corea, por su apoyo y colaboración.

RESUMEN

Introducción: La OMS define a la obesidad como un problema de Salud Pública, por su prevalencia y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles; los que implican altos costos en su tratamiento. Particular importancia reviste la asociación del índice de masa corporal (IMC) con hábitos alimentario, el sedentarismo, conflictos personales y sociales. Esta relación además de bilateral con cada uno de ellos, es compleja y controvertida. Por ello, resulta interesante estudiar las patologías asociadas a la obesidad debido al elevado coste económico que suponen para los sistemas sanitarios y a su implicación en la calidad de vida de los trabajadores de salud.

Objetivos: Conocer la relación que existe entre los factores de riesgo y la Incidencia de obesidad y sobrepeso en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017.

Material y métodos: El estudio se desarrolló en el Centro de Salud Perú Corea, distrito Amarilis - Huánuco. Nuestra población de estudio estuvo conformado por todos los trabajadores de dicho establecimiento de salud. Se llevó a cabo un estudio transversal en el año 2017, para conocer la relación entre los factores de riesgo y la obesidad y sobrepeso

Resultados: Los factores de riesgo se relacionan significativamente en la incidencia de obesidad y sobre peso en Trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017"; porque el resultado de la contrastación con el X^2 es mayor que el grado de libertad.

Conclusiones: En términos generales, Los factores de riesgo tales son deficiencias en los hábitos alimentarios, el sedentarismo, conflictos personales y conflictos sociales; se relacionan significativamente en la incidencia del sobrepeso y obesidad en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia; Incidencia; Factores de riesgo; Sobrepeso; Obesidad

ABSTRACT

Introduction: the OMS defines obesity as a Public Health problem, due to its prevalence and its relation to chronic non transmissible diseases; those that involve high costs in their treatment. Particularly important is the association of body mass index (BMI) with eating habits, sedentary lifestyle, personal and social conflicts. This bilateral relationship with each of them, is complex and controversial. Therefore, it is interesting to study the pathologies associated with obesity due to the high economic cost of health systems and their involvement in the quality of life of health workers.

Objectives: To know the relationship between risk factors and the incidence of obesity and overweight in workers of the Health Center Peru Korea, 2017.

Material and methods: The study was carried out in the Health Center Peru Korea, Amarilis - Huánuco. Our study population was made up of all the workers of said health establishment. A cross-sectional study was carried out in 2017, to know the relationship between risk factors and obesity and overweight

Results: The risk factors are significantly related in the incidence of obesity and overweight in workers of the Health Center Peru Korea, 2017"; because the result of the contrast with the X^2 is greater than the degree of freedom.

Conclusions: In general terms, such risk factors are deficiencies in eating habits, sedentary lifestyle, personal conflicts and social conflicts; they are significantly related in the incidence of overweight and obesity in the workers of the Health Center Peru Korea.

KEYWORDS: Prevalence; Incidence; Risk factors; Overweight; Obesity.

CONTENIDO	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMES	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Fundamento del problema	1
1.2. Justificación	6
1.3. Importancia	7
1.4. Limitaciones	8
1.5. Formulación del problema	9
1.5.1. Problema general	9
1.5.2. Problemas específicos	9
1.6. Formulación de los objetivos	10
1.6.1. Objetivo general	10
1.6.2. Objetivos específicos	10
1.7. Formulación de las hipótesis	11
1.8. Variables	11
1.8.1. Variable independiente	11
1.8.2. Variable dependiente	11
1.9. Operacionalización de variables	12
1.10. Definición de los términos operacionales	15
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	16
2.2. Bases teóricas	17
2.3. Bases conceptuales	19
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	
3.1. Ámbito	64
3.2. Población	64
3.3. Muestra	64
3.4. Nivel y tipo de estudio	65
3.4.1. Nivel de estudio	65
3.4.2. Tipo de estudio	65

3.5. Diseño de investigación	65
3.6. Técnicas e instrumentos	66
3.6.1. Técnicas	66
3.6.2. Instrumentos	66
a) Validación de los instrumentos	66
b) Confiabilidad de los instrumentos	66
3.7. Procedimiento	67
3.8. Aspectos éticos	68
3.9. Tabulación	68
3.10. Análisis de datos	69
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Análisis descriptivo	70
4.2. Análisis inferencial y/o contrastación de hipótesis	102
4.3. Discusión de resultados	103
4.4. Aporte de investigación	104
CONCLUSIONES	105
SUGERENCIAS	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	113
ANEXO 01. Matriz de consistencia	114
ANEXO 02. Consentimiento informado	116
ANEXO 03. Instrumentos	117
ANEXO 04. Formato de validación de los instrumentos por jueces o juicio de expertos	119
NOTA BIOGRÁFICA	124
ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO	
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE POSGRADO	

INTRODUCCIÓN

La OMS define a la obesidad como un problema de Salud Pública, por su prevalencia y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles; los que implican altos costos en su tratamiento. Particular importancia reviste la asociación del índice de masa corporal (IMC) con hábitos alimentario, el sedentarismo, conflictos personales y sociales. Esta relación además de bilateral con cada uno de ellos, es compleja y controvertida. Por ello, resulta interesante estudiar las patologías asociadas a la obesidad debido al elevado coste económico que suponen para los sistemas sanitarios y a su implicación en la calidad de vida de los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea.

Su importancia radica en la necesidad de prestar debida atención dado que son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares el cáncer, la diabetes entre otras; constituyéndose como problema de salud pública global. La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

En España y otros países de Europa, se ha llegado a determinar, por estudios realizados en población adulta, la elevada prevalencia, la cual es mayor incluso cuanto más edad tiene la persona. En América Latina, también se repite tal situación. En el Perú, cada vez, hay más evidencia que relaciona la actividad física con la calidad de vida. Múltiples estudios demuestran su importancia para facilitar el aprendizaje; para fortalecer la aptitud física que potencia habilidades motrices y funcionales; para fortalecer el sistema inmunológico, contribuye a la reducción de la incidencia de problemas causadas por la incidencia de enfermedades no transmisibles como la obesidad, diabetes, hipertensión y cáncer; cuyas causas son la excesiva ingesta de calorías, el sedentarismo y procesos psicológicos. En nuestro país, la economía ha venido mejorando en los últimos años y con ello el poder adquisitivo; se ha encontrado relación entre este y el incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

En el Centro de Salud Perú Corea en mi observación preliminar concluyó en la presuntiva existencia de casos de obesidad y sobrepeso relacionado con

deficiencias alimentarias y escasa práctica de ejercicios físicos a esto se suma conflictos en conductas psicosociales.

Era necesario, por tal motivo, Conocer la relación que existe entre los factores de riesgo y la Incidencia de obesidad y sobrepeso en los trabajadores de la salud para poder implementar programas de prevención y tratamiento, ya que será de gran utilidad al permitir actuar sobre estos factores asociados a su salud y crear políticas de salud e intervención que puedan mejorar esta condición patológica en los trabajadores. Los hallazgos de este estudio permitirán realizar programas de prevención y detección en nuestra institución e incluso talleres informativos para la comunidad en general para combatir y disminuir su incidencia, y poder fomentar hábitos más saludables.

Lamentablemente, la comunidad del contexto de investigación desconoce a la obesidad como enfermedad y la confunden con buen estado de salud, su oportuna identificación es útil a fin de evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo. Los principales beneficiados serán los servidores, que si bien es cierto no son aún conscientes que padecen una enfermedad, pero son los que tenemos que tratar para evitar que continúen enfermos.

CAPÍTULO I.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamento del problema

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

La OMS frente a la Epidemia de la Obesidad y sobrepeso, Nota Descriptiva N° 311, Junio de 2016, Ginebra, Suiza. Su importancia radica en la necesidad de prestar debida atención dado que son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares el cáncer, la diabetes entre otras; constituyéndose como problema de salud pública global. La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente:

- Un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y
- Un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.

Las consecuencias son un IMC elevado que es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012;
- Algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).

- La diabetes;
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y

OMS, Obesidad y Sobrepeso, Nota Descriptiva N° 311, Junio de 2016, Ginebra, Suiza. El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC y los gobiernos quedan en la tarea de afrontar con prioridad

Laura Rosa Aballay, “La obesidad en Córdoba: Estudio de su Prevalencia e Identificación de factores de Riesgo”, Tesis para optar el título de Doctor en Ciencias de la Salud, Córdoba Argentina - 2012. El estudio realizado en la ciudad de Córdoba Argentina, permitió establecer factores de riesgo de sobrepeso y obesidad que siguen un patrón de selección alimentaria cultural y característica de su situación económica y social. Además, la identificación de los factores es clave para la prevención, sobre todo teniendo en cuenta que la mayor prevalencia se observa en la edad adulta de la vida, siendo una consecuencia de la presencia de factores de riesgo de la obesidad a edades más tempranas. Así, las intervenciones preventivas deben ser dirigidas a los grupos de menor edad y las intervenciones terapéuticas y de prevención de complicaciones, deben llevarse a cabo en los grupos de edad más avanzada con el fin de mitigar el impacto de la obesidad.

Manuel Antonio rubio Sánchez, Estudio de la Relación entre Ansiedad y Obesidad a través del cuestionario de Ansiedad Estado-rasgo (STAI), Valoración del Perfil Dietético y Psiconutricional”, Tesis para la obtención del Máster en Medicina Cosmética y del Envejecimiento, Barcelona España - 2012. En el estudio realizado en Barcelona España, cuyo objetivo principal fue: Evaluar a pacientes con obesidad al inicio de su tratamiento para determinar los niveles de ansiedad tanto estado como rasgo, realizar un análisis del perfil dietético y psiconutricional. Se ha concluido que tales pacientes no presenta índices significativos que indiquen una situación de ansiedad, por el contrario al analizar su perfil dietético y psiconutricional, se evidencian malos hábitos nutricionales, como son las comidas copiosas,

comer de prisa, picar entre comidas y la no ingesta de las cinco comidas diarias recomendadas.

Dos factores de riesgo, la alimentación poco saludable y la inactividad física, son las principales causas de la obesidad, una de las grandes epidemias mundiales de finales del siglo XX y principios del siglo XXI. Más de 2.100 millones de personas —casi el 30% de la población mundial— tienen sobrepeso o son obesas. La obesidad, que es prevenible, actualmente es la causa de cerca del 5% de todas las defunciones a escala mundial. Si su prevalencia sigue la trayectoria actual, casi la mitad de los habitantes adultos del mundo padecerán sobrepeso u obesidad en el 2030.

MINSA Perú, “Disfrute y muévase”: MINSA recomienda actividad física para mantener y mejorar la salud, Perú 2015. La información en el aspecto político del Ministerio de Salud del Perú; cada vez, hay más evidencia que relaciona la actividad física con la calidad de vida. Múltiples estudios demuestran su importancia para facilitar el aprendizaje; para fortalecer la aptitud física que potencia habilidades motrices y funcionales; para fortalecer el sistema inmunológico, contribuye a la reducción de la incidencia de problemas causadas por la incidencia de enfermedades no transmisibles como la obesidad, diabetes, hipertensión y cáncer; cuyas causas son la excesiva ingesta de calorías, el sedentarismo y procesos psicológicos.

Expertos de la Dirección de Educación para la Salud del MINSA recomiendan una alimentación saludable y actividad física al menos 30 minutos diarios. La actividad física de intensidad moderada puede realizarse en tres series de 10 minutos o dos de 15; aunque los mayores beneficios se producen en una actividad física de intensidad vigorosa o realizando algún deporte.

Mariana Elvira Hidalgo Chávez, Asociación del Estado Nutricional con los Estilos de Vida del Profesional de Salud de una Empresa de Salud, Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Gestión y Docencia en Alimentación y Nutrición, Lima 2014. En el estudio de investigación de aspecto tecnológico, cuyo objetivo fue: Evaluar la asociación del estado

nutricional con los estilos de vida de los profesionales de la salud de una Empresa de Salud. 2013, Dada la importancia abordar el tema: sobrepeso y obesidad son condiciones de la salud, y como tales es problema, por acentuarse los casos. Múltiples son las causas; entre ellas los estilos de vida.

Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (IASO). Acerca de la obesidad. [Citado 2011 dic 04]. Las consecuencias del sobrepeso y obesidad están asociado a enfermedades crónicas como hipertensión arterial, cáncer, males cardíacos, diabetes y ciertos tipos de cáncer que adicionalmente ocasionan altísimo costos económicos de salud individual y familiar.

En la realidad regional y local de Huánuco escaso estudio sobre factores de riesgo para la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.

MINSA Perú-INS-CNAN, Informe Ejecutivo Huánuco - Situación Nutricional.

MINSA Perú, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Sobrepeso y Obesidad: Prevalencia y Determinantes Sociales del Exceso de Peso en la Población Peruana (2009-2010), Pág. 308-309, año de publicación 2012 Vol. 29. Objetivos: Estimar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y los determinantes sociales del exceso de peso en población peruana. Materiales y métodos. Se realizó un estudio transversal que incluyó a los miembros residentes en los hogares de la muestra Encuesta Nacional de Hogares. Se empleó un muestreo probabilístico, estratificado y multietápico. La muestra incluyó 69,526 miembros; las mediciones antropométricas se realizaron según metodología internacional. Para evaluar el sobrepeso y obesidad se utilizó el IMC para adultos. Resultados. El sobrepeso y obesidad fue mayor en los adultos jóvenes (62,3%) y menor en los niños <5 años (8,2%). Los determinantes sociales del exceso de peso según el grupo de edad fueron: no ser pobre (niño <5 años, niños 5-9 años, adolescentes y adulto mayor), vivir en el área urbana (niño<5 años, adolescentes, adulto joven, adulto y adulto mayor) y ser mujer (niños 5-9 años, adulto y adulto mayor).

Conclusiones. El sobrepeso y la obesidad constituyen un problema de salud pública en el Perú. No ser pobre y vivir en el área urbana son determinantes sociales del exceso de peso en población peruana. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en **Huánuco** fueron en adultos jóvenes 26.5 %, adultos 42 % y adultos mayores 15-0 %.

Ministerio de Salud, Un gordo problema: sobrepeso y obesidad en el Perú, Lima 2012. Dato extraído de Centro Nacional de Alimentación y Nutrición – Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2008. El subtítulo: Conviviendo con la Epidemia en casa, presenta el análisis, donde definitivamente la epidemia de la globalización alcanza proporciones catastróficas es en el grupo de los adultos en el que encontramos que, a los 40 años 66% de mujeres y 55% de hombres padecen de sobrepeso y obesidad.

Instituto ENDES 2009 Cuadro 10.13 Estado de nutrición de las mujeres, según características seleccionadas, p. 239. Elaboración: CERES NUTRIR o Nacional de Estadística e Informática. 2009. Las familias pobres y no pobres están afectadas, incluso por zonas geográficas. Ciertamente hay otras evidencias lamentables: 38 mujeres de cada 100, procedentes de hogares del quintil más pobre, de lejos han desbordado su peso.

ENDES 2009 cuadro 10.13, estado de nutrición de mujeres, según características señaladas. P.239, Elaboración CERES NUTRIR. Prevalencia sobrepeso y obesidad en mujeres en Huánuco región fue de 42 %., a diferencia de Lima que tuvo 55% y Moquegua 62% con mayores índices mientras que con menor índice fue Huancavelica con 36%.

En el Centro de Salud Perú Corea cuenta entre sus trabajadores casos con diagnóstico presuntivo de obesidad y sobrepeso, por lo que su importancia radica la urgente atención identificando sus determinantes dado que es un problema de salud pública, donde a mi observación preliminar concluyo: existencia de casos de obesidad y sobrepeso relacionado con deficiencias alimentarias y escasa practica de ejercicios físicos a esto se suma conflictos en conductas psicosociales; las afecciones antes indicadas,

como en otros contextos tiende a afianzarse, de tal modo se fortalece como factores de enfermedades cardiovasculares, diabetes de tipo 2, hipertensión arterial, riesgo mayor de sufrir determinados tipos de cáncer (endometrio, c. mama, c. colon), y otras consecuencias para la salud.

Delimitación del problema

Esta investigación tiene relevancia porque recopilará y analizará la información referente al problema de la obesidad y sobrepeso que padecen los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, cuyas causas se encuentran en las determinantes de los estilos de vida para los procesos de alimentación y la práctica de los ejercicios físicos; para lo cual se contará con un instrumento de estudio y análisis correspondiente en los meses de junio y julio de 2017, por considerarlo como un período que permitirá alcanzar los objetivos planteados.

Esta investigación se contextualiza en el concepto fundamental las causas del sobrepeso y la obesidad como enfermedades no transmisibles que predominancia en la región Huánuco, por ende en la jurisdicción del Centro de Salud Perú Corea, versión que se sostiene luego de hacer una revisión preliminar de los registros de morbimortalidad en dicha institución.

1.2. Justificación

El carácter práctico orienta a resolver el problema que afrontan la población de trabajadores de los establecimientos de salud, y teniendo la condición de tales es ideal desarrollar estilos de vida saludable disminuyendo la incidencia de la obesidad y sobrepeso; así desarrollar actitud para promocionar salud ante los usuarios y pacientes.

La pertinencia de esta temática está relacionada con los estudios publicados en Ginebra, 1 de julio de 2015. La obesidad y el sobrepeso, un problema de salud mundial, está aumentando en muchos países en sintonía con el crecimiento del suministro de energía alimentaria, según un estudio publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud.

El estudio, llevado a cabo por autores establecidos en Nueva Zelanda y Estados Unidos de América, analiza el aumento del suministro de energía alimentaria y la obesidad en 69 países (24 de ingresos altos, 27 de ingresos medios y 18 de ingresos bajos) y llegó a la conclusión de que tanto el peso corporal como el suministro de energía alimentaria habían crecido en 56 (81%) de ellos entre 1971 y 2010.

OMS Epidemia de obesidad y sobrepeso vinculada al aumento del suministro de energía alimentaria - estudio, Boletín de la OMS, Ginebra Suiza 2015. Sabemos que existen otros factores que también han cambiado durante estas décadas, como por ejemplo un aumento de la población, la dependencia del coche y los trabajos sedentarios, que también contribuyen a la epidemia de obesidad global», explicó la autora principal Stefanie Vandevijvere, investigadora principal de salud mundial y política alimentaria en la Universidad de Auckland, Nueva Zelanda.

1.3. Importancia

Es importante la contribución intelectual como apertura para la toma de acciones en la solución de los problemas de salud pública conociendo la realidad en el contexto de estudio, dado que es objetiva la presencia de casos y formar parte referencial para el nivel regional y nacional, por la similitud de las características poblacionales.

Los fines de la atención del problema es para conminar a prestar atención a fin de, que las entidades, promuevan el desarrollar de capacidades para el control de la obesidad y el sobre peso, así también impulsar el consumo de una alimentación adecuada con la consiguiente puesta en ejercicio la función de las facultades físicas.

El estudio es importante porque proporciona más pruebas de que el gobierno tiene que implementar políticas que logren que la población tome conciencia del consumo de comida sana.

Los 194 estados miembro de la OMS acordaron el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2013.

1.4. Limitación

- 1.4.1. Tamaño de la muestra:** Otra limitación la constituye el tamaño de la muestra, que se tomará en el grupo poblacional de adultos, lo que no posibilitará generalizar los resultados.
- 1.4.2. El diseño a aplicarse:** limitará establecer relación causa-efecto y sólo establecerá relación.
- 1.4.3. La Empatía:** otro factor limitantes es la dificultad que pueda existir al entrevistar a la población objeto de estudio.
- 1.4.4. Conocimiento del tema:** El escenario del proceso de investigación es limitado en el universo de servidores por las deficiencias en conocimiento en el proceso de aplicación de los instrumentos de investigación; por lo que es necesario desarrollar una capacitación específica para una adecuada información fidedigna y verás de los datos, por tratarse de un trabajo con componente subjetivo muy importante y cumplimiento de exámenes físicos y auxiliares.

1.5. Formulación del problema

1.5.1. Problema general

¿Qué relación existe entre los factores de riesgo y la incidencia de la obesidad y sobrepeso en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017?

1.5.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuál es nivel de incidencia de la obesidad y sobrepeso en relación a los factores de riesgo en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea?
- b) ¿De qué manera los hábitos alimenticios se relacionan en el sobrepeso y la obesidad?
- c) ¿De qué manera los ejercicios físicos se relacionan en el sobrepeso y la obesidad?
- d) ¿De qué manera el sedentarismo se relaciona en el sobrepeso y la obesidad?
- e) ¿De qué manera las condiciones socioeconómicas se relacionan en el sobrepeso y la obesidad?
- f) ¿De qué manera las condiciones psicosociales se relacionan en el sobrepeso y la obesidad?
- g) ¿De qué manera las condiciones heredofamiliares se relacionan en el sobrepeso y la obesidad?

1.6. Formulación de los Objetivos

1.6.1. Objetivo general

Conocer la relación que existe entre los factores de riesgo y la Incidencia de la obesidad y sobrepeso en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017.

1.6.2. Objetivos específicos

- a) Estimar la Incidencia de la obesidad y sobrepeso relacionada a los factores de riesgo en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea.
- b) Determinar la relación de los hábitos Alimenticios con el sobrepeso y la obesidad.
- c) Determinar la relación de los ejercicios físicos con el sobrepeso y la obesidad.
- d) Determinar la relación del sedentarismo con el sobrepeso y la obesidad.
- e) Determinar la relación de las condiciones socioeconómicas con el sobrepeso y la obesidad.
- f) Determinar la relación de las condiciones psicosociales con el sobrepeso y la obesidad.
- g) Determinar la relación heredofamiliar con el sobrepeso y la obesidad.

1.7. Formulación de las hipótesis

H₁ : Los factores de riesgo se relacionan significativamente en la incidencia de la obesidad y sobrepeso en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017.

H₀ : Los factores de riesgo no se relacionan significativamente en la incidencia de la obesidad y sobre peso en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017.

1.8. Variables

1.8.1. Variable Independiente

Factores de riesgo

1.8.2. Variable dependiente

Incidencia de sobre peso y obesidad

1.9. Operacionalización de variables

Ver siguiente cuadro

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE Puntuación	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores de Riesgo	Característica, estilo de vida o conducta de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir la enfermedad no transmisible de sobrepeso y obesidad	Respuesta al cuestionario	Hábitos alimenticios	Horario de ingesta	Pregunta	a. Desayuno b. Media mañana c. Almuerzo d. Media tarde e. Lonche f. Otros	Nominal	Pregunta
				Ingesta de frituras o chatarra.	Pregunta	a. Hamburguesa b. Pizza c. Parrilladas d. Papas fritas e. Refresco de soda f. Pasteles g. Patita, pollo parilla h. Sándwich de helado i. Bebidas gaseosas j. Hotdogs k. Fritangas l. otros	Pregunta	Pregunta
				Ingesta de carbohidratos, (harina y dulce)	Pregunta	a. Papa b. Bizcocho c. Plátano d. Frutas e. Yogurt f. Panes g. Tortillas h. Miel i. Golosinas j. Pasteles Camote k. Lenteja l. Gatorade m. Bebidas de fruta n. Queques o. Yuca p. Carne roja q. Jugos r. Otros	Pregunta	Pregunta
				Ingesta de bebidas alcohólicas	Pregunta	a. Cerveza b. Aguardiente c. Vino d. Otros	Nominal	Pregunta

			Ejercicios físicos	Actividad física	p.	a. Menos de 30' b. 31 a 60' c. Más de una hora d. No practica	Nominal	Pregunta
			Sedentarismo	Ve Tv.	p.	a. Menos de 1 hora b. De 1 a 3 horas c. Más de 3 horas d. No ve tv.	Nominal	Pregunta
				Ocupado en las TICs.	p.	a. Menos de 30' b. 31 a 60' c. Más de una hora d. No practica	Nominal	Pregunta
				Actividades de oficina	p.	a. Menos de 8 horas b. De 8 a 12 horas c. Más de 12 horas d. No trabaja en oficina	Nominal	Pregunta
				Descanso y sueño	p.	a. Menos de 8 horas. b. De 8 a 9 horas. c. De 10 a 11 horas. d. Más de 12 horas.	Nominal	Pregunta
			Condiciones socioeconómicas	Gasto per cápita en alimentación en S/.	p.	a. Menos de 200 b. De 200 a 400 c. De 500 a 1000 d. Más de 1000	Nominal	Pregunta
				Nivel de educación	p.	a. Básico b. Superior	Nominal	Pregunta
				Condición de vivienda	p.	a. Materia rústico b. M. concreto	Nominal	Pregunta
				Servicios básicos	p.	a. Si b. No	Nominal	Pregunta

			Condiciones psicosociales	Depresión	p	a. Si b. No	Nominal	Pregunta
				Conflictos personales	p	a. Inferioridad b. Inseguridad c. Inadecuada (incapaz) d. Ninguna	Nominal	Pregunta
				Motivos de gula	p	a. Depresión b. Soledad (pareja) c. Ira o cólera d. Ninguna	Nominal	Pregunta
				Conflictos sociales	p	a. Rechazo c. Conflicto laboral b. Discriminación d. ninguna	Nominal	Pregunta
			Condiciones heredofamiliares	Antecedente familiar	p	a. Si b. No c. No sabe	Nominal	Pregunta
			Anticonceptivo hormonales	Oral	p	a. Si b. No	Nominal	Pregunta
				Parenteral	p	a. Si b. No	Nominal	Pregunta
			VARIABLE DEPENDIENTE Incidencia de Obesidad y sobrepeso	Enfermedad crónica compleja y multifactorial caracterizada por un acumulo de grasa neutra en el tejido adiposo superior al 20% del peso corporal de una persona en dependencia de la edad, la talla y el sexo debido a un balance energético positivo mantenido durante un tiempo prologado	Resultado de sacar el IMC de cada paciente, previa somatometría. Según tablas y acuerdo consensuados se definen los valores de punto de corte del IMC para sobrepeso igual o mayor a 25 y obesidad igual o mayor del percentil 30	Incidencia de obesidad	Medida antropométricos	Ex. Físico
Incidencia de sobrepeso	Medida antropométrica	Ex. Físico				IMC	Ordinal	Técnicas de medición física

Fuente: Tesis de maestría "FACTORES DE RIESGO Y LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERU COREA 2017"

1.10. Definición de los términos operacionales

- **Variable Independiente: Factores de Riesgo**

Definición conceptual

Característica, estilo de vida o conducta de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir la enfermedad no transmisible de sobrepeso y obesidad

Definición operacional

Respuesta a los cuestionarios

- **Variable dependiente: Incidencia de sobrepeso y obesidad**

Definición conceptual

Enfermedad crónica compleja y multifactorial caracterizada por un acumulo de grasa neutra en el tejido adiposo superior al 20% del peso corporal de una persona en dependencia de la edad, la talla y el sexo debido a un balance energético positivo mantenido durante un tiempo prologado

Definición operacional

Resultado de sacar el IMC de cada paciente, previa somatometría.

Según tablas y acuerdo consensuados se definen los valores de punto de corte del IMC para sobrepeso igual o mayor a 25 y obesidad igual o mayor del percentil 30.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Valorar prospectivamente el efecto de dos factores de riesgo nutricionales, el consumo de bebidas alcohólicas y el de alimentos fritos, sobre la ganancia de peso y el desarrollo de sobrepeso/obesidad en la cohorte española bien conocida y compuesta por voluntarios, todos ellos graduados universitarios; es el objetivo planteado por **María del Carmen Sayón Orea**, el año 2011 en Pamplona España, en su tesis, Factores de riesgo asociados con la Incidencia de Sobrepeso/ obesidad en la cohorte SUN. Haciendo uso de un estudio de cohortes prospectivo y dinámico, han arribado a la siguiente conclusión: el consumo de alimentos fritos está asociado con el riesgo de desarrollar sobrepeso/obesidad tanto en la categoría de mayor frecuencia de consumo (>4 veces por semana) como en el tercil de mayor consumo, tras un seguimiento de 1 año; también, la posibilidad de que el freír los alimentos con aceite de oliva pudiera ser más saludable y se pudiera considerar como sustituto de otro tipo de aceites para freír merece mayor investigación.

Jaime Pajuelo Ramírez 2004, Miembro permanente del Instituto de Investigaciones clínicas de la Facultad de Medicina UNMSM, publicó el trabajo de investigación titulado: "El Sobrepeso y la Obesidad en el Perú: un Problema a Enfrentar", quién en el capítulo V. Patrones Dietarios, expresa; En lo que se refiere a los patrones dietarios, este mismo estudio, analiza los cambios que se han dado, a través del tiempo, desde la época de los cazadores pasando por la de los agricultores hasta la actualidad que es considerada como la época moderna. En todo este tiempo los cambios de mayor trascendencia han sido la disminución importante de la ingesta de fibra y el incremento en el consumo de azúcar, sal y grasas a predominio de las saturadas, dieta conocida como "afluente" y que conjuntamente con el sedentarismo son responsables del aumento de las prevalencias de las enfermedades mencionadas.

El mismo autor agrega que, los patrones dietarios se encuentran relacionados a la obesidad de diferentes formas y en función de los países donde son estudiadas. Por ejemplo en el Japón han observado que una dieta “saludable” fue asociada con un menor riesgo de obesidad. Esta dieta se caracteriza por altos ingresos de vegetales, zetas, algas, pescado, soya, frutas, pescados procesados. En contraste la dieta tradicional Japonesa (ricas en arroz, migo y productos de soya) y las dietas occidentalizadas (altos ingresos de carne, grasas, aceites, condimentos, huevos) ambas fueron significativamente asociadas con un incremento en el riesgo de la obesidad. Se teoriza que la elección de alimentos saludables es parte de patrones del cuidado de la salud. En ese sentido Okubo relacionó que los sujetos que consumían alimentos saludables también fumaban menos, usaban suplementos vitamínicos, comían más lentamente, tenían mayor conocimiento de lo que representaba el alimento para la salud y fueron físicamente más activos.

Jaime Paujelo, anota en el capítulo VII Discusión, Lamentablemente, en el Perú no existe ningún estudio que permita tener una visión aunque sea panorámica del problema, sin embargo se debe asumir que debe ser alto no solamente por la obesidad en sí sino por todas las complicaciones que conlleva. Es por esta razón que todos nuestros esfuerzos deben estar dirigidos a la prevención de la enfermedad. El prevenir la obesidad es también prevenir la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, las dislipidemias y cierto tipo de cánceres. Ya Benjamin Franklin mencionaba que “una onza de prevención es mejor que una libra de curación”.

2.2. Bases teóricas

Dr. Arie Goldberg México 2008. Para hablar sobre obesidad sabemos que la prevención debe ir precedida por el conocimiento para después actuar, por lo cual es necesario educar sobre la alimentación sana y nutritiva que todo ser humano debería ingerir. La motivación es otro de los elementos importantes para alcanzar cada meta que nos propongamos como la mejora de nuestra salud, el autor dice que la actividad física también ayuda cuando nos enfrentamos a una situación de estrés, donde

hay que moverse más rápido, mientras mejor entrenado esté, mejor podrá enfrentar estas situaciones, logrando además un mejoramiento integral de las funciones del cuerpo.

La obesidad y el sobrepeso no distinguen color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo, ni tampoco situación geográfica. Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud. Ahora sabemos que la obesidad está fuertemente relacionada como causal de otras enfermedades.

Dada la alta prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población salvadoreña y que la mayoría de las ocasiones, la obesidad es considerada como una enfermedad por los que la padecen las personas buscan tratamientos alternativos con la esperanza de bajar esos indeseados kilos lamentablemente la mayoría de estos tratamientos no han demostrado científicamente su utilidad e incluso algunos pueden ser dañinos para la salud.

VÁSQUEZ M. Clotilde. Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Ramón y Cajal. Madrid 2006. Manifiesta que la obesidad se centra en la disminución moderada del contenido calórico de la dieta, ejercicios físico, modificación de conductas que lleven a cambios en los estilo de vida y cuando es necesario, prescripción de fármacos.

CUEVAS A. REYES M. México 2005. Esta estrategia en el abordaje terapéutico común para todos los pacientes obesos. Para la autora, sostiene que la obesidad es una alteración no sólo con repercusiones en la salud de quien la padece, sino también económicas y sociales. Los gastos médicos originados por las consecuencias de la obesidad son por demás cuantiosos. En el ámbito social la obesidad carrea deterioro en la calidad de vida debido a la discriminación y problemas de autoestima. Cinco y más décadas atrás “los gordito” eran vistos con benevolencia, simpatía y compasión; amén de que su número era bastante menos abundante que el actual. La atención médica a este problema es un asunto prioritario de salud pública,

particularmente por lo que representa como factor de riesgo importante para la diabetes y la hipertensión enfermedades de larga evolución y gran demanda de servicios de atención médica en instituciones hospitalarias.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Variable independiente

Factores de riesgo de una enfermedad

Según la OMS, Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas, Documento Técnico de referencia REGULA, Washington, D.C., USA 2015:

Factor de riesgo es cualquier característica, exposición o conducta de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal infantil, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. Cuatro factores de riesgo ocasionan la mayor parte de las muertes y discapacidad evitables: alimentación poco saludable, consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol e inactividad física. Estos riesgos son generados por los seres humanos y pueden ser revertidos por los seres humanos.

2.3.1.1. Hábitos alimenticios

Definición de hábito

Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático. Debe quedar claro que un hábito no es una mera conducta asidua, sino que debe ser de un grado de regularidad que se confunda con la vida del individuo que lo ostenta. Por extensión, suele denominarse hábito al modo de vida de los presbíteros.

Todas las personas tienen arraigados una serie de hábitos que tienen notable influencia en sus vidas, hasta el punto de determinar los éxitos y los fracasos en diversas actividades. Es por ello que es de suma importancia fijar la atención en las conductas recurrentes que se han incorporado. Muchas de estas son totalmente inconscientes, por lo que es necesario algún grado de introspección para identificarlas. La mayoría, empero, puede vislumbrarse con facilidad, aunque es difícil tanto incorporar una como eliminarla si es necesario.

Los buenos hábitos son aquellos que encaminan la existencia personal a la consecución de objetivos que mejoran la calidad de vida. Deben determinarse en función de la satisfacción que generen a quien los posea. Así, pueden ponerse de ejemplo el hábito de estar informado, de educarse, de hacer ejercicio, de mantener la higiene, etc.

Por el contrario, los malos hábitos tienen consecuencias negativas para nuestras vidas, siendo fuente de insatisfacciones. Algunos de ellos son notoriamente dañinos y difíciles de eliminar. Pueden ponerse de ejemplo la excesiva ociosidad, el despilfarro de dinero, el fumar, el beber en exceso, etc. A muchas de estas conductas se les llega a llamar vicios.

Hábitos alimentarios: Los hábitos implican cierto automatismo, acompañado de ciertos elementos conscientes; por lo tanto, un hábito se conserva por ser útil, cómodo y agradable, llegando a ser parte de la vida de un individuo, determinando en muchas ocasiones su modo de actuar, preferencias y elecciones (Borgues, 2005). Los hábitos alimentarios son la selección y elección de la cantidad, calidad y forma de preparación de los alimentos que consume un individuo, como respuesta de sus gustos, disponibilidad de alimentos, poder adquisitivo, tradiciones familiares y socioculturales

Factores de riesgo: según la OMS, factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Se entiende bajo esta denominación la existencia de elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales, y cuya probabilidad de ocurrencia depende de la eliminación y/o control del elemento agresivo.

Según el diccionario médico: Factor que hace que una persona o grupo de personas sean especialmente vulnerables a un acontecimiento no deseado, desagradable o insalubre, como la inmunosupresión, que aumenta la incidencia y gravedad de las infecciones.

Sobrepeso y obesidad: Distinguir a un individuo entre peso normal, sobrepeso u obesidad no es una apreciación subjetiva sino que **se distingue por el índice de masa corporal**. Esta medida asocia masa, altura, sexo y edad y nos tenemos que empezar a preocupar si el resultado es igual o mayor de 25 (sobrepeso) y alarmarnos si es mayor de 30 (obesidad).

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). 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, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

Los niveles de actividad física recomendados por sus efectos beneficiosos en la salud y como prevención de enfermedades no transmisibles se pueden consultar aquí.

La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio". Este es 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 abarca 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, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea.

ASPE, Virginia; LOPEZ, Ana. Hacia un desarrollo humano: Valores, actitudes y hábitos. México, Edit. Limusa, México, 1999. Los hábitos son el resultado del ejercicio de actividades para poseer un bien o para lograr un fin determinado. Solo el ser humano es capaz de adquirir hábitos. Hábito es la capacidad que el hombre tiene de disponerse de un modo distinto de cómo es por naturaleza, aunque no vaya en contra de ella. Los hábitos no son lo mismo que las costumbres. Las costumbres son una repetición de actos que no necesariamente se hacen de modo consciente y libre. Los hábitos, en cambio, suponen la libre decisión de cada persona de hacerlos. Esto significa que los hábitos se adquieren, y que se obtienen por el

ejercicio libre de los actos que cada quien desempeña. Los hábitos suponen la libre decisión de cada persona en los actos que ejecuta de modo consciente.

De acuerdo con la Real Academia Española, la palabra hábito proviene del latín *habitus* que significa modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas.

W. A. Kelly, Psicología de la educación, ed. Morata, p. 171, Madrid España 1982. El término hábito se deriva de la palabra latina *habere*, que significa tener, entendiéndose en el sentido de adquirir o algo no poseído anteriormente. El hábito es un modo de conducta adquirido, es decir, una reacción aprendida, que supone la tendencia a repetir y a reproducir ciertas acciones o actuar en la misma forma general bajo las mismas o similares circunstancias. La utilidad real del hábito radica en el hecho de que proporciona una razonable variabilidad de respuestas a situaciones que son básicamente semejantes. Es la tendencia, común en todos los seres humanos, a adquirir modos fijos de reacción ante situaciones determinadas. La formación de hábitos es el aprender a percibir, a imaginar, a recordar, a sentir, a pensar, a actuar en forma determinada bajo circunstancias especiales, como se ha hecho en el pasado. Implica facilidad en la realización de una acción, combinada con una persistente inclinación hacia la repetición de la misma. Todas las actividades mentales y físicas están sujetas a las leyes del hábito. Así, la gama, la aplicación y la influencia del hábito incluyen todos los aspectos de la vida humana. El efecto del hábito es dar al hombre, que es libre de actuar de una u otra forma, una tendencia a reaccionar presta y fácilmente en forma particular a situación dada.

Continúa... El hábito es una tendencia muy significativa y notable en la vida del hombre. Sin hábito sería imposible aprender. Sin hábito, el hombre no podría aprovechar el tesoro de la experiencia. Sin

hábito no podría haber progreso, pues todo lo que hace depende de lo que hizo anteriormente. A través del proceso del hábito se adquieren habilidades formativas. La satisfactoria adaptación a las situaciones en que el individuo se encuentra a lo largo de su vida.

En la “Ética a Nicómaco”, **Aristóteles** define los hábitos como aquello en virtud de lo cual nos comportamos bien o mal respecto de las pasiones. El hábito predispone a un sujeto para la realización perfecta de una tarea o actividad. En la medida en que la naturaleza predispone también a un sujeto (puesto que le da inclinaciones) la tradición habla de los hábitos como de segundas naturalezas. Nadie nace con ellos, se adquieren, no suceden sin ser ocasionados. Cada persona suele moldear continuamente su forma de ser y de actuar, de acuerdo a las influencias que recibe del medio que la rodea; en la casa, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, con todo esto vamos construyendo nuestra identidad, estilo de vida, y construimos así nuestro sistema de creencias y valores, el cual define la actitud que tendremos ante la vida y el rol que ocuparemos en la sociedad, mismo que estará presente en toda situación o actividad y puede ser modificado por las exigencias del medio.

Los valores, ideas, sentimientos y experiencias significativas definen los hábitos de cada persona. Por tanto los hábitos se crean, no se obtienen por herencia, se pueden volver necesidades y nos llevan a realizar acciones automatizadas.

OPS, La Malnutrición y los Hábitos Alimentarios, Publicaciones Científicas N° 91, Washington D.C., E.U.A., 1963. Los hábitos alimentarios están profundamente ligados a la tradición cultural, y que la superstición, las creencias religiosas y las costumbres locales, influían en la "resistencia al cambio" que con frecuencia se ha observado al realizar esfuerzos encaminados a mejorar la nutrición mediante la introducción de nuevos alimentos o de métodos de preparación de los productos alimenticios. Las FORMAS en que, los individuos o grupos seleccionan, consumen y

utilizan los alimentos disponibles, constituyen sus hábitos alimentarios; incluyen los sistemas de producción, almacenamiento, elaboración, distribución y consumo de alimentos.

a. Horario de alimentación

Luz Miriam Lupercio Navarrete, nutricionista dietista de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Desayunar, comer y cenar sin horarios estables impide el correcto funcionamiento del organismo en la digestión, absorción de nutrientes y distribución de energía; además, provoca que el metabolismo se vuelva lento, acumule energía y genere grasa abdominal, antecedente del sobrepeso y obesidad. Precisó que la importancia de un buen control en las horas de alimentación radica en que el proceso digestivo se realiza en alrededor de 4 a 6 horas, y por eso es que los horarios deben ser estables: “Es poco recomendable que la gente salga de casa sin haber desayunado. Lo ideal es hacerlo una hora antes de irse a la escuela o trabajo, de preferencia antes de las 09:00 horas. Tomar un refrigerio de fruta o verduras entre las 11:00 y 12:00 horas; hacer la comida entre las 14:00 y 16:00 horas; una colación vespertina y cenar dos horas antes de irse a dormir.

La dietista del IMSS señaló que es muy importante tomar alimentos ligeros en la cena: frutas, cereal integral o un vaso con leche es suficiente: “Muchas veces las personas dejan de cenar con la idea de que van a **perder peso**, pero como son muchas horas de ayuno entre la comida y el desayuno (el metabolismo disminuye su ritmo), en lugar de **adelgazar**, incrementan el peso”.

Laura Tardón, Información Científica en la sección de Salud de EL MUNDO ES SALUD, Madrid España - 2009.

Ir en contra del reloj biológico facilita la aparición de la obesidad. Igual que dicta cuándo dormir o cuándo despertar, también marca las horas de la comida y, al parecer, la noche no es el momento más indicado. Según un estudio, aquellas personas que ingieren alimentos después de la cena son más proclives a ganar peso.

Por ejemplo, aquellas personas que tienen el síndrome del comedor nocturno (la persona ingiere más del 50% de las calorías diarias después de la cena) o **quienes trabajan en turno de noche**. "El horario de estos últimos les obliga a comer a horas en las que el ritmo natural del cuerpo pide dormir

Josep Vidal, del servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital de Barcelona, artículo publicado en El Mundo Es salud de España. La teoría de la investigación realizada con ratones en la Universidad de Northwestern (Illinois, Estados Unidos). Al parecer, el ritmo circadiano juega un papel importante. Se trata de "una especie de **reloj biológico** que marca las horas del día, dicta cuándo dormir, cuándo despertarse, incluso cuándo comer", aclara Carmen Gómez Candela, jefe de servicio de Nutrición del Hospital La Paz de Madrid.

Según los responsables de la investigación, comer de manera desincronizada con este ritmo circadiano metabólico es lo que facilita la aparición de la obesidad.

b. Consumo de comida chatarra y/o frituras

Comida chatarra

Son los alimentos que disponen de importantes niveles de grasas, sal, azúcares, condimentos y aditivos, y que por caso de tales componentes se convierten en irresistibles **comidas** para los paladares de la mayoría de la gente.

Máximo Ravenna, Médico Psicoterapeuta y Especialista en Nutrición, Buenos Aires Argentina 2016. La comida chatarra es el resultado del impulso de la ingeniería de alimentos para hacer irresistible el comer y al mismo tiempo producir hambre. Esto genera gente gorda que come sin parar, impulsada por un hambre emocional que estimula en el cerebro el placer más primario. Lo que se concibió en un principio como una enfermedad de las sociedades opulentas se vio más tarde que afectaba también a los países periféricos.

El acceso rápido y barato a comidas de baja calidad nutritiva se da en todo el mundo y sólo los países con fuertes tradiciones gastronómicas (Italia, Francia, España) han intentado resistir la invasión de la cultura de la hamburguesa.

Hoy, la comida chatarra, cuyo ejemplo clásico es la que se sirve en los locales de cadenas internacionales, domina en prácticamente todos los países del mundo a través de sus presentaciones más habituales como las hamburguesas, los panchos o la comida al paso, pero también en mucha de la comida procesada o semiprocesados que compramos en los súper.

"Toda esa comida está contaminada con demasiados aditivos que las hacen tan ricas. Son sustancias casi desconocidas y que están muy presentes en los productos llamados light, que reemplazan a la comida natural y empeoran la calidad de los alimentos", explicó Ravenna.

Comida adictiva.

La Organización Panamericana de la Salud elaboró un informe lapidario en relación a los trastornos alimentarios que producen estos aditivos y conservantes en los alimentos tanto "light" como procesados y semiprocesados.

Para el organismo, es una de las causas de la epidemia de obesidad que vive el mundo actual porque al tiempo que produce el cambio de la saborización, alienta el consumo de edulcorantes, azúcares o fructosa.

Por su parte, la Sociedad Americana de Pediatría mostró cómo ciertas comidas actúan en la zona de recompensa de nuestro cerebro generando movimientos similares a los que provoca el consumo de cocaína.

"Los snacks, las hamburguesas y lo que a ellas viene asociado, es decir, la bolsa con papas fritas y las bebidas cola, producen una sobrecarga en el organismo que rompe la estabilidad del cuerpo que no puede prescindir del tejido adiposo. Genera una zona de confort de la boca al paladar", explicó Ravenna

c. Consumo de Frituras

El American Journal of Clinical Nutrition ha publicado un estudio español realizado por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid y el Grupo EPIC que corrobora lo que ya sabemos, una dieta en la que habitualmente se consumen alimentos fritos predispone al sobrepeso y la obesidad.

Más de 40.000 voluntarios de cinco regiones de nuestro país respondieron a cuestionarios en los que indicaban sus hábitos nutricionales, los platos que habitualmente componían su dieta y cómo los cocinaban.

Y los resultados fueron evidentes, los que más alimentos fritos consumían, tenían mayor índice de obesidad, pero también indican que los que esporádicamente consumen fritos no tienen la misma incidencia, lo que también indica que sí se puede comer de todo pero con moderación.

Los investigadores barajan las siguientes explicaciones a la relación entre una alimentación rica en frituras y el sobrepeso o la obesidad: Principalmente se ingiere más cantidad cuando se comen fritos porque las grasas tienen un bajo poder saciante, sumado a que es un alimento cocinado más apetitoso para el paladar humano, la ingesta es superior. Además, las frituras se absorben y se metabolizan más eficazmente que otros nutrientes.

Jaime Pajuelo, médico estudioso de la gordura, y el Endocrinólogo Segundo Secién, estudio realizado el año 2011, Lima Perú 2017. Uno de cada dos peruanos sufrirá por exceso de peso. La obesidad es considerada la primera enfermedad no infecciosa, en algunos países ha sido declarada como pandemia. La proyección llama a la prevención: “En diez años más del 50% de adultos en el Perú tendrá sobrepeso y obesidad. No llegaremos a superar el 60% pero será uno de cada dos adultos”. “En 30 años el sobrepeso aumentó de 24,9% al 32,6% y la obesidad del 9% al 14,2%”, alerta.

Pero antes de hablar de síndrome metabólico y otros términos de moda, incluso antes del ‘boom’ gastronómico, las cifras recogidas en la Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales del 2005 arrojaban una realidad preocupante en cuanto a hábitos alimenticios: El 87,1% de la población encuestada manifestó que come frituras al menos una vez por semana y el 29% consumía comida rápida (se consideró la hamburguesa, salchipapas, pollo broaster y pizza), una vez por semana. El 36,8% respondió que nunca comía. En Lima Metropolitana y resto de la costa aumentó un poco el porcentaje: 30,4% y 32,6%, respectivamente. Aunque Lima Metropolitana ya demostraba una prevalencia de consumo de comida rápida más alta que la sierra rural: 65,7% frente a 33,6%.

d. Ingesta de carbohidratos (azúcares y glúcidos)

Consiste en la ingesta de los carbohidratos complejos naturales son: plátanos, cebada, frijoles, arroz integral, garbanzos, lentejas, avena, patatas, tubérculos, maíz, cereales y harinas integrales. Los carbohidratos complejos refinados son: galletas y pastelería, pizzas, cereales azucarados, pan blanco, harina blanca, pasta y arroz; en diferentes volúmenes.

De acuerdo con el Dr. **Douglas Bettcher, Director del Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles de la OMS 2017**. «La ingesta de azúcares libres, entre ellos los contenidos en productos como las bebidas azucaradas, es uno de los principales factores que está dando lugar a un aumento de la obesidad y la diabetes en el mundo. De acuerdo con las estadísticas mundiales de 2014, más de uno de cada tres (el 39%) de los adultos de 18 años o más tenía sobrepeso. La prevalencia mundial de la obesidad se duplicó con creces entre 1980 y 2014 y, en ese año, el 11% de los varones y el 15% de las mujeres (más de medio billón de adultos) eran obesos.

ELENA BEL, Madrid España 2017 de la publicación de la investigación de British Journal of Sports Medicine (Los autores de este estudio son científicos, el Dr Aseem Malhotra, Dr. Tim Noakes Dr Stephen Phinney). Azúcar y Carbohidratos son los responsables directos de la obesidad, no tanto la falta de ejercicio. La creencia hasta ahora era que tomar a menudo azúcar o abusar de los carbohidratos o hidratos de carbono unido a una falta de ejercicio eran un camino directo al sobrepeso y la obesidad. La afirmación parece lúcida, sin embargo una investigación ha descubierto un hecho curioso. Incluso atletas que realizan mucho ejercicio físico, no puede contrarrestar los efectos de una mala dieta. La obesidad se ha disparado en los últimos 30 años y los cambios no se han dado en los niveles de ejercicio físico, sino en lo que comemos. Esto es el exceso de azúcar y carbohidratos son los culpables de la

epidemia de obesidad y el sobrepeso de la actualidad, no la falta de ejercicio.

Los científicos afirman que ya es hora de acabar con el daño causado por muchas campañas de publicidad de comida basura, que parece que cuando consumes alimentos calóricos si haces deportes no pasa nada. La ciencia nos dice que esto es un engaño: El lugar de donde provienen las calorías es importante. Las calorías que vienen del azúcar promueven el almacenamiento de grasa y el hambre. Las calorías que vienen de la grasa inducen a la plenitud o la saciedad.

Rosa M Ortega, Pedro Andrés, Medicina clínica, Hidratos de carbono y obesidad/ Carbohydrates and obesity, Vol. 110. Núm. 20, Madrid España - 1998. En los estudios descriptivos presenta que, Diversos estudios transversales, diseñados específicamente para examinar la relación entre dieta y obesidad, encuentran una correlación positiva entre ingesta de grasa y obesidad y una correlación negativa entre ingesta de hidratos de carbono y obesidad (coinciden: Gazzaniga JM, Burns RD, Burns TL, Miller WC, Niederpruem MG, Wallace J, Linderman A., Gibney MJ y Westerterp KR). Otros estudios en los que se han utilizado datos previos también han encontrado esta relación en colectivos de niños, adultos (Bolton-Smith C, Woodward M.) y ancianos.

Dado que las dietas ricas en grasa son, inevitablemente, pobres en hidratos de carbono su consumo puede condicionar una depleción de los almacenes de glucógeno, un aumento del apetito y una mayor ingestión, con lo que se puede facilitar la consecución de un balance energético positivo, desequilibrio que llevará, a largo plazo, a la obesidad.

e. Ingesta de bebidas alcohólicas

Es la ingesta de bebidas alcohólicas, cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1% de su volumen. Existen dos tipos de bebidas alcohólicas: las fermentadas y las destiladas. Las bebidas fermentadas son las procedentes de frutas o de cereales que, por acción de ciertas sustancias microscópicas (levaduras), el azúcar que contiene se convierte en alcohol. Las bebidas fermentadas más comunes en la realidad del contexto del estudio son: la cerveza, licores preparados a base del aguardiente de caña de azúcar, derivados de la uva y otras frutas.

OMS, Consumo de bebidas alcohólicas, Ginebra, Suiza - 2017. En las últimas décadas el consumo total de alcohol se ha incrementado rápidamente, por ejemplo, en Inglaterra el consumo de alcohol se duplicó entre 1960 y 2002. El último informe de la OMS sobre el estado global del alcohol y la salud, emitido en 2011 afirma que el consumo mundial per cápita de bebidas alcohólicas en 2005 era de 6.13 litros de alcohol puro en adultos mayores de 15 años. Sin embargo, existe una gran variación por países. Los niveles más altos de consumo se pueden observar en países desarrollados principalmente del hemisferio norte, aunque también en Argentina, Australia y Nueva Zelanda. Niveles moderados de consumo se pueden encontrar en el sur África y el Norte y Sur de América y finalmente los niveles más bajos de consumo se observan en el norte de África, medio Oriente y sur de Asia.

La cerveza y otros derivados del alcohol, puede estar involucrado en favorecer el exceso de peso. Principalmente por su afecto como sustrato de oxidación.

El Mundo Salud y Nutrición, resultados de los estudios publicados en el “European Journal of Clinical Nutrition”, Volume 71, No 6 June 2017. La ingesta continua de alcohol

está relacionada con la obesidad abdominal que, a su vez, implica mayor riesgo de mortalidad en adultos, según las conclusiones de un estudio recogido por el Servicio de información y Noticias Científicas (SINC). Sugieren que el consumo de alcohol a lo largo de la vida produce adiposidad abdominal con aumento del perímetro de la cintura. Además, en los hombres, provoca obesidad general con aumento del Índice de Masa Corporal (IMC).

La misma fuente añade... La cerveza, peor que el vino en el estudio se analizó también los efectos que tenían la cerveza y el vino en la formación de adiposidad. Además, la investigación reveló que los hombres que consumen más cerveza presentan más riesgos (en un 75%) que los de vino (25%). De esta manera, los hombres que consumen más de tres vasos de cerveza incrementan (50%) sus posibilidades de tener obesidad abdominal y sobrepeso. Por su parte, las mujeres que beben uno o dos vasos diarios a lo largo de la vida **tienen un riesgo ligeramente mayor de desarrollar obesidad** abdominal que las que no llegan a consumir medio vaso.

Con respecto al vino, las mujeres que toman tres o más vasos tienen más posibilidades (60%) de padecer sobrepeso abdominal que las que no llegan a beber medio vaso. Mientras que, en hombres, este riesgo se sitúa en el 28 por ciento.

2.3.1.2. Ejercicios físicos

Ejercicio físico es la realización de movimientos corporales planificados, repetitivos y en ocasiones supervisados por un instructor, con el objetivo de estar en forma física y gozar de una salud sana.

El ejercicio físico es una actividad que se lleva a cabo en los momentos de tiempo libre, en el cual se incluye el baile, deporte,

gimnasia, educación física, entre otros. El ejercicio físico es sinónimo de bienestar físico, mental y social de una persona.

OMS, Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, Ginebra Suiza 2017. La actividad física en los adultos los Niveles recomendados de actividad física para la salud de 18 a 64 años.

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT y depresión, se recomienda que:

Los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.

Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

Dres. J. R. Cabo Soler y J. Moreno Mercer, SEME Medicina Estética Obesidad y ejercicio físico, Madrid 2017.

La obesidad es el problema metabólico más frecuente y en su génesis y mantenimiento siempre existe un balance energético positivo, con menor gasto calórico que el obtenido de la ingesta. La escasa actividad física suele ser un factor importante en este menor gasto. Se recuerdan los aspectos bioquímicos y fisiológicos básicos del ejercicio físico, con énfasis en el tipo de sustratos consumidos para producir el ATP necesario, en función de la intensidad y, especialmente, de la duración del ejercicio.

Se justifican bibliográficamente las ventajas del ejercicio físico en los programas de adelgazamiento, ya que ayuda a mejorar la composición corporal, perder grasa conservándose la masa muscular, lo que mantiene unas necesidades energéticas altas, con lo que es más fácil mantener la pérdida de peso con dietas estrictas. Se recuerdan especialmente las ventajas del ejercicio físico sobre el perfil metabólico de glúcidos y lípidos. Finalmente, los autores opinan sobre cómo llevar a la práctica esta recomendación de promover el ejercicio físico regular en los programas de reducción de peso, incluso, en la prevención del desarrollo de la obesidad.

En cuanto a los tipos de ejercicio a realizar, se recomiendan los ejercicios aeróbicos de media a larga duración como son, por ejemplo:

- Bailar.
- Footing.
- Natación.
- Ciclismo.
- Gimnasia.
- Deporte.

Es aconsejable que se inicie la actividad física desde el comienzo del tratamiento de exceso de peso.

Dado que se producen tantos fracasos en los tratamientos de la obesidad, incluso en los sensatos, con reducción calórica combinada con un aumento de la actividad física, es conveniente utilizar el ejercicio físico regular en la prevención del desarrollo de la obesidad y en el mantenimiento de un peso estable.

2.3.1.3. Sedentarismo

Se entiende por sedentarismo a aquel estilo de vida que se caracteriza por la permanencia en un lugar más o menos definido como espacio de hábitat. El desarrollo del sedentarismo tiene que ver básicamente con el alcanzar determinadas condiciones de vida que le han permitido al ser humano llevar a cabo una vida más tranquila y segura al no estar dependiendo permanentemente de los recursos disponibles a su alrededor.

a. La Televisión y su influencia en la obesidad

Comer mientras se ve o no la televisión puede condicionar su ingesta, tanto en cantidad como en calidad. Esto parece ser así de forma que ver la televisión mientras se come por la experiencia atribuido que, es gran riesgo de obesidad.

**Juan Luis Gutiérrez-Fisac/Miguel ángel Royo-Bordonada/
Fernando Rodríguez- artalejo, Estilos de Vida parte II, p 50,
Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid España 2006.**

Además de los factores relacionados con la alimentación, ciertos indicadores indirectos de sedentarismo muestran claridad que nuestra sociedad es cada día más sedentaria. Así, tanto el turismo por 10,000 habitantes, que pasó de 2,600 a 4,600 entre 1987 y 2002, como el tiempo empleado en ver televisión, que pasó de 209 a 235 minutos por persona y día

entre esos dos mismos años, no han parado de aumentar. Respecto de la televisión, uno de los indicadores más utilizados últimamente para mostrar el grado de sedentarismo de una población, también se observa, desde finales de la década de los ochenta hasta nuestros días, un incremento claro tanto en el número de horas de emisión como en el de usuarios. Al lado de la televisión, sin duda el medio de comunicación más utilizado, la audiencia de internet está creciendo; el porcentaje de personas que lo usaron en el último mes pasó de 1% en 1994 al 32% en 2004.

Los autores emitieron el análisis científico titulado, Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de obesidad; en el segmento subtítulo Factores relativos al gasto de energía. Si bien el espacio y el tiempo no son muy didáctico dado que las cifras actuales son distintas, pero es importante tener referencia sobre la tendencia.

Julio A Poterico, Antonio Bernabé-Ortiz, Christian Loret de Mola, J Jaime Miranda, Revista de Salud Pública, tema: Asociación entre ver televisión y obesidad en mujeres peruanas. Lima Perú 2012. Publicación Científica cuyo Objetivo fue: Evaluar la asociación entre frecuencia de ver televisión, sobrepeso y obesidad en una muestra representativa de mujeres peruanas a nivel nacional, Discusión: La obesidad es un problema de salud pública que se encuentra en aumento en diversos países en crecimiento socioeconómico incluyendo al Perú. En nuestro medio, un análisis de la ENDES 1996 mostró que la prevalencia de obesidad en mujeres peruanas fue de 9,4%.¹⁵ Los datos de la ENDES 2008 reportan niveles de obesidad del 14,3%, un incremento del 52% en las tasas de obesidad en mujeres peruanas. Nuestro estudio exploró el comportamiento de la asociación entre frecuencia de ver televisión y obesidad confirmando hallazgos publicados en países desarrollados. Previos estudios han mostrado la

asociación entre la frecuencia de ver televisión y obesidad. Tucker, en el Nurses' Health Study, reportó que las mujeres que veían televisión al menos cuatro horas diarias tenían el doble de probabilidades de ser obesas comparadas con las que veían menos de una hora al día. En un estudio prospectivo, encontraron que ver televisión se asociaba independientemente con obesidad y diabetes mellitus tipo 2. Este mismo estudio encontró una tendencia creciente de obesidad a mayor número de horas dedicadas a la televisión. Bowman reportó que ver televisión más de dos horas diarias se asociaba con un incremento del IMC tanto en varones como mujeres. Vale la pena notar que todos estos ejemplos de estudios observacionales proceden de población en los Estados Unidos. Conclusión: El presente estudio muestra una fuerte asociación entre la frecuencia de ver televisión y sobrepeso y obesidad en las mujeres peruanas, sobre todo las que viven en zonas urbanas. Los hallazgos de este estudio son de importancia al evaluar el efecto de ver televisión, y de manera indirecta el sedentarismo, en obesidad en el contexto peruano. Hubo fuerte evidencia de una asociación que varía de acuerdo al área de residencia, lo que podría tener impacto en las futuras estrategias de intervención. Estudios posteriores son necesarios para evaluar el efecto de ver televisión sobre varones y niños en nuestra población, entender los mecanismos de cómo esta actividad sedentaria incrementa las probabilidades de obesidad, y proponer adecuadas estrategias que puedan reducir las tasas de obesidad y sedentarismo en la población peruana.

b. Tecnologías de la información y la comunicación

Según la Asociación Americana de las Tecnologías de la Información: TIC (ITC en inglés) es el estudio, el diseño, el desarrollo, el fomento, el mantenimiento y la administración de la información por medio de sistemas informáticos, esto incluye

todos los sistemas informáticos no solamente la computadora, este es solo un medio más, el más versátil y con el predominio la ocupación en las páginas sociales, pero no el único; también los teléfonos celulares, los tablets, los periódicos digitales, etc.

En pocas palabras, las Tecnologías de la Información tratan sobre el empleo de computadoras y aplicaciones informáticas para transformar, almacenar, gestionar, proteger, difundir y localizar los datos necesarios para cualquier actividad humana. Ahora con la incorporación de los Teléfonos Celulares y similares.

Juan Carlos García Sánchez, Vivir Bien, Guadalajara México 2013. Pasar muchas horas al día utilizando una computadora puede desencadenar adicción a las tecnologías, tendinitis, dolores musculares, desgaste de la vista y problemas fisiológicos que lleva a la Obesidad, y esta es provocada porque dejas de alimentar su cuerpo correctamente.

“El cuerpo está en una actividad tan desgastante, en sentidos visuales e intelectuales, por ejemplo en un videojuego, y al propio organismo pide glucosa, porque estás haciendo algo que demanda muchísima energía, entonces, entra al fastfood (comida rápida), harinas, chocolates, jugos, refrescos, porque tu cuerpo demanda glucosa de manera natural, y esto provoca Obesidad”, afirmó. Al concluir, dijo que si bien en nuestro país, según datos del Instituto Mexicano de Internet, hay 41 millones de internautas, el problema de adicción no ha llegado a ser tan grave como en otras naciones.

c. Trabajo en oficina

Una oficina es un salón destinado al trabajo. Existen muchas formas de distribuir el espacio en una oficina según la función y cuántas personas trabajarán dentro del mismo local. En un extremo cada trabajador tendrá su propio sitio, en el otro una

oficina grande abierta que se puede componer de un sitio principal con muchas personas que trabajan en el mismo espacio. Los estudios acerca de esto último han demostrado que dan productividad a corto plazo, por ejemplo dentro de un solo proyecto.

El trabajo en oficinas, en gran parte debido a la introducción de la informática, ha impuesto condiciones específicas que es necesario conocer para comprender el valor, la necesidad y el valor de los ejercicios físicos para los trabajadores. Una de las características más notables de este tipo de trabajo es el alto grado de especialización. Ello, desde el punto de vista biomecánico, supone la utilización intensa de ciertos grupos musculares y de algunas articulaciones. Como agravante de este hecho debe agregarse que los movimientos que requieren estas acciones sólo demandan un recorrido parcial de la capacidad total de las articulaciones de los músculos. El trabajo en oficinas se caracteriza además por presentar las siguientes cargas

Según una investigación norteamericana, los trabajos de oficina incrementan los niveles de obesidad, debido a que la mayoría de los empleados ignora los riesgos de estar sentado todo el día y además, muchas veces optan por la comida rápida, rica en calorías.

El estudio, realizado por la Escuela de Salud Pública de Harvard en Estados Unidos y financiado por la Unión Europea, examinó los hábitos de ejercicio y trabajo en Europa y determinó que están creciendo los vínculos entre obesidad y condiciones laborales. "A medida que el lugar de trabajo se vuelve nuestro segundo hogar, nuestra alimentación tradicional cambia a la comida rápida, que tiene alto contenido de grasas saturadas", explicó John S. Evans, profesor de la Escuela de Salud Pública de Harvard.

Athena Linos, Atenas 2011, profesora de epidemiología de la Universidad de Atenas. Una causa básica de la obesidad relacionada con el lugar de trabajo es la falta de conciencia sobre cuán serio es este tema entre los empleados y los empleadores". Entre los factores se encuentran el estrés ligado al trabajo, las horas extras y los empleos de oficina", añadió Linos.

d. Pasivo o inactivo “descanso”

Etimológicamente el Descanso sería des-hacer el cansancio o sin-cansancio. De manera general, el descanso es un estado de inactividad del cuerpo o de la mente. El cuerpo como una unidad puede estar en reposo o inactividad, o parte de él, como los brazos o las piernas, si se han estado utilizando hasta el cansancio. El tono o tensión de las fibras musculares descansadas está en su punto mínimo. La mente reposada piensa en forma rápida y no se concentra en resolver problemas o tomar decisiones importantes.

El descanso es considerado el cese momentáneo, reposo, quietud o pausa de una actividad o trabajo para reponer fuerzas. Descanso tiene que ver con el uso libre del tiempo del trabajador después de su jornada laboral en quehaceres que no sean parte de su trabajo, con el propósito de reponer o restaurar sus energías físicas y psíquicas.

Descanso y Obesidad

Felipe Casanueva, presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), España 2017. Descansar correctamente puede ayudar a controlar el peso corporal. Así lo confirman diversos estudios, que hablan de la estrecha relación entre las horas de sueño y la presencia de obesidad. “Se ha constatado que los niños obesos duermen menos que aquellos niños que tienen un peso normal”, “En España, los niños

duermen una media de menos de ocho horas al día, algo insuficiente y que, además, provoca otros hábitos perjudiciales con repercusión negativa en el incremento del peso corporal, como es no desayunar”. Por contra, los niños que más duermen durante sus primeros 11 años de vida tienen un menor riesgo de ser obesos en la edad adulta. Según el doctor Albert Lecube, responsable del Grupo de Trabajo de Obesidad de la SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición), “actualmente se considera que en los niños, dormir 5 o menos horas casi duplica el riesgo de ser un adulto obeso”.

La falta de horas de sueño es una situación cada vez más frecuente en nuestra sociedad, y que afecta a millones de personas. Según el doctor Javier Salvador, *“en la última década se ha puesto en evidencia la existencia de una estrecha correlación entre dormir pocas horas y un mayor riesgo de ser obeso. Es por ello que para prevenir el desarrollo de obesidad en nuestra sociedad, así como para intentar que las personas obesas pierdan peso, junto a los obligados cambios del estilo de vida (alimentación y ejercicio), es necesario dormir al menos 7-8 horas diarias”*.

“En relación a los adultos, en un estudio realizado en 68.183 mujeres adultas seguidas a lo largo de 16 años, aquellas que dormían 5 o menos horas no solo pesaban 2,47 kg más al inicio del estudio, sino que también ganaron una media de 4,300 gr más en comparación con las que dormían 7 o más horas. No solo eso, sino que las mujeres con 5 o menos horas de sueño tuvieron un 32% más de posibilidades de ganar hasta 15 kg que las que dormían 7 o más horas a lo largo del estudio”, explica el doctor Lecube.

Durante el descanso nuestro cuerpo lleva a cabo una serie de procesos imprescindibles para su correcto funcionamiento y desarrollo. La falta de sueño, entre otros problemas, conlleva un

aumento de todas las hormonas que incitan al apetito y a la ingesta precisamente de alimentos ricos en grasa y azúcares. Sin embargo, una sola hora de diferencia en la duración del sueño por sí sola es capaz de poner en marcha mecanismos que nos ayudarán a mantener nuestro peso. Según el doctor Javier Salvador, “Entre ellos, cabe destacar el papel de dos hormonas relacionadas con el apetito y que se modifican con las horas de sueño como son la leptina, que inhibe la sensación de hambre, y la ghrelina, que estimula el apetito”. De este modo cuanto menor es el tiempo de sueño, las concentraciones de leptina disminuyen y aumentan las de ghrelina, es decir, que cuanto menos dormimos más alimentos queremos comer.

Martinez Gomez, et al, Leproult & Van Cauter, (2010) publicados en la revista mexicana de trastornos alimentarios, Vol. 4, Tema: La mala calidad de sueño es factor promotor de obesidad, México 2013, El estilo de vida moderno fomenta las actividades nocturnas. La luz eléctrica, la televisión y la computadora ofrecen a las nuevas generaciones la oportunidad de entretenimiento durante la noche. Estas actividades que normalmente son de diversión, resultan muy atractivas y han desplazado al placer del sueño. De tal manera, el estilo de vida moderno ha sido promotor de mantenerse despierto durante la primera mitad de la noche, para llegar al descanso cerca de, o pasada la media noche. Los horarios de escuela y trabajo, sin embargo, no han cambiado y requieren que los individuos se despierten temprano.

La consecuencia inmediata de esta situación es la reducción en las horas de sueño, principalmente durante los días de la semana. Este fenómeno afecta principalmente a los jóvenes y niños, que permanecen despiertos por largas horas por las noches, convirtiendo la disminución en la duración del sueño en una característica de su estilo de vida.

Karlsson, Knutsson & Lindahl, 2001 USA. En Estados Unidos se reporta que la duración del sueño de la población disminuyó en los últimos años entre 1.5 a 2 horas por noche y la proporción de los adultos jóvenes que duermen menos de 7 horas por noche se ha incrementado de 15.6% en 1960 a 37.1% en 2000-2001. En México es evidente un cambio en los hábitos de sueño en niños, jóvenes y adultos, aunque no existen estudios formales que hayan puesto este fenómeno en evidencia.

De Domingo Bartolomé, M. y López Guzmán, J., La Estigmatización Social De La Obesidad, p. 275 (México CF. 2014). Los prejuicios hacia las personas obesas se han evidenciado en numerosos documentos científicos. Precisamente, se han descrito estereotipos negativos sobre este grupo de individuos que han llevado a prejuizar percepciones peyorativas como indisciplina, desidia ociosidad, etc. Incluso, se ha documentado cómo estas actitudes dan lugar a sátiras e ironías hacia las personas con exceso de peso. Al hilo de esto, lo más llamativo es que estos recelos adquieren diversas formas y se han documentado en personas de todas las edades, incluidos los niños. Al mismo tiempo estos prejuicios, que están estrechamente vinculados con los estereotipos negativos, pueden dar lugar a la estigmatización y a la discriminación en los individuos con obesidad. Estos hechos se han puesto de manifiesto a través de estudios científico.

Dichos autores expresaron que, la estigmatización y la discriminación que sufren las personas obesas se han comprobado en múltiples áreas. Es quizá por esta razón por la que existe una amplia descripción de los diferentes ámbitos en los que se manifiesta. En este sentido, se ha documentado que las personas con exceso de peso experimentan discriminación durante su vida académica, en el ámbito laboral¹⁹, en las relaciones interpersonales y en el contexto sanitario. Al hilo de

este último apunte se han revelado situaciones en las que los pacientes obesos se han enfrentado al prejuicio de los trabajadores sanitarios. Incluso, existen trabajos en los que se muestra cómo los medios de comunicación presentan una imagen de la obesidad de carácter muy negativo. De hecho, existe la certeza de que los individuos con sobrepeso y obesidad son estigmatizados en diversos medios de comunicación. Por lo tanto, las experiencias de rechazo o discriminación son frecuentes en las personas aquejadas de obesidad.

2.3.1.4. Condiciones socioeconómicas

El nivel socioeconómico es la capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país. De alguna manera todos tenemos una idea aproximada de los tres escalones o niveles socioeconómicos: el bajo, el medio y el alto. Sin embargo, desde un punto de vista sociológico es necesario establecer con precisión unos niveles basados en criterios objetivos. Para ello los sociólogos utilizan una serie de variables distintas (ingresos económicos, nivel de estudios, tipo de hogar y número de habitaciones, tipo de ordenador personal, porcentaje de gasto en alimentos, acceso al agua y otros). Si estas variables se aplican a una familia es posible precisar su nivel socioeconómico. Para elaborar estos datos los sociólogos utilizan algoritmos matemáticos y los resultados obtenidos resultan de gran utilidad (para hacer estudios de mercado, para conocer la realidad de una población o para realizar un estudio demoscópico con fines políticos).

Karina Temporelli* Valentina Viego, Obesidad, sobrepeso y condiciones socioeconómicas, p 160. Buenos Aires Argentina 2012.** Dijeron, la obesidad ha sido clasificada por la OMS como la epidemia mundial. Su objetivo es: Analizar los resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo estableciendo la incidencia de las condiciones

socioeconómicas sobre indicadores de obesidad y sobrepeso en Argentina; ellos arribaron a la siguiente conclusión:

Los cambios socioeconómicos, demográficos, epidemiológicos y nutricionales producidos en las últimas décadas han provocado un aumento del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial. Los indicadores muestran además que, lejos de revertirse, el problema se agrava.

La evidencia permite afirmar que también en Argentina el sobrepeso y la obesidad se han convertido en problemas de salud pública, junto con otros problemas nutricionales. Los datos de la encuesta de factores de riesgo son alarmantes, tanto por los valores alcanzados por la obesidad y el sobrepeso, como por la tendencia ascendente que presentan los indicadores.

Estas patologías, en principio consideradas casi exclusivamente de las sociedades de ingresos altos, se manifiestan asimismo en las poblaciones de bajos ingresos, lo que genera en estas una sobre carga de enfermedad, ya que en algunos caos conviven en un mismo barrio, hogar e incluso individuo, problemas de sobrepeso y desnutrición. Esto coloca a ese grupo socioeconómico en una situación complicada que puede hacer que sus condiciones de pobreza perduren en el transcurso del tiempo.

Teniendo en cuenta los resultados anteriores, generar incentivos para disminuir el consumo de determinados alimentos obesogénicos no es efectivo si la obesidad viene acompañada de pobreza y privación.

Una primera aproximación parece mostrar que los senderos a través de los cuales el sobrepeso y la obesidad se desarrollan en distintos niveles socioeconómicos serían diferentes, por lo que se requiere de intervenciones asimismo distintas. Esto revela la necesidad de análisis multidisciplinario profundo de los mecanismos por medio de los cuales la obesidad y el sobrepeso se instalan en cada grupo. Una

vez más se evidencia la necesidad de priorizar las actividades de prevención de la enfermedad, donde la educación alimentaria debería desempeñar un papel fundamental. Aun así, es difícil discutir medidas para mejorar la calidad de la ingesta que permitan disminuir la prevalencia de desórdenes alimentarios cuando los problemas de acceso no están solucionado. Es por eso que gran parte de los esfuerzos en este sentido se dirigen a paliar las consecuencias y no atacar las causas, lo cual permite el agravamiento de la problemática.

a. Ingresos económicos

El concepto de ingreso familiar designa a todos aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia, esto obviamente incluye al sueldo, salario, de todos aquellos miembros de la misma que trabajan y que por ello perciben un sueldo y todos esos otros ingresos que puede considerarse extras, tal es el caso de por ejemplo una “changa”, el ingreso que se obtiene por un emprendimiento independiente que alguno de los integrantes de la familia lleva a cabo, o aquella suma de dinero que se percibe mensualmente en concepto de renta de alguna propiedad que se posee.

El concepto de ingreso familiar designa a todos aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia, esto obviamente incluye al sueldo, salario, de todos aquellos miembros de la misma que trabajan y que por ello perciben un sueldo y todos esos otros ingresos que puede considerarse extras, tal es el caso de por ejemplo una “changa”, el ingreso que se obtiene por un emprendimiento independiente que alguno de los integrantes de la familia lleva a cabo, o aquella suma de dinero que se percibe mensualmente en concepto de renta de alguna propiedad que se posee.

Nivel socioeconómico y obesidad en los países en vías de desarrollo

Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Rodríguez C., Medicina Clínica, Factores económicos y sociales asociados al índice de masa corporal y obesidad en la población española de 20 a 64 años, ps. 193-198, España 1995. La obesidad además el sobrepeso y nivel socioeconómico de estudios han observado variaciones sociales en la frecuencia de la obesidad. La relación es, sin embargo, compleja. En primer lugar, la asociación es diferente en contextos socioeconómicos distintos; existe una interacción según el nivel de desarrollo de la población de estudio; es decir, el efecto que el NSE tiene sobre la obesidad (o viceversa) es diferente en los países desarrollados que en los países en desarrollo. Se ha comprobado que en los países desarrollados existe una asociación inversa, según la cual los individuos de menor NSE tienen, en general, una mayor frecuencia de obesidad, mientras que en los países en desarrollo son los individuos con un mayor NSE los que sufren con mayor frecuencia este problema de salud.

Recientemente, Fezeu y colaboradores (Fezeu L, Minkoulou E, Balkau B, et al Asociación entre el estatus socioeconómico y la adiposidad en el Camerún urbano Int J Epidemiol 2006; 35: 105-11), Wahashington 2012. El estadio de desarrollo social y económico puede influir en la relación entre la situación socioeconómica (SSE), y el sobrepeso - obesidad y en la forma en que esta se manifiesta en los diferentes países, examinaron la relación entre la SSE y la adiposidad en un estudio transversal de base poblacional realizado en una zona urbana de Camerún. Los autores encontraron una relación directa entre la SSE y la obesidad, a diferencia de lo encontrado por otros autores en países desarrollados. Por la importancia del tema, en este artículo se discute la forma de interpretar esos resultados a la luz del creciente e importante problema de la obesidad.

b. La educación

Jean Piaget (1896-1980). La principal meta de la educación es crear hombres capaces de hacer cosas nuevas y no simplemente de repetir lo que han hecho otras generaciones: hombres creadores, inventores y descubridores. La segunda meta de la educación es formar mentes que puedan ser críticas, que puedan verificar y no aceptar todo lo que se les ofrece."

Zsuzsanna Jakab, directora regional para Europa de la OMS, Ginebra, Suiza 2013. El nivel educativo **influye para desarrollar obesidad y sobrepeso**. Un informe del Ministerio de Sanidad de España, que se basa en datos conseguidos a través de encuestas nacionales de salud, que se llevaron a cabo entre 2001 y 2012 con el objetivo de evaluar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, revela que la incidencia de obesidad es cuatro veces mayor entre las mujeres con estudios primarios en comparación con las que han realizado estudios universitarios. Durante estos años, además, se incrementó un 3,8% (2% en mujeres y un 5,7% en varones) la prevalencia de obesidad en la población adulta española. En los hombres, también el nivel educativo resultó determinante, ya que en aquellos con menos estudios la frecuencia de obesidad era el doble.

2.3.1.5. Condiciones Psicosociales

Dr. Carlos Zoch Z., Trabajo realizado bajo la supervisión del autor en la cátedra de psiquiatría, Hospital Nacional Psiquiátrico, Escuela de Medicina y Universidad de Costa Rica, de la publicación denominada: **I CIENCIAS, Factores Psicológicos de la Obesidad p.5-8 Costa Rica.**

Más allá de la definición general, el autor plantea la precisión psicológica: la obesidad es el aumento en el impulso coercitivo que lleva al individuo a comer. Al entrar a analizar las causas de la

obesidad debemos definir los tres períodos en los cuales el individuo está más propenso o desarrollar obesidad:

- En los dos primeros años de vida;
- A los seis años de edad;
- Durante la adolescencia;
- En la edad adulta. En la cual generalmente existe una disminución en el consumo de energía, y un ingreso alimentario que no es muy exagerado. Pero al tenerse una disminución del consumo lleva a tener un balance calórico positivo.

Es importante recalcar que en los tres primeros períodos, el niño se mantiene en período de crecimiento y de estos individuos más o menos el 80% continuarán su obesidad en la edad adulta.

En la etapa de la infancia los problemas psicológicos son mucho más graves que en la obesidad que se inicia en la vida adulta.

En la infancia la influencia de los padres ejerce un efecto determinante en la conducta que tiene el niño hacia el alimento. El lactante y el niño no tienen una concepción de lo que es hambre y saciedad y estos parámetros los determino lo persona que cuidó de darle los alimentos al niño. Para poder definir la obesidad debemos definir lo que es el “hambre” y “apetito”.

El hambre, tiene tres componentes:

1. El origen: corresponde a la causa fisiológica.
2. Intensidad: se define como el impulso que mueve al individuo a comer o a abstenerse de hacerlo.
3. El objeto: corresponde al alimento.

El hambre forma parte de los impulsos básicos, que también se llaman instintos. Se sabe que la sensación de hambre se percibe en el hipotálamo y lo determinan los niveles de glicemia.

Sin embargo, la respuesta al hambre no se da cuando la concentración sanguínea de glucosa ha disminuido demasiado, sino

cuando el nivel ha disminuido levemente. Este equilibrio es determinado constitucionalmente por el individuo.

En la intensidad influyen factores como localización del alimento, posesión y presentación.

El alimento corresponde al objeto que es influido por el aprendizaje y consideraciones culturales.

El apetito, influyen 3 componentes:

1. Antecedentes del sujeto.
2. El estado psicológico.
3. Presencia o fantasía de especies deseables de alimentos.

La boca es una de los primeros órganos que proporcionan satisfacción al niño y a algunos adultos, En ciertos individuos la tensión libidinal encuentra relajación a través de la vía bucal. La cantidad de libido, que le proporciona esta vía varía en cada individuo.

Según los conflictos que se presenten en lo etapa oral así varían la necesidad de cada individuo en la edad adulta.

Se pueden tener tres tipos de conflictos:

- Frustración excesiva.
- Satisfacción excesiva.
- Ambos.

El tipo de enfoque que le da el individuo a la frustración se puede dar en dos sentidos:

1. El infante que come, por reemplazar su necesidad de cariño, la cual está ausente.
2. Lo madre que rechaza a su hijo y por un sentimiento de culpa, vive sobreprotegiéndolo; dándole un exceso de alimentación.

El niño presenta una insatisfacción de su libido cuando se le priva de cariño, produciéndose tensiones en el infante que no son aliviadas ni por la presencia de la madre ni por el seno materno, pues este tipo de madres buscan cualquier excusa para no darle el pecho al niño. El biberón constituye la única forma de satisfacción que tiene el niño, la cual le proporciona sueño y lo acerca lo más posible a la paz de la vida que llevó en el útero.

En la obesidad precoz es primordial la relación entre el niño y la madre. Si la madre permite que el niño coma cuando le apetece, se expone a que el niño no desarrolle ninguna norma de disciplina y además aumente de peso. Cuando éste entre a la escuela será la burla de sus compañeros lo cual determina su tendencia a refugiarse en su madre retrasando el desarrollo psicológico.

La madre severa lucha contra los excesos alimenticios, considerándola el niño como mala, lo que hace repercutir en el carácter y la búsqueda de compensaciones alimenticias.

El niño obeso usualmente presenta diferentes alteraciones de la imagen corporal que parecen variar de acuerdo con la subestimación que los padres hacen de su salud y robustez.

Está comprobado que los niños obesos tienen una pobre imagen de sí mismos.

Expresan sensaciones de inferioridad y de rechazo. Se consideran ridículos, además es difícil que sus compañeros los acepten en juegos, actividades o recreos atléticos, esto exagera su problema de inactividad.

Este problema produce individuos retraídos, frustrados, que cada vez tienen una mayor conducta antisocial.

La obesidad en otros niños se desencadena por situaciones de stress, como intervenciones quirúrgicas, divorcio de los padres, cambio de ambiente, etc.

Los autores afirman que, los obesos tienen trastornos de la percepción, por ejemplo no tienen sensación de apetito durante las contracciones gástricas. Esta alteración en los impulsos físicos y psíquicos puede desempeñar un papel importante en la patogénesis que aún no ha sido determinado.

El adulto obeso tiene menos problemas psicológicos.

El Dr. Charles K. Hofling en su libro de Psiquiatría habla de que las causas psicológicas de la obesidad se deben a trastornos emocionales y de la personalidad que se dan más en adultos que en niños.

Los trastornos más comunes son:

Algunas reacciones psicóticas tales como trastornos maniaco-depresivos o afectivos. En estos casos el período de obesidad coincide con la relación temporal, resolución o resurgimiento después de un ciclo depresivo. También puede presentarse después de un período depresivo psicótico, que ha tenido manifestaciones esquizofrénicas y el paciente al presentar mejoría come en exceso. El individuo relata que se siente vacío en su interior, necesitando compulsivamente de comer. Existe el caso de personas, que ante las situaciones cambiantes de la vida tienen la necesidad imperiosa de comer. La pueden desencadenar conflictos interpersonales: por ejemplo, la pérdida de un ser querido; algunos psiquiatras llaman a este tipo de obesidad "equivalente depresivo".

La mujer obesa generalmente es frígida y padece de estreñimiento. La frigidez es un problema bastante importante, sobre todo en el matrimonio, y la causa psicológica está en que la mujer se considera poco atractiva y rechaza todo contacto personal. El problema con los hombres obesos es que les falta dinamismo. Este puede manifestarse como impotencia sexual, se da no sólo cuando el individuo tiene asco por el acto sexual, sino por miedo a ser rechazado. Para terminar concluyo que el problema más grave de la

obesidad psicológicamente se debe a que el individuo va a dejar resegado su desenvolvimiento personal, social.

Dra. Rebeca Guzmán, C Arturo del Castillo Arreola, Dra. Melissa García Meraz, Factores Psicosociales Asociados al Paciente con Obesidad, México 2010. Por otro lado, como ya se ha señalado, entre las consecuencias más negativas de la obesidad se encuentran las psicosociales. Particularmente los niños y niñas con obesidad son rechazados convirtiéndose fácilmente en objeto de discriminación. En la medida en que el niño madura, los efectos de la discriminación se van agravando; así mismo, se observa una influencia cultural muy marcada, y la sociedad establece un patrón estricto de aceptación dentro de ella. A continuación se abordan algunas de las principales problemáticas que viven las personas con obesidad, tales como discriminación, problemas emocionales y conductuales, problemáticas con la imagen corporal, trastornos de la personalidad, conductas adictivas, carencia de habilidades sociales, entre otras.

a. Depresión

La ansiedad, depresión, estrés o síndrome de comedor compulsivo, son algunos de los trastornos alimentarios y principal factor para el aumento de peso, informó el nutriólogo de la Secretaría de Salud Estatal, Adolfo Veliz Silva.

b. Conflictos personales

El conflicto es algo natural y habitual, tanto en casa como en el trabajo; de hecho, la vida sería muy aburrida sin él. No hay dos personas que piensen, actúen o sientan del mismo modo y, puesto que cada una parte de un punto distinto, nunca se podrá evitar por completo que exista algún tipo de conflicto por diferencias en los rasgos de la personalidad entre la gente.

Joaquín Lara Sierra, de la publicación del Proyecto Educativo para la Vida, de: Conflictos de la Personalidad, Universidad Tecnológica de Bolívar Cartagena de India, Colombia 2012. Los

Conflictos personales, son manifestaciones del comportamiento humano, como tal es proclive a desarrollar ansiedad, depresión o estrés por lo tanto se constituyen en determinantes para la **obesidad y el sobrepeso**. Los Conflictos personales, según el autor se encuentra en la dimensión psicológica donde el individuo posee una actitud llamado "soy in", tales son Inferior, Inseguridad e Inadecuada, donde:

Inferior: es tener una imagen de sí mismo lo cual le lleva a vivir una lucha permanente por tener aprobación de otros. Manifiesta descontento y desacuerdo entre lo que se piensa y lo que se siente. Sabe que no es inferior a otro pero siente que lo es.

Inseguridad: es la devaluación de las capacidades innatas y adquiridas.

Inadecuado:

Inadecuado parcial: Inepto en determinadas circunstancias e

Inadecuado total: **incapacidad** permanente frente a las demandas y expectativas del ambiente en que se desenvuelve; no hay identidad ni pertenencia, no disfruta las condiciones, las oportunidades ni las personas que le rodean.

c. Gula

Mecanismo humano caracterizado por el apetito desmedido de comer y beber. La gula o glotonería es la cualidad del glotón. El término proviene del latín *gluttire*, que significa engullir o tragar de manera excesiva alimentos o bebidas sin medida.

Quien padece de gula, no puede dejar de saborear cuanto manjar se ponga delante de sus ojos, aun sabiendo que su salud se resentirá, pues trae aparejado serios problemas, como la obesidad, el colesterol alto y la diabetes tipo 2.

Dr. Carlos Zoch Z., I CIENCIAS, Factores Psicológicos de la Obesidad p. 8 Costa Rica. La gula se da también para sustituir el amor sexual. El individuo ve el placer sexual como una cosa mala o prohibida y la sustituye por el alimento. Hay que recordar que el comer y el ser satisfecho con la comida es una de las sensaciones más primitivas.

Otro caso es comer excesivamente expresando la cólera encubierta. El sujeto usa el mecanismo de represión. El morder, desgarrar o destruir con los dientes es una manera de sublimar instintos agresivos. Se ve en sujetos que viven en ambientes represivos donde los obligan a tener patrones de conducta establecidos. Estos procesos psicológicos de esta naturaleza se escapan a su nivel de conciencia. Otro ejemplo es: comer en exceso por sentimientos de inseguridad, el individuo necesita que las personas que lo rodean no lo vean con envidia y le den amor. Este tipo de reacción es altamente patológica. Se puede comer en exceso para sublimar estados de falta de afecto, de respeto y de contacto físico.

Se come en exceso para darle al YO una sensación de imagen de protección paterna o materna. La falta de alguno de los padres puede no ser física sino que es la mayoría de las veces una sensación emocional. Si se interroga a las mujeres, sobre el inicio de su obesidad se puede comprobar que la mayoría de las veces ocurre después de la primera menstruación o del parto. Se ha comprobado, que en las obesas que inician su padecimiento después del parto, se produce porque aún tienen concepciones de la vida infantiles, no afrontan la maternidad con todas las responsabilidades que conlleva.

Necesitan de un amor y una protección emocional infantil, la cual no les es proporcionada por el esposo, ni los familiares, teniendo la madre que compensar su frustración dándole cariño a su hijo, esto aumenta la frustración porque en vez de recibir tiene que dar.

2.3.1.6. Heredo familiares

Antecedentes heredofamiliares se definieron como la existencia de al menos un familiar consanguíneo (abuelos, padres, hermanos e hijos) con diagnóstico de Obesidad o sobrepeso.

Farooqi IS. Aspectos genéticos y hereditarios de la obesidad infantil. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab; 19: 635 - 43. 2005 USA. La obesidad común se considera una enfermedad compleja y multifactorial, puesto que es el resultado de la interacción entre factores genéticos, conductuales y ambientales que pueden influir en la respuesta individual a la dieta y la actividad física.

Bouchard C, Tremblay A, Despres JP. La respuesta a la sobrealimentación a largo plazo en gemelos idénticos. N Engl J Med.; 322: 1477 – 82, 1990 USA. Los fenotipos asociados a la obesidad tienen una heredabilidad aditiva h^2 (proporción de la varianza fenotípica que puede ser atribuida a efectos genéticos) significativa, siendo este parámetro la proporción de la variabilidad de un rasgo que es atribuible a factores genéticos. En el caso del índice de masa corporal (IMC) la h^2 tiene valores de 40 a 70% en distintos estudios en grupos humanos. La heredabilidad de muchos otros fenotipos asociados a la adiposidad, como peso corporal, porcentaje de grasa corporal, o masa libre de grasa, concentraciones circulantes de adipocitocinas, y otros marcadores de inflamación, ha sido estimada en distintas poblaciones y diferentes grupos de edad, con observaciones consistentes de la contribución de factores genéticos a la variación de estos rasgos.

María Elizabeth Tejero, Genética de la obesidad, Department of Genetics, Southwest Foundation for Biomedical Research, San Antonio, Texas, 2008 USA. Los casos de obesidad derivada de alteraciones cromosómicas o condiciones monogénicas en humanos, representan una muy pequeña proporción de los casos de obesidad y sobrepeso. La obesidad en edades tempranas es

un hallazgo de importancia que sugiere la búsqueda de otras características como retardo en el desarrollo, dismorfias, etc., con la finalidad de realizar un diagnóstico adecuado y descartar anomalías genéticas. La obesidad común y los fenotipos relacionados con ella tienen un componente genético significativo y existe amplia evidencia de la influencia de múltiples genes en el desarrollo de esta enfermedad. El estudio de la genética de la obesidad ha demostrado que algunos de los mecanismos más probables que predisponen a su desarrollo se encuentran en las vías que regulan el apetito y el gasto de energía; sin embargo, no existe hasta la fecha ninguna variante genética que se asocie consistentemente con el riesgo para la obesidad común. Los QTL ligados a la obesidad y los genes candidatos asociados a las formas comunes de obesidad, parecen ser los mismos en adultos y en niños. Se ha hecho énfasis en la variedad de métodos que existen para estudiar la contribución del material genético al riesgo para desarrollar obesidad común.

Sin duda, la aplicación de los distintos abordajes y la integración de los resultados obtenidos a través de distintos modelos permitirán identificar a los genes con mayor contribución a la obesidad común. Estos alelos posiblemente tienen una contribución pequeña, aunque significativa, a la adiposidad u otros fenotipos relacionados con ella, y ser distintos en cada población.

Por las consideraciones, se recomienda valora hasta la tercera generación, desde la afirmación o la negación.

2.3.1.7. Anticonceptivo hormonal

Es un derivado sintético de Medroxiprogesterona y otros, con acción pro gestacional que brinda protección anticonceptiva por tres meses.

Videz S. Medición de la Densidad mineral ósea en usuarias anticonceptivas. Tesis. Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala; 2013. Diferentes estudios realizados entre el 2009 y 2013 revelan que el uso de acetato de Medroxiprogesterona por tiempo prolongado puede provocar aumento de peso, de manera moderada, pudiendo alterar el correcto desarrollo de las mujeres adolescentes y de las mayores que se acercan a la menopausia, siendo este un factor de riesgo de obesidad.

Nombres del acetato de Medroxiprogesterona: Depoprovera, Cyclofémína, Progevera, Sayana, y Provera.

Dentro de los métodos anticonceptivos (MAC) hormonales se encuentran: las píldoras

No existe tendencia clínica, ni trabajos que relacionen la obesidad con el uso del acetato Medroxiprogesterona, sin embargo podemos inferir que las usuarias tienen mayor estrés, ansiedad y esto conlleva a la ingesta inapropiada de nutrientes. Otra posibilidad puede ser que al sentirse protegida frente a un embarazo se despreocupa de su figura, ayudado por la ingesta inadecuada, ya que la alimentación está basada en hidratos de carbono, por ejemplo: Arroz con frijoles, cabrito, tallarín con pollo, etc. Además la falta de ejercicios en mujeres sobre todo de las zonas marginales, conlleva al consumo de grasas saturadas, retención de líquidos, etc. Entre las investigaciones relacionadas a este tema tenemos:

López L, Edelman A, Chen-Mok M, Trussell J, Helmerhorst M. Anticonceptivos con progesterona sola: efectos sobre el peso. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. EE. UU 2011. En su investigación “Los Anticonceptivos con progesterona sola, para evaluar una asociación entre el uso del anticonceptivo con progesterona sola”. Se concluyó que existen variaciones en el peso corporal ante el uso del método. Esta investigación contribuye en nuestro proyecto con la posible variación de peso en el transcurso del año de uso del MEC hormonal parenterales, mediante el control

del IMC. Si en las usuarias se establece la relación entre el uso del acetato Medroxiprogesterona y la obesidad, esto puede deberse a la retención de líquidos, acumulación de grasa corporal, aumento de apetito.

En el Perú el uso de acetato Medroxiprogesterona, afecta a más del 80% de las mujeres al cabo de varios años de uso. De ellas se registró que comenzaron con un basal de 52 kilos, denotándose por consiguiente que el 30% aumentó de peso es significativo.

2.3.2. Incidencia de obesidad y sobrepeso

Incidencia

Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año. La incidencia muestra la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha enfermedad.

En epidemiología, término que reemplaza al de «frecuencia de los casos nuevos»: OMS). «Número de casos de enfermedades que han empezado, o de personas que han caído enfermas, en un período determinado, en una población» (Monnerot-Dumaine). Se expresa generalmente en proporción con relación al número de individuos.

Definición en el Diccionario Médico: medida estadística utilizada para estimar la proporción de nuevos individuos que padecen una determinada enfermedad, referidos por cada 1.000 habitantes y considerando un espacio de tiempo fijo, en general un año.

Sobrepeso y Obesidad

OMS, OBESIDAD Y SOBREPESO, Publicación de Centro de Prensa, Ginebra, Suiza 2017. El sobrepeso y la obesidad se

definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Adultos

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

1. sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
2. obesidad: IMC igual o superior a 30.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

2.3.2.1. El sobrepeso

El peso corporal se correlaciona directamente con la grasa corporal total, de manera que resulta un parámetro adecuado para cuantificar el grado de obesidad.

En la práctica clínica es la primera herramienta utilizada para valorar el grado de sobrepeso, utilizando para ello:

a) Tablas de peso: tienen en cuenta sexo, talla, raza y constitución física. Se basan en la observación de diferencias notorias del riesgo de mortalidad entre grupos de individuos obesos con respecto a individuos de " peso deseable" para su edad y sexo. Como

inconveniente, las tablas fueron confeccionadas para evaluar mortalidad y no morbilidad, y por otro lado no pueden ser extrapoladas de una población a otra.

b) Índices: el más comúnmente usado es el índice de masa corporal (IMC). Aunque no es un excelente indicador de adiposidad en individuos musculosos como deportistas y ancianos, es el índice utilizado por la mayoría de estudio epidemiológico y el recomendado por diversas sociedades médicas y organizaciones de salud internacional para el uso clínico, dada su reproducibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de la población.

2.3.2.2. La obesidad

La obesidad es un enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares.

Msc. Fernando Quevedo Amador, Ejercicio físico en personas obesas, Buenos Aires, Febrero de 2009. Según la definición clásica, la obesidad es un aumento de peso o un exceso de grasa corporal en relación con el peso estándar, que viene dado fundamentalmente por la talla, el sexo y la edad. En realidad, la obesidad es un exceso de tejido graso y no solamente de peso. La obesidad se divide en o. androide y ginoide.

Obesidad androide

Más frecuente en el hombre que en la mujer. Por efecto de la testosterona y de los corticoides, hay una acumulación de masa adiposa en la parte superior del cuerpo. Generalmente no se da un aumento de volumen de caderas y extremidades inferiores.

Una característica de esta obesidad es la hiperingesta, consecuencia de una polifagia más o menos importante.

Otra peculiaridad es que las complicaciones suelen ser metabólicas. A partir de los 40 años, vemos obesos de estas características afectados de diabetes, arterosclerosis, hiperuricemias o hiperlipemias, factores todos ellos de riesgo coronario.

La obesidad abdominal puede asociarse a la hiperinsulinemia, resistencia (síndrome plurimetabólico, a menudo ligado a la hipertensión).

Obesidad ginoide

Frecuentemente se observa en la mujer con actividad ovárica. El aumento de la grasa en la parte inferior del organismo parece ser consecuencia de los estrógenos.

La mujer con este tipo de obesidad no suele hacer una dieta excesivamente calórica. Las complicaciones más habituales de la obesidad ginoide son las deambulatorias o motoras, como la artrosis de columna o rodillas, y los problemas de circulación de retorno (varices, etc.).

Fórmula para calcular el Índice de Masa Corporal:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (metros)}}$$

Calificación de resultados.

- Si su IMC es inferior a 18.5, es "bajo peso".
- Si su IMC es entre 18.5 y 24.9, es "normales" = peso saludable.
- Si su IMC es entre 25.0 y 29.9, es "sobrepeso".
- Si su IMC es 30.0 o superior, es "obesidad".

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA

3.1. Ámbito

Centro de Salud Perú Corea, comprensión de la Micro Red de Salud Amarilis, Red de Salud Huánuco, Diresa Huánuco.

3.2. Población

Para la investigación la población estuvo conformado por todos los servidores del Centro de Salud Perú Corea, que será un total de 80 trabajadores.

3.3. Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el método no probabilístico por conveniencia; es decir, dicha muestra estuvo representado por el 100 % de la población estimada.

La muestra se seleccionó mediante los siguientes criterios:

Criterio de Inclusión:

- Trabajadores que laboran en el Centro de Salud Perú Corea de ambos sexos.
- Trabajadores del Centro de Salud Perú Corea que presentan el consentimiento informado firmado.

Criterios de exclusión

- Trabajadores del Centro de Salud Perú Corea que no quieren participar en el estudio.
- Trabajadores del Centro de Salud Perú Corea con licencia y vacaciones laborales.

3.4. Nivel y tipo de estudio

3.4.1. Nivel de estudio

Explicativo

3.4.2. Tipo de estudio

De acuerdo a la orientación : básica

De acuerdo a la técnica de contrastación: explicativa

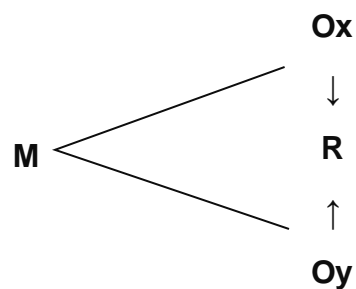
De acuerdo a la direccionalidad : Prospectiva

De acuerdo a la recolección de datos : Retrolectiva

Por evolución del fenómeno estudiado : transversal

3.5. Diseño de investigación

Para la investigación se utilizó el diseño descriptivo correlacional, cuyo esquema es el siguiente:



Donde:

M : Muestra en estudio

Ox : Datos de la variable independiente

Oy : Datos de la variable dependiente

R : relación de datos de ambas variables

3.6. Técnicas e instrumentos

3.6.1. Técnica

Para la Variable independiente, la técnica fue el cuestionario y para la variable dependiente, fue la valoración del punto del IMC.

3.6.2. Instrumentos

Para la variable independiente se usó los formatos de cuestionario y para la variable dependiente se usó la ficha con escala del IMC.

a) Validación de los instrumentos

El instrumento fue calificado por profesionales expertos en investigación científica, quienes asumiendo la condición de jueces validaron para los fines de la investigación. Los que se nombran enseguida:

1. Dra. Victoria Maruja Manzano Tarazona
2. Mg. Ennis Jaramillo Falcón
3. Dra. Nancy Veramendi Villavicencios
4. Lic. Marco Isidro Céspedes
5. Dra. Teresita Vela López

b) Confiabilidad de los instrumentos

Para la confiabilidad del instrumento se utilizó la significancia de Alfa de Cronbach; cuyo resultado fue el siguiente: Confiabilidad del instrumento muy alta, siendo $\alpha = 0.89$

A partir de las varianzas, el alfa de Cronbach se calculó así

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

Donde:

- α : alfa de Cronbach
- K : muestra
- V_i : Preguntas (varianza) = 20
- V_t : Respuestas (varianza) = 106

3.7. Procedimiento

a) Técnica de recojo de datos:

- Elaboración del instrumento según los objetivos y variables en estudio.
- Codificación del instrumento elaborado
- Revisión del instrumento.
- Validación del instrumento por expertos
- Aplicación de los instrumentos validados.

b) Técnica de procesamiento de datos:

- Los Datos serán procesados después de la aplicación de los instrumentos a través del recuento manual por paloteo.
- Los datos serán procesados por el método electrónico como auxiliar a través del paquete estadístico SPSS versión 22.
- Los datos serán contrastados y probados mediante la estadística inferencial utilizando la significancia del chi cuadrado X^2 , porque mide la escala nominal y ordinal.

c) Técnica de presentación de datos

- Los datos serán presentados en tablas o cuadros estadísticos mediante los objetivos y variables en estudio según indicadores.
- Los datos también serán presentados en gráficos de acuerdo al sistema de histogramas.

3.8. Aspectos éticos

Los hombres y mujeres trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, luego de haber sido exhaustivamente informados y haber comprendido la información recibida, a cerca del propósito, la duración, confidencialidad de los datos, metodología de trabajo, entre otros temas; tomaron voluntariamente la decisión de participar en la investigación. Durante el desarrollo de la investigación se respetaron las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, así como las Normas CIOMS (OMS)

3.9. Tabulación

Los datos que se obtuvieron de la muestra que respondieron al problema y objetivos planteados, fueron presentados en una serie de Tablas de frecuencia y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, lo cual facilitó la observación de las tendencias de las variables; cada uno con su respectivas figuras y sus respectivas interpretaciones.

En otras dimensiones del trabajo, en la parte analítica en el cruce de variables se presentaron cuadros de doble entrada relacionado con los indicadores de ambas variables (independiente y dependiente) para lo que se ha podido aplicar el estadístico, en este caso chi cuadrado (X^2) para conocer la significatividad de la correlación entre las variables y con ello probar las hipótesis.

La información recogida se procesó y tabuló en Microsoft Excel versión 2013. Para la obtención del diagnóstico del peso y la talla, se calculó en base a los percentiles del Índice de Masa Corporal (IMC) para clasificar en normopeso, sobrepeso y obesidad. Por otro lado, para las dimensiones de la variable independiente, Factores de Riesgo: hábitos alimentarios; se hizo una lista de los alimentos de consumo común, a los que fueron asignados valores calóricos convencionales de cada productos [AMBURGUESA 100 g. (461.48 cal), PIZZA 100 g. (226.98), PARRILLADAS 100 g. (173.61 cal),

PAPAS FRITAS 100 g. (531.90 cal), REFRESCO DE SODA 100 g. (133.56 cal), PASTELES O SIMILARES 100 g. (309.84 cal), POLLO BRASA, BROASTER O SIMILARES 300 g. (368.24 cal), SÁNDWICH DE HELADO 50 g. (251.37 cal), BEBIDAS GASEOSAS 50 g. (160.63 cal), HOTDOGS 50 g. (125.80 cal), FRITANGAS 200 g. (180.00 cal) y OTROS 50 g. (238.98) así mismo PAPA 100 gr (72.88 cal), BIZCOCHO 100 g (244.40 cal), PLÁTANO 100 g. (127.56 cal), FRUTAS 100 g (148.28 cal), YOGURT 250 cc (69.60 cal), PANES 40 (80.96 cal), TORTILLA 100 g (77.60 cal), TALLARINES 100 g (187.92 cal), MIEL 5 cc (64 cal), GOLOSINAS DULCES 32 g (49.60 cal), PASTELES 100 g (109.44 cal), CAMOTE 100g (79.88 cal), MENESTRA 100 g (72.40 cal), GATORADE 250 cc (66.68 cal), BEBIDAS FRUTAS 250 g (146.72 cal), QUEQUES 100 g (79.4 cal) YUCA 100 g (74.88 cal), JUGOS 250 cc (146.72cal) y OTROS 100 g (56.16 cal)]; a los que se analizaron en valores relativos dadas las diferencias en sus características tanto como producto y el volumen de consumo.

En lo que respecta a las dimensiones ejercicios físicos, sedentarismo, condiciones socioeconómicas, condiciones psicosociales, condiciones heredofamiliares y anticonceptivas hormonales, se hizo uso de los valores relativos teniendo en cuenta su incidencia en la variable dependiente. Se califica indirectamente proporcional en la dimensión ejercicios físicos considerando como incidencia mayor a los valores menores.

3.10. Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS v.21 para Windows; para la variable del estudio y determinar su incidencia se utilizó Chi², a un nivel de confianza del 95%.

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis descriptivo

Los resultados del presente estudio dan a conocer la estadística descriptiva de las variables demográficas de los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, los factores de riesgo y la incidencia del sobrepeso y la obesidad, así como la estadística inferencial para el análisis de los variables factores de riesgo e incidencia de Obesidad y Sobrepeso.

Estadística Descriptiva

La población estudiada la conformaron 80 trabajadores del sector salud que constituye el universo de la población, divididos en 2 grupos etareos, adulto joven y adulto mayor; el promedio de edad de los participantes fue de 37 años.

Los sujetos de estudio lo conforman el 100 % el cual se divide en 3 grupos para la población con IMC normopeso, sobrepeso y obesidad; cuyo término porcentual fue equitativo para efectos de correlación entre las variables.

Datos sociodemográficos de los trabajadores

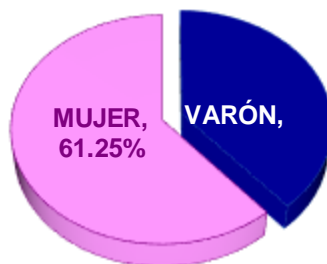
TABLA A. POBLACIÓN SEGÚN SEXO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

SEXO				TOTAL	
VARÓN		MUJER			
N	%	N	%	N	%
31	38.75	49	61.25	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La descripción de la población demostró que la distribución final de la población fue de 31 varones (38.75%) y 49 mujeres (61.25%) no obstante la población en el contexto provincial de Huánuco las proporciones se dan en el siguiente orden: varones 49.45% y 50.55% mujeres. Los resultados obedecen a las tendencias del predominio laboral en las instituciones públicas de salud del género femenino.

FIGURA A: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN SEXO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017



Fuente: Tabla A

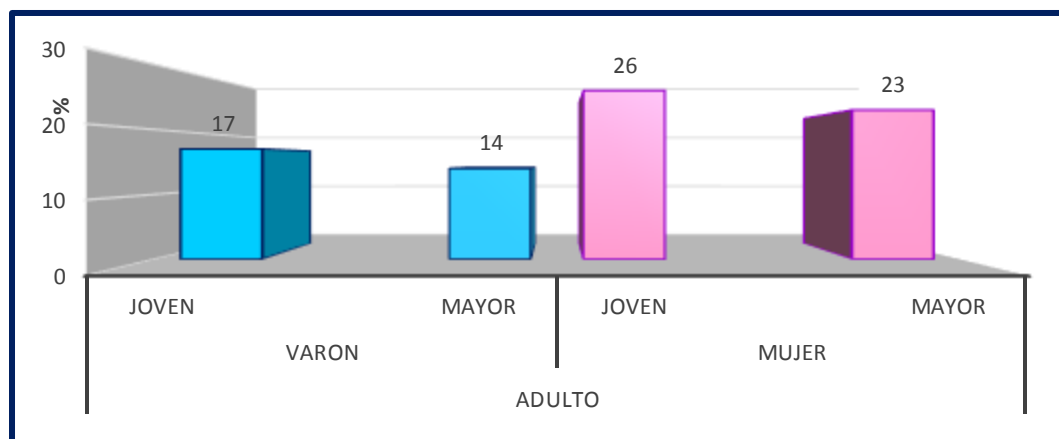
TABLA B. POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y GRUPO ETÁREO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

SEXO								TOTAL	
VARÓN				MUJER					
JOVEN		MAYOR		JOVEN		MAYOR		N	%
N	%	N	%	N	%	N	%		
17	21.25	14	17.50	26	32.50	23	28.75	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En el ámbito de género se obtuvo los datos para los grupos etareos de adulto joven y adulto mayor en 43 (53.71%) y 37 (46.29%) respectivamente. predominio de la población femenina es superior a la población masculina que se aproxima a las 2/3 partes.

FIGURA B: Población según sexo y grupo etareo del Centro de Salud Perú Corea, 2017



Fuente: Tabla B

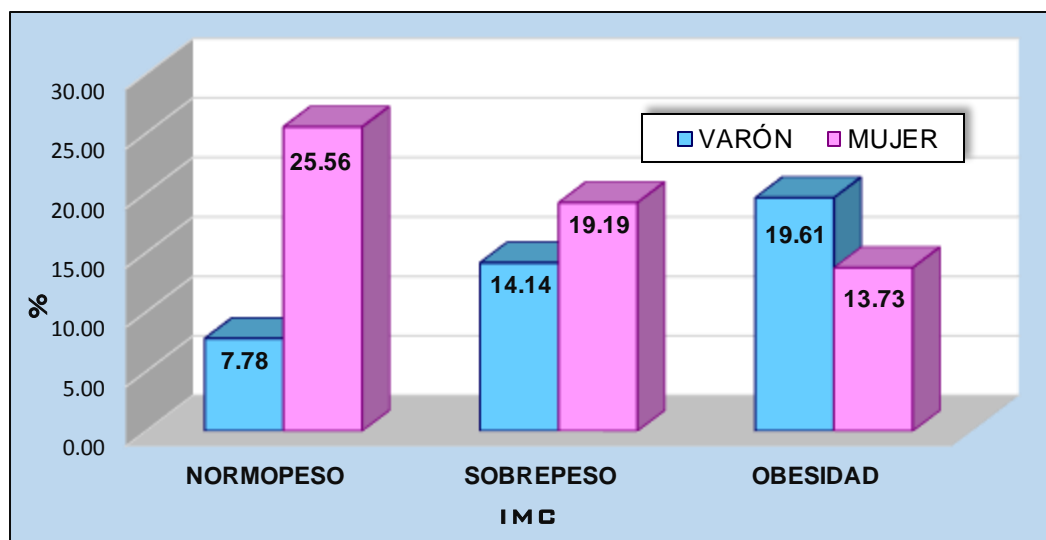
TABLA C. POBLACIÓN POR SEXO SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	SEXO				TOTAL	
	VARÓN		MUJER			
	N	%	N	%	N	%
NORMOPESO	7	7.78	23	25.56	30.00	33.33
SOBREPESO	14	14.14	19	19.19	33.00	33.33
OBESIDAD	10	19.61	7	13.73	17.00	33.33
TOTAL	31.00	41.53	49.00	58.47	80.00	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En el grupo de normopeso, el sexo femenino tuvo una cobertura de las $\frac{3}{4}$ partes, mientras que en los trabajadores con sobrepeso los varones y mujeres lo conformaron 14.14% y 19.19 % respectivamente del universo de la población, y los servidores con obesidad la relación de varones y mujeres son de 19.61 y 13.73% respectivamente. La tendencia es creciente en el sexo masculino que fueron de 7.78, 14.14 y 19.61% en los grupos con IMC normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente; mientras que para el otro género es decreciente que van de 25.56, 19.19 y 13.73 respectivamente para totalizar un 100%.

FIGURA C: PORCENTAJE DE POBLACIÓN POR SEXO SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla C

I. HÁBITOS ALIMENTARIOS

1. SESIONES PARA LA INGESTA DE ALIMENTOS POR DÍA

TABLA N° 1. NUMERO DE SESIONES DE ALIMENTACIÓN (por día) SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

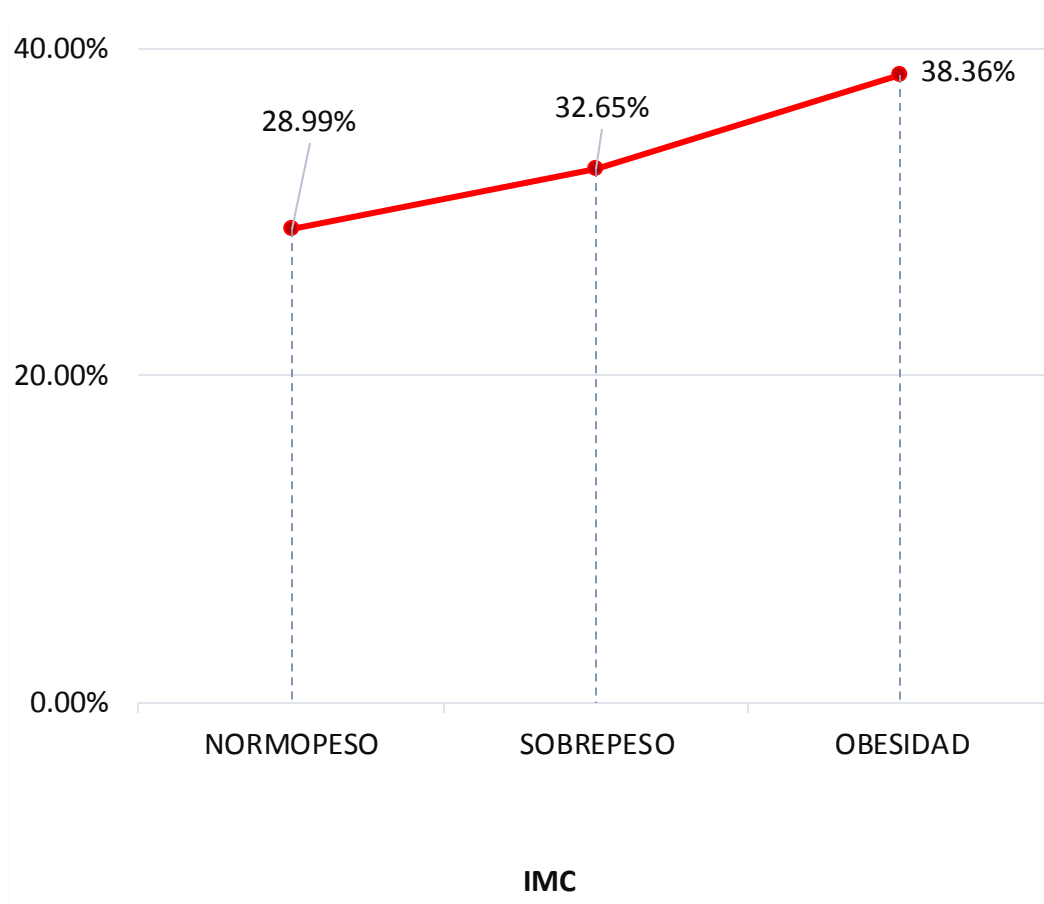
IMC	SESIÓN DE ALIMENTACIÓN GLOBAL - n						TOTAL
	DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	ALMUERZO	MEDIA TARDE	LONCHE	CENA U OTRO	
NORMOPESO	25.00	6.00	30.00	2.00	12.00	17.00	92.00
SOBREPESO	31.00	10.00	33.00	4.00	16.00	20.00	114.00
OBESIDAD	17.00	10.00	17.00	4.00	10.00	11.00	69.00
TOTAL :	73.00	26.00	80.00	10.00	38.00	48.00	275.00

Figura N° 1. 1. SESIONES DE ALIMENTACIÓN (por día) SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	SESIÓN DE ALIMENTACIÓN GLOBAL - %						TOTAL
	DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	ALMUERZO	MEDIA TARDE	LONCHE	CENA U OTRO	
NORMOPESO	7.88	1.89	9.45	0.63	3.78	5.36	28.99
SOBREPESO	8.88	2.86	9.45	1.15	4.58	5.73	32.65
OBESIDAD	9.45	5.56	9.45	2.22	5.56	6.12	38.36
TOTAL	26.21	10.31	28.36	4.00	13.92	17.20	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 1.2. PORCENTAJE DE TENDENCIA DE INGESTA DE ALIMENTOS POR DÍA SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 1

La Tabla N° 1.1., muestra un total de 80 comensales los que consumen: (28.36 %) raciones en el almuerzo, 73 (26.21%) desayuno, 48 (17.20%) cena u otro, 38 (13.92%) lonche, solo 26 (10.31%) en la media mañana y 10 (4.00%) raciones en media tarde, totalizando 275 raciones; las cifras son crecientes en normopeso, sobre-peso y obesidad los valores son: **28.99, 32.65 y 38.36%** respectivamente; cuya tendencia se grafica en al Fig. N° 1.2.

2. CONSUMO DE FRITURAS, ALIMENTOS “CHATARRA” U OTRAS, POR SEMANA

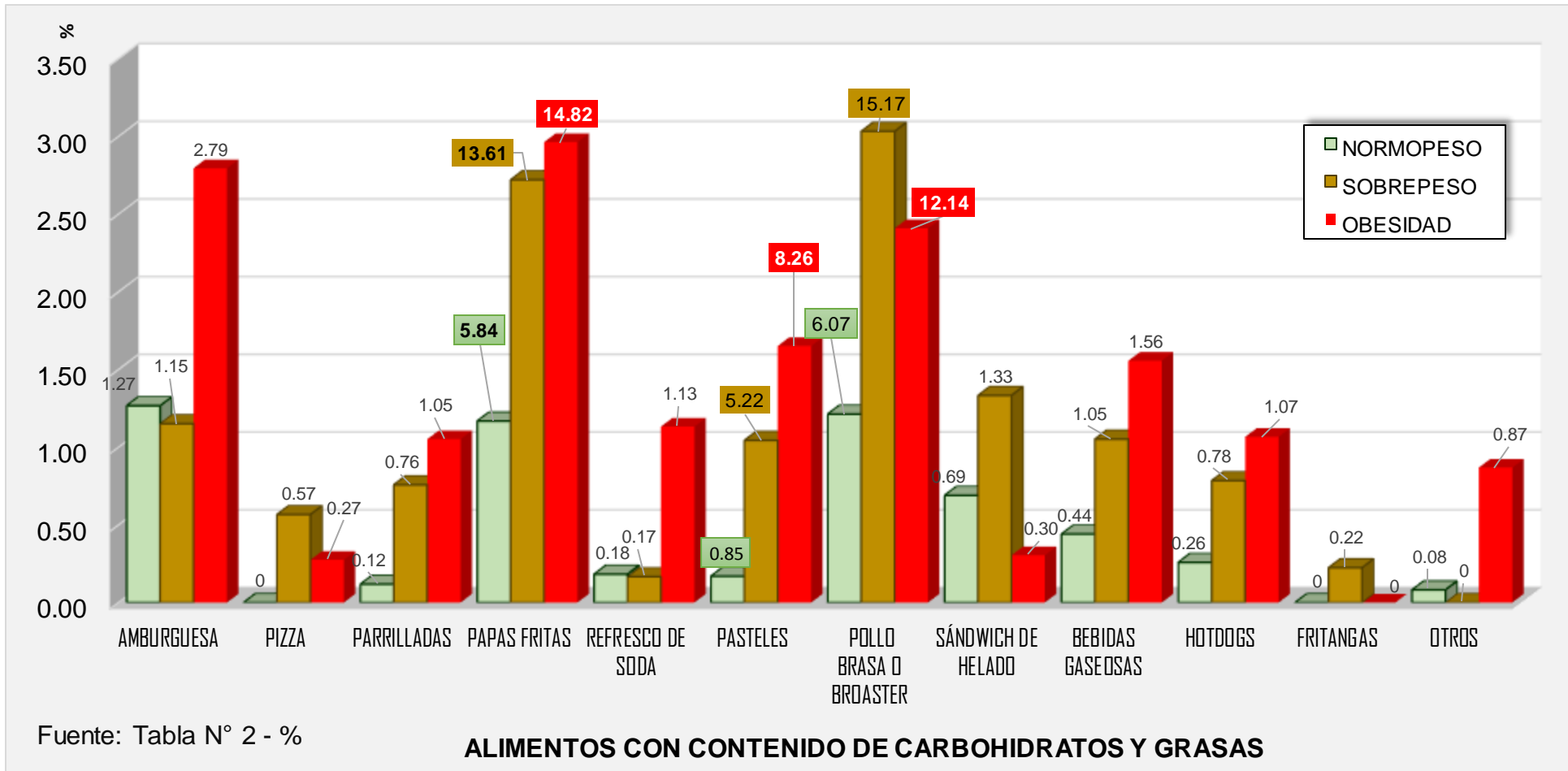
TABLA N° 1. INGESTA DE CARBOHIDRATOS Y GRASAS EXPRESADO EN CALORÍAS POR PRODUCTO ALIMENTARIO, SEGÚN IMC (SEMANAL) EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	ALIMENTO CON ALTO CONTENIDO DE CARBOHIDRATO Y GRASA - (N)												TOTAL (3,162.39 cal)
	AMBURGUESA 100 g (461.48 cal)	PIZZA 100 g (226.98)	PARRILLADAS 100 g (173.61 cal)	PAPAS FRITAS 100 g (531.90 cal)	REFRESCO DE SODA 100 g (133.56 cal)	PASTELES O SIMILARES 100 g (309.84 cal)	POLLO BRASA, BROASTER O SIMILARES 300 g (368.24 cal)	SÁNDWICH DE HELADO 50 g (251.37 cal)	BEBIDAS GASEOSAS 50 g (160.63 cal)	HOTDOGS 50 g (125.80 cal)	FRITANGAS 200 g (180.00 cal)	OTROS 50 g (238.98)	
NORMOPESO	1845.92	0.00	173.61	8510.40	267.12	1239.36	8837.76	1005.48	642.52	377.40	0.00	119.49	23019.06
SOBREPESO	1845.92	907.92	1215.27	21807.90	267.12	8365.68	24303.84	2136.65	1686.62	1258.00	360.00	0.00	64154.91
OBESIDAD	2307.40	226.98	868.05	12233.70	934.92	6816.48	9942.48	251.37	1285.04	880.60	0.00	716.93	36463.95
T O T A L :	5999.24	1134.90	2256.93	42552.00	1469.16	16421.52	43084.08	3393.50	3614.18	2516.00	360.00	836.41	123637.91

IMC	ALIMENTO CON ALTO CONTENIDO DE CARBOHIDRATO Y GRASA - (%)												TOTAL
	AMBURGUESA 100 g (461.48 cal)	PIZZA 100 g (226.98)	PARRILLADAS 100 g (173.61 cal)	PAPAS FRITAS 100 g (531.90 cal)	REFRESCO DE SODA 100 g (133.56 cal)	PASTELES O SIMILARES 100 g (309.84 cal)	POLLO BRASA, BROASTER O SIMILARES 300 g (368.24 cal)	SÁNDWICH DE HELADO 50 g (251.37 cal)	BEBIDAS GASEOSAS 50 g (160.63 cal)	HOTDOGS 50 g (125.80 cal)	FRITANGAS 200 g (180.00 cal)	OTROS 50 g (238.98)	
NORMOPESO	1.27	0.00	0.12	5.84	0.18	0.85	6.07	0.69	0.44	0.26	0.00	0.08	15.80
SOBREPESO	1.15	0.57	0.76	13.61	0.17	5.22	15.17	1.33	1.05	0.78	0.22	0.00	40.03
OBESIDAD	2.79	0.27	1.05	14.82	1.13	8.26	12.04	0.30	1.56	1.07	0.00	0.87	44.17
T O T A L :	5.21	0.84	1.93	34.27	1.48	14.33	33.27	2.33	3.05	2.11	0.22	0.95	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 2. PORCENTAJE DE INGESTA DE CARBOHIDRATOS Y GRASAS EXPRESADO EN CALORÍAS POR PRODUCTOS ALIMENTARIOS, SEGÚN IMC (por semana) EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



En la **Tabla N° 2.**, se cuenta con los datos de la sumatoria de calorías de carbohidratos y grasas de los productos alimentarios de la dinámica alimentaria durante una semana, cuya aproximación de la sumatoria de ingesta de calorías se ha establecido teniendo en cuenta los valores estándares internacionales de cada producto alimentario, los que se traducen en adelante en términos porcentuales.

En la expresión porcentual, Las papas fritas, pollo brasa, broaster o similares, bebidas gaseosas entre otros son preferidas los que se consumen en razón de 1, 2 y 3 en los grupos de normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente. Siendo en total la proporción de ingesta de calorías para el grupo normopeso fue de 15.80%, sobrepeso 40.03% y 44.17% para obesidad; demostrando que el consumo del grupo sobrepeso y obesidad es superior al grupo normopeso, (Ver Figura N° 2).

Figura N° 2.1. PORCENTAJE DE INGESTA DE CARBOHIDRATOS Y GRASAS EXPRESADO EN CALORÍAS, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 2 - %

Los 12 productos alimentarios con contenido de carbohidratos y grasas, son referentes del consumo cotidiano, los que en análisis y síntesis se obtuvo los resultados cuya tendencia es, consumo creciente en el orden respectivo de normopeso, sobrepeso y obesidad. Las calorías de mayor consumo se encuentran en las papas fritas, pasteles, pollo a la brasa o broaster y similares con 12.76, 33.99 y 35.12% respectivamente según IMC; sumando 81.87%. (Ver Figura N° 2.1.)

3. CONSUMO DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS QUE CONTIENE CARBOHIDRATOS SEGÚN IMC, POR SEMANA

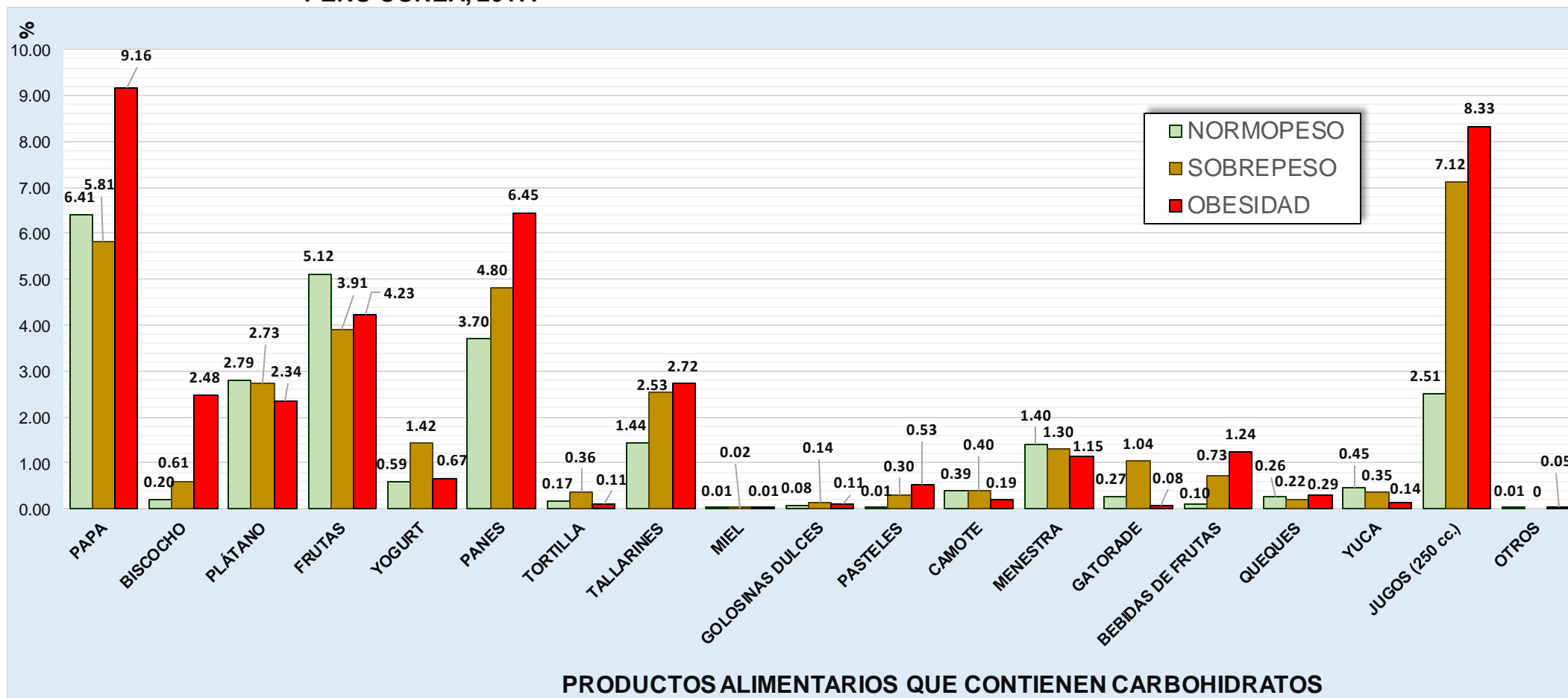
Tabla N° 3. INGESTA DE CARBOHIDRATOS EXPRESADO EN CALORÍAS POR PRODUCTO ALIMENTARIO, SEGÚN IMC (SEMANAL) EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

ALIMENTO CON ALTO CONTENIDO DE CARBOHIDRATO - (N)																				
IMC	PAPA 100 gr (72.88 cal)	BIZCOCHO 100 g (244.40 cal)	PLÁTANO 100 g (127.56 cal)	FRUTAS 100 g (148.28 cal)	YOGURT 250 cc (69.60 cal)	PANES 40 (80.96 cal)	TORTILLA 100 g (77.60 cal)	TALLARINES 100 g (187.92 cal)	MIEL 5 cc (64 cal)	GOLOSINAS DULC. 32 g (49.60 cal)	PASTELES 100 g (109.44 cal)	CAMOTE 100g (79.88 cal)	MENESTRA 100 g (72.40 cal)	GATORADE 250 cc (66.68 cal)	BEBIDAS FRUTAS 250 g (146.72 cal)	QUEQUES 100 g (79.4 cal)	YUCA 100 g (74.88 cal)	JUGOS 250 cc (146.72cal)	OTROS 100 g (56.16 cal)	TOTAL
NORMOPESO	23394.48	733.20	10204.80	18683.28	2157.60	13504.13	620.80	5261.76	28.80	277.76	54.72	1437.84	5104.20	1000.20	366.80	952.80	1647.36	9170.00	28.08	94628.61
SOBREPESO	23321.60	2444.00	10970.16	15717.68	5707.20	19300.86	1435.60	10147.68	83.20	575.36	1203.84	1597.60	5212.80	4167.50	2934.40	873.40	1422.72	28610.40	0.00	135726.00
OBESIDAD	18948.80	5132.40	4847.28	8748.52	1392.00	13342.21	232.80	5637.60	28.80	228.16	1094.40	399.40	2389.20	166.70	2567.60	595.50	299.52	17239.60	112.32	83402.81
TOTAL	65664.88	8309.60	26022.24	43149.48	9256.80	46147.20	2289.20	21047.04	140.80	1081.28	2352.96	3434.84	12706.20	5334.40	5868.80	2421.70	3369.60	55020.00	140.40	313757.42

ALIMENTO CON ALTO CONTENIDO DE CARBOHIDRATO - (%)																				
IMC	PAPA 100 gr (72.88 cal)	BIZCOCHO 100 g (244.40 cal)	PLÁTANO 100 g (127.56 cal)	FRUTAS 100 g (148.28 cal)	YOGURT 250 cc (69.60 cal)	PANES 40 (80.96 cal)	TORTILLA 100 g (77.60 cal)	TALLARINES 100 g (187.92 cal)	MIEL 5 cc (64 cal)	GOLOSINAS DULC. 32 g (49.60 cal)	PASTELES 100 g (109.44 cal)	CAMOTE 100g (79.88 cal)	MENESTRA 100 g (72.40 cal)	GATORADE 250 cc (66.68 cal)	BEBIDAS FRUTAS 250 g (146.72 cal)	QUEQUES 100 g (79.4 cal)	YUCA 100 g (74.88 cal)	JUGOS 250 cc (146.72cal)	OTROS 100 g (56.16 cal)	TOTAL
NORMOPESO	6.41	0.20	2.79	5.12	0.59	3.70	0.17	1.44	0.01	0.08	0.01	0.39	1.40	0.27	0.10	0.26	0.45	2.51	0.01	25.91
SOBREPESO	5.81	0.61	2.73	3.91	1.42	4.80	0.36	2.53	0.02	0.14	0.30	0.40	1.30	1.04	0.73	0.22	0.35	7.12	0.00	33.79
OBESIDAD	9.16	2.48	2.34	4.23	0.67	6.45	0.11	2.72	0.01	0.11	0.53	0.19	1.15	0.08	1.24	0.29	0.14	8.33	0.05	40.30
TOTAL	21.37	3.29	7.87	13.26	2.68	14.95	0.64	6.69	0.04	0.33	0.84	0.98	3.85	1.39	2.07	0.77	0.95	17.96	0.06	100.00

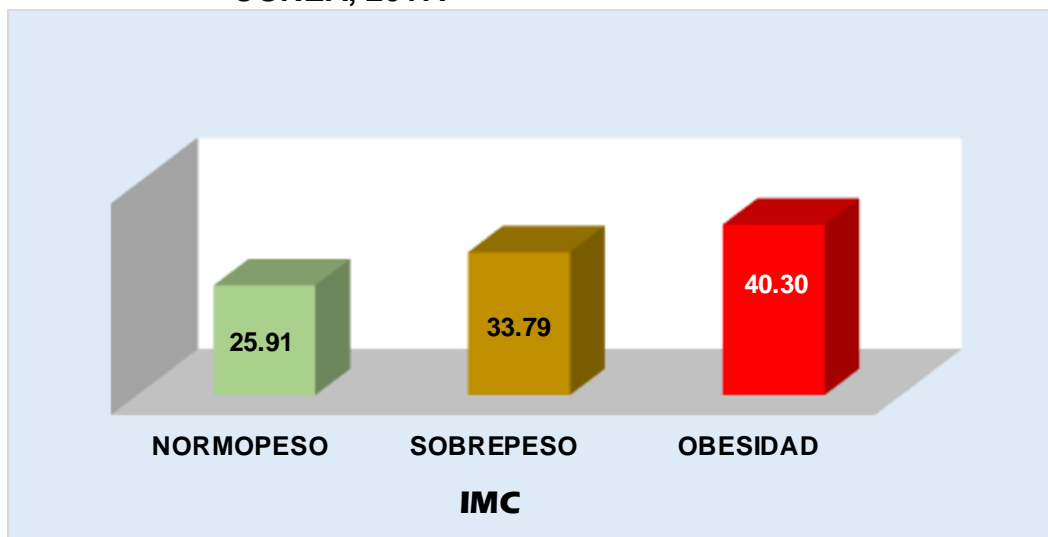
Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 3.1. PORCENTAJE DE INGESTA DE CARBOHIDRATOS Y GRASAS EXPRESADO EN CALORÍAS POR PRODUCTOS ALIMENTARIOS, SEGÚN IMC (por semana) EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 3

Figura N° 3.2. PORCENTAJE DE INGESTA DE CARBOHIDRATOS Y GRASAS EXPRESADO EN CALORÍAS, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 3

En la **Tabla N° 3.**, La sumatoria de calorías provenientes de carbohidratos de los productos alimentarios, los que se traducen en adelante en términos porcentuales, cuyas resultantes asigna el consumo de 25.91% para normopeso, 33.79% en sobrepeso y para el IMC de sobrepeso de 40.30%; lo que concluye el consumo ascendente según Índice de masa corporal; Los resultados indicados se visualizan en el predominio de los 13 de los 18 productos alimentarios propuestos en los grupos de IMC sobrepeso y obesidad. (Ver Figura N° 3.1.).

En los datos contenidos en la Tabla N° 3., Contiene la expresión porcentual de la dinámica alimentaria durante una semana, cuya aproximación del valor de la sumatoria de ingesta de calorías se ha establecido teniendo en cuenta los estándares internacionales de cada producto alimentario. Las papas, las frutas, los panes, los tallarines, menestras, bebidas de frutas y jugos fueron los productos de mayor consumo que cobertura el 88.02%; Los 18 productos alimentarios con alto contenido de carbohidratos, son referentes del consumo cotidiano, (Ver Figura N° 3.2.). La expresión es la siguiente:

4. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, POR SEMANA

TABLA N° 4.1. POBLACIÓN QUE CONSUME LICOR POR SEMANA SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL C.S. PERU COREA, 2017.

IMC	POBLACIÓN QUE CONSUME LICOR POR IMC					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NORMOPESO	13	43.33	17	56.67	30	100.00
SOBREPESO	13	39.39	20	60.61	33	100.00
OBESIDAD	6	35.29	11	64.71	17	100.00
TOTAL	32.00	39.34	48	60.66	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

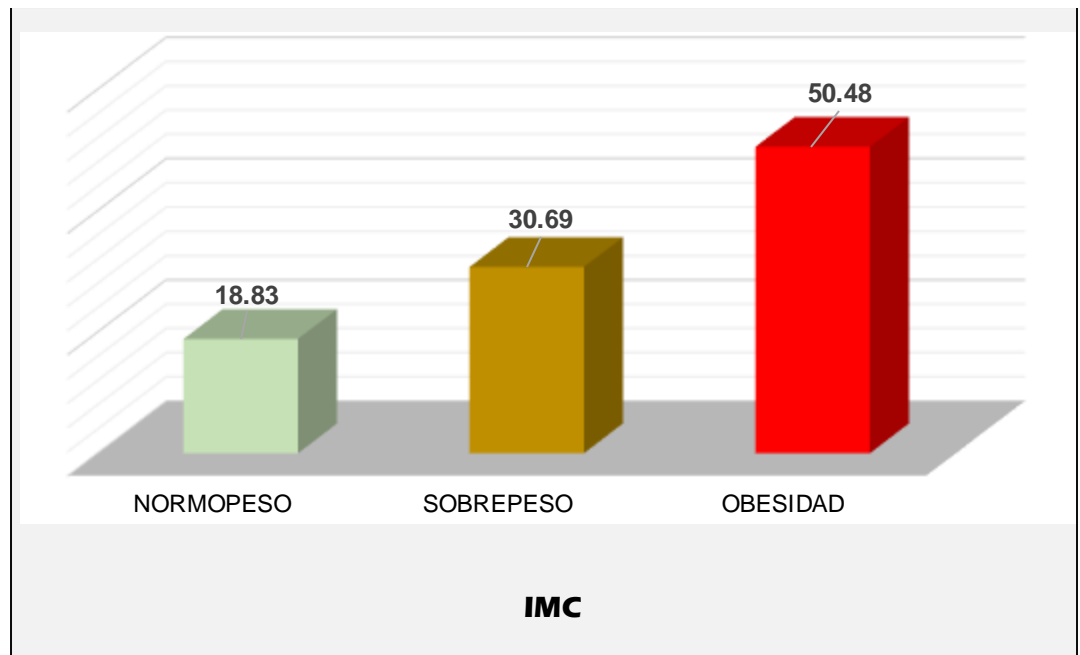
Poblacional que consume licor son: normopeso 17 personas (56 %), sobrepeso 20 (60.61%) y 11 personas (64.71%) para el grupo de sobrepeso, estableciéndose cifras mayores por los grupos de sobrepeso y obesidad.

TABLA N° 4.2. POBLACIÓN QUE CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR VARIEDAD DE LICOR ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSUME, SEGÚN IMC. (Unidad = botella de 600 mL.)

IMC	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS									
	CERVEZA		AGUARDIENTE		VINO		OTROS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NORMOPESO	21	18.18	0	0.00	0.75	0.65	0.00	0.00	21.75	18.83
SOBREPESO	37	29.12	0	0.00	1.00	0.79	1.00	0.79	39.00	30.69
OBESIDAD	32	48.88	0	0.00	0.65	0.99	0.40	0.61	33.05	50.48
TOTAL	90.00	96.17	0.00	0.00	2.40	2.43	1.40	1.40	93.80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 04. POBLACIÓN QUE CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR VARIEDAD DE LICOR ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSUME, SEGÚN IMC. (Unidad = botella de 600 mL.) EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA. 2017



Fuente: Tabla N° 4.1

La cerveza es la bebida alcohólica de mayor consumo alcanzando el 96.17%, entre el vino y otros suman 3.83%; siendo el consumo de la población por IMC. Normopeso, sobrepeso y obesidad de 18.83, 30.69 y 50.48 % respectivamente (ver la tabla N° 4.2)

II. EJERCICIOS FÍSICOS

5. PRACTICAS DE EJERCICIOS FÍSICOS

Tabla N° 5. POBLACIÓN QUE PRÁCTICA EJERCICIOS FÍSICOS, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	DICOTOMÍA, PRACTICA EJERCICIOS FÍSICOS				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
NORMOPESO	5	16.67	25	83.33	30	100.00
SOBREPESO	4	12.12	29	87.88	33	100.00
OBESIDAD	3	17.65	14	82.35	17	100.00
T O T A L :	12	15.48	68	85.00	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla N° 5.1. TIEMPO DE EJERCICIOS FÍSICOS DE LOS QUE PRACTICAN, SEGÚN IMC, expresados en horas y minutos

IMC	DETERMINACIÓN DEL TIEMPO DE EJERCICIOS FÍSICOS			
	NUMERO	TIEMPO TOTAL	PROMEDIO DECIMAL	PROM. SEXAGESIMAL
NORMOPESO	5	7	1.4	1' 24"
SOBREPESO	4	6	1.5	1' 30"
OBESIDAD	3	5	1.7	1' 40"

Fuente: Ficha de recolección de datos.

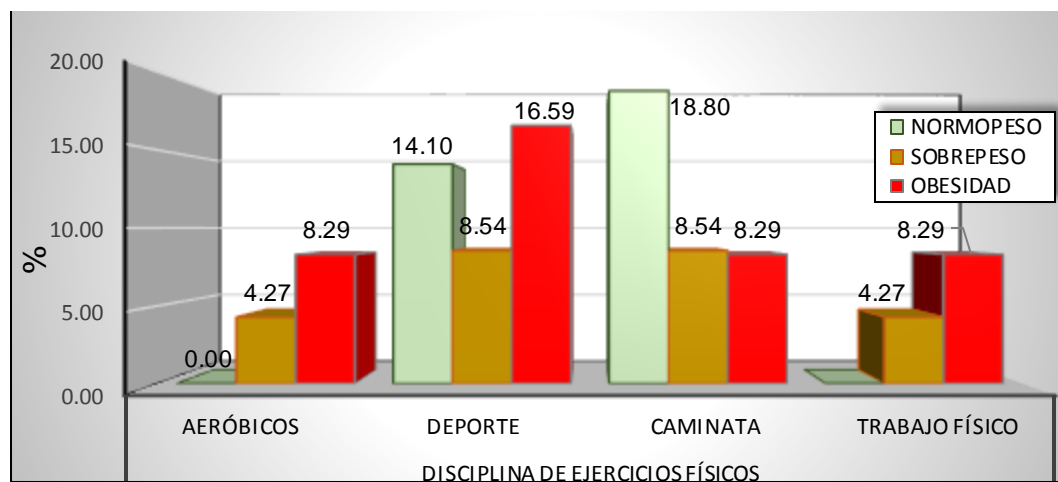
Según la Tabla N° 5.1, el contundente 85% de trabajadores no practican ejercicios físicos frente a un grupo menor de 15.48% que sí practican; mientras que en la tabla N° 5.2 el tiempo que se distribuye por día: para normopeso 1'24", 1'30" sobrepeso y 1'40" durante el día; la información no tiene relevancia dado que del tiempo de practica es similar para los 3 grupos, (ver Tabla N° 5.2).

Tabla N° 5.2. PRACTICA DE EJERCICIOS FÍSICOS POR DISCIPLINAS, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	DISCIPLINAS DE EJERCICIOS FÍSICOS								TOTAL	
	Aeróbicos		Deporte		Caminata		Trabajo físico			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NORMOPESO	0.00	0.00	3.00	14.10	4.00	18.80	0.00	0.00	7.00	32.90
SOBREPESO	1.00	4.27	2.00	8.54	2.00	8.54	1.00	4.27	6.00	25.63
OBESIDAD	1.00	8.29	2.00	16.59	1.00	8.29	1.00	8.29	5.00	41.47
TOTAL :	2.00	12.57	7.00	39.23	7.00	35.64	2.00	12.57	18.00	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 5. 3 PORCENTAJE DE PRÁCTICA DE EJERCICIOS FÍSICOS POR DISCIPLINAS, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 5.3.

La Tabla N° 5.3 contiene la información final donde los valores no muestra una tendencia clara dada las oscilaciones de las frecuencias entre los grupos normopeso, sobrepeso y obesidad, los mismos son: **32.9, 25.63 y 41.47%**. ¿Practica usted ejercicios físicos? ¿En promedio cuánto tiempo al día?, son interrogantes cuyos resultados son inversamente proporcional a la condición de factor de riesgo en la incidencia de la obesidad y sobrepeso dado que el nivel bajo de actividad física se asoció con un mayor riesgo de ganancia de peso.

III. SEDENTARISMO / ACTIVIDADES DIARIAS

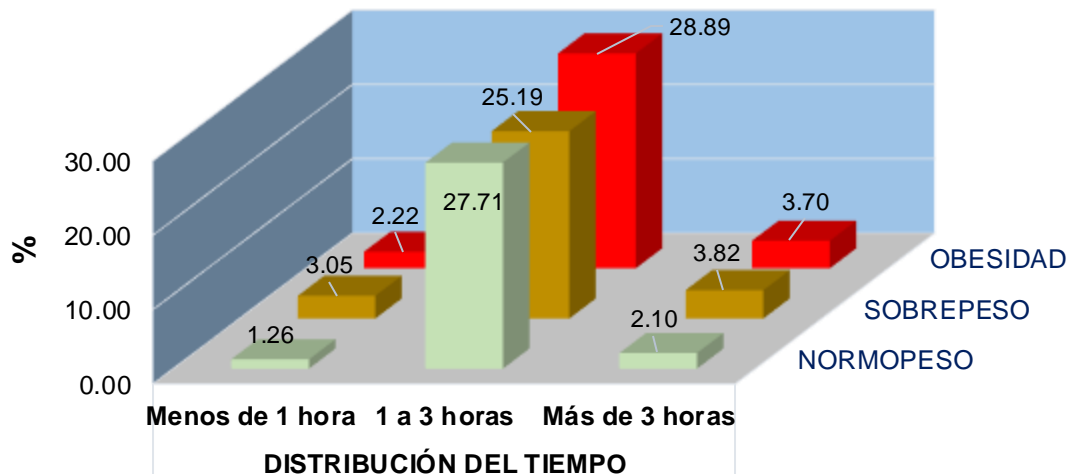
6. TIEMPO FRENTE AL TELEVISOR POR DÍA

Tabla N° 6. TIEMPO FRENTE AL TELEVISOR, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO								TOTAL	
	Menos de 1 hora		1 a 3 horas		Más de 3 horas		No ve tv.		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
NORMOPESO	3	1.26	22	27.71	1	2.10	4.00	1.68	26	31.06
SOBREPESO	8	3.05	22	25.19	2	3.82	1.00	0.38	32	32.06
OBESIDAD	3	2.22	13	28.89	1	3.70	0.00	0.00	17	34.82
TOTAL :	14	6.53	57	81.79	4	9.62	5	2.06	75	97.94

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 06. TIEMPO FRENTE AL TELEVISOR, SEGÚN IMC DE TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 6

La Tabla N° 6, muestran datos similares en los tres grupos, por lo que no tiene connotación como consecuencia de permanecer como televidente, dado que la jerarquía se centra en un tiempo mayoritario de 1 a 3 horas relativamente calificado como tolerable. Anotamos las cifras de la estadística que figuran en la Tabla N° 6., donde el grupo de normopeso tiene la cifra de 31.06%, sobrepeso 32.06 y 34.82 para obesidad. (Ver Figura N° 6)

7. TIEMPO DEDICADO A LA TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC) POR DÍA

TABLA N° 7.1. POBLACIÓN DEDICADA A LOS INSTRUMENTOS DE TIC, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	INSTRUMENTOS DE TIC									
	Internet		Computadora		Tablet		Celular		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NORMOPESO	18	60.00	11	36.67	0	0.00	15	50.00	25	83.33
SOBREPESO	22	66.67	17	51.52	1	3.03	18	54.55	33	100.00
OBESIDAD	15	88.24	12	70.59	1	5.88	10	58.82	17	100.00
TOTAL	55	71.63	40	52.92	2	2.97	43	54.46	75	94.44

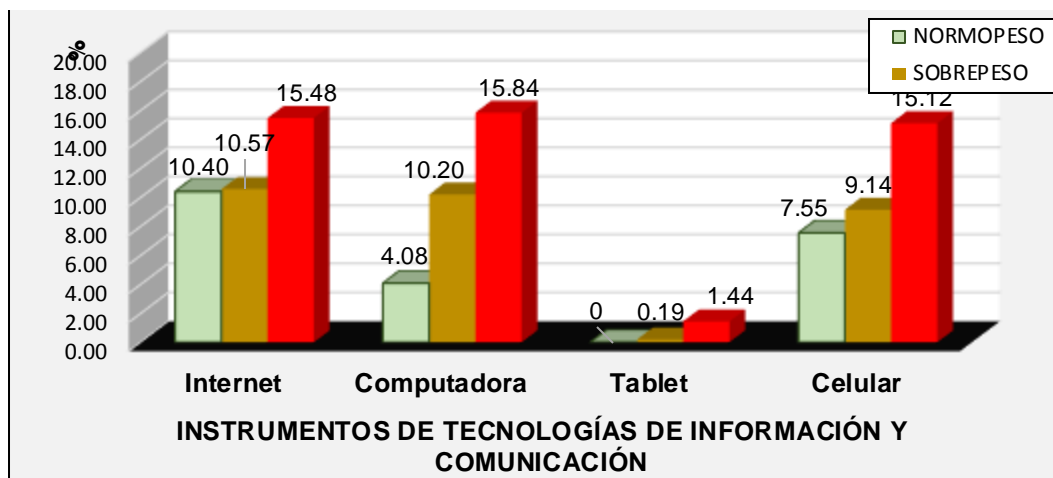
Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla N° 7.2. TIEMPO DEDICADO CON INSTRUMENTOS DE LA (TIC), SEGÚN IMC (por día) EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	INSTRUMENTOS DE TIC									
	Internet		Computadora		Tablet		Celular		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NORMOPESO	25.50	10.40	10.00	4.08	0.00	0.00	18.50	7.55	54.00	22.03
SOBREPESO	28.50	10.57	27.50	10.20	0.50	0.19	24.65	9.14	81.15	30.10
OBESIDAD	21.50	15.48	22.00	15.84	2.00	1.44	21.00	15.12	66.50	47.87
TOTAL	75.50	36.45	59.50	30.12	2.50	1.63	64.15	31.81	201.65	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 7. TIEMPO OCUPADO EN LOS INSTRUMENTOS DE TICS., SEGÚN IMC (horas por día) EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 7.2.

Primero.- la Tabla N° 7.1 El 100% de los de IMC sobrepeso y obesidad usan los instrumentos de TIC mientras el de normopeso alcanza el 83.3%

Segundo.- Según la Tabla N° 7.2., el tiempo de ocupación de los ITIC son analizados en forma global cuyas tendencias por IMC es creciente que va de normopeso, sobrepeso a obesidad para cuyos valores se indica abajo en forma secuencial, tales son:

- Para el internet los valores son de 10.40, 10.57 y 15.48%; y es similar para el uso de la computadora y celular
- Computadora(s) en fines laborales diversos, juegos y videos son de 4.08, 10.20 y 15.84%;
- Los Tablets son de muy poco uso cuyos datos son 0.00, 0.19 y 1.44%;
- El uso de los celulares para uso de comunicación, juego, visita a las páginas sociales y otros 7.55, 9.14 y 15.12% y
- En síntesis el grupo normopeso alcanza el 22.03 % de tiempo total, mientras el 30.10% es para sobrepeso y con mayor uso el grupo de obesidad con 47.87%.

Lo expresado se visualiza en la Figura N° 7 cuyas tendencias es contundente para cada uno de los instrumentos propuestos.

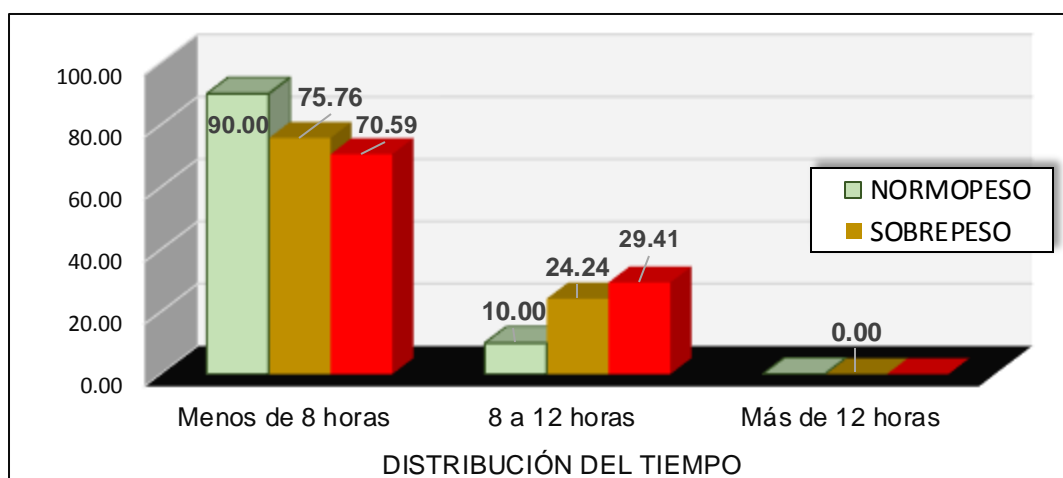
8. TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO DE OFICINA POR DÍA

Tabla N° 8. TIEMPO DE TRABAJO EN OFICINA, SEGÚN IMC POR DÍA EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO EN OFICINA						No trabaja en of.		TOTAL	
	Menos de 8 horas		8 a 12 horas		Más de 12 horas		N	%	N	%
	N	%	N	%	N	%				
NORMOPESO	27	27.50	3	4.36	0	0.00	0	0.00	30	31.86
SOBREPESO	25	23.15	8	10.58	0	0.00	0	0.00	33	33.73
OBESIDAD	12	21.57	5	12.84	0	0.00	0	0.00	17	34.41
TOTOAL	64	72.22	16	27.78	0	0.00	0	0.00	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 8. PORCENTAJE DE TIEMPO DE TRABAJO EN OFICINA, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 8.

La Tabla N° 8, responde a un predominio de un trabajo en oficina que no supera las 8 horas con una cifra promedio total de 72.22%, frente a un 27.78% de 8 a 12 horas de trabajo. La distribución de los datos en el orden respectivo de normopeso, sobrepeso y obesidad en la opción “menos de 8 horas” son: 27.50, 23.15 y 21.57%; mientras que la de “8 a 12 horas” son: 4.36, 10.58 y 12.84%. Los resultados finales demuestran una tendencia creciente que va desde normopeso, sobrepeso y obesidad con una diferencia promedio del 1%. Lectura en la figura N° 8.

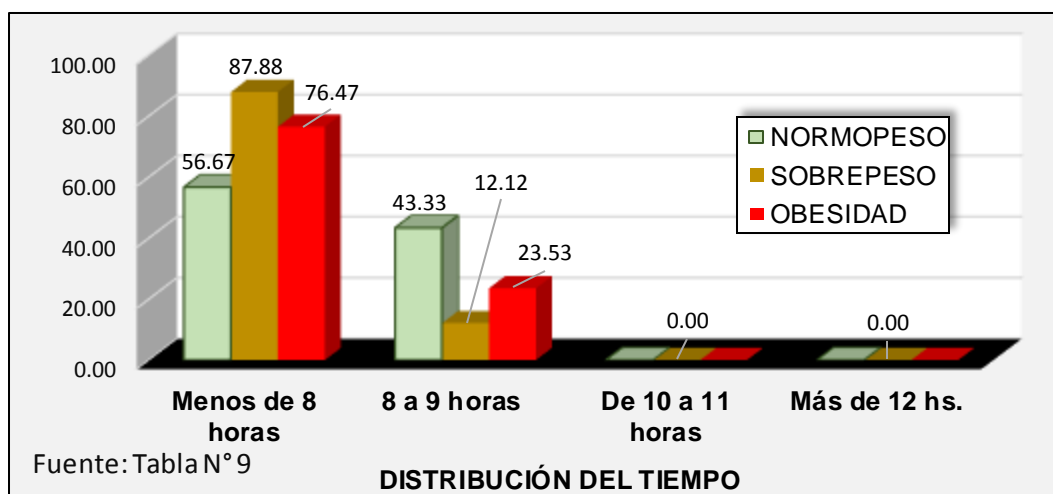
9. TIEMPO DE DESCANSO Y SUEÑO (dormir) EN 24 HORAS

Tabla N° 9. TIEMPO DE DESCANSO MÁS SUEÑO (DORMIR), SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO EN HORAS								TOTAL	
	Menos de 8		8 a 9		De 10 a 11		Más de 12			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NORMOPESO	17	17.57	13	17.27	0	0	0	0	30	34.84
SOBREPESO	29	27.24	4	4.83	0	0	0	0	33	32.07
OBESIDAD	13	25.30	4	7.78	0	0	0	0	17	33.09
TOTAL :	59	70.11	21	29.89	0	0	0	0	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 9. PORCENTAJE DE TIEMPO DE DESCANSO MÁS SUEÑO (DORMIR) EN 24 HORAS EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



La Tabla N° 9, el tiempo acumulado de descanso y sueño de 70.11% pertenece a la opción “menos de 8 horas”; el 17.57% para el grupo normopeso, 27.24% sobrepeso y obesidad 25.30%; La opción “8 a 9 horas” con un total de 29.89 %, el que se distribuye de 17.27 % normopeso, 4.83% sobrepeso y 7.78% obesidad. Los resultados finales demuestran una tendencia negativa irregular siendo los resultados respectivos de: **34.84**, **32.07** y **33.09%** respectivamente para los grupos de normopeso, sobrepeso y obesidad.

IV. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

10. GASTO PROMEDIO MENSUAL EN SUS ALIMENTOS Y BEBIDAS

Tabla N° 10. PROMEDIO DE GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	INTERVALO DE MONTOS EN S/. SOLES								TOTAL	
	<200		200 a 400		500 a 1,000		> 1,000			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NORMOPESO	2	0.62	21	13.04	7	10.87	0	0.00	30	24.53
SOBREPESO	0	0.00	17	18.27	11	11.82	5	5.37	33	35.47
OBESIDAD	0	0.00	4	9.41	13	30.59	0	0.00	17	40.00
TOTAL :	2	0.62	42	40.73	31	53.28	5	5.37	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 10. PROMEDIO DE GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

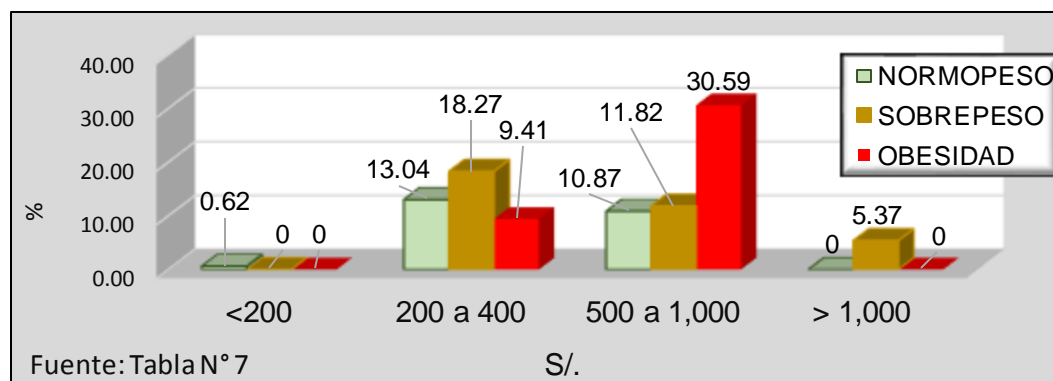


Tabla N° 10, las dos propuestas de los intervalos dinerales con dominio son: 200 a 400 soles y 500 a 1000 soles quedando con cifras menores en los intervalos < 200 y > 1000 soles. Los resultados finales demuestran una tendencia positiva contundente con cifras de 24.53, 35.47 y 40% respectivamente para los grupos de normopeso, sobrepeso y obesidad. Véase el Figura N° 10.

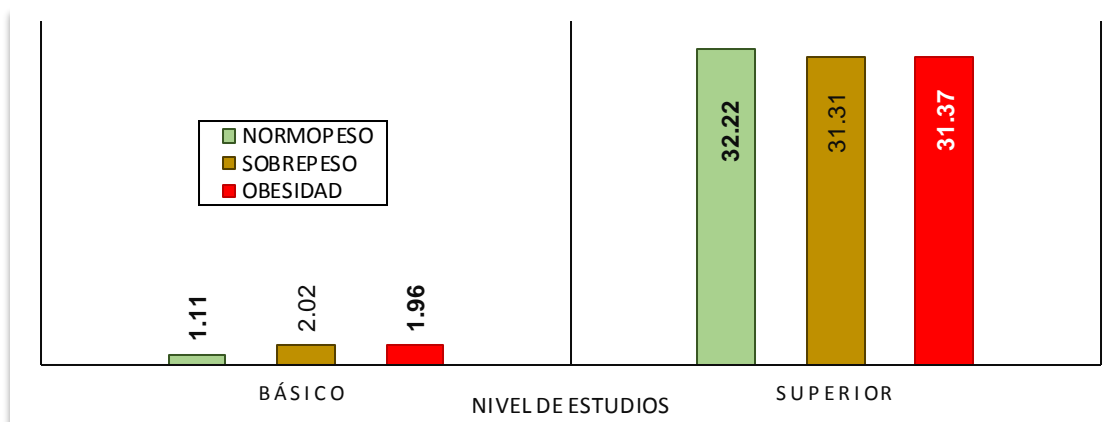
11. NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADOS

Tabla N° 11. NIVEL DE ESTUDIOS, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	NIVEL DE ESTUDIOS			
	BÁSICO		SUPERIOR	
	N	%	N	%
NORMOPESO	1	1.11	29	32.22
SOBREPESO	2	2.02	31	31.31
OBESIDAD	1	1.96	16	31.37
TOTAL:	4	5.00	76	95.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 11. NIVEL DE ESTUDIOS, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL C.S. PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 11.

Análisis global, la Tabla N°11, muestra la obiedad con respecto al nivel de estudios dada ser una institución con ejercicio de profesionales, sin embargo se anota que la población no profesional alcanza el 5% con cifras de 1.11, 2.2 y 1.96 % en los grupos de normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente. La similitud de las proporciones entre los grupos IMC en estudio no muestra tendencias que amerite ser factor relacionado al tema con cifras irregulares tales son: 32.22, 31.31 y 31.37% respectivamente para los grupos de normopeso, sobrepeso y obesidad. Véase Figura N° 11.

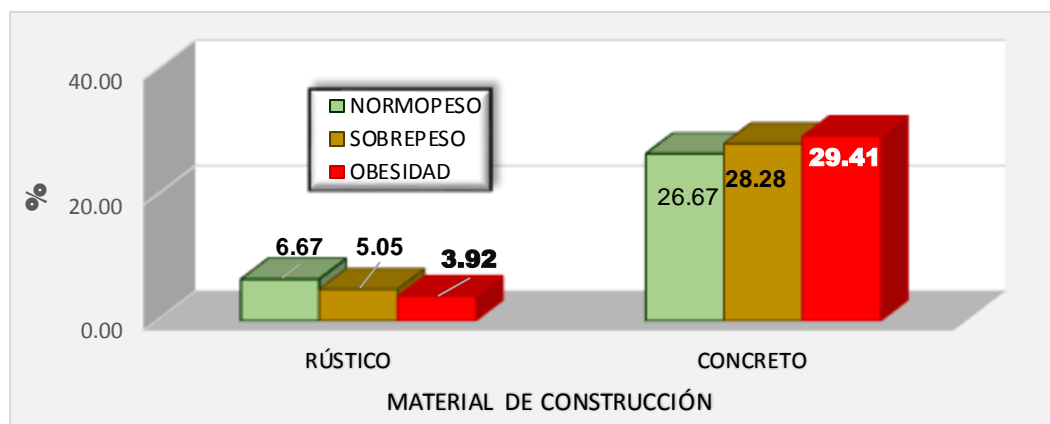
12. MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDA

Tabla N° 12. MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDA SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDA			
	RÚSTICO		NOBLE	
	N	%	N	%
NORMOPESO	6	6.67	24	26.67
SOBREPESO	5	5.05	28	28.28
OBESIDAD	2	3.92	15	29.41
TOTAL :	13	15.64	67.00	84.36

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 12. PORCENTAJE DE MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDA SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 12.

Tabla N° 12 se identifica la tendencia decreciente de tenencia u ocupación en vivienda de material rústico (6.67, 5.05 y 3.92%) frente a la creciente en las de material de noble de 26.67, 28.28 y 29.41% en el orden de normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente los que se visualiza didácticamente en la Figura N° 12, sin embargo son calificados técnicamente como ciudadanos en condiciones socioeconómicas del segmento B y C.

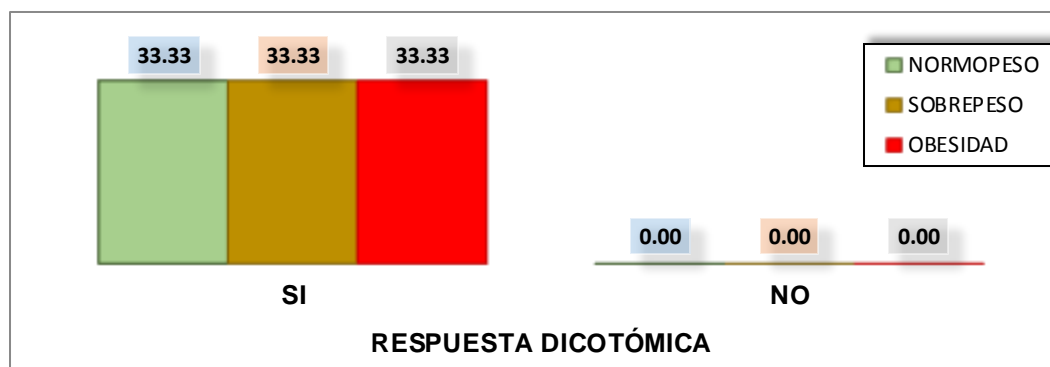
13. SERVICIOS BÁSICOS EN LA VIVIENDA

Tabla N° 13. VIVIENDA CON SERVICIOS BÁSICOS, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	VIVIENDA CON SERVS. BÁSICOS				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
NORMOPESO	30	33.33	0	0.00	30	33.33
SOBREPESO	33	33.33	0	0.00	33	33.33
OBESIDAD	17	33.33	0	0.00	17	33.33
TOTAL :	80	100.00	0	0.00	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 13. VIVIENDA CON SERVICIOS BÁSICOS, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 13.

En los recursos de acopio de información se han incluido interrogantes complementarias a fin de identificar los recursos económicos de los trabajadores como las que se muestra en la Tabla N° 13, en la que se muestra la información contundente donde todas las viviendas cuentan con servicios básicos; por lo que no se constituye como elemento determinante para incidir en el sobrepeso y la obesidad. Véase el Figura N° 13

V. CONDICIONES PSICOSOCIALES

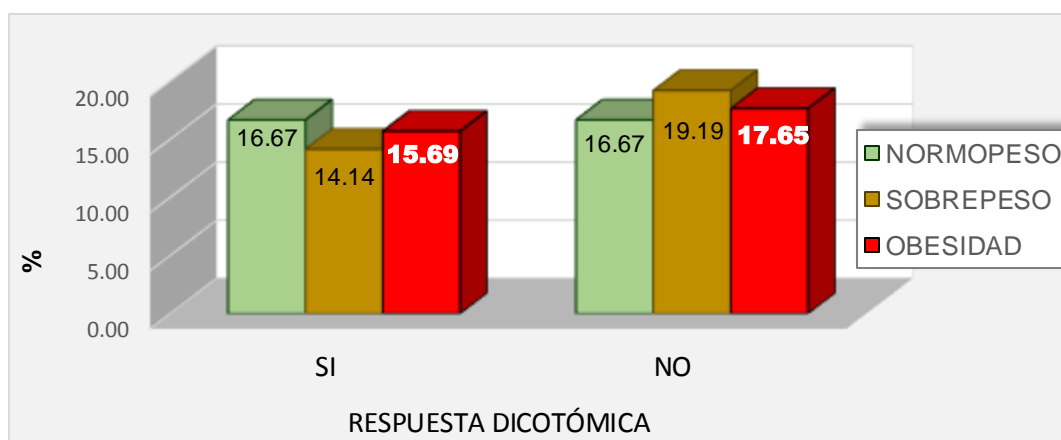
14. DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES DE SALUD

Tabla N° 14. EPISODIOS DE DEPRESIÓN QUE SE REPITEN, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	DEPRESIÓN REPETIDA				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
NORMOPESO	15	16.67	15	16.67	30	33.33
SOBREPESO	14	14.14	19	19.19	33	33.33
OBESIDAD	8	15.69	9	17.65	17	33.33
TOTAL :	37	46.49	43	53.51	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 14. PORCENTAJE DE EPISODIOS DE DEPRESIÓN QUE SE REPITE, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 14.

Al arribar al tema psicosocial asumimos la delicada evaluación por lo que se presenta como presuntivo; en la Tabla N° 14, se valora que la respuesta dicotómica distribuye como SI, en una proporción de 46.49% frente al NO de 7.02% sin embargo se determina a la respuesta afirmativa como dato de evaluación a las cifras 16.67, 14.14 y 15.69 % en los grupos normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente. Ver Figura N° 14.

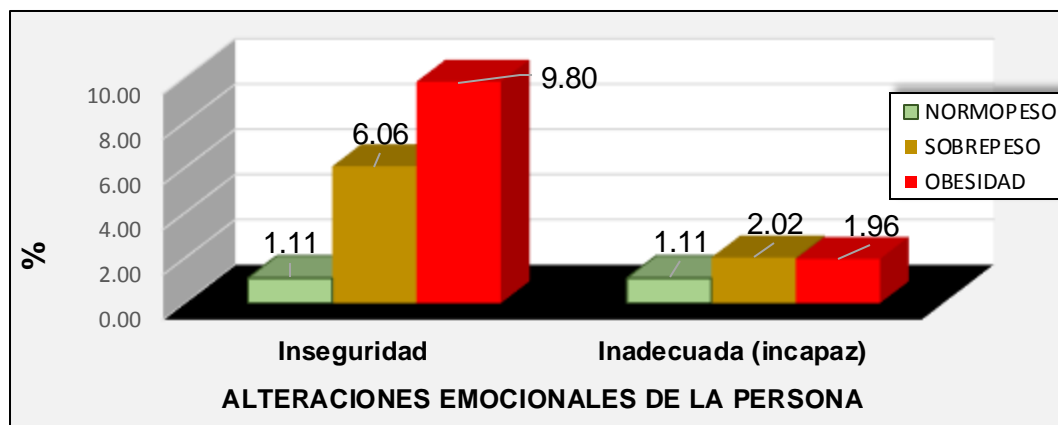
15. CONFLICTOS PERSONALES EN LOS TRABAJADORES DE SALUD

Tabla N° 15. MANIFESTACIÓN DE ALTERACIONES EMOCIONES, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	ALTERACIONES EMOCIONALES						TOTAL INCIDENCIA	
	Inferioridad		Inseguridad		Inadecuada (incapaz)		N	%
	N	%	N	%	N	%		
NORMOPESO	0	0.00	1	1.11	1	1.11	2	2.22
SOBREPESO	0	0.00	6	6.06	2	2.02	8	8.08
OBESIDAD	0	0.00	5	9.80	1	1.96	6	11.76
TOTAL :	0	0.00	12	16.98	4	5.09	16	22.07

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 15. MANIFESTACIÓN DE ALTERACIONES EMOCIONES, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 15.

La Tabla N° 15, en conjunto son 28 personas declararon tener alteraciones emocionales cuyos datos son para Inseguridad 1.11, 6.06 y 9.80% para los grupos de normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente; en la mismo orden para las personas dependientes llamadas (inadecuada o incapaz) las cifras son 1.11, 2.02 y 1.96%. El total de la información son los siguientes: normopeso 2.22, sobrepeso 8.08 y obesidad 11.76 %. Para fines de graficar se suprime la alteración (inferioridad) por arrojar cero. Véase la figura N° 15.

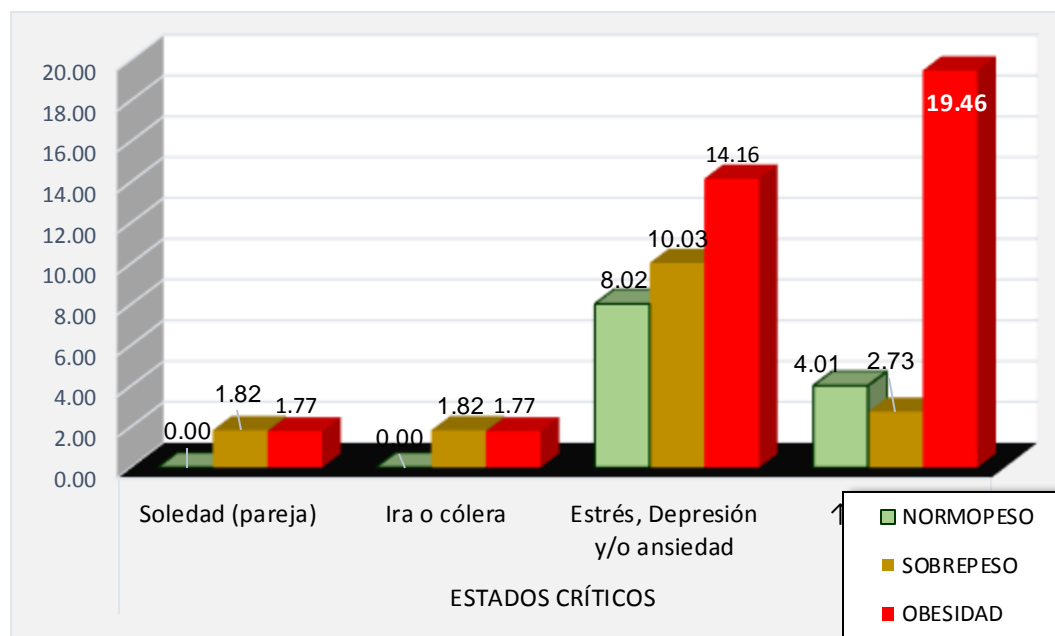
16. GULA O SIMILARES

Tabla N° 16. ESTADOS CRÍTICOS EN QUE AUMENTA EL APETITO (ingesta), SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	ESTADOS CRÍTICOS DE LA PERSONA HUMANA										Σ TOTAL CASOS	
	Soledad (pareja)		Ira o cólera		Estrés, Depresión o ansiedad		↑ Apetito		Ninguna			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NORMOPESO	0	0.00	0	0.00	8	8.02	4	4.01	18	18.05	12	12.03
SOBREPESO	2	1.82	2	1.82	11	10.03	3	2.73	16	14.58	18	16.41
OBESIDAD	1	1.77	1	1.77	8	14.16	11	19.46	1	1.77	21	37.16
TOTAL :	3	3.59	3	3.59	27	32.20	18	26.21	35	34.40	51	65.60

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 16. ESTADOS CRÍTICOS EN QUE AUMENTA EL APETITO (ingesta), SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 16.

Análisis de la Tabla N° 16, La alteración de los estados emocionales de la persona que motiva el aumento del apetito se manifiesta con énfasis en el bloque estrés, depresión y/o ansiedad con tendencia creciente, cuyas cifras que cobertura la tercera parte de la población general son 8.02, 10.03 y

14.16% para los grupos normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente; en el mismo orden el aumento de apetito por causas diversas otros con cifras de 4.01, 2.73 y 19.46%.

La población sin manifestación de estado crítico, supera ligeramente la otra tercera parte, con predominio del grupo normopeso (18.05%), 14.58% sobrepeso y 1.77% para el grupo sobrepeso, como se muestran en el Gráfico N° 16.1.

Análisis de la Tabla N° 16.2 por grupos IMC; muestra la dicotomía entre la población con estado crítico y sin estado crítico siendo las cifras de 62.80 y 37.20% respectivamente. Lo que se confirma en el Gráfico N° 16.2 que expone la tendencia de crecimiento para el bloque CON ESTADO CRÍTICO, según grupos, siendo 40,00 52.94 y 95.45% para normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente. Véase la figura N° 16

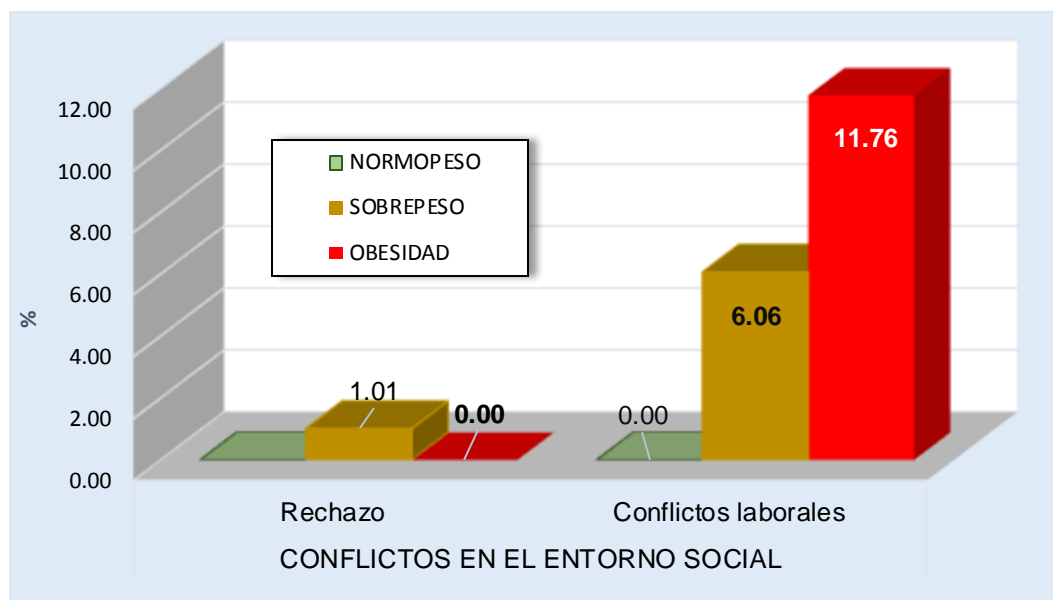
17. PROBLEMAS EN EL ENTORNO SOCIAL

Tabla N° 17. TIPOS DE CONFLICTOS SOCIALES, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	CONFLICTOS SOCIALES								Σ TOTAL CASOS	
	Rechazo		Discriminación		Conflictos laborales		Ninguna			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NORMOPESO	0	0.00	0	0.00	0	0.00	30	33.33	0	0.00
SOBREPESO	1	1.01	0	0.00	6	6.06	26	26.26	7	7.07
OBESIDAD	0	0.00	0	0.00	6	11.76	11	21.57	6	11.76
TOTAL :	1	1.01	0	0.00	12	17.83	67	81.16	13	18.84

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 17. PORCENTAJE DE CONFLICTOS EN EL ENTORNOSOCIAL, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 17.

Las condiciones psicosociales en el trabajo se derivan de las deficiencias en la gestión; respecto a los conflictos sociales las manifestaciones por tipo se muestran en la Tabla N° 17., donde resalta el predominio del componente conflictos laborales, no obstante ser la cifra menor es significativo; las cifras son 0%, 18.18 y 35.29% para los grupos normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente, por su lado el componente sentimiento de rechazo alcanza las cifras 0.00, 3.03 y 0.00% en los grupos similares al anterior.

Para complementar el total por grupos se toma a los trabajadores que no tienen conflictos sociales cuyas cifras con tendencia decreciente son: 100, 78.79 y 64.71% en los grupos normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente. Las tendencias se observan clara en el Figura N° 17., donde se omite **discriminación** por tener cifras igual a cero en los 3 grupos.

VI. CONDICIONES HEREDOFAMILIARES

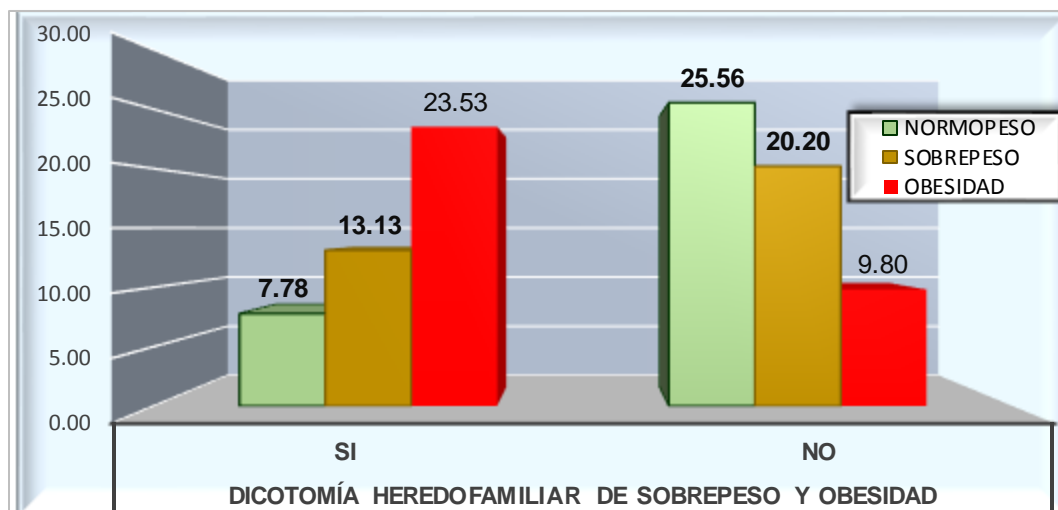
18. ANTECEDENTES FAMILIARES

Tabla N° 18. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE SOBREPESO Y OBESIDAD, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	ANTECEDENTE FAMILIAR DE SOBREPESO Y OBESIDAD						TOTAL	
	SI		NO		NO SABE		N	%
	N	%	N	%	N	%		
NORMOPESO	7	7.78	23	25.56	0	0.00	30	33.33
SOBREPESO	13	13.13	20	20.20	0	0.00	33	33.33
OBESIDAD	12	23.53	5	9.80	0	0.00	17	33.33
TOTAL :	32	44.44	48	55.56	0	0.00	80	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 18. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE SOBREPESO Y OBESIDAD, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 18.

Análisis de la Tabla N° 18, La información dicotómica divide posiciones; el primero que afirman haber tenido familiares con contextura física de sobrepeso u obesidad, cuyo promedio es 44.44% y al fragmentar en grupos las cifras son: 23.33, 39.39, 70.59% para normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente. Mientras para la población del NO es la diferencia respecto a la unidad porcentual.

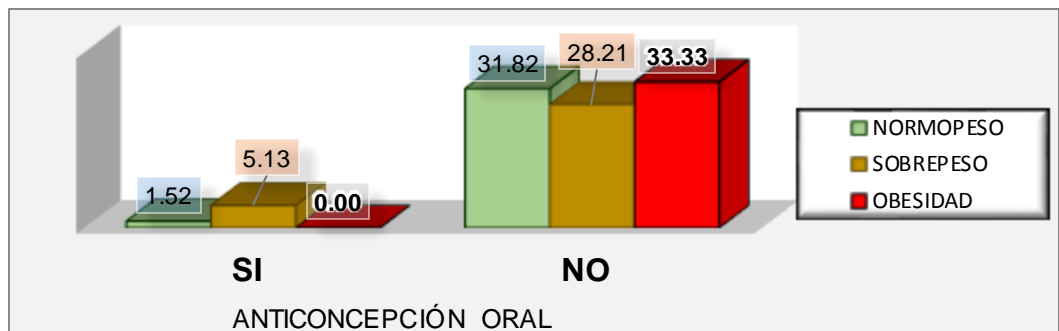
19. ANTICONCEPCIÓN ORAL

Tabla N° 19. ANTICONCEPCIÓN VIA ORAL, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	DICOTOMÍA, ANTICONCEPCIÓN ORAL				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
NORMOPESO	1	1.52	21	31.82	22	33.33
SOBREPESO	2	5.13	11	28.21	13	33.33
OBESIDAD	0	0.00	6	33.33	6	33.33
TOTAL :	3	6.64	38	93.36	41	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 19. PORCENTAJE DE ANTICONCEPCIÓN ORAL EN MEF, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 19.

Antes se contextualiza la población a ser evaluada; del universo de la población se suprime a la población masculina que es de 38.75% (31 varones) y mujeres mayores de 49 años de edad 10% (8 mujeres) que suman 48.75% (39 trabajadores); siendo el 51.25% del universo de la población conformada por 41 trabajadoras lo que constituye la población de evaluación.

La población MEF, La información dicotómica divide posiciones; el primero que afirman la práctica de la anticoncepción oral, cuyo promedio es 6.64% y en grupos las cifras son: 4.55, 15.38, 0% para normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente La población del NO es muy elevado 93.36%. Véase la Figura N° 19.

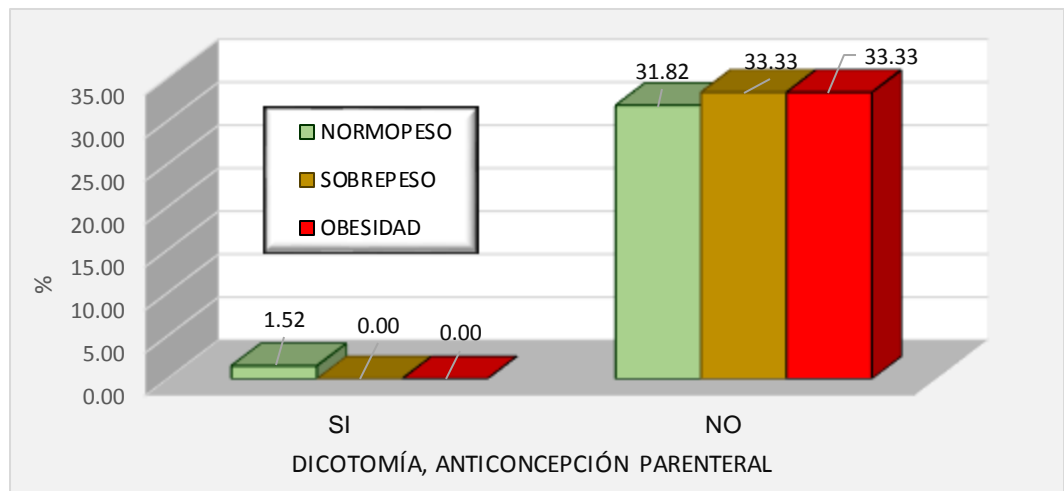
20. ANTICONCEPCIÓN PARENTERAL

Tabla N° 20. ANTICONCEPCIÓN VIA PARENTERAL, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.

IMC	DICOTOMÍA, ANTICONCEPCIÓN ORAL				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
NORMOPESO	1	1.52	21	31.82	22	33.33
SOBREPESO	0	0.00	13	33.33	13	33.33
OBESIDAD	0	0.00	6	33.33	6	33.33
TOTAL:	1	1.52	40	98.48	41	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura N° 20. PORCENTAJE DE ANTICONCEPCIÓN VÍA PARENTERAL, SEGÚN IMC EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017.



Fuente: Tabla N° 19.

Los datos de la Tabla N° 20 muestra una trabajadora que practica la anticoncepción parenteral mientras que las MEF que no utiliza dicho método son 40 del universo de 41, lo que se visualiza en el Gráfico N° 20 donde el histograma muestra una cobertura de 4.55% de usuaria del método parenteral que corresponde al grupo normopeso lo que para sobrepeso y obesidad las cifras son cero. Por la parte de no usuarias las cifras son 95.45, 100 y 100% en los grupos IMC normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente. Véase la Figura N° 20.

4.2. Análisis inferencial y/o contrastación de Hipótesis

Para contrastar la hipótesis se utilizó la prueba de Chi Cuadrado para evaluar hipótesis de la relación entre dos variables categóricas con escala ordinal.

Tabla N° 21. TASA DE INCIDENCIA DE FACTORES DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017

INDICADORES	IMC			\bar{X}
	NORMOPESO	SOBREPESO	OBESIDAD	
Hábitos Alimentarios	3.26	0.50	0.63	4.39
Ejercicios Físicos	2.30	3.06	0.08	5.44
Sedentarismo	0.50	0.09	0.61	1.20
Condiciones Socioeconómicas	0.90	0.73	2.03	3.66
Condiciones Psicosociales	0.84	0.03	0.69	1.55
Condiciones Heredofamiliares	2.15	0.09	1.85	4.09
Anticonceptivos Hormonales (MEF)	0.21	1.52	1.85	3.57
\bar{X}	10.16	6.01	7.74	23.90

Fuente: Ficha de análisis de datos.

Tabla N° 22. RESULTADO DE CONTRASTACIÓN CON EL X^2 .

CHI CUADRADO	RESULTADO	GRADO DE LIBERTAD
X^2	= 23.90	> 21.03

Fuente: Tabla N° 21 y tabla de X^2 .

En la Tabla N° 22 se expone los resultados del chi cuadrado dónde éste es mayor que el Grado de Libertad.

Dado la prueba de hipótesis, se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 que afirma “Los factores de riesgo se relacionan significativamente en la incidencia de obesidad y sobre peso en Trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017”; porque el resultado de la contrastación con el X^2 es mayor que el grado de libertad (Tabla N° 22).

4.3. Discusión de los resultados

4.3.1. Contrastación de los resultados con las bases teóricas

Según, **Arieh Goldberg México 2008**. Afirma que la prevención debe ir precedida por el conocimiento para después actuar, por lo cual es necesario educar sobre la alimentación sana y nutritiva que todo ser humano debería ingerir. El estudio es relevante para desarrollar capacidades en el tema de alimentación sana dada la incidencia por alto consumo de alimentos hipercalóricos.

Según **Vásquez Martínez Clotilde. Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Ramón y Cajal. Madrid 2006**: la actividad se centra en la disminución moderada del contenido calórico de la dieta, ejercicios físico, modificación de conductas que lleven a cambios en los estilo de vida; lo que se corrobora con el presente estudio como factor determinante para favorecer el sobre peso y la obesidad, en las dimensiones siguientes: hábitos alimentarios, ejercicios físicos y condiciones psicosociales.

4.3.2. Contrastación de la hipótesis con las investigaciones

A través del proceso de la investigación se obtuvo el resultado de la Hipótesis alternativa, que afirma “Los factores de riesgo se relacionan significativamente en la incidencia de obesidad y sobre peso en trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017.

María del Carmen Sayón Orea, anunciaba el año 2011 en Pamplona España, en su tesis, Factores de riesgo asociados con la Incidencia de Sobrepeso/ obesidad en la cohorte SUN. Haciendo uso de un estudio de cohortes prospectivo y dinámico, han arribado a la siguiente conclusión: “El consumo de alimentos fritos está asociado con el riesgo de desarrollar sobrepeso/obesidad tanto en la categoría de mayor frecuencia de consumo

(>4 veces por semana) como en el tercil de mayor consumo”. En el presente estudio se evidencia tal afirmación.

Jaime Pajuelo Ramírez, 2004 en su trabajo publicado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos sostuvo: “El Sobrepeso y la Obesidad en el Perú: un Problema a Enfrentar”, quién en el capítulo V. Patrones Dietarios, expresa; En lo que se refiere a los patrones dietarios, este mismo estudio, analiza los cambios que se han dado, a través del tiempo, desde la época de los cazadores pasando por la de los agricultores hasta la actualidad que es considerada como la época moderna. En todo este tiempo los cambios de mayor trascendencia han sido la disminución importante de la ingesta de fibra y el incremento en el consumo de azúcar, sal y grasas a predominio de las saturadas, dieta conocida como “afluente” y que conjuntamente con el sedentarismo son responsables del aumento de las prevalencias de las enfermedades mencionadas.

“El Sobrepeso y la Obesidad en el Perú: un Problema a Enfrentar”

4.1. Aporte de la investigación

La interacción con la realidad vivencial y los resultados de la investigación demuestran que la prevalencia como acopiadora de las incidencias en el tema sobrepeso y obesidad en una población, demuestra que dependen de la referencia particular o de los estándares deseables seleccionados para medirlos. La técnica más utilizada tradicionalmente es la tabla de IMC la cual es muy útil no obstante requerir su confirmación con exámenes auxiliares específicos.

Identificada la incidencia del sobrepeso y obesidad y si ésta se relaciona directamente con los indicadores de enfermedades asociadas o comorbilidad en la salud de los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea; es imperativa concienciar la mejora en los procesos de alimentación, la práctica de los ejercicios físicos y evitar el sedentarismo desarrollando un clima favorable en el entorno familiar y laboral.

La actitud no es un sistema cerrado sino expuesto a la influencia del entorno por tanto es acertada el proceso enseñanza aprendizaje en el desarrollo de capacidades a fin de favorecer la calidad de vida.

CONCLUSIONES:

- En términos generales, Los factores de riesgo deficiencias en los hábitos alimentarios, el sedentarismo, conflictos personales y sociales; se relacionan significativamente en la incidencia del sobrepeso y obesidad en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017.
- En las deficiencias y alteraciones de los procesos alimentarios, ejercicios físicos, sedentarismo, ITIC, de la salud mental y de la interacción social se centra el predominio de los factores de riesgo que favorecen la incidencia y prevalencia del sobrepeso y obesidad.
- Los sistemas de la administración pública no cuentan con políticas reguladas a fin de hacer frente a las deficiencias y alteraciones de los procesos alimentarios, ejercicios físicos, sedentarismo, ITIC, de la salud mental y de la interacción social que son factores que ponen en riesgo la calidad de vida de los servidores.
- Los centros de trabajo son escenarios del fomento de crisis emocional y social que conducen a los trabajadores cumplir con sus jornadas forzadas por la función cumplida y alejados de la motivación y despliegue de sus potencialidades.
- Los instrumentos de tecnología de Información y comunicación (ITIC) se suma como factor en acción y potencial pernicioso a la calidad de vida de la población trabajadora.
- Las características físicas heredofamiliares se suman con gran notoriedad a la lista de factores predisponentes del sobrepeso y obesidad.

SUGERENCIAS

Para el Director de la DIRESA - Huánuco

- Lanzar una decisión política a nivel Regional a fin de implementar un proyecto integral e integrado de la lucha sistemática y en multinivel del desarrollo de capacidades a fin de favorecer la salud física y mental de los trabajadores de salud, por ser entidad que cumple actividades de fomenta a la salud de la población.

Para la comunidad investigadora

- Alentar que los estudios similares realizados no se encarpeten sino sean socializados y puestos en trámite para su publicación en los niveles de Responsabilidad Social y similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- OMS, Obesidad y Sobrepeso, Nota Descriptiva N° 311, Junio de 2016, Ginebra, Suiza.
- Laura Rosa Aballay, "Estudio de su Prevalencia e Identificación de factores de Riesgo", Córdoba Argentina - 2012.
- Manuel Antonio rubio Sánchez, Estudio de la Relación entre Ansiedad y Obesidad a través del cuestionario de Ansiedad Estado-rasgo (STAI), Valoración del Perfil Dietético y Psiconutricional, Barcelona España - 2012.
- Mariana Elvira Hidalgo Chávez, Asociación del Estado Nutricional con los Estilos de Vida del Profesional de Salud de una Empresa de Salud, Lima 2014.
- Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (IASO). Acerca de la obesidad. [Citado 2011 dic 04]
- MINSA Perú, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Sobrepeso y Obesidad: Prevalencia y Determinantes Sociales del Exceso de Peso en la Población Peruana (2009-2010).
- Ministerio de Salud, Un gordo problema: sobrepeso y obesidad en el Perú, Lima 2012.
- Instituto ENDES 2009 Cuadro 10.13 Estado de nutrición de las mujeres, según características seleccionadas, p. 239. Elaboración: CERES NUTRIR o Nacional de Estadística e Informática. 2009..
- OMS Epidemia de obesidad y sobrepeso vinculada al aumento del suministro de energía alimentaria - estudio, Boletín de la OMS, Ginebra Suiza 2015.
- María del Carmen Sayón Orea M., tesis, Factores de riesgo asociados con la Incidencia de Sobrepeso/obesidad en la cohorte SUN, Pamplona España 2011.

- Jaime Pajuelo Ramírez, El Sobrepeso y la Obesidad en el Perú, trabajo de investigación titulado, "Investigaciones clínicas de la Facultad de Medicina UNMSM", Lima 1012.
- OMS, Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas. Washington, D.C., USA 2015.
- Arie Goldberg México. Consenso Nacional de Obesidad. México 2008.
- Vásquez Martínez Clotilde. Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Ramón y Cajal. Madrid 2006.
- Ada Cuevas M, María Soledad Reyes S. Climaterio p. 15, México 2005
- ASPE, Virginia; LOPEZ, Ana. Hacia un desarrollo humano: Valores, actitudes y hábitos. México, Edit. Limusa, México, 1999.
- W. A. Kelly, Psicología de la educación, ed. Morata, p. 171, Madrid España 1982.
- OPS, La Malnutrición y los Hábitos Alimentarios, Publicaciones Científicas N° 91, Washington D.C., E.U.A., 1963.
- Luz Miriam Lupercio Navarrete, nutricionista dietista de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Laura Tardón, Información Científica en la sección de Salud de EL MUNDO ES SALUD, Madrid España - 2009.
- Josep Vidal, del servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital de Barcelona, artículo publicado en El Mundo Es salud de España.
- Máximo Ravenna, Médico Psicoterapeuta y Especialista en Nutrición, Buenos Aires Argentina 2016.
- El American Journal of Clínica Nutrition ha publicado un estudio español realizado por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid 2012.

- Jaime Pajuelo, médico estudioso de la gordura, y el Endocrinólogo Segundo Secián, estudio realizado el año 2011, Lima Perú 2017.
- Dr. Douglas Bettcher, Director del Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles de la OMS. 217.
- ELENA BEL, publicación de Life Styl, Madrid España 2017 Fuente: <http://www.medicalnewstoday.com/> Fotos : <http://www.pigrunoflakenona.com/>
- Rosa M Ortegaa, Pedro Andrés, Medicina clínica, Hidratos de carbono y obesidad/ Carbohydrates and obesity, Vol. 110. Núm. 20, Madrid España – 1998.
- OMS, Consumo de bebidas alcohólicas, Ginebra, Suiza - 2017.
- Gazzaniga JM, Burns RD, Burns TL. The relationship between diet composition and body fatness, with adjustment foresting energy expenditure and physical activity in preadolescent children. Am J Clin Nutr, 58 (1993), pp. 21-28.
- El Mundo Salud y Nutrición, resultados de los estudios publicados en el “European Journal of Clinical Nutrition”, Volume 71, No 6 June 2017.
- OMS, Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, Ginebra Suiza 2017.
- Dres. J. R. Cabo Soler y J. Moreno Mercer, SEME Medicina Estética Obesidad y ejercicio físico, Madrid 2017.
- Juan Luis Gutiérrez-Fisac/Miguel ángel Royo-Bordonada/ Fernando Rodríguez- Artalejo, Estilos de Vida parte II, p 50, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid España 2006.
- Julio A Poterico, Antonio Bernabé-Ortizl, Christian Loret de Mola, J Jaime Miranda, Revista de Salud Pública, tema: Asociación entre ver televisión y obesidad en mujeres peruanas. Lima Perú 2012.

- Juan Carlos García Sánchez, Vivir Bien, Guadalajara México 2013.
- Athena Linos, Atenas 2011, profesora de epidemiología de la Universidad de Atenas.
- Felipe Casanueva, presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), España 2017.
- Martínez Gomez, et al, Leproult & Van Cauter, (2010) La mala calidad de sueño es factor promotor de obesidad, México 2013.
- Karlsson, Knutsson & Lindahl, 2001 USA.
- Domingo Bartolomé, M. y López Guzmán, J., La Estigmatización Social De La Obesidad, p. 275 (México CF. 2014).
- Karina Temporelli* Valentina Viego**, Obesidad, sobrepeso y condiciones socioeconómicas, p 160. Buenos Aires Argentina 2012.
- Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Rodríguez C., Medicina Clínica, Factores económicos y sociales asociados al índice de masa corporal y obesidad en la población española de 20 a 64 años, ps. 193-198, España 1995.
- Fezeu y colaboradores (Fezeu L, Minkoulou E, Balkau B, et al Asociación entre el estatus socioeconómico y la adiposidad en el Camerún urbano Int J Epidemiol 2006; 35: 105-11), Wahashington 2012.
- Jean Piaget (1896-1980).
- Zsuzsanna Jakab, directora regional para Europa de la OMS, Ginebra, Suiza 2013. El nivel educativo influye para desarrollar obesidad y sobrepeso.
- Dr. Carlos Zoch Z., I CIENCIAS, Factores Psicológicos de la Obesidad p.5-8 Costa Rica.
- Dra. Rebeca Guzmán, C Arturo del Castillo Arreola, Dra. Melissa García Meraz.

- Joaquín Lara Sierra, Conflictos de la Personalidad, Universidad Tecnológica de Bolívar Cartagena de India, Colombia 2012.
- Carlos Zoch Z., ICIENCIAS, Factores Psicológicos de la Obesidad p. 8 Costa Rica.
- Farooqi IS. Aspectos genéticos y hereditarios de la obesidad infantil. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab; 19: 635 - 43. 2005 USA.
- Bouchard C, Tremblay A, Despres JP. La respuesta a la sobrealimentación a largo plazo en gemelos idénticos. N Engl J Med.; 322: 1477 – 82, 1990 USA.
- María Elizabeth Tejero, Genética de la obesidad, Department of Genetics, Southwest Foundation for Biomedical Research, San Antonio, Texas, 2008 USA.
- Videz S. Medición de la Densidad mineral ósea en usuarias anticonceptivas. Tesis. Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala; 2013.
- López L, Edelman A, Chen-Mok M, Trussell J, Helmerhorst M. Anticonceptivos con progesterona sola: efectos sobre el peso. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. EE. UU 2011.
- OMS, OBESIDAD Y SOBREPESO, Publicación de Centro de Prensa, Ginebra, Suiza 2017.
- Msc. Fernando Quevedo Amador, Ejercicio físico en personas obesas, Buenos Aires, Febrero de 2009.
- Miriam C. Oliveros de Angulo, La obesidad: Una visión Fenomenológica-existencial, Madrid, Madrid 2010.
- Gaines A, Davis-Floyd R, Blackburn G. Biomedicina. En Ember C, Ember M (Editores). Enciclopedia de Antropología Médica: Salud y Enfermedad en el mundo Culturas. Nueva York 2004.
- Porter D. Salud, civilización y Estado. Londres: Routledge; 1999.

- Miller WC, Niederpruem MG, Wallace J, Linderman A. Dietary fat, sugar, and fibre predict body fat content, *J Am Diet Assoc*, 94 (1994), pp. 612-615
- Gibney MJ., Epidemiology of obesity., *Int J Obes*, 19(Supl)5 (1995), pp. 1-3
- Westerterp KR., Food quotient, respiratory quotient, and energy balance. *Am J Clin Nutr*, 57(Supl) (1993), pp. 759-765
- Bolton-Smith C, Woodward M., Dietary composition and fat to sugar ratios in relation to obesity., *Int J Obes*, 18 (1994), pp. 820-828
- AIBRINK, Margaret J: "Obesidad" en Cecil y Loeb, "Tratado de Medicina Interna", Editorial Interamericano, Págs. 1637-1646. México, 1974.
- COLL, M. et al: "Obesidad y Alimentos en Público, Vol. 36: 7, Pág. 795 Julio 1979.
- STUNKARD, A., "Estilos de Vida y la Obesidad", Vol. 37:10, p. 1127, Washington USA 1980.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FACTORES DE RIESGO Y LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
Problema general	Objetivo General	Hipótesis 1	V. independiente	Hábitos alimenticios	Métodos: Cuantitativo no experimental
¿Qué relación existe entre los factores de riesgo y la incidencia de la obesidad y sobrepeso en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017?	Conocer la relación que existe entre los factores de riesgo y la incidencia de la obesidad y sobrepeso en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017.	Los factores de riesgo se relacionan significativamente en la incidencia de la obesidad y sobrepeso en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017.	Factores de Riesgo DIMENSIONES: - Hábitos alimenticios - Ejercicios físicos - Sedentarismo - Condiciones socioeconómicas - Condiciones psicosociales - Condiciones heredofamiliares - Anticonceptivo hormonales	Ejercicios físicos	Nivel: Explicativo
				Sedentarismo	Tipo de investigación: Prospectivo – observacional – transversal – explicativo
				Condiciones socioeconómicas	Tipo de estudio: De acuerdo a la orientación: básica De acuerdo a la técnica de contrastación: explicativa De acuerdo a la direccionalidad: Prospectiva De acuerdo a la recolección de datos: Retrolectiva De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado: transversal
				Condiciones psicosociales	
				Condiciones heredofamiliares	
				Anticonceptivo hormonales	
				Anticonceptivo hormonales	

Problema Específico	Objetivo Específico	Hipótesis 0	V. Dependiente		
<p>a). ¿Cuál es nivel de incidencia de la obesidad y sobrepeso en relación a los factores de riesgo en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea?</p> <p>b). ¿De qué manera los hábitos alimenticios se relacionan con el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>c). ¿De qué manera los ejercicios físicos se relacionan con el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>d). ¿De qué manera el sedentarismo se relaciona con el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>e). ¿De qué manera las condiciones socioeconómicas se relacionan con el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>f). ¿De qué manera las condiciones psicosociales se relacionan con el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>g). ¿De qué manera las condiciones heredofamiliares se relacionan con el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>h). ¿De qué manera el uso de anticonceptivos hormonales se relaciona con el sobrepeso y la obesidad?</p>	<p>a). Estimar la Incidencia de la obesidad y sobrepeso relacionada a los factores de riesgo en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea.</p> <p>b). Determinar la relación de los hábitos Alimenticios con el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>c). Determinar la relación de los ejercicios físicos con el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>d). Determinar la relación del sedentarismo con el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>e). Determinar la relación de las condiciones socioeconómicas con el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>f). Determinar la relación de las condiciones psicosociales con el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>g). Determinar la relación heredofamiliar con el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>h). Determinar la relación del uso de anticonceptivo hormonal con el sobrepeso y la obesidad</p>	<p>Los factores de riesgo NO se relacionan significativamente en la incidencia de la obesidad y sobre peso en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea, 2017.</p>	<p>V. Dependiente</p> <p>Incidencia de Obesidad y Sobrepeso</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incidencia de obesidad - Incidencia de sobrepeso 	<p>Incidencia de obesidad</p> <p>Incidencia de sobrepeso</p>	<p>Diseño: Descriptivo correlacional</p> <p>Población: 80 trabajadores</p> <p>Muestra: No probabilístico intencional integrado por el 100 % de la población.</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficha con preguntas - Índice de Sobrepeso y obesidad <p>Tratamiento estadístico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distribuciones de frecuencia simple - Frecuencias agrupadas - Representaciones gráficas en forma de histogramas o grafico de barras. - Procesados con el paquete estadístico SPSS versión 22 - Chi cuadrado"

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



“Año del buen servicio al ciudadano”

Huánuco, 17 de julio de 2017

Oficio N° 033 -2017-EPG-UNHEVAL-DA.

Señor : Dr. Sergio Abraham Fernández Briceño.
 Jefe del C.S Perú Corea - Amarilis

Asunto : Autorización para la ejecución de la investigación.

Ref. : Proyecto de investigación de maestría.

Es grato el honor de dirigirme ante su respetable dirección para expresarle el saludo cordial y, por intermedio del presente solicitarle la autorización para la ejecución de la investigación en la Institución que ud. dirige, cuyo título es: **“FACTORES DE RIESGO Y LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017”**, a cargo de la maestrista en Salud Pública y Gestión Sanitaria, **DILA ROSALÍ BENANCIO REYES**.

Aprovecho la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y deferencia, seguro de contar con su valioso apoyo.

Atentamente,


 Dr. Ido Lugo Villegas
 DOCENTE DE SEMINARIO DE TESIS I
 EPG-UNHEVAL



ANEXO N° 03

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE FACTORES QUE CONLLEVAN AL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERU COREA

A continuación encontrarás una serie de preguntas sobre tus hábitos de alimentación, prácticas físicas, sedentarismo, condiciones socioeconómicas, condiciones psicosociales y antecedentes heredofamiliares. El propósito de la encuesta es conocer los factores que conlleva a la obesidad y sobrepeso en los trabajadores del Centro de Salud Perú Corea; valorar cuales son los factores de riesgo en la incidencia de obesidad y sobrepeso en los trabajadores y dar información a la comunidad servidora de salud.

Servidor N°:

Edad : años

Sexo: mujer varón

I. Hábitos alimentarios

1. ¿Cuántas veces ingiere sus alimentos al día?..... ¿en cuáles?

Desayuno		Media mañana		Almuerzo		Media tarde		Lonche		Cena u otro	
----------	--	--------------	--	----------	--	-------------	--	--------	--	-------------	--

2. ¿Se alimenta con frituras o chatarra u otras? ¿cuáles, durante la semana? (anotar en el recuadro la cantidad en platos o unidad)

hamburguesa		papas fritas		Pollo brasa o broaster		Hotdogs	
Pizza		Refresco de soda		sándwich de helado		fritangas	
Parrilladas		Pasteles		Bebidas gaseosas		otros	

3. ¿Cuáles son los alimentos con carbohidratos que consume usted, durante la semana? (anotar en el recuadro la cantidad en platos o unidad)

Papa		Panes		Pasteles		queques	
bizcocho		Tortillas		Camote		Yuca	
plátano		Tallarines		Lenteja		Carne roja	
frutas		Miel		Gatorade		jugos	
yogurt		Golosinas		Bebidas de fruta		Otros	

4. ¿Consumes usted, bebidas alcohólicas?, Si la respuesta es **NO**, pasa a la siguiente pregunta Volumen aproximado en botellas (600cc) por semana....., indique la(s) bebida(s)

Cerveza		Aguardiente		Vino		Otros	
---------	--	-------------	--	------	--	-------	--

II. Ejercicios físicos

5. ¿Practica usted ejercicios físicos? ¿en promedio cuánto tiempo al día?

Menos de 30 min		31 a 60 minutos		Más de una hora		No practica	
-----------------	--	-----------------	--	-----------------	--	-------------	--

Disciplina que practica: (anote en el recuadro el tiempo aproximado en minutos)

Aeróbicos		Deporte		Gimnasia		Trabajo físico	
Natación		Ciclismo		Caminata		Otros	

III. Sedentarismo/actividades diarias

6. ¿Dedica su tiempo a ver televisión? ¿cuánto tiempo durante el día?

Menos de 1 hora	1 a 3 hora	Más de 3 horas	No ve tv.
-----------------	------------	----------------	-----------

7. ¿Dedica su tiempo al internet, la computadora, Tablet, celular? si la respuesta es SI ¿cuánto tiempo al día?

Menos de 2 hora	2 a 6 hora	Más de 6 horas	No
-----------------	------------	----------------	----

Diga usted el tiempo aproximado en minutos de cada uno durante el día.

Internet	Computadora	Tablet	Celular
----------	-------------	--------	---------

8. ¿Dedica su tiempo al trabajo de oficina? ¿cuánto tiempo al día?

Menos de 8 horas	8 a 12 horas	Más de 12 horas	No trabaja en of.
------------------	--------------	-----------------	-------------------

9. ¿Cuánto tiempo dedica al descanso y sueño (dormir), durante las 24 horas?

Menos de 8 horas	8 a 9 horas	De 10 a 11 horas	Más de 12 hs.
------------------	-------------	------------------	---------------

IV. Condiciones socioeconómicas

10. ¿Cuánto es su gasto promedio mensual en sus alimentos y bebidas?

Menos de 200	200 a 400	500 a 1,000	Más de 1,000
--------------	-----------	-------------	--------------

11. ¿Cuál es el nivel de estudios alcanzado por usted?

Básico	Superior
--------	----------

12. ¿Cuál es el material de construcción de la vivienda que ocupa?

Rústico	Concreto
---------	----------

13. ¿Cuenta con servicios básico dentro de la vivienda?

Si	No
----	----

V. Condiciones Psicosociales

14. ¿Tiene momentos de depresión que siempre se repite?

Si	No
----	----

15. ¿Tiene usted sentimientos abajo indicados? (conflictos personales)

Inferioridad	Inseguridad	Inadecuada (incapaz)	ninguna
--------------	-------------	----------------------	---------

16. ¿Por qué motivos cree usted que come en exceso? (motivos de gula)

Soledad (pareja)	Ira o cólera	Estrés/depresión /ansiedad	↑Apetito	Ninguna
------------------	--------------	----------------------------	----------	---------

17. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas? (relacionado con su entorno social)

Rechazo	Discriminación	Conflictos laborales	Ninguna
---------	----------------	----------------------	---------

VI. Condiciones heredofamiliares

18. ¿Tiene o tuvo algún familiar obeso, con sobrepeso o muy gorditos (as)? Hasta la 3° generación.

Si	No	No sabe
----	----	---------

VII. Anticonceptivo hormonales (mujeres)

19. ¿Practica usted la anticoncepción vía oral?

Si	No
----	----

20. ¿Practica usted la anticoncepción con inyectables?

Si	No
----	----

Fuente de instrumento: Elaborado en base a instrumentos diversos para fines similares.

ANEXO N° 04

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



"Año del buen servicio al ciudadano"

Huánuco, 17 de julio de 2017

Oficio N° 033 -2017-EPG-UNHEVAL-DA.

Señor : DRA. MARUJA MANZANO TARAZONA.....

Asunto : Validación de instrumentos de investigación.

Ref. : Ejecución de investigación de maestría.

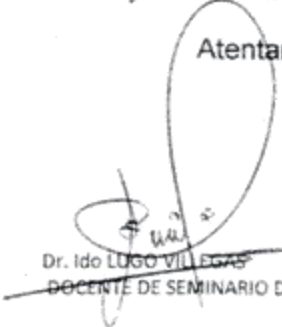
Es grato el honor de dirigirme ante su respetable persona para expresarle el saludo cordial y, por intermedio del presente solicitarle el apoyo para la validación de instrumentos de investigación titulada: **"FACTORES DE RIESGO Y LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017"**, a cargo de la maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria, DILA ROSALÍ BENANCIO REYES.

Para el efecto adjunto:


1. Matriz de consistencia.
2. Cuestionario
3. Ficha de opinión del experto

Aprovecho la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y deferencia, seguro de contar con su valiosa contribución.

Atentamente,


Dr. Ido LUGO VILLEGAS
DOCENTE DE SEMINARIO DE TESIS I


Dila Rosalí BENANCIO REYES
MAESTRISTA


18-07-17
10am



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



"Año del buen servicio al ciudadano"

Huánuco, 17 de julio de 2017

Oficio N° -2017-EPG-UNHEVAL-DA.

Señor : M.G. ENNIS JARAMILLO FALCÓN

Asunto : Validación de instrumentos de investigación.

Ref. : Ejecución de investigación de maestría.

Es grato el honor de dirigirme ante su respetable persona para expresarle el saludo cordial y, por intermedio del presente solicitarle el apoyo para la validación de instrumentos de investigación titulada: **"FACTORES DE RIESGO Y LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017"**, a cargo de la maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria, **DILA ROSALÍ BENANCIO REYES.**

Para el efecto adjunto:

1. Matriz de consistencia.
2. Cuestionario
3. Ficha de opinión del experto

Aprovecho la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y deferencia, seguro de contar con su valiosa contribución.

Atentamente,


Dr. Ido LUGO VILLEGAS
DOCENTE DE SEMINARIO DE TESIS I


Dila Rosalí BENANCIO REYES
MAESTRISTA



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



"Año del buen servicio al ciudadano"

Huánuco, 17 de julio de 2017

Oficio N° 033 -2017-EPG-UNHEVAL-DA.

Señor : DRA. NANCY VERAMENDI VILLAVICENCIO S.

Asunto : Validación de instrumentos de investigación.

Ref. : Ejecución de investigación de maestría.

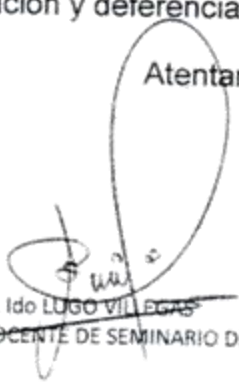
Es grato el honor de dirigirme ante su respetable persona para expresarle el saludo cordial y, por intermedio del presente solicitarle el apoyo para la validación de instrumentos de investigación titulada: **"FACTORES DE RIESGO Y LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017"**, a cargo de la maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria, DILA ROSALÍ BENANCIO REYES.

Para el efecto adjunto:

1. Matriz de consistencia.
2. Cuestionario
3. Ficha de opinión del experto

Aprovecho la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y deferencia, seguro de contar con su valiosa contribución.

Atentamente,


Dr. Ido LUGO VILLALBA
DOCENTE DE SEMINARIO DE TESIS I


Dila Rosalí BENANCIO REYES
MAESTRISTA

7-27
11:00 am
18-07-17



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



"Año del buen servicio al ciudadano"

Huánuco, 17 de julio de 2017

Oficio N° 033 -2017-EPG-UNHEVAL-DA.

Señor : MG. MARCO ISIDRO CESPEDES

Asunto : Validación de instrumentos de investigación.

Ref. : Ejecución de investigación de maestría.

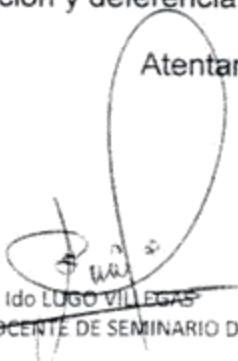
Es grato el honor de dirigirme ante su respetable persona para expresarle el saludo cordial y, por intermedio del presente solicitarle el apoyo para la validación de instrumentos de investigación titulada: **"FACTORES DE RIESGO Y LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017"**, a cargo de la maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria, DILA ROSALÍ BENANCIO REYES.

Para el efecto adjunto:

1. Matriz de consistencia.
2. Cuestionario
3. Ficha de opinión del experto

Aprovecho la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y deferencia, seguro de contar con su valiosa contribución.

Atentamente,


Dr. Ido LUGO VILLEGAS
DOCENTE DE SEMINARIO DE TESIS I


Dila Rosalí BENANCIO REYES
MAESTRISTA


RECIBIDO
18-07-17.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



"Año del buen servicio al ciudadano"

Huánuco, 17 de julio de 2017

Oficio N° 033 -2017-EPG-UNHEVAL-DA.

Señor : DRA. TERESITA VELA LOPEZ

Asunto : Validación de instrumentos de investigación.

Ref. : Ejecución de investigación de maestría.

Es grato el honor de dirigirme ante su respetable persona para expresarle el saludo cordial y, por intermedio del presente solicitarle el apoyo para la validación de instrumentos de investigación titulada: **"FACTORES DE RIESGO Y LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017"**, a cargo de la maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria, **DILA ROSALÍ BENANCIO REYES**.

Para el efecto adjunto:

1. Matriz de consistencia.
2. Cuestionario
3. Ficha de opinión del experto

Aprovecho la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y deferencia, seguro de contar con su valiosa contribución.

Atentamente,


 Dr. Ido LUGO VILLEGAS
 DOCENTE DE SEMINARIO DE TESIS I


 Dila Rosalí BENANCIO REYES
 MAESTRISTA

Handwritten note:
 18-07-17

BIOGRAFÍA



Dila Rosalí Benancio Reyes

Enfermera de Profesión, es Docente e Investigadora de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Consultora en Desarrollo Social del Instituto Científico SΨMA PODER, Jefe de los Servicio de Enfermería del Centro de Salud Perú Corea Huánuco del Ministerio de Salud Perú, 23 años de labor asistencial en salud, integró el equipo de Brigadistas Itinerante de Salud de la Comunidad Europea; es natural de Huánuco donde radica con su esposo y tres hijos.



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Auditorio de la Escuela de Posgrado, siendo las **18:00h**, del día **jueves 21 DE NOVIEMBRE DE 2019** ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dra. Victoria Maruja MANZANO TARAZONA	Presidenta
Dra. Marina Ivercia LLANOS DE TARAZONA	Secretaria
Mg. Victor Guido FLORES AYALA	Vocal

Asesor de tesis: Dr. Ido LUGO VILLEGAS (Resolución N° 02400-2017-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Doña, Dila Rosali BENANCIO REYES.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **"FACTORES DE RIESGO Y LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DE CENTRO DE SALUD PERÚ COREA, 2017"**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante al Grado de Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:

.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Dieciséis (16)
Equivalente a Bueno, por lo que se declara Aprobado
(Aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 14.30. horas de 21 de noviembre de 2019.


.....
PRESIDENTE
DNI N° 22407373


.....
SECRETARIO
DNI N° 22418598


.....
VOCAL
DNI N° 22461263

Leyenda:
19 a 20: Excelente
17 a 18: Muy Bueno
14 a 16: Bueno

(Resolución N° 01055-2019-UNHEVAL/EPG-D)

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Apellidos y nombres: **BENANCIO REYES, Dila Rosalí**

DNI: **22504545**

Correo electrónico: **as2dirosal@hotmail.com**

Teléfono de casa: **062621939**

celular: **938563745**

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

POSGRADO
Maestría: SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA
Mención: SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA

- Grado Académico obtenido: **MAESTRO**
- Título de la tesis: **"FACTORES DE RIESGO Y LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA 2017"**.
- Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de acceso	Descripción de acceso
x	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo.

Al elegir la opción "público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el portal Web repositorio.unheval.edu.pe. por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revistarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 16 de diciembre de 2019



DILA ROSALÍ BENANCIO REYES