



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA MODIFICAR
ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES EN ADULTOS JÓVENES CON
MALNUTRICION POR EXCESO DEL CONSULTORIO E DEL
CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018**

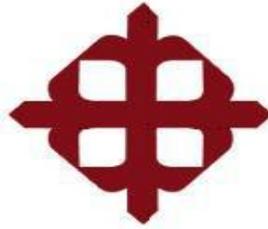
AUTOR:

MD. KAREN PAOLA VILLAMIL ZAMBRANO

TUTOR

DR. YUBEL BATISTA PEREDA

**GUAYAQUIL-ECUADOR
2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el/la Dra. KAREN PAOLA VILLAMIL ZAMBRANO*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

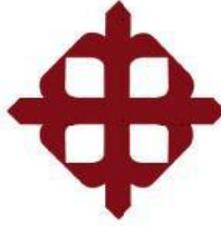
Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Yubel Batista Pereda

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Karen Paola Villamil Zambrano

DECLARO QUE:

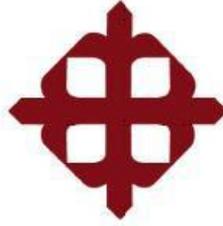
El Trabajo de investigación “*Diseño de una estrategia educativa para modificar estilos de vida no saludables en adultos jóvenes con malnutrición por exceso consultorio E del centro de salud Pascuales. Año 2018*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Karen Paola Villamil Zambrano



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
AUTORIZACIÓN:

YO, Karen Paola Villamil Zambrano

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Diseño de una estrategia educativa para modificar estilos de vida no saludables en adultos jóvenes con malnutrición por exceso del consultorio E del centro de salud Pascuales. Año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Karen Paola Villamil Zambrano

Urkund Analysis Result

Analysed Document: karenco karen paola villamil zambrano.docx (D45710183)
Submitted: 12/13/2018 9:27:00 PM
Submitted By: karpao0120@hotmail.com
Significance: 3 %

Sources included in the report:

TESIS PREFINAL.docx (D24622893)
URCUS JULIO HUERTAS GRUPO C.docx (D45656404)
TESIS LORENA CECIBEL VELASQUEZ ALCIVAR.doc (D45644878)
REVISION OLGA.docx (D45644599)

Instances where selected sources appear:

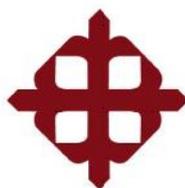
12

1 Agradecimiento

Mi agradecimiento primeramente a dios por guiarme siempre por el sendero correcto para hacer el bien por haber puesto en mi camino a personas buenas mis amigos a mis padres, hermanos, sobrinos a Wilson por haberme ayudado con el cuidado de mi hija Karen Paola que es la luz de mis ojos a mi esposo Petter por ser incondicional a mis tutores por el apoyo y tiempo en el desarrollo de este trabajo de investigación.

2 Dedicatoria

A dios a mis padres Susana y Wilson mis hermanos Karla Taamara y Juan Jose a mis sobrinos igual que mi hija Karen Paola son mi inspiración al apoyo incondicional de mi esposo Petter por su comprensión y amor.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO

DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY

COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL

OPONENTE

TEMA:	DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA MODIFICAR ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES EN ADULTOS JOVENES CON MALNUTRICION POR EXCESO DEL CONSULTORIO E DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018
ALUMNO:	MD. KAREN PAOLA VILLAMIL ZAMBRANO
FECHA:	

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

3 ÍNDICE DE CONTENIDOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL	1
SISTEMA DE POSGRADO.....	1
URKUND.....	V
1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
Acta de Sustentación.....	IX
3 ÍNDICE DE CONTENIDOS	X
4 ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
5 ÍNDICE DE ANEXOS.....	XII
6 RESUMEN.....	XIII
7 ABSTRACT	XIV
8 INTRODUCCIÓN	2
9 EL PROBLEMA.....	3
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	3
9.2 FORMULACIÓN.....	4
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	4
10.1 GENERAL	4
10.2 ESPECÍFICOS.....	4
11 MARCO TEÓRICO.....	5
11.1 ANTROPOLOGÍA ALIMENTARIA DE LA ESPECIE HUMANA.....	5
11.2 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA Y LA RELACIÓN CON LA MALNUTRICIÓN POR EXCESO.	5
11.3 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	7
11.4 ALIMENTACIÓN	8
11.5 MALNUTRICIÓN POR EXCESO Y LA RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	9
11.6 CONOCIMIENTO CIENTÍFICO VS CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN ACERCA DE LA MALNUTRICIÓN POR EXCESO.....	10
11.7 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	15
11.8 ESTRUCTURA DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	16
12 MÉTODOS.....	19
12.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	19
12.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	19
12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	19
12.2.2 Procedimiento de recolección de la información	19
12.2.3 Técnicas de recolección de información	20
12.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	20
12.2.5 Operacionalización de variables	21
13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	23
14 CONCLUSIONES	33
15 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	34
16 ANEXO	41

4 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y SEXO. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	23
TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018	24
TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y SEXO. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	25
TABLA 4 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	25
TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN OCUPACIÓN Y SEXO. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	26
TABLA 6 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN ETNIA Y SEXO. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018	27
TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON EXCESO DE PESO SEGÚN CONOCIMIENTO CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO COMO PROBLEMA DE SALUD Y SEXO. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018	27
TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO CONOCIMIENTO DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	28
TABLA 9 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN CONOCIMIENTO DE GRUPOS DE ALIMENTOS. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	29
TABLA 10 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE EJERCICIO FÍSICO. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	30
TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN COMPONENTE DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA, DIDÁCTICA. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	30
TABLA 12 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN COMPONENTE DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA, FRECUENCIA. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	31
TABLA 13 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN COMPONENTE DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA, DURACIÓN. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	31
TABLA 14 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON EXCESO DE PESO SEGÚN COMPONENTE DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA, HORARIO. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	31
TABLA 15 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO SEGÚN COMPONENTE DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA, LUGAR. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	32

5 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	41
ANEXO 2 ENCUESTA.....	42
ANEXO 3 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON EXCESO DE PESO SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	45
ANEXO 4 DISTRIBUCIÓN DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES CON EXCESO DE PESO SEGÚN CONOCIMIENTO DE GRUPOS DE ALIMENTOS. CONSULTORIO E. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.	46

6 Resumen

Antecedentes: En las últimas décadas de la historia es notorio el incremento de las cifras de la prevalencia de obesos a nivel mundial, relacionado con el aumento de enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal en adultos jóvenes con malnutrición por exceso, se confeccionó una encuesta para determinar el conocimiento sobre estilos de vida saludables, elaborando una estrategia educativa para modificar el desconocimiento. **Resultados:** el sobrepeso predominó con 57,7%, el grupo de 30 a 34 años con 32%, el sexo femenino 60,8% y la escolaridad secundaria con 46,4%, el estado civil unión libre 55,7%, la ocupación cuenta propia 49,5%, además, la etnia mestiza con 67,0%, el conocimiento del exceso de peso como problema de salud 91,8%, sobre alimentación saludable la falta de conocimiento 78,4%, sobre grupos de alimentos conocen el 59,8%, ejercicios físicos conoce el 50,5%, sobre enfermedades asociadas fue mayoritario el conocimiento 58,8%, de la estrategia prefirieron las charlas durante 30 minutos el 70,1% realizarlas una vez por semana 43,3% y el horario de mañana 87,6%. **Conclusiones:** Predomina el sobrepeso en ambos sexos, el grupo de edad de 30 a 34 años, el sexo femenino, la etnia mestiza y la escolaridad secundaria, el desconocimiento sobre alimentación saludable fue mayoritario. Prefirieron para la estrategia, las charlas, realizarlas una vez por semana, durante 30 minutos, en la mañana y en la comunidad.

Palabras Clave: ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR, ADULTO JOVEN, MALNUTRICIÓN, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

7 Abstract

Introduction: In the last decades of history, the increase of the prevalence of obese people worldwide is notorious, related to the increase of chronic diseases such as diabetes mellitus and arterial hypertension. **Objective:** To design an educational strategy to modify unhealthy lifestyles in young adults with excess weight in the clinic of the Pascuales health center in 2018. **Materials and Methods:** A descriptive, observational, cross-sectional study was carried out in young adults with excess malnutrition, a survey was made to determine knowledge about healthy lifestyles, elaborating an educational strategy to modify ignorance. **Results:** overweight predominated with 57.7%, group of 30 to 34 years with 32%, female sex 60.8% and secondary schooling with 46.4%, civil union free union 55.7%, own account occupation 49.5%, in addition, the mestizo ethnic group with 67.0%, the knowledge of excess weight as a health problem 91.8%, on healthy eating the lack of knowledge 78.4%, on food groups know 59.8%, physical exercises know 50.5%, on associated diseases knowledge was the majority 58.8%, of the strategy they preferred the talks during 30 minutes 70.1% do them once a week 43.3 % and morning hours 87.6%. **Discussion:** Overweight predominates in both sexes, the age group of 30 to 34 years, the female sex, the mestizo ethnicity and secondary schooling, the ignorance about healthy eating was the majority. They preferred for the strategy, the talks, to do them once a week, for 30 minutes, in the morning and in the community.

Palabras Clave: FAMILY HEALTH STRATEGY, YOUNG ADULT, MALNUTRITION

8 INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad están dados por un exceso de grasa corporal. La Organización Mundial de la Salud define el estado nutricional de acuerdo al índice de masa corporal, que es la relación entre el peso en kg dividido por la altura en metros cuadrados. Un IMC de 20 a 24.9 define un peso normal, de 25 a 29.9 define sobrepeso e igual o mayor que el 30 define la obesidad (1).

El elevado consumo de alimentos pobres en nutrientes, altos en energía, niveles de azúcar y grasas saturadas, unido a la actividad física reducida, han producido un efecto de incremento de la prevalencia de esta enfermedad. Intervenir en los factores de riesgo modificables como la inactividad física y la malnutrición inadecuada, han transformado a la promoción de estilos de vida saludable en una estrategia mundial que ayuda a disminuir la carga en salud asociada a las enfermedades crónicas no transmisibles (2). Anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad también afecta a los países de bajos y medianos ingresos; sobre todo en las regiones de las Américas y de África. (3)

Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo, En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos; el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. (4) La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal. (4)

Existe un número alto de países con más de un 30 % de la población que presenta exceso de peso. La tasa de aumento anual en la prevalencia de obesidad en Estados Unidos y Europa, es aproximadamente 0.25, mientras que en países de Asia, África y Latinoamérica llega a ser de 2 y 5 veces mayor, indicando que hay una diferenciación en el aumento de la obesidad por el nivel de ingreso de los países (5).

En México el sobrepeso y la obesidad afectan a más de 4 millones de niños (26%) uno de cada 3 adolescentes (31 %) y 7 de cada 10 adultos de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Se ha incrementado en todos los grupos de edad, regiones y niveles socioeconómicos (6). En Ecuador en la población adulta la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 73 %. La prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta con el nivel socioeconómico; los de más alto nivel socioeconómico tienen la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, frente a los adultos más pobre, constituyendo de cualquier manera un problema de salud pública (7).

En Ecuador es un hecho de trascendencia el sedentarismo más que la actividad física que ha ido en aumento en la medida que se urbaniza el país, los tipos de ocupaciones que cada día son menos activas y más intelectuales o digitalizadas, ascensores para subir los pisos de cualquier edificación, transporte motorizado ya sea público o privado y cada vez más escaleras eléctricas en los centros comerciales. El tiempo libre está ocupado por las redes sociales y los juegos en internet, además de los programas televisivos que ocupan el resto del tiempo de las actividades de ocio. Y porque las plazas, parques, jardines, calles y veredas, están expuestos a las acciones de la delincuencia. (8)

El plan nacional para el buen Vivir 2013- 2017 establece que “la desigualdad y la pobreza son las barreras más grandes para el ejercicio de derechos y para lograr el buen vivir”; y que “vivir en pobreza no consiste únicamente en no contar con los ingresos necesarios para tener acceso al consumo de bienes y servicios para cubrir las necesidades básicas; ser pobre es también padecer la exclusión social. Bárcena dice “En última instancia, la pobreza es falta de titularidad de derechos, la negación de la

ciudadanía. Así, el Plan establece 12 objetivos con sus respectivas políticas y lineamientos estratégicos orientados a modificar la constitución de la vida de las persona. (9)

La estrategia nacional intersectorial Acción Nutrición está alineada principalmente al objetivo de Desarrollo; Mejora la calidad de vida de la población; y particularmente a las siguientes políticas: Garantizar la presentación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud. Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas (9)

Los estudios realizados han encaminado los conocimientos sobre las causas tanto biológicas como fisiológicas del aumento de peso desde las edades tempranas y las causas sociales que se adicionan a esta circunstancia, por lo que cualquier acción de prevención es de gran importancia para evitar las complicaciones a las que conlleva. Una estrategia educativa es un grupo de acciones planificadas de manera sistemática que tiene como objetivo la el aprendizaje y ganancia de nuevas habilidades, experiencias, instrucciones, guías y hábitos. (10) por tal motivo elaborar un diseño de estrategia educativa, favorecería la prevención de enfermedades relacionadas con el exceso de peso.

Este trabajo se realizó con la elaboración de un diseño de estrategia educativa para los adultos jóvenes con exceso de peso de la población del consultorio E de Medicina Familiar y Comunitaria, del centro de salud Pascuales; teniendo en cuenta el riesgo para la salud que tienen los estilo de vida no saludables, ya sea por razones de desconocimiento sobre alimentación adecuada o simplemente fácil acceso de la comida chatarra, problema detectado en este grupo poblacional en las consultas médicas.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

En las últimas décadas de la historia es notorio el incremento de las cifras de la prevalencia de obesos a nivel mundial, esta enfermedad está muy relacionada con enfermedades crónicas tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, arterosclerosis y dislipidemias, en la obesidad intervienen varios factores, como la dieta, la genética, el factor neuroendocrino y factores conductuales, tales como sociales, iatrogénicos y el sedentarismo. Actualmente existe la biotecnología alimentaria, que ha facilitado el consumo de cualquier alimento durante las estaciones del año y ha traído por consecuencia una serie de modificaciones en la alimentación de las personas. (11)

Las acciones más eficientes para mejorar la calidad de los suministros de alimentos a fin de disminuir la incidencia del sobrepeso y la obesidad, incluyendo la disposición de reglamentos y regulaciones en el sector público e intervenciones en el mercado, se han visto afectados, así los intentos de ejecutar regulaciones obligatorias para mejorar el suministro de alimentos se han visto obstaculizados por la desinformación y las publicaciones científicas tendenciosas, además de la presión que ejercen los intereses comerciales monetarios. El procesamiento industrializado de los alimentos representa en la época actual el principal factor de lo que se ha convertido el sistema alimentario y que hoy en día afecta de forma particular a ciertos países de ingresos medianos y bajos.(12)

En las cifras del Instituto Nacional de Censos existe un gran porcentaje de población adulta con escolaridad incompleta, por lo que la pregunta de cuál es el nivel de conocimiento acerca de la malnutrición por exceso en la población adulta joven del consultorio E de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales, es obvia, pues también se ha observado una elevada frecuencia de sobrepeso y obesidad en la población de adultos jóvenes.

El propósito de esta investigación es identificar la malnutrición por exceso y los estilos de vida, que constituyen un riesgo social dado en este sector por sus características culturales y de bajo nivel escolar, que tiene como incógnita revelar el desconocimiento acerca de la importancia de una alimentación adecuada y estilo de vida saludable para mantener el normo peso y la calidad de vida.

Según los resultados del estudio después de aplicar la encuesta, se confeccionó una estrategia educativa para los adultos jóvenes con malnutrición por exceso, para ofrecer las herramientas necesarias con el propósito de disminuir el exceso de peso que es un factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles

9.2 Formulación

¿Cuáles son los elementos a tener en cuenta al elaborar una estrategia educativa para modificar los estilos de vida no saludables en los adultos jóvenes con exceso de peso en el consultorio E del centro de salud Pascuales en el año 2018?

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Diseñar una estrategia educativa para modificar estilos de vida no saludables en adultos jóvenes con malnutrición por exceso en el consultorio E del centro de salud Pascuales en el año 2018.

10.2 Específicos

- ✓ Identificar los adultos jóvenes con malnutrición por exceso en la población de estudio
- ✓ Caracterizar según variables sociodemográficas la población de estudio.
- ✓ Identificar el conocimiento de los adultos jóvenes con malnutrición por exceso sobre los estilos de vida saludables
- ✓ Determinar los componentes para el diseño de una estrategia educativa sobre estilos de vida no saludables en la población de estudio.
- ✓ Elaborar una estrategia educativa para modificar estilos de vida no saludables en adultos jóvenes con malnutrición por exceso.

11 MARCO TEÓRICO.

11.1 Antropología alimentaria de la especie humana.

El ser humano en el antepasado desde el inicio de sus orígenes se alimentaba de frutos y vegetales que obtenían fácilmente en aquellos momentos, por la evolución y la escasez de estos alimentos tuvo que variar su costumbre alimentaria y como resultados de periodos de hambruna, se vio obligado a comer desmedidamente en los momentos en que aparecía alimento, estos eran de origen animal, por la cual consideraron los biólogos que la genética se adaptó, apareciendo células de reserva energética y el gen ahorrador para los periodos de escases de alimentos, por eso aparecen las acumulaciones de grasa, la resistencia a la insulina y la obtención de energía a partir de ácidos grasos cuando no hay glucosa de la glucosa. (13) (14).

La cultura determina lo que se puede comer y quienes lo pueden comer. Así la complejidad de comidas ira desde el caviar hasta las sopas en las personas adultas mayores, comidas rápidas en los adolescentes y papillas en niños. Los tipos de comidas varían de acuerdo a la sociedad a un tiempo determinado y forman patrones en la manera de alimentarse. Estas clasificaciones son relativas, propias de cada sociedad en un tiempo y espacio determinado. La forma de combinar los alimentos, los momentos y los tipos de alimentos que hay que tomar durante el día (desayuno, almuerzo, merienda, cena) y en el año, en días hábiles y festivos, así como las combinaciones de estos, las infusiones calientes, el que se usa para celebrar las fechas, los alimentos prohibidos y los prestigiosos, etc. (15)

El hecho de tener accesibilidad a los alimentos conlleva aspectos negativos que se reflejan en problemas de salud. La desigualdad social en la elección y acceso a determinados tipos de alimentos, la diferenciación sociocultural en las poblaciones, los hábitos alimenticios; y la diversidad cada vez mayor de productos que ofrece la industria alimentaria con una alta disponibilidad a los productos industrializados, han llevado a un mayor consumo de alimentos abundantes en azúcares simples y grasas saturadas. Por lo que la “dieta occidental”, está relacionada a un incremento de las tasas de sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad para ambos sexos, y también al riesgo de morbilidad por enfermedades crónico degenerativas (16)

11.2 Caracterización sociodemográfica de la población ecuatoriana y la relación con la malnutrición por exceso.

En la población adulta no existe un problema de delgadez, al contrario de las prevalencias de exceso de peso, las cuales evidencian la gravedad de la epidemia de sobrepeso y obesidad por la que está atravesando el Ecuador, La obesidad es más alta en el sexo femenino (27.6%) que en el masculino (16.6%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tiene una prevalencia de 43.4% y el femenino de 37.9%. (7)

La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es 5.5 pp mayor en las mujeres (65.5%) que en los hombres (60.0%). la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres como en mujeres, tiene sus valores más bajos en el grupo de edad más joven (19-29 años). El sobrepeso aumenta a un valor máximo en la década de 30 a 39 años. En el caso de la obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 50

a 59 años. Uno de los mayores índices de obesidad se presenta en Guayaquil (26.3%), en las que se observan prevalencias superiores a 25%, es decir, más elevadas que la prevalencia nacional (22%). (7)

Considerando que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo altamente modificable, y con gran susceptibilidad a la prevención, se ha creado la necesidad por parte del sistema nacional de salud ecuatoriano diferentes acciones que mitiguen el aumento de la incidencia de la obesidad en Ecuador cuyas acciones entre las cuales mencionamos el programa “Acción Nutrición” por parte del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, “Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional” por parte de Ministerio de Salud Pública, y los datos recolectados de “Encuesta Nacional Salud Nutrición – Ecu” la cual ha desenmascarado en el año 2013 el aumento de la prevalencia de obesidad en la población haciendo demarcaciones de dependencia con el quintil de pobreza más elevado vs quintil de pobreza bajo.(7)

Deberes y derechos en relación a la alimentación.

Planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al Buen Vivir.

En el Art. 32 de la Carta Magna se estipula que la salud es un derecho que se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, los ambientes sanos, entre otros. Para el ejercicio del derecho a la salud, prevé la implementación de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; así como, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud. (17)

También, los Art. 358 y 359 establecen que el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, la protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles.(17)

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013–2017 establece que “la desigualdad y la pobreza son las barreras más grandes para el ejercicio de derechos y para lograr el Buen Vivir”; y que “vivir en la pobreza no consiste únicamente en no contar con los ingresos necesarios para tener acceso al consumo de bienes y servicios para cubrir las necesidades básicas; ser pobre es también padecer la exclusión social. En última instancia Bárcena decía que “la pobreza es la falta de titularidad de derechos, la negación de la ciudadanía”. (18)

Así, el Plan establece 12 objetivos con sus respectivas políticas y lineamientos estratégicos orientados a modificar las condiciones de vida de las personas. La Estrategia Nacional Intersectorial “Acción Nutrición” está orientada principalmente al desarrollo de una mejor calidad de vida de la población y particularmente a garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud. Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas. (18)

11.3 Estado nutricional según medidas antropométricas

La medida para conocer las condiciones de sobrepeso y obesidad es el índice de masa corporal (IMC), que relaciona el peso con la estatura; esta relación aparece por primera vez en la obra *Sur l'homme et le développement de ses facultés. Essai d'une physique sociale*,³ de Alphonse Quetelet (1835), en la que resume sus investigaciones en estadística aplicada a variables antropométricas y del comportamiento social (Puche 2005). Sin embargo, fueron Keys et al. (1972) quienes acuñaron el término *body mass index* (índice de masa corporal), para referirse a un índice de masa corporal relativo. (19)

Las cifras varían respecto al punto de corte del IMC, por ejemplo, en Estados Unidos e Inglaterra un índice mayor de 30 es considerado obesidad, mientras que en México este valor se ajustó para la talla baja de la población, y se clasifica como sobrepeso si el IMC se encuentra entre 25 y 27, y en personas de estatura baja entre 23 y 25; hay obesidad, si el IMC es mayor de 27 y más de 25 en una población de estatura baja; que en la mujer adulta se considera como tal si es menor de 1.50 metros y en el hombre adulto si es menor de 1.60 (NOM- 037-SSA2-2002.) (20)

En ocasiones el IMC no es determinante de obesidad como en el caso de los deportistas (fisicoculturista) por tener hipertrofia muscular y hay más tejido muscular que grasa, por lo que el músculo es el que más pesa, sin embargo esto no se interpreta como que deban perder de peso, tampoco las personas de la tercera edad deben de tener un índice menor de 25 para protegerlas contra la osteoporosis. Por lo que el IMC, no es una medida exacta ni estándar para evaluar si alguien tiene o no sobrepeso. (20)

El exceso de peso ha logrado mucha atención en la última década, a partir del informe de la OMS, que advirtió sobre la urgencia de la aparición de un evento de epidemia global (WHO 2000), investigando esta desde varios puntos como el médico, fisiopatológico y epidemiológico, y recalcado en los factores de riesgo relacionados con la enfermedad. El sobrepeso y la obesidad no se han estudiado lo suficiente desde la sociología, ni desde los significados que se les otorgan a estas dos condiciones. (20)

En el examen se deberán obtener los siguientes datos clínicos, se pesará al paciente con ropa ligera y se registrará, se medirá al paciente de pie sin calzado, el índice de masa corporal.

El índice de masa corporal (IMC), se calcula: $\text{Peso (kg)}/\text{Talla (m)}^2$.

Las enfermedades crónicas no transmisibles tienen base en la infancia y se desarrollan en la edad adulta, hay que detectarlas con una serie de estudios mencionados.

1. Glucosa en ayuno
2. Insulina en ayuno
3. Perfil de lípidos: Colesterol total, triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad HDL, lipoproteínas de baja densidad LDL
4. Ácido úrico
5. Pruebas de función hepática: AST, ALT, fosfatasa alcalina y bilirrubinas totales

6. Proteína C reactiva
7. Radiografía de cadera
8. Ultrasonido hepatobiliar.

La detección de comorbilidades tales como:

1. Diabetes Mellitus - tipo 2
2. Hipertensión arterial
3. Hiperinsulinemia
4. Hiperuricemia
5. Dislipidemias
6. Esteatosis hepática
7. Apnea obstructiva del sueño
8. Asma
9. Síndrome de ovarios poliquísticos
10. Trastornos ortopédicos (desplazamiento de cabeza femoral)
11. Trastornos psicológicos (baja autoestima, depresión, trastornos de la conducta alimentaria) (21)

11.4 Alimentación

El hombre se abastece de energía para el cumplimiento de los procesos indispensables para la vida, actividad física adecuada diaria, mantenimiento de una adecuada temperatura corporal, transporte, síntesis, transformación y depósito de moléculas. Esto se lleva a cabo gracias a sustancias que sirven como combustible: carbohidratos, lípidos, proteínas y alcoholes (22).

La dieta reúne aquellos alimentos que incorporan las comidas a diario todo esto resulta de los hábitos y comportamientos acostumbradamente repetitivos, que nos inducen a la selección, preparación y consumo de determinados alimentos o menú que son una parte más de costumbres sociales, culturales y religiosas. (22)

Malnutrición por exceso

“Los alimentos consumidos por los humanos son de origen animal o vegetal, que aportan sustento, energía o ambos y que constituyen la primera línea de defensa contra las enfermedades y el principal medio para alcanzar salud y bienestar. Los alimentos generadores de energía: son carbohidratos, lípidos o grasas, individualmente considerados, si son ingeridos en exceso pueden convertirse en grasa y provocar exceso de peso.”. (22)

11.5 Malnutrición por exceso y la relación entre enfermedades crónicas

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) refiere que la obesidad es una enfermedad altamente prevenible lo que indica que “una pequeña actuación es digna de una gran prevención”, las estadísticas a nivel global registran que en los últimos veinte años de la historia los índices de obesidad se han disparado de forma exuberante, siendo lo más llamativo y preocupante la obesidad infantil, considerándola desde su nacimiento, lo que ha llevado a expertos de la investigación en este tema a preguntarse si obesidad debe ser considerada como una enfermedad crónica, lo que lleva a interrogantes tales como ¿si los niños obesos serán adultos obesos?, así tenemos que “Los datos varían según el grupo de edad de la población estudiada (lactantes, preescolares, escolares, preadolescentes y adolescentes) (8)

En la experiencia del autor de este trabajo y luego de las lecturas investigadas en general, considera que en nuestra modernidad se atribuye que la obesidad tiene un causal de mayor frecuencia en la malnutrición por exceso, incluyendo la malnutrición por exceso de la embarazada que transmite este mal hábito a su producto de gestación, no obstante en la época de lactancia es muy común como médicos del primer nivel de atención escuchar a las madres y sus creencias que la leche de fórmula mantiene “gorditos” a sus bebés, o que no tienen suficiente leche en sus senos y creen que sus bebés se quedan con hambre. (23)

En general, el riesgo relativo aumenta con la edad: se dan cifras que van desde 2.33%, si la obesidad está presente en la lactancia a 6.30% y 6.55% en la pre adolescencia, para mujeres y hombres respectivamente, según datos de Abraham y cols. Incluso el riesgo relativo de obesidad se multiplica por 1.7% cuando el peso al nacer sobrepasa 4 kg. Se han reportado estudios que indican una persistencia de la obesidad del 40 % si la obesidad está presente en niños prepúberes y del 70 % cuando son adolescentes. Sin embargo, no es factible unificar las cifras, pues se constata nuevamente que la persistencia de la obesidad es dependiente de la edad de aparición. (23)

En relación a la cronicidad de la obesidad en el niño, se ha encontrado una relación directa entre alimentación excesivamente proteica en la primera infancia y un aumento de la adiposidad en la adolescencia, y cómo el riesgo de obesidad en la edad adulta aumenta cuando el aumento de tejido graso aparece antes de los 6 años.(23)

La cronicidad de la obesidad se incrementa con la presencia de obesidad en los padres: el 51 % si los padres son obesos frente al 20 % si no lo son. También por la asociación con otros factores sociales, como condiciones socioeconómicas bajas y si son hijos únicos”. (24)

La obesidad es considerada una enfermedad crónica compleja de causa multifactorial y todos los autores la consideran altamente prevenible CIE 10 la codifica E66, el proceso de la adquisición exagerada del peso sobre la talla suele tener su origen durante la infancia o durante la adolescencia, y se conoce a ciencia cierta que es un desequilibrio entre la ingesta de calorías y el gasto energético, también se agrega el factor genético hereditario y ambiental. (24)

Factores de riesgo para desarrollar obesidad. Factores conductuales:

- Sedentarismo (mínima o nula actividad física y más de dos horas al día de televisión)
- Horarios de comida no establecidos con periodos largos de

ayuno.

- Hábitos alimentarios inadecuados (dietas altas en grasas y carbohidratos simples) y aumento en el consumo de alimentos industrializados (refrescos y jugos).
- Bajo consumo de verduras, vegetales y fibra. Factores biológicos.
- Antecedentes de obesidad en familiares.
- Ablactación temprana (antes de los seis meses de edad).
- Hijo de madre con diabetes gestacional o madre diabética.
- Hijo de madre obesa.
- Retraso de crecimiento intrauterino. (25)

En un estudio realizado por Arancenta Bartrina y Pérez Rodrigo (2016) se obtuvo que en los adolescentes la frecuencia de obesidad era más alta en los que aportaban mayor proporción de energía a partir de la ingesta grasa (más de 38% kcal) en relación con los que realizaban ingestas de grasa más bajas. Esto también se observó en el grupo femenino entre 14 y 17 años. En el sexo masculino a partir de los 14 años se apreció una diferencia estadísticamente significativa en el consumo de productos azucarados, golosinas, embutidos y refrescos azucarados entre los obesos y los no obesos. La prevalencia de obesidad fue inferior en los niños y jóvenes ubicados en el cuartil más alto de la distribución de consumo de frutas y verduras (4 o más raciones al día). Los niños y niñas que realizan un desayuno completo expresan tasas de obesidad más bajas que los que no desayunan o realizan un desayuno incompleto. (26)

La primera causa del incremento en el ámbito mundial, de la obesidad radica en los cambios ambientales y sociales que afectan una gran proporción de la población. (27)

El metabolismo de alimentos de escaso valor nutricional, las comidas chatarras y la velocidad con la que se ingiere, son factores que influyen directamente en los mecanismos de ingestión de alimentos. (28)

En la actualidad la comodidad de los estilos de vida moderna que facilitan el transporte de un lugar a otro permite que las distancias sean mínimas y por ello se reduzca la necesidad de caminar. De igual forma la vida dentro de las ciudades que disminuye la socialización intrafamiliar y en la vecindad esto hace que disminuya la interacción obstaculiza el juego, el deporte, las caminatas grupales, a toda esta situación se suma la inseguridad de las grandes ciudades, los peligros del tránsito lo que ha llevado acrecentar un mal hábito casero y aumenta el sedentarismo.

11.6 Conocimiento científico vs conocimiento de la población acerca de la malnutrición por exceso.

De forma general es sabido conocer que el consumo energético es una ecuación entre la sensación de hambre y la sensación de saciedad, este proceso se encuentra alojado en la región anatómica de la base del cerebro. Existen en el cerebro células que codifican sustancias a nivel sistémico que controlan el hambre y la saciedad localizadas más detalladamente a nivel del hipotálamo, conformando grupos de neuronas de estos grupos existen 17 núcleos o centros neuronales los que llevan a cabo esta función en la alimentación. Estos centros hipotalámicos reciben señales de forma interna y externa que permiten la regulación del balance energético. Al referirse a señales externas estas pueden ser muy diversas como ejemplo se menciona el estado emocional que se relaciona con los estados ansiosos de diferente índole, intervienen también el factor

cultural y familiar cuando se crea una educación alimentaria en base a carnes y grasas y erróneas creencias de que los vegetales no proveen una “correcta alimentación” (28) La teoría de la existencia de una serie de varios reguladores biológicos internos que proporcionan un estímulo de forma directa en los centros del hambre y de la saciedad: entre los cuales se puede mencionar, como ejemplo, las concentraciones de glicemia en la sangre y la de cuerpos cetónicos. Siendo así que luego de la ingesta de alimento, el aumento de la glucosa en la sangre que produce la comida, se la considera una señal que estimula la saciedad; así también, en el tiempo del ayuno, el aumento de los cuerpos cetónicos provocado por este, estimularían el centro biológico del hambre. (28)

Hormonas y péptidos intestinales.- la sangre tiene concentraciones de glucosa y cuerpos cetónicos los cuales están regularizadas por hormonas: insulina, glucagón, leptina y por péptidos intestinales. El mecanismo de acción de estos péptidos y hormonas facilita el mantenimiento y el control del consumo de alimentos y de su utilización, las veces que la persona consume una comida (control inmediato) y también a lo largo del tiempo (control mediato). (29)

El mecanismo de control opera de la siguiente manera: durante el consumo de una comida e inmediatamente al final de la misma, tanto la presencia de los alimentos en el intestino como su absorción estimulan la liberación de los péptidos intestinales y hormonas que viajan por la sangre al sistema nervioso central, particularmente al hipotálamo, donde se unen a sus receptores específicos para limitar el consumo de alimentos. El efecto concreto es que la persona siente saciedad, está satisfecha y deja de comer (29).

La leptina es un componente importante de la regulación hormonal del control energético; su principal origen de producción es en el tejido adiposo y en menor cantidad en el estómago y placenta. En condiciones normales, la cantidad de leptina que se produce en una persona tiene una estrecha relación con su cantidad de tejido adiposo almacenada. Pero, cuando se acumula grasa y se aumenta de peso, sucede un incremento en la síntesis y liberación de leptina la cual es conducida por vía sanguínea hacia el sistema nervioso central en donde estimula a grupos de neuronas del hipotálamo las que producen neurotransmisores que determinan que la persona disminuya su apetito y pare de comer. (29)

Contrariamente, cuando existe pérdida de peso por disminución de grasa almacenada, la concentración de leptina disminuye; esta baja de leptina actúa como estimulante de otro grupo de neuronas, las que producen otros neurotransmisores que determinan aumento del apetito y en consecuencia la persona come más. Los neurotransmisores que inhiben el apetito son: la hormona estimuladora de melanocitos alpha (a-MSH) y el transcriptor regulador de cocaína y anfetamina. Los que estimulan el apetito son el neuropéptido Y (NPY) especialmente por alimentos ricos en carbohidratos y la proteína relacionada con agouti (ARP).

La leptina bloquea la acción de las neuronas que estimulan el apetito u oroxigénicas y estimula a las neuronas que inhiben el apetito ó an-oroxigénicas. Ambos grupos de neuronas están conectadas con el núcleo del hipotálamo que disminuye el gasto de energía e incrementa el consumo de alimentos o viceversa, dependiendo de los niveles circulantes de leptina. La ausencia de leptina o de su receptor en el hipotálamo en varios modelos animales de obesidad y en personas con obesidad confirma la importancia de esta hormona en el control del balance energético. La insulina es otra hormona implicada en la regulación del balance energético puesto que facilita la síntesis y liberación de leptina. Además por su mecanismo de acción hipoglucemiante periférica

tiene un efecto estimulante del apetito (29).

Aproximadamente entre el 45 al 75% acerca del peso en las personas tienen un componente genéticos alto. Investigaciones en familiares gemelos revelan que el factor genético determina la presencia de la obesidad: entre parejas de gemelos que su crianza fue separados o juntos la prevalencia de obesidad es alta. (30) Sin embargo, estos argumentos no son lo suficientemente sustentable para dar una explicación razonable a la epidemia de obesidad que se propaga a nivel mundial en la época actual, a menos que dicha explicación se remita a consideraciones con respecto a la evolución de la especie humana. Es un hecho que durante la mayor parte de la existencia de la humanidad, hemos tenido que sobrevivir en medios en los que la disponibilidad de alimentos ha sido limitada. La búsqueda del alimento que escasea a través de la historia ha permitido que el cuerpo aprenda a limitar el uso de su energía y utilizar de forma eficiente los alimentos que logra obtener, por tal razón el cuerpo sabiamente desarrolló habilidades de reservas y haciendo uso de ellas cuando así lo requiere. Todas estas adaptaciones, que se han transmitido en los genes generación tras generación, son las responsables que le han permitido a los seres humanos a sobrevivir a los largos periodos de hambruna que hasta no hace mucho tiempo eran muy comunes (31).

Las personas que sobrevivían eran aquellas con una carga genética capaz de almacenar energía en forma de grasa cuando la disponibilidad de alimentos era abundante y de utilizar la grasa almacenada durante la escasez de los mismos. De esta manera los seres humanos han aprendido a subsistir en una época donde la alimentación era una verdadera Azaña de sobrevivencia. Sin embargo en la época actual ocurre paradójicamente a la inversa en muchas naciones a nivel mundial, la alimentación se ha convertido en algo cómodo de fácil acceso y proporcionalmente a ellos se ha limitado la actividad física en el máximo extremo. Con todo lo antes mencionado es fácil identificar las causas de que la obesidad en esta época sea considerada una epidemia a nivel mundial. (32, 33)

Todos estos cambios genéticos que han llevado a esta fisiología de adaptación aún no han sido identificados totalmente. Sin embargo, se puede inferir que estos deben ser variados y deben estar relacionados con el consumo de alimentos y el gasto de energía. Así, algunos genes asociados con la presencia de obesidad en la población en general presentan mutaciones en el receptor adrenérgico-3, peroxisome-proliferator-activated receptor gamma-2, receptor de melanocortina-4, entre otros (34). La investigación en esta área señala la existencia de ciertas preferencias alimentarias y de una influencia genética en la selección de los macronutrientes: existe una mayor preferencia de los obesos por alimentos ricos en grasa especialmente los muy salados, aunque esto puede variar según el sexo, por otro lado, se ha podido identificar los genes relacionados con el consumo de carbohidratos de sabor dulce pero aún está pendiente detectar los genes relacionados con los alimentos ricos en grasa. Para concluir este tema digamos que al momento presente, la sensibilidad genética puede justificar una parte de la obesidad observada que hay personas genéticamente susceptibles a la obesidad que no necesariamente exhiben “metabolismos lentos” como razón para mantener la grasa en sus cuerpos, y que hay otras que comen en forma abundante y se mantienen delgadas. (34). Aceptemos también que está demostrado que los factores genéticos modulan significativamente la respuesta corporal a las dietas hipergrasas, pero en animales de experimentación, monos y ratones. (34)

Una saludable alimentación en todas las etapas de la vida deber tener ciertas características que la hacen propicia para gozar de una vida plena entre estas características están las siguientes: debe ser equilibrada, completa, suficiente, variada,

inocua y adecuada a las circunstancias particulares. Siendo de todo esto lo más importante es que esta debe permitir el mantenimiento del peso adecuado en cada individuo. Para observar los efectos de la alimentación y del estilo de vida se tardarán décadas en observar sus beneficios, es por tal razón que es difícil concientizar y convencer a la población de tomar medidas de prevención en cuanto a este problema. (35, 36)

La alimentación en conjunto con la actividad física posee una función básica fundamental en la conservación de la salud, ya sea para prevenir, disminuir o retardar la evolución de las enfermedades crónicas que deterioran la calidad de vida y conducen a una muerte prematuramente inesperada. La desnutrición y la sobre nutrición tienen un aporte nocivo en el desarrollo de enfermedades crónicas. Las razones de estos dos padecimientos tienen un denominador común una deficiencia o exceso de nutrimentos y por lo tanto de alimentos, ya que son el vehículo de los mismos. (35,36). La alimentación ofrece un amplio potencial para prevenir y tratar algunas de las causas por tratarse de un factor modificable. La alimentación está fuertemente ligada a hábitos y costumbres que tienen componentes conscientes pero también inconscientes y por lo tanto difíciles de modificar. Como se había hecho mención en párrafo anterior la alimentación debe cumplir con ciertas características de las cuales vamos a ampliar su explicación a continuación: (35,36)

Completa: Que contenga todos los nutrimentos. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los 3 grupos.

Equilibrada: Que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí.

Inocua: Que su consumo habitual no implique riesgos para la salud porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes y se consuma con moderación.

Suficiente: que cubra las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable.

Variada: que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas. Adecuada: que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.

Además es de gran importancia que las personas tengan una forma correcta de la ingestión de los alimentos es por eso que expertos en nutrición promueven ciertas recomendaciones con el fin de que se transformen en hábitos. (35)

1. El profesional del tema debe ofrecer información actual, veraz, homogénea y consistente. Es imprescindible que quienes realizan actividades de orientación alimentaria sigan los mismos criterios y utilicen los mismos conceptos y terminología, para evitar confusión, generando credibilidad tanto del contenido de la orientación como de quien proviene.
2. El profesional debe no solo decir que hacer, sino también como. El reto es acompañar los mensajes con sugerencias simples y alcanzables que permitan ponerlos en práctica. Para ello se sugiere:
 - a) Ejemplificar, procurando que las sugerencias sean muy concretas y adecuadas al contexto en el que se desenvuelven las personas a las que se dirigen. Por ejemplo:

“Para lograr una alimentación correcta es necesario que coma más verduras y frutas”. Si se acostumbra a comer fuera de su casa se puede buscar un lugar de

comidas corridas, pues por lo general ofrecen un guisado hecho con verduras. También puede cambiar el flan o la gelatina que dan de postre por una fruta fresca.

b) Dar ideas de cómo vencer los obstáculos. Los sujetos perciben que seguir una alimentación correcta.

Personalizar las recomendaciones: el paciente, debe sentir que tiene el control sobre la situación, por ejemplo:

“De acuerdo con su estilo de vida, qué cambios de alimentación considera que puede incluir en su rutina diaria. Si quiere aumentar su consumo de fibra a través de los alimentos, podría observar cuantas raciones de verduras y frutas come al día y buscar cómo aumentarlas. Quizás pueda llevar alguna fruta al trabajo y consumirla allí o durante el tiempo en que se transporta.”(35)

“También puede incrementar las veces que come leguminosas en vez de desayunar tantas veces huevo, cambia un par de veces por frejoles o molletes”

d) Llegar a recomendaciones realistas: El objetivo es el progreso, no la perfección.

Conseguir que la persona tenga éxito en algo, por pequeño que sea el logro, le permitirá avanzar más fácil. Es preferible fomentar un cambio a la vez y avanzar poco a poco. Las personas deben saber que al modificar algún comportamiento, con frecuencia se regresa a los hábitos anteriores.

1. Señalar las consecuencias de las conductas. De preferencia indicar las consecuencias positivas, si se señalan las negativas dar ejemplos de cómo evitarlas.

Hablar de:

a) Moderación en el consumo y no de privación. b) Dietas equilibradas desequilibradas, y no de alimentos buenos o malos. (35)

El Plato del Bien Comer es la representación gráfica de los grupos de para la población, es una herramienta útil para el nutriólogo al otorgar orientación alimentaria. (37)

Se define orientación alimentaria (OA) como” el conjunto de acciones proporcionan información básica científicamente validada y sistematizada, y desarrollan, habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una dieta correcta en el ámbito individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones físicas, económicas y sociales”.(37)

La divulgación de conocimientos puede tener un efecto persistente y un papel preventivo fundamental, exige paciencia y la modificación de los hábitos y costumbres indeseables por la suplantación o fortalecimiento de los deseables.

La información que se necesita debe ser verídica y útil, además de tener siempre actualizaciones. Para ser útil, la información debe ser sencilla y fácil de comprender y de aplicar.

El Plato clasifica los alimentos en 3 grupos. Sin embargo, ningún grupo es más importante que otro; por el contrario, se necesitan de los 3 para dar variedad a la alimentación y asegurar el consumo de los nutrimentos necesarios para mantener un adecuado estado de salud. (37)

11.7 Estrategia de intervención educativa

Un estudio realizado en España en el Hospital Universitario Reina Sofía Alba Martín (2015), acerca de evidencias científicas sobre intervenciones preventivas en obesidad infantil, refiere que existe mucha literatura que indica que es altamente posible prevenir la obesidad, pero existen escasas estrategias de intervenciones de prevención que sean modelo guía para aplicarlas en la atención primaria. (38)

Se ha mencionado ya en reiteradas ocasiones las razones por las cuales la educación nutricional es crucial para el éxito de la estrategia de combate a la malnutrición. El Ministerio de Salud Pública y sus funcionarios desempeñan un rol protagónico en este tema. Sin embargo, no son los únicos. El Ministerio de Educación también juega un rol importante puesto que tiene la capacidad de incidir en la educación nutricional de las y los alumnos y de esta forma convertirlos en embajadores nutricionales dentro de sus familias.

Así también, es imprescindible continuar con los programas asociados a cerrar las brechas de analfabetismo y analfabetismo funcional y atención a la escolaridad inconclusa, puesto que al aumentar la escolaridad de la madre es un factor clave para el combate de la malnutrición infantil. (38)

El modelo de atención integral de salud renovado en Ecuador (2013) considera que los determinantes de la salud juegan un papel protagónico en la malnutrición por exceso, buscando fomentar los factores protectores y mitigando aquellos factores de riesgo que amenazan a la población. “El MAIS plantea fortalecer los procesos de investigación, formación y capacitación del talento humano y que la producción de conocimientos se constituya en una herramienta para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la población. (18)

El talento humano constituye el pilar fundamental del cambio en el modelo de atención, los procesos de formación, capacitación y la investigación se orientan a lograr excelencia técnica, integralidad y compromiso. El MAIS _ R señala que se implementará estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el primero y segundo nivel se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de Atención Primaria de Salud el segundo y tercer nivel se formaran especialistas en las áreas que son pertinentes, y en el cuarto nivel constituirá el gran espacio para las grandes especialidades y la investigación científica” (18)

11.8 Estructura de una estrategia de intervención educativa

1. Elección del tema en conjunto con la selección de la población y el tiempo.

Esto es de gran importancia para iniciar el diseño ya que nos concreta en un límite para dar forma al proyecto.

Ruiz Olabuenaga (2012) hace referencia a ciertos criterios que son de utilidad para orientar sobre la selección de un tema.

- Oportuno y actual
- Presenta implicaciones prácticas.
- Afecta a un amplio sector o a un sector estratégico de la población
- Contribuye a dar respuesta a lagunas existentes.
- Perfecciona un instrumento de intervención.
- Da acceso a datos difícilmente asequibles.
- Aplica técnicas derivadas de otros campos disciplinares.
- Permite un avance teórico sobre determinado tema.

2. Plataforma de gestión de la propuesta

Realizar una introducción de los antecedentes del tema

- Misión
- Visión
- Objetivos
- Estructura organizativa
- Cronograma de actividades a realizar

3. Referente contextual y marco legal

En este acápite se podrá conocer las características socioeconómica, sociodemográficas, culturales, políticas y la ubicación geopolítica de la región y sus habitantes, lo que facilita una mejor comprensión del fenómeno y problemática que será intervenida. En cuanto al marco legal este da las referencias de las disposiciones

legales y la normativa vigente que identifica y regula las acciones que se van a desarrollar con la población.

4. Caracterización de la población

Se concentra en la descripción de la población estudiada

- Género
- Grupo etario
- Nivel educativo
- Ocupación
- Tipología familiar

5. Planteamiento del problema

Este punto es uno de los más significativos de un proyecto de intervención. En este punto responderemos a la incógnita: ¿por qué se quiere intervenir dicho problema en mención?

Aquí se planteará el problema de forma clara y ordenada y dejar asentado de qué forma la intervención aportará a la solución del problema identificado. Determinar los elementos que se consideran para la dinámica educativa.

- Hacer una descripción de los antecedentes de la problemática.
- Determinar cuáles son las consecuencias de la problemática en la población en el ámbito social y económico, bienestar subjetivo, bienestar colectivo y calidad de vida.
- Antecedentes
- Contexto
- Factores o agentes involucrados
- Consecuencias
-

6. Justificación

La justificación es un punto que da complemento al planteamiento del problema, ya que es en la justificación donde conocemos para qué se realiza la intervención. Aquí debemos plantear de forma concisa y con argumentos sólidos cual es la importancia de la intervención y su pertinencia. Es decir que da respuesta a la pregunta ¿para qué sirve la intervención?

7. Objetivo

Tiene como fin tratar de indicar el destino del proyecto o los efectos que se pretende alcanzar con su realización. Este punto es fundamental en el

proyecto son la meta de la investigación. Un buen proyecto depende de una correcta formulación de los objetivos.

Objetivo general o principal es más teórico que operativo, el cual debe de guiarse a ser coherente, pertinente y que se enfoque en la solución del problema,

Objetivos específicos son los pasos intermedios que da el investigador para llegar a la finalidad del cumplimiento del objetivo principal. (39, 40, 41)

12 MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio de acuerdo a los objetivos planteados en los adultos jóvenes con malnutrición por exceso del consultorio E del centro de salud Pascuales en el año 2018 de nivel investigativo descriptivo al ser univariado, con una variable de interés y las variables de caracterización, observacional ya que no hubo intervención del investigador, transversal porque las variables fueron medidas en una sola ocasión y prospectivo ya que los datos se recogieron de una fuente de información primaria, quiere decir que el propio autor recogió la información de las unidades de estudio.

12.2 Diseño de la investigación

12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población estuvo constituida por 97 adultos jóvenes con malnutrición por exceso perteneciente al consultorio E del centro de salud de Pascuales que cumplieron los criterios de participación en el estudio.

Criterios de inclusión:

Adultos jóvenes que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Pacientes con discapacidad intelectual que no le permita responder la encuesta.

Pacientes que después de dos citas al consultorio y dos visitas a la vivienda, no sea posible contactar.

12.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de Ética del Ecuador y en la Declaración de Helsinki. El procedimiento de recogida de la información comenzó con la firma del consentimiento informado (Anexo 1), se procedió a la aplicación de la encuesta (Anexo 2) que fue elaborada por la autora de la investigación y validada por tres expertos (dos de Medicina Familiar y Comunitaria y una Bioestadística), teniendo en cuenta los criterios de Moriyama, posteriormente se realizó una prueba piloto con adultos pertenecientes al área de salud de Pascuales y que pertenecen la población de otros consultorios no incluidos en el estudio.

La información se recogió a partir del mes de marzo hasta agosto del 2018

Para hacer la selección de las unidades de estudio se tuvo en cuenta el Análisis Situacional de Salud del consultorio E del año 2017, tomando como punto de partida todos los adultos entre 20 a 39 años de edad, con un IMC mayor o igual a 25 kg/m², luego se citó a estos pacientes para actualizar su IMC. Se pesó, talló en la consulta

médica, teniendo en cuenta la privacidad del paciente, siguiendo las técnicas de medición de examen físico. Para las mediciones de peso, talla y perímetro abdominal se utilizó balanza con tallímetro marca Detecto® con capacidad máxima para 175 kg, previamente calibrada, cinta métrica, lápiz y papel. Se pesó, talló y midió el perímetro abdominal en la intimidad de la consulta médica guardando el pudor del paciente con ropa ligera y siguiendo los estándares de pesado, tallado adecuado y medición de perímetro abdominal. El índice de masa corporal fue calculado utilizando la fórmula Quetele (peso en kg/talla m²). Ambas medidas fueron tomadas por la investigadora, el día de la cita asignada a cada paciente.

12.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Estado nutricional (peso kg/talla m ²)	Observación
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Nivel de instrucción	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Etnia	Encuesta
Conocimiento del exceso de peso como problema de salud	Encuesta
Conocimiento sobre alimentos saludables	Encuesta
Conocimiento sobre clasificación de grupos de alimentos	Encuesta
Conocimiento sobre práctica de ejercicios	Encuesta
Conocimiento sobre enfermedades asociadas	Encuesta
Componentes de la estrategia: didáctica	Encuesta
Componentes de la estrategia: frecuencia	Encuesta
Componentes de la estrategia: tiempo de duración	Encuesta
Componentes de la estrategia: horario	Encuesta
Componentes de la estrategia: lugar	Encuesta

12.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Se ingresaron los datos en una hoja del programa Excel las variables se colocaron en las columnas y las unidades de estudio en las filas. Las variables se codificaron y exportaron al programa estadístico SPSS versión 22 donde se procesaron y analizaron. El análisis estadístico se realizó de acuerdo al nivel de investigación descriptivo, se resumieron las variables en números absolutos y porcentos. Variables

12.2.5 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Estado nutricional IMC (peso kg/talla m ²)	25 – 29,9 kg/m ² 30 – 34,9 kg/m ² 35 – 40 kg/m ² Más de 40 kg/m ²	Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III	Categórica ordinal
Edad	Años cumplidos (Grupos quinquenales)	20 – 24 25 -29 30 – 34 35 - 39	Numérica discreta
Sexo	Según identificación del encuestado	Masculino Femenino	Categórica nominal dicotómica
Nivel de instrucción	Según último año aprobado	Ninguno Primaria, Secundario, Bachillerato Universitario	Categórica ordinal
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltero Casado Unión libre Divorciado Separado Viudo	Categórica nominal politómica
Ocupación	Actividad laboral que realiza	Empleado Jornalero Patrono Cuenta propia Trabajadoras del hogar no remuneradas Empleadas domésticas	Categórica nominal politómica
Etnia	Según auto identificación	Indígena Afro ecuatoriano Negro Mulato Montubio Mestizo Blanco	Categórica nominal politómica

Conocimiento del exceso de peso como problema de salud	Identificar el exceso de peso como no saludable	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre alimentos saludables	Sí: Frutas, legumbres, vegetales, aceites vegetales, carnes blancas. No: Alimentos con alto contenido de azúcar Alimentos procesados Alimentos ricos en grasa	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre clasificación de grupos de alimentos	Carbohidratos Proteínas Grasas dañinas Grasas saludables Vitaminas	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre práctica de ejercicios	Conoce que practicar ejercicios 30 minutos o más y tres veces a la semana o más es lo adecuado	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Componentes de la estrategia: didáctica	Charlas Videos Discusión grupal Socio drama	Si No	Categórica nominal dicotómica
Componentes de la estrategia: frecuencia	Dos veces a la semana Una vez a la semana Cada 15 días Una vez al mes	Si No	Categórica nominal dicotómica
Componentes de la estrategia: tiempo de duración	20 minutos 30 minutos Una hora	Si No	Categórica nominal dicotómica
Componentes de la estrategia: horario	En la mañana En la tarde	Si No	Categórica nominal dicotómica
Componentes de la estrategia: lugar	Centro de salud Comunidad CAMI	Si No	Categórica nominal dicotómica

13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La tabla 1 corresponde al objetivo uno y resume el estado nutricional de los participantes en el estudio

Tabla 1 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según estado nutricional y sexo. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Estado Nutricional	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sobrepeso	24	63,2	32	54,2	56	57,7
Obesidad I	12	31,6	22	37,3	34	35,1
Obesidad II	2	5,3	5	8,5	7	7,2
Total	38	100,0	59	100,0	97	100,0

De acuerdo al estado nutricional y el sexo de los adultos jóvenes con exceso de peso, el masculino y el sobrepeso fue el de mayor frecuencia con 24 encuestados (63,2%), sin embargo la obesidad I y II fue mayor dentro del sexo femenino con 37,3 y 8,5 por ciento respectivamente.

Los resultados de esta tabla pueden estar relacionados con que a pesar de los malos hábitos alimentarios y estilos de vida no saludables que ambos sexos presenten, las mujeres están más tiempo dentro de la casa, con menos gasto energético y con la posibilidad de tener al alcance alimentos para ingerir durante el día, los hombres tienen generalmente los trabajos fuera del hogar y para comer necesitarían hacer más gastos, otra relación con la que se cuenta es el rol social del sexo masculino en el momento de proveer los alimentos, pero no así en su preparación, en que son las mujeres en su gran mayoría las que lo hacen, lo que las pone en mayor riesgo debido a la ingesta extra de calorías.

La causa fundamental que lleva al sobrepeso y a la obesidad es la malnutrición por exceso, considerada como parte de un estilo de vida no saludable, existe una relación estrecha entre el exceso de peso y la alta prevalencia de enfermedades metabólicas.

En un estudio realizado en el 2017 en Loja, los principales resultados indican que la incidencia de normopeso es de 51% y de sobrepeso y obesidad es de 49%, siendo las mujeres las de mayor incidencia, similares resultados se encontraron en la investigación en cuanto al porcentaje de sobrepeso y obesidad, además de que el sexo femenino fue el predominante en la categoría de obesidad. (42)

Los datos epidemiológicos de diversos estudios manifiestan la existencia de cambios en la dieta, sus consecuencias en la salud y en la forma de alimentarse de hombres y mujeres. Esto explica la creciente prevalencia de obesidad y enfermedades como diabetes e hipertensión, relacionadas con el consumo de productos energéticamente más densos y con un mayor contenido de, azúcar, sodio, grasas trans y poca fibra. (43).

Tabla 2 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según grupos de edad y sexo. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018

Nivel de Instrucción	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	4	10,5	12	20,3	16	16,5
Secundaria	23	60,5	22	37,3	45	46,4
Bachillerato	9	23,6	21	35,6	30	30,9
Universitario	2	5,2	4	6,8	6	6,2
Total	38	100,0	59	100,0	97	100,0

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 a 24	9	23,7	19	32,2	28	28,9
25 a 29	12	31,6	2	3,4	14	14,4
30 a 34	10	26,3	21	35,6	31	32,0
35 a 39	7	18,4	17	28,8	24	24,7
Total	38	100,0	59	100,0	97	100

Dentro de los grupos de edad y el sexo, predominó el femenino y dentro de este, los grupo de 30 a 34 años con 21 encuestados (35,6%), en el masculino predominó el de 25 a 29 años con 12 (31,6%).

La población estudiada está mayormente representada por mujeres, estas cifras se corresponden con las estadísticas del INEC 2013 que señalan tanto en Ecuador como en Guayaquil hay un predominio del sexo femenino sobre el sexo masculino, lo que se relaciona con el presente estudio. ENSANUT 2013, también señala que la población femenina es 5.5 % superior que la población masculina en el grupo de los sobrepeso y obesos. (44)

Semejantes resultados a este estudio también se encuentran en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010 (ENSIN) de Colombia; realizada sobre la población de 18- 64 años, indica que en la distribución por sexo se encontraron con obesidad y/o sobrepeso el 55,2% de las mujeres y 45,6% de los varones. La presencia de obesidad mórbida fue del 1,3% en las mujeres y 0,3% para los varones con un promedio del 0,9% de la población total. (45)

Tabla 3 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según nivel de instrucción y sexo. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

El nivel de instrucción que aventajó fue secundaria en ambos sexos 45 (46,4%) y el universitario fue el de menor por ciento en ambos sexos con un 6,2%.

El nivel escolar de la población estudiada en general no es alto y la mayor parte de ambos sexos tiene nivel medio, por lo que no se puede argumentar en las diferencias de peso en los diferentes niveles de la población de estudio.

Un estudio de la Obesidad y Economía de la prevención (OECD) en México muestra que las diferencias sociales con respecto a la obesidad afectan de manera importante a las mujeres con un nivel de educación bajo, ya que estas tienen una probabilidad 3,5 veces mayor de tener obesidad que aquellas mujeres con un nivel educativo más alto, pero las disparidades para los hombres son más pequeñas e inexistentes. (46)

Un estudio realizado por el Hospital Universitario Moncloa en España y publicado en el año 2016 mostró que, según el nivel de estudio de los individuos, aquellos con estudios primarios o inferiores presentan un índice elevado de obesidad (26,7%) y que el índice de mujeres obesas con estudios primarios o inferiores fue superior a la de las mujeres con estudios universitarios. (47)

Tabla 4 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según estado civil y sexo. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018

Estado civil	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero	7	18,4	3	5,0	10	10,3
Casado	7	18,4	6	10,2	13	13,4
Unión libre	18	47,4	36	61,0	54	55,7
Divorciado	5	13,2	6	10,2	11	11,3
Separado	1	2,6	4	6,8	5	5,2
Viudo	0	0	4	6,8	4	4,1
Total	38	100,0	59	100,0	97	100

En el estado civil dominó la unión libre, con 54 (55,7%) en ambos sexos, dentro del grupo masculino 47,4 % y 61 % en el femenino.

La mayoría de la población estudiada se encuentra viviendo en pareja ya que las mayores frecuencias se encontraron en la unión libre y casado, pudiera favorecer la estabilidad que brinda la convivencia en pareja y la ayuda económica para disponer de un mayor número de alimentos que por los precios más accesibles de los productos estos pudieran ser de alto contenido energético por lo que se favorecería la

malnutrición por exceso. Esto explica la creciente prevalencia de obesidad y enfermedades como diabetes e hipertensión, relacionadas con el consumo de productos energéticamente más densos y con un mayor contenido de, azúcar, sodio, grasas trans y poca fibra. (47)

En un estudio realizado por Dos Santos Santiago en Brasil, en el 2015 se encontraron resultados diferentes, en cuanto al estado civil los que tenían compañero tuvieron menor frecuencia de exceso de peso 34% que los que no tenían 66%. (48)

Tabla 5 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según ocupación y sexo. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018

Ocupación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Empleado	2	5,3	6	10,2	8	8,2
Patrono	1	2,6	0	0	1	1,0
Cuenta propia	35	92,1	13	22,0	48	49,5
Trabajadoras del hogar no remuneradas	0	0	34	57,6	34	35,1
Empleadas domésticas	0	0	6	10,2	6	6,2
Total	38	100	59	100	97	100

La ocupación, cuenta propia es la más relevante 35 (92,1%) en el sexo masculino y en el sexo femenino trabajadora del hogar no remuneradas, 34 mujeres (57,6%) la de menor porcentaje en el sexo masculino es trabajador del hogar no remunerado y empleado doméstico con 0%, en el femenino la ocupación patrono ocupa el 0%. Las ocupaciones corresponden a las que habitualmente existen en la población donde se ubica el centro de salud, las mujeres en su gran mayoría son amas de casa, con una actividad física relativamente escasa ya que todas las labores que realiza son dentro de la casa, además de que facilita el tener acceso a la comida en cualquier momento del día, en cuanto a los hombres como trabajan por cuenta propia tienen más facilidad de disponer de tiempo para ir a la casa, pero realizan entre comidas en la calle, generalmente de alto contenido energético.

El presentismo, o productividad reducida, se define como la incapacidad para trabajar a máxima capacidad, debido a que los trabajadores se presentan estando enfermos. Si bien no existe evidencia sólida que vincule exceso de peso y productividad laboral reducida, estudios recientes reportan una asociación positiva entre obesidad y presentismo (Lehnert et al, 2013). Janssens et al (2012). Otro estudio, realizado en Kentucky, Estados Unidos, encontró que trabajadores con obesidad moderada o extrema (IMC > = 35) experimentaban mayores limitaciones de salud por lo que requerían de más tiempo para cumplir sus tareas. (49)

Tabla 6 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según etnia y sexo. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018

Etnia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indígena	2	5,3	3	5,1	5	5,2
Negro	4	10,5	5	8,5	9	9,3
Mulato	3	7,9	5	8,5	8	8,2
Montubio	6	15,8	4	6,8	10	10,3
Mestizo	23	60,5	42	71,2	65	67,0
Total	38	100,0	59	100,0	97	100

La etnia dominante fue la mestiza, en el sexo femenino fue mayoritaria con 42 (71,2%) y en el sexo masculino con 23 (60,5%), la menos frecuente fue la indígena con 2 (5,3%), en los masculinos y 3 (5,1%) en las femeninas. La etnia en los adultos con exceso de peso no difiere de la composición de la población en esa área que atiende el posgrado de Medicina Familiar.

Según ENSANUT 2011-2013 la prevalencia de consumo excesivo de carbohidratos a escala nacional, en los indígenas se observó 46,4%, los negros 27,2%, los montubios 39,6% y mestizo, blanco y otros 27,3% y del consumo excesivo de las grasas fue para los indígenas 2,7%, negros 8,6%, montubio 2,6%, mestizo, blanco y otro 6,4%. (7)

Tabla 7 Distribución de adultos jóvenes con exceso de peso según conocimiento con malnutrición por exceso como problema de salud y sexo. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018

Conocimiento del exceso de peso como problema de salud	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No conoce	6	15,8	2	3,4	8	8,2
Conoce	32	84,2	57	96,6	89	91,8
Total	38	100	59	100	97	100

En la identificación de exceso de peso las femeninas tuvieron la mayoría en conocimiento 57 (96,6%) y los masculinos 32 (84,2%).

La población del estudio, tiene un porcentaje alto de conocimiento del riesgo del exceso de peso porque ha pertenecido en los últimos años al posgrado de Medicina Familiar, que cuenta en su programa de atención con actividades permanentes de promoción de salud tanto en las consultas como en la comunidad, por lo que la población ha adquirido un nivel de conocimiento importante en este y otros temas de salud

En un estudio realizado por Uribe Carvajal en México, en el 2018, se encontraron similares resultados en cuanto a la percepción del peso corporal, más de 90% de la

población consideró que padecer obesidad es “grave o muy grave”, las mujeres en un mayor porcentaje reconocieron como grave la obesidad relacionándolo con el peso corporal. (50)

En otro estudio realizado por Matus Lerma y Álvarez Gordillo en el 2015 se encontraron diferentes resultados, del total de personas entrevistadas, la mayoría percibía al sobrepeso como un problema de estética, el 41.3% de las mujeres y el 73.6 % de los hombres lo describían como algo que no los hacía verse bien. (51).

Samano y Rodríguez Ventura en México en el 2015, se encontraron resultados disímiles, cerca de la mitad de los participantes que tenían obesidad se identificaron con sobrepeso, los de sobrepeso se identifican con peso normal y los de peso normal en mayor frecuencia (50% aproximadamente) con bajo peso en ambos grupos. (52).

Tabla 8 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso conocimiento de alimentación saludable. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Conocimiento sobre alimentación saludable	N°	%
Conoce	21	21,6
No conoce	76	78,4
Total	97	100

El conocimiento sobre alimentación saludable fue más frecuente en la categoría no conoce con 76 un 78,4 % del total.

Los resultados hallados revelan la dificultad para hacer llegar a población, el conocimiento para una alimentación saludable, pues maneja contra ello las disímiles propagandas de los medios de comunicación para productos alimenticios elaborados, consumir alimentos industrializados, baratos, con poco aporte nutricional y de alta densidad energética, ante el abandono creciente de la agricultura centrada en los cultivos de autoconsumo

Resultados similares se hallaron en un estudio realizado por Rodríguez Espinosa en Colombia en el 2015 en que se relacionaron los conocimientos de alimentación con el sexo y el estrato socioeconómico que fueron evaluados mediante seis preguntas; se destacan los porcentajes tan bajos de sujetos que respondieron positivamente las preguntas de conocimientos sobre alimentación, con excepción de una, que incluso no presentó diferencias por sexo, ni por estrato socioeconómico y fue respondida afirmativamente por 85,3% de los sujetos, esta fue ¿en su casa le inculcaron el consumo de frutas, carnes y verduras?. En todas las demás preguntas sobre este tema las respuestas afirmativas fueron inferiores al 47,1%. (53)

La Europea Food Information Council señala que la nutrición es un campo complicado multifactorial, debido a que existen factores culturales, sociales, religiosos y genéticos, todos ellos son los responsables de la creación de los hábitos alimentarios, así como la variedad de los nutrientes en los alimentos que se consumen influyen o pueden determinar el peso de una persona en relación con la cantidad que se ingiera de ellos. (54)

Tabla 9 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según conocimiento de grupos de alimentos. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Conocimiento sobre grupos de alimentos	Nº	%
Conoce	58	59,8
No conoce	39	40,2
Total	97	100

Los conocimientos sobre grupos de alimentos fueron mayores para la categoría conoce con 58 un 59,8%.

Para esta variable de conocimientos la población se encontraba más instruida, y supieron responder en un mayor porcentaje las preguntas de la encuesta, aunque aún no lo suficientemente preparada en una frecuencia considerable, a pesar de las acciones de promoción de salud que desde años atrás vienen realizando la primera y segunda cohorte de Medicina Familiar y Comunitaria en esa población.

En un estudio realizado en Uruguay en el año 2011, para evaluar los conocimientos nutricionales de una muestra por conveniencia de la población uruguaya y su frecuencia de consumo de alimentos, se encontraron valores similares, aunque más altos, los participantes mostraron un buen nivel de conocimientos nutricionales, contestando correctamente en promedio el 66.1% de las preguntas. El 66,7 % contestaron correctamente el contenido de nutrientes de los diversos alimentos. (38).

Tabla 10 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según conocimiento sobre ejercicio físico. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Conocimiento sobre ejercicio físico	N°	%
Conoce	49	50,5
No conoce	48	49,5
Total	97	100

El conocimiento sobre ejercicio físico es similar en ambas categorías en valores absolutos y porcentajes, 49 (50,5%), conoce y 48 (49,5%) no conoce. También los conocimientos adquiridos por la población, sobre los beneficios de los ejercicios físicos, han ido en aumento, teniendo en cuenta que las actividades de promoción de salud se realizan por los médicos postgradistas de Medicina Familiar, con regularidad y constancia, dando la información que promueve estilos de vida saludables entre otras.

Alonso Paredes en un estudio realizado en el 2013 en Chile, encontró resultados en un grupo de 132 alumnos, donde se evaluó la percepción del conocimiento sobre la actividad física, en 3,8% en muy poco 13,6%, en poco, 46,2% conocimientos regulares, 28,6% en bueno, 7,6% muy bueno, estos resultados difieren del estudio realizado actual, puesto que en este son mayoritarios los que conocen a diferencia de los que no conocen. (55)

Tabla 11 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según componente de la estrategia educativa, didáctica. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Componentes de la Estrategia: didáctica	N°	%
Charlas	68	70,1
Videos	12	12,4
Discusión grupal	7	7,2
Socio drama	10	10,3
Total	97	100

De los tipos de didácticas a utilizar las charlas fueron las más frecuentes 68 (70,1) continuando los videos 12, con 12,4% y los socio dramas con 10 (10,3%)

Tabla 12 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según componente de la estrategia educativa, frecuencia. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Componente de la estrategia: Frecuencia	No	%
Una vez a la semana	42	43,3
Cada quince días	32	33
Una vez al mes	23	23,7
Total	97	100

La frecuencia que más se eligió fue una vez a la semana 42 encuestados para un 43,3 %.

Tabla 13 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según componente de la estrategia educativa, duración. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Componente de la estrategia: Duración	No	%
20 minutos	20	20,6
30 minutos	68	70,1
una hora	9	9,3
Total	97	100

La duración de la estrategia que más se seleccionó fueron 30 minutos con 68 (70,1 %) del total de encuestados.

Tabla 14 Distribución de adultos jóvenes con exceso de peso según componente de la estrategia educativa, horario. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Componente de la estrategia: Horario	No	%
En la mañana	85	87,6
En la tarde	12	12,4
Total	97	100

El horario mayormente escogido fue el de la mañana con 85 encuestados (87,6%).

Tabla 15 Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según componente de la estrategia educativa, lugar. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Componente de la estrategia: Lugar	No	%
Centro de salud	16	16,5
Comunidad	75	77,3
CAMI	6	6,2
Total	97	100

El lugar de que prefirieron los participantes fue la comunidad 75 para un 77,3%.

De los tipos de estrategias educativas a seleccionar, las charlas ocuparon el primer lugar con 68 encuestados para un 70,1%, le siguieron los videos con 12,4%, la frecuencia para recibir información que se eligió más, fue una vez a la semana con 42, 43,3%, le siguió la frecuencia cada 15 días con 32 encuestados (33,0%); la duración de 30 minutos 68 (70,1%). De los horarios propuestos, el que más quisieron fue el de la mañana con 85 para un 87,6% y el lugar más seleccionado para desarrollar la estrategia fue la comunidad 75 (77,3%).

14 CONCLUSIONES

En los adultos jóvenes con malnutrición por exceso predomina el sobrepeso en ambos sexos.

Las variables sociodemográficas que tienen mayor frecuencia son el grupo de edad de 30 a 34 años, el sexo femenino, el nivel de instrucción secundaria, el estado civil unión libre, la ocupación cuenta propia, pero en el sexo femenino las trabajadoras del hogar no remuneradas y la etnia que predomina es la mestiza.

El conocimiento del exceso de peso como problema de salud, sobre grupos alimentarios, sobre ejercicio físico fue mayoritario y el no conocimiento sobre alimentación saludable.

Para la elaboración de la estrategia educativa prefieren las charlas y videos, la frecuencia de una vez a la semana, la duración de 30 minutos de la actividad, el horario de la mañana y el lugar para realizar la estrategia en la comunidad.

Se elabora una estrategia educativa, de acuerdo a los aspectos seleccionados por la población de estudio y los temas con mayor dificultad según encuesta realizada.

15 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas; 2014. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

2. Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre - COLDEPORTES. Hábitos y Estilos de Vida Saludable. Tomo 2. 2011.

3. Organización Mundial de la Salud. 10 Datos sobre la obesidad. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>

4. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. 16 febrero 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

5. Erazo B. M. Visión Global de la obesidad. Rev. Med. Clin. Condes - 2012; 23(2) 196-200. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702985>

6. Shamah Levy T, Cuevas Nasu L, Gaona-Pineda E B, et al. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Salud Pública México 2018; 60:244-253. Disponible en:

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/8815/11493>

7. Freire W. Ramírez M. Belmont P. Encuesta Nacional De Salud Y Nutrición ENSANUT-ECU 2011-2013. 1a ed. Quito, 2014. Disponible en: [file:///D:/MIS%20ARCHIVOS/Desktop/MSP ENSANUT-ECU 06-10-2014.pdf](file:///D:/MIS%20ARCHIVOS/Desktop/MSP%20ENSANUT-ECU%2006-10-2014.pdf)

8. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas (Quito: OPS/MSP/CONASA). Principales causas de enfermedad y muerte. Quito. 2007. Pp: 74 - 86.

Disponible en: www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc...gid=5Alba-

9. Secretaria Técnica Plan Toda una Vida. Programa Acción Nutrición. Disponible en: <https://www.todaunavida.gob.ec/programa-accion-nutricion/>

10. Barceló Acosta Malicela, Borroto Díaz Gerardo. Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2001 Dic [citado 2018 sep 20]; 20(4): 287-295. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000400009&lng=es .

11. Barquera C.S, Campos-Nonato I, et al. Obesidad en México: Epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. Gaceta Médica de México. 2010; 146. Disponible en:

https://www.anmm.org.mx/GMM/2010/n6/38_vol_146_n6.pdf

12. Moubarac DJC. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Científico. Washintong DC.: Organización Panamericana de la Salud OPS, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental; 2015. Report No.: 978-92-75-31864-5.

13. Vergara A. Energía, alimentación y evolución. Rev Colomb Cir. 2013 Junio; 28(97).

14. López MdPM. El estudio de la alimentación humana desde una perspectiva evolutiva y ecológica. Artículo científico. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Biología; 2013.

15. Ecuador Mdspd. www.msp.gov.ec. [Online]. 2013 [cited 2016 06 05. Available http://instituciones.msp.gov.ec/somosalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf. Ministerio coordinador de desarrollo

16. Moreira GV. Libro blanco de la nutrición en España. Informativo. Madrid: Fundación Española de la Nutrición, Nutrición; 2013. Report No.: 978-84- 938865-2-3.

17. Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Constituyente, Título VII. Capítulo I. Sección Segunda Salud. Disponible en:

<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>

18. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Ministerio de Salud Pública. Año 2013. Disponible en:

file:///D:/MIS%20ARCHIVOS/Downloads/0%20manual_mais_2013.pdf

19. Cruz Sánchez, Marcelina, Tuñón Pablos, Esperanza, Villaseñor Farías, Martha, Álvarez Gordillo, Guadalupe del Carmen, & Nigh Nielsen, Ronald Byron. (2013). Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. Región y sociedad, 25(57), 165-202. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252013000200006&lng=es&tlng=es .

20. Peso saludable: ¡No es una dieta, es un estilo de vida! Centros para el control y la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud, división de nutrición actividad física y obesidad. Disponible en: https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html

21. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de obesidad en adultos.

<http://www.msal.gob.ar>. [Online]; 2014 [cited 2018 06 05. Available from: http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2014-10_gpc_obesidad.pdf .

22. Duperly J. Obesidad. Un enfoque integral. Cuarta ed. Bogotá: Universidad del Rosario; 2014.

23. Velasco-Peña D, Álvarez-Paneque O, Marí-Nin Y, Andrés A, Padilla-Sánchez C, Caballero-Cáceres S. Factores de riesgo asociado con malnutrición por exceso en adolescentes. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 2018 may 22]; 2(4). Disponible en:

<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/155>

24. Moreno G.M. Definición y clasificación de la obesidad. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(2) 124-128]. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A

25. Hernández Gallardo D, Arencibia Moreno R, Linares Manrique M. Nutrición general humana y para el deportista, I Parte. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabi. Departamento de edición y publicación universitaria Mar Abierto. Disponible en:

https://issuu.com/marabiertouleam/docs/nutricion_general_humana_y_deporte9dica/2012/2%20marzo/Dr_Moreno-4.pdf

26. Batrina Aracenta, Pérez Rodrigo C., et al. Nutrición Comunitaria. Artículos de Revisión. Rev. Med. Univ. Navarra/Vol 50, Nº 4, 2006, 39-45. Disponible en:

<http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/nutricion/6-NUTRICIONc.pdf>

27. Cárdenas* ADM. Prevalencia de obesidad y hábitos alimentarios desde el enfoque de género: el caso de Dzutóh, Yucatán, México. Artículo científico.

28. Jácome J.F. Mecanismos cerebrales de la obesidad; neurociencias para la actividad física. Red Internacional de neurociencias aplicadas a la actividad física y el deporte. 2016. Disponible en:

<https://g-se.com/mecanismos-cerebrales-de-la-obesidad-neurociencias-para-la-actividad-fisica-bp-u57cfb26dece13>

29. Blázquez Fernández E. Hormonas Gastrointestinales. Capítulo 78. Fisiología Humana. Access: Medicina. Disponible en:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/Content.aspx?bookid=1858§ionid=134370207>

30. Vicente Sánchez Belkis, García Karen, González Hermida Alina, Saura Naranjo Carmen Emilia. Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 años. Rev. Finlay [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 mayo 24]; 7(1): 47-53. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000100007&lng=es .

31. Arroyo Pedro. La alimentación en la evolución del hombre: su relación con el riesgo de enfermedades crónico degenerativas. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2018 abril 23]; 65(6): 431-440.

Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600004&lng=es .

32. Aaron D.M, et al. Hidratos de carbono proteínas y grasas. Manuel Merck. Versión para profesionales. Disponible en:

<https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/SearchResults?query=Hidratos+de+carbono%2c+prote%C3%ADnas+y+grasas&icd9=MM570%3bMM579>

33. Organización de las Naciones Unidad para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (2016). Plates, pyramids, planet. Developments in national healthy and sustainable dietary guidelines: a state of play assessment. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i5640e.pdf>

34. Rivera Donmarco JA, et al. Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado. Editorial Alejandro Soto Valladolid. Universidad Nacional Autónoma de México. 30 junio 2013. Disponible en:

<https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>

35. Academia Nacional de Medicina México. Guías alimentarias y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. Documento de postura. 2015. Disponible en:

<https://www.insp.mx/epppo/blog/3878-guias-alimentarias.html>

36. Vidal Carou M^a Carmen. Alimentación sana y actividad física, pareja perfecta para mejorar la calidad de vida. Building Talent. Salud Farmacia y Nutrición. Año 2013. Disponible en:

<https://www.il3.ub.edu/blog/la-alimentacion-sana-y-actividad-fisica-para-prevencion-y-mejorar-la-calidad-de-vida-de-nuestro-cuerpo/>

37. Infanzón Talango H. Orientación alimentaria. Del plato a los patrones de alimentación saludables. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Disponible en:

<http://hablemosclaro.org/orientacion-alimentaria-del-plato-a-los-patrones-de-alimentacion-saludables/>

38. Gámbaro Adriana, Raggio Laura, Dauber Cecilia, Ellis Ana Claudia, Toribio Zenia. Conocimientos nutricionales y frecuencia de consumo de alimentos: un estudio de caso. ALAN [Internet]. 2011 Sep [citado 2018 mar 15] ; 61(3): 308-315.

Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000300011&lng=es .

39. Ruiz Olabuenaga J.I. Metodología de la investigación cualitativa. 5ta Edición. España. 2012. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=22523>

40. NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Disponible en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

41. Hernández Sampieri DRH. Metodología de la investigación. Cuarta ed. López NI, editor. México: Mc. Graw Hill; 2006.

42. Gallegos Sarango JC. Hábitos alimentarios, nivel socioeconómico y su relación con el estado nutricional en la población adulta, hombres y mujeres de la provincia de Loja, cantón Gozanamá, parroquia Nambacola, durante el periodo agosto 2017. Repositorio de tesis de grado y posgrado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15031>

43. Cárdenas M, Dioné A, Sánchez Ramírez G, Rodríguez M, Liliane L. Prevalencia de obesidad y hábitos alimentarios desde el enfoque de género: el caso de Dzutóh, Yucatán, México. Estudios sociales (Hermosillo, Son). diciembre de 2014;22(44):64-90. Disponible en: <file:///D:/MIS%20ARCHIVOS/Desktop/KAREN%2021%20DE%20AGOSTO/Proyecto%20de%20investigacion.pdf>

44. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT Ecuador 2011-2013. INEC. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Presentacion%20de%20los%20principales%20%20resultados%20ENSANUT.pdf

45. De la Fuente Llera C. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Ministerio de la Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

46. Moreno G.M. Definición y clasificación de la obesidad. Revista Médica Clínica Las

Condes. 1 de marzo de 2012; 23(2):124-8. Disponible en:

<https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/46077041.pdf>

47. Vélez Martínez A.B. Prevalencia de obesidad en mujeres de 20 a 64 años en el centro de salud del cantón Chordeleg, en el periodo de enero 2015 a diciembre 2016. Título licenciado en Nutrición y Dietética. Universidad de Cuenca.

Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/30574/1/Proyecto%20de%20investigacion.pdf>

48. Cabalcante dos Santos Santiago JC, et al. Asociación entre exceso de peso y características de adultos jóvenes escolares: contribución para el cuidado de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2015;23(2). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es_0104-1169-rlae-23-02-00250.pdf

49. El costo de la doble carga de malnutrición: impacto social. Síntesis del estudio piloto en Chile, Ecuador y México. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Programa Mundial de alimentos (WFP). Disponible en: https://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2017/04/web_170409_pilotstudy_es_full_april17_2017.pdf

50. Uribe Carvajal R, Jiménez Aguilar A, et al. Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. Salud Pública de México / vol. 60, no. 3, mayo-junio de 2018. Disponible en:

<file:///D:/MIS%20ARCHIVOS/Downloads/0188-4557-estsoc-24-47-00380.pdf>

51. Matus Lerma N.P, Álvarez Gordillo GC, et al. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Número 47, volumen 24. Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v24-25n47/0188-4557-estsoc-24-47-00380.pdf>

52. Samano R, Rodríguez Venturas A. L, et al. Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. Rev. Nutr Hosp. 2015; 31(3). Disponible en:

<file:///D:/MIS%20ARCHIVOS/Downloads/309235369011.pdf>

53. Rodríguez Espinosa H, Restrepo Betancourt L.F, Deossa Restrepo G.C. Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio en universitarios de Medellín - Colombia. Perspectivas en nutrición humana. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Vol. 17, N° 1, enero-junio de 2015, p. 36-54. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v17n1/v17n1a4.pdf>

54. The European Food Information Council (EUFIC). Información nutricional para una vida saludable. Disponible en: <https://www.eufic.org/en>

55. Alonso Paredes C, Badilla Valero F.A, Johnson Osorio M. Nivel de conocimiento de actividad física de los estudiantes de cuarto año de enseñanza media humanístico – científica de los colegios Santo Tomás. Grado Académico de Licenciatura en Educación. Santiago – Chile, diciembre 2013. Disponible en:

http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/1044/a110215_Alonso_C_Nivel_de_conocimiento_de_actividad_2013_Tesis.pdf?sequence=1

56. Cambizaca Mora G.P, Castañeda Abascal Ramos I, Sanabria G y Morocho Yaguana L.A. Factores que predisponen al sobrepeso y obesidad en estudiantes de colegios fiscales del cantón Loja-Ecuador. Rev haban cienc méd vol.15 no.2 La Habana mar.-abr. 2016. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000200004

16 Anexo

Anexo 1 Consentimiento Informado

Yo,, Cédula de
Identidad....., de nacionalidad....., mayor de
edad, con domicilio
en..... he recibido la
información suficiente de parte de la Dra.

.....de forma verbal me ha explicado acerca de la forma en que se me tomará el peso y talla y la encuesta escrita que debo responder, de la cual puedo retirarme en el momento que yo considere sin represalias en mi atención como paciente, consiento en participar en la investigación denominada: **“Diseño de una estrategia educativa en pacientes adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio médico E. Centro de salud Pascuales. Año 2018”** la cual bajo mi autorización puede ser publicada con sus resultados preservando en anonimato mi identidad.

Con el beneficio de colaborar en el aporte al conocimiento científico que en esta ocasión se requiere.

En caso de necesitar información adicional puedo contactarme con la Dra. Karen Paola Villamil Zambrano a la siguiente dirección electrónico karpa00120@hotmail.com

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Firma de autorización

Nombre:

Investigadora: Dra. Karen Paola Villamil Zambrano.

Anexo 2 Encuesta

SECCIÓN A:

1. talla _____ Peso _____
2. Edad _____
3. Sexo M _____ F _____
4. Marque con una (x) El nivel escolar aprobado
 - Ninguno
 - Primaria
 - Secundaria
 - Bachillerato
 - Universitario
5. Marque con una (x) Estado civil.
 - Soltero _____
 - Casado _____
 - Unión estable _____
 - Divorciado _____
 - Separado _____
 - Viudo _____
6. Marque con una (x) Ocupación.
 - Empleado
 - Cuenta propia
 - Jornalero
 - Patrono
 - Trabajadora del hogar no remuneradas
 - Empleadas domesticas
7. Marque con una (x) su identificación étnica
 - _____Blanco
 - _____Indígena
 - _____Negro
 - _____Mulato
 - _____Montubio
 - _____Mestizo
8. Considera usted que tener miembro en la familia con exceso de peso como padre, madre, hermanos o abuelos, le favorecería a usted aumentar de peso más fácil que si no los tuviera?
 - _____ Si
 - _____ No
9. Cuando usted observa a una persona con exceso de peso que piensa sobre esto
 - _____Esta saludable

- ____ No esta saludable

10. Que consideración tiene usted acerca de los alimentos preparados con alto contenido de azúcar

- ____ saludables
- ____ No saludables

11. Qué consideración tiene usted acerca de los alimentos procesados como los embutidos y las conservas?

- ____ Saludables
- ____ No saludables

12. ¿Qué consideración tiene usted acerca del consume de alimentos ricos en grasa (frituras)?

- ____ Saludable
- ____ No saludables

Unir con líneas según corresponda el grupo alimentario al que usted considera pertenece cada alimento con el que se relaciona.

Carbohidratos

Brócoli

Nabo

Pera

Fresa

Naranjas

Manzanas

Proteínas

Aceite de palma

Manteca de cerdo

Mayonesa

Mantequilla.

Grasas dañinas

Huevo

Carnes

Leche.

Grasas saludables

Aguacate

Nueces

almendras

aceite vegetal

Vitaminas

Arroz

Papa

Plátanos

Harinas

Fideos

Pan

yuca

13. Practicar actividad física como caminata algún deporte, bailoterapia o ejercicio físico en un parque o gimnasio ayuda a mejorar el estado de salud cuando se realiza
- 30 minutos o más y 3 veces a la semana o más
 - menos de 30 minutos o menos de 3 veces por semana
 - menos de 15 minutos y menos de 2 veces por semana
 - no se
14. Marque con una x las enfermedades que usted considere que se asocien al exceso de peso
- Diabetes
 - Neumonía
 - Hipertensión arterial
 - Infección de vías urinarias
 - Accidente cerebro vascular
 - Colesterol elevado y triglicéridos
 - Cáncer
 - No existe ninguna asociada
15. De qué forma le gustaría a usted recibir la información acerca de los tipos de alimentos, de estilos saludables y las enfermedades que pueden asociarse al exceso de peso.

- ____ charlas
 - ____ videos
 - ____ discusión grupal
 - ____ Socio drama
16. Con que frecuencia le gustaría recibir información educativa
- ____ Una vez a la semana
 - ____ Una vez cada 15 días
 - ____ Una vez al mes
17. Que duración le gustaría que tuviera la estrategia educativa
- ____ 20 minutos.
 - ____ 30 minutos
 - ____ una hora
18. En que horario le gustaría recibir la información
- ____ En la mañana
 - ____ En la tarde
19. En qué lugar le gustaría que se desarrollara la estrategia educativa
- ____ En el centro de salud
 - ____ En la comunidad
 - ____ En el CAMIS

Anexo 3 Distribución de adultos jóvenes con exceso de peso según conocimiento sobre estilo de vida saludable. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Conocimientos sobre alimentación saludables	Nº	%
Alimentos azucarados		
Saludable	16	16,5
No saludable	81	83,5
Total	97	100
Embutidos		
Saludable	26	26,8
No saludable	71	73,2
Total	97	100
Conocimientos sobre alimentos ricos en grasa		
Saludable	37	38,1
No saludable	60	61,9
Total	97	100

Anexo 4 Distribución de adultos jóvenes con exceso de peso según conocimiento de grupos de alimentos. Consultorio E. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Grupos de alimentos	Nº	%
Carbohidratos		
Conoce	54	55,7
No conoce	43	44,3
Total	97	100
Proteína		
Conoce	51	52,6
No conoce	46	47,4
Total	97	100
Grasa dañina		
Conoce	65	67,0
No conoce	32	33,0
Total	97	100
Grasa saludable		
Conoce	44	45,4
No conoce	53	54,6
Total	97	100
Vitaminas		
Conoce	63	64,9
No conoce	34	35,1
Total	97	100

Diseño de la estrategia de intervención educativa

Título de la estrategia: Estilos de Vida Sanos en la Juventud Avalan la Salud en la Vejez

Datos informativos

Institución ejecutora: UCSG

Población Beneficiada: Pascuales

Provincia: Guayas

Cantón: Guayaquil

Parroquia: Pascuales

Beneficiarios: Adultos jóvenes con malnutrición por exceso del consultorio médico E.

Autora: Md. Karen Paola Villamil Zambrano.

Equipo técnico responsable:

Md. Karen Paola Villamil Zambrano (estudiante de postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria)

Dr. Yubel Batista Pereda (Tutor de tesis)

Ayudantes: EAIS y líderes comunitarios.

Duración: 5 horas

Frecuencias: 30 minutos una vez a la semana.

Tiempo estimado: 10 semanas

Índice

Diseño de la estrategia de intervención educativa.....	47
Introducción:.....	48
Justificación de la propuesta	49
Misión:.....	51
Visión.....	51
Objetivo General:	51
Objetivos específicos.....	51
Fundamentación teórica:.....	51
Metodología.....	55
Técnicas	55
Estrategia de intervención educativa tipo comunicativa.....	55
Descripción de la propuesta	56
Registro de asistencia de los participantes	57
Desarrollo de la propuesta.....	57
Presupuesto	61
Conclusiones	61
Recomendaciones	61
Referencias Bibliográficas	62

Introducción:

En el momento actual, acceder a los alimentos elaborados y procesados, en los supermercados y la gran variedad que existen de ellos, es la manera más usada de adquirir los productos que se consumen en la alimentación, facilitado por la elevada publicidad en todos los medios de comunicación. Esto sumado a la falta de actividad física, son condiciones que favorecen el aumento de las reservas calóricas que conlleva al exceso de peso desde muy temprana edad, por lo que es necesario comprender y socializar que se come para vivir y no vivir para comer.

Hoy día es habitual observar personas con malnutrición por exceso o sobrealimentación de cualquier edad, sexo, condición social o religión, es por eso que está siendo considerada por la OMS como la epidemia del siglo XXI. Muchos factores típicos del ritmo de vida actual se tienen en cuenta como los participantes en hacer cada vez mayor el número de personas con este mal, que es la base de otras enfermedades crónicas no transmisibles que de alguna forma han afectado en gran medida el sistema nacional de salud en Ecuador. (1)

Hace algunos años no existía dentro del cuadro básico de medicamentos gratuitos hipoglucemiantes orales, ni antilipemiantes, ni antihipertensivos, sin embargo el aumento de la demanda por el padecimiento de estas enfermedades ha hecho necesario adicionarlos al plan de medicamentos de Salud Pública, hoy en día se considera que son los medicamentos de mayor demanda debido al asombroso incremento de enfermedades. (2)

Por lo que a la autora de la investigación le motivó medir el nivel de conocimiento en la población del consultorio médico E del centro de salud Pascuales, como grupo referencial para elaborar una estrategia educativa con la finalidad de instruir sobre la malnutrición por exceso y sus consecuencias para la salud, estimulando a la recuperación del peso normal en adultos jóvenes con exceso de peso; condición y grupo de edad seleccionado para esta investigación.

En la estrategia se dará a conocer los temas fundamentales que contribuyen a adoptar estilos de vida saludables aportando el conocimiento y la educación para las buenas prácticas en la prevención de la obesidad y las enfermedades relacionadas, garantizando una buena calidad de vida en el momento actual y futuro, la importancia y relevancia de la misma está dada por el impacto en la disminución de la incidencia de las enfermedades no transmisibles cuyo contribuyente mayor es el exceso de peso.

En Ecuador hace unas décadas la alimentación saludable era común, ya que realizaban sus comidas en los hogares, pero en la actualidad se ha sustituido por las comidas rápidas, debido a que han proliferado las cadenas de este tipo de comida en cualquier lugar de las ciudades, la comida chatarra esquina de cualquier sitio en las ciudades, especialmente en ciudades grandes como Guayaquil o restaurantes menos publicitados, pero aun así no dejan de ser comidas preparadas con altos contenidos de calorías simples y condimentos que a más de enriquecer el sabor, también enriquecen la malnutrición por exceso. (3).

La comida chatarra antes era más cara para el bolsillo de los ecuatorianos, ahora es mucho más accesible a la economía y en paradoja existe cierta comida de alto valor nutritivo que su valor económico es un lujo, sin embargo en esta guía educativa se hará referencia a una alimentación saludable acorde a la situación socioeconómica de la población estudiada (4).

Existen investigaciones que han demostrado la importancia de la familia en el aspecto nutricional del individuo, sentarse a la mesa y disfrutar de los alimentos con las

personas vinculadas afectivamente permite imitar buenas costumbres y acentuar los hábitos saludables dentro y fuera del hogar (5). Hoy en día es poco común observar que la población ingiera una porción de frutas más de tres veces al día, cuando las recomendaciones son entre tres a cinco veces diarias, en la encuesta de esta investigación el 78.4 % desconoce sobre alimentación saludable. La población conoce en un 50,5 % que hacer actividad física fomenta la conservación de una buena salud, sin embargo no lo practican porque la malnutrición por exceso sigue siendo un problema de salud.

Justificación de la propuesta

La malnutrición por exceso es un problema de salud a nivel mundial, por su relación cercana con las enfermedades crónicas no transmisibles. Se ha convertido en un factor desencadenante de diabetes mellitus, hipertensión arterial, aterosclerosis y dislipidemias. Dentro de las causas relacionadas con la obesidad están las dietéticas, genéticas, neuroendocrinas, conductuales – sociales, iatrogénicas y sedentarias. (6).

La biotecnología alimentaria ha inundado los mercados no solo del mundo occidental, con el suministro de cualquier tipo de alimento independientemente de la estación del año al que corresponda, sumado el fácil acceso de la población a estos alimentos, ha hecho que se hayan producido cambios importantes en la dieta tales como aumento en el consumo de alimentos de origen animal, bebidas gaseosas de elevado contenido energético, consumo de zumos de frutas excesivo que conlleva a niños y jóvenes a una acumulación excesiva de grasa corporal.(7).

Los intentos recientes de emplear regulaciones para mejorar el suministro de alimentos se han visto obstruidos por la desinformación, las publicaciones científicas tendenciosas, y la presión de los intereses comerciales. (8)

Las políticas y acciones para mejorar los sistemas alimentarios a fin de lograr una alimentación más saludable requieren un firme compromiso político, combinado con el apoyo decidido y sostenido de los ciudadanos - en su calidad de votantes y padres de familia, así como el liderazgo de organizaciones de la sociedad civil y de movimientos sociales en todos los niveles (nacional, estatal y municipal). Las políticas públicas, las recomendaciones y las acciones relativas a la nutrición y la salud se han basado convencionalmente en determinados nutrientes (por ejemplo, sodio y grasas saturadas) o en determinados tipos de alimentos (por ejemplo, frutas y verduras y carnes rojas). (9)

Estos enfoques para abordar y clasificar los distintos tipos de alimentación son inadecuados y engañosos puesto que se basan en una visión estrecha de la nutrición, en la cual los alimentos se conciben como la mera suma de sus nutrientes, y pasan por alto el papel del procesamiento industrial moderno de los alimentos y su impacto sobre la alimentación. El procesamiento industrial de los alimentos representa en la actualidad el principal determinante de lo que se ha convertido en el sistema alimentario mundial, y que hoy en día afecta en particular a los países de ingresos medianos y bajo. (10)

Entre 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha más que doblado. En 2014, según las estimaciones unos 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos.(8)

En África, el número de niños con sobrepeso u obesidad prácticamente se ha duplicado: de 5,4 millones en 1990 a 10,6 millones en 2014. En ese mismo año, cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia.(8)

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia. (8)

ENSANUT señala que en Ecuador el 62.9% de la población adulta tiene sobrepeso, en vista a que este problema está presente en gran parte de los países industrializados y además en los que están en vías de desarrollo y en el último de los casos mencionados afecta también a Ecuador. (11)

Al considerar las características sociodemográficas de la población ecuatoriana se observa en las cifras del Instituto Nacional de Censos que existe un porcentaje del 2.2% de analfabetismo, sin embargo un gran porcentaje de población adulta reportados con escolaridad incompleta, por tal razón surge la interrogante de conocer cuál es el nivel de conocimiento acerca de la malnutrición por exceso en la población adulta joven del sector perteneciente al consultorio médico n° 6 del Centro de Salud de la parroquia Pascuales ya que se observó con frecuencia un número significativo de atenciones médicas en pacientes jóvenes con sobrepeso y obesidad (12), situación que es considerada como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, las cuales según los expertos son altamente prevenibles modificando los hábitos de vida y promoviendo estilos de vida saludables. (13) (8)

Por las razones antes mencionadas esta investigación está especialmente dedicada a analizar el sobrepeso y la obesidad basada en la malnutrición por exceso y el sedentarismo ya que estos son factores altamente modificables, considerando que la población estudiada tiene un riesgo social alto en cuanto al sector geográfico y el nivel cultural que los caracteriza se plantea la incógnita a descubrir si esta problemática se debe al desconocimiento acerca de la importancia de una correcta alimentación y estilo de vida saludable para la conservación del normopeso y por consiguiente una adecuada calidad de vida.

De acuerdo a los resultados de la investigación el principal objetivo es proponer una estrategia de intervención educativa, todo esto con el propósito de crear medidas estratégicas en la población adulta joven que ha perdido el normopeso, mediante el cual, se pueda brindar las herramientas necesaria en cada individuo para que busque la conservación del normopeso y con ello eliminar este factor de riesgo que predispone a las enfermedades crónicas no transmisibles y las altas demandas de consultas

médicas por enfermedades como diabetes, hiperlipidemias, hipertensión arterial, osteoporosis, litiasis vesicular y todas las que se relacionan a la malnutrición por exceso. Por todo lo antes expuesto se ha diseñado una estrategia de intervención educativa cuyo propósito es incrementar el conocimiento medio de la población adulta joven que padece de esta incorrecta forma de alimentación y crear conciencia en cuanto a los riesgos que concurren conforme avanza la edad junto al sobrepeso y obesidad. (14)

Misión:

La finalidad de la estrategia elaborada es instruir a los adultos con sobrepeso y obesidad, que se han diagnosticado con la dispensarización, en la confección de las fichas familiares en el consultorio E, para aportar el conocimiento acerca de los estilos de vida no saludables y sus consecuencias para la salud.

Visión:

Lograr implantar una estrategia educativa que se ofrezca por profesionales de la salud de la atención primaria, para generar en la población cambios hacia estilos de vida saludables de manera les sirva para darle el valor necesario a la alimentación balanceada como un elemento determinante para mantener un peso adecuado.

Objetivo General:

Aumentar el conocimiento de los adultos jóvenes con malnutrición por exceso sobre la necesidad de una alimentación balanceada y estilos de vida sanos

Objetivos específicos.

1. Instruir sobre el riesgo de la malnutrición por exceso para la salud.
2. Exponer sobre la importancia de la alimentación saludable para la calidad de vida.
3. Revelar la importancia de realizar ejercicio físico para el mantenimiento del peso adecuado y la prevención de enfermedades crónicas.
4. Enseñar sobre la elaboración y preparación de toda la diversidad de alimentos con sus nutrientes, que se producen en el país.

Fundamentación teórica:

La promoción de salud constituye una estrategia para el desarrollo de habilidades personales que llevan a cambios de comportamiento relacionados con la salud, como en los estilos de vida. La educación en salud estudia las determinantes de la conducta de una persona o de una comunidad; es decir los componentes culturales que están detrás de las prácticas en salud. Estudia también tanto el proceso del cambio de las conductas en salud como los motivadores, facilitadores y barreras del cambio. Finalmente promueve programas educacionales destinados a lograr estos cambios (15).

El concepto de promoción de salud comienza a abordarse por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, en la declaración de Alma Ata, donde se reconoce formalmente el enfoque de cuidados primarios de salud, como estructura para el mejoramiento de la salud, adoptando la meta de salud para todos (15). Posteriormente

en 1986, en Ottawa, Canadá, la OMS lleva a cabo la primera conferencia internacional, donde se define que promoción de salud es proporcionar a los pueblos, los medios necesarios para mejorar su salud, y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, de cambiar o adaptarse al medio ambiente (15)

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (16).

La promoción de salud provee a las personas de los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. Con el fin de alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, las personas o las comunidades 10 deben poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas y su capacidad de cambiar y adaptarse al entorno.(8)Además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud. (16,17)Para lograr sus objetivos la promoción de salud utiliza, entre otros elementos, tres importantes herramientas:

La *información*. Ofrece los elementos para concientizar a los decisores y otros actores sociales en relación con hechos y factores que influyen en el estado de salud de la comunidad. Incluye la motivación de estos hacia la adopción de decisiones favorables a la salud y refuerza el papel de los representantes del sector salud como asesores en este proceso.

2. *Educación para la salud*. Facilita el aprendizaje a través de experiencias, tanto formales como informales, que contribuyen al logro de conocimientos, actitudes y prácticas sustentadas sobre valores. Esto ayuda al individuo a elegir y tomar decisiones adecuadas para su salud y su bienestar.

3. *Comunicación social en salud*. Es un proceso en el que se realizan y transmiten mensajes, basado en investigaciones sobre el usuario, para promover la salud de los individuos y comunidades. La comunicación puede también servir para generar actitudes positivas y hábitos saludables. Estas herramientas están estrechamente relacionadas entre sí y se complementan unas con otras (18).

La Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud, como la disciplina que se ocupa de organizar, orientar e iniciar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo, y de la comunidad con respecto a su salud.

La educación para la salud tiene como objetivo, transmitir conocimientos que motiven

y potencien el saber y el saber hacer, así como el desarrollo de conductas encaminadas a la conservación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, para lograr estilos de vida saludables. Orienta a los distintos grupos de la población, por lo que constituye un elemento esencial para que los ciudadanos puedan prevenir, y afrontar de una manera más autónoma, sus propios problemas de salud y los de su entorno.

La clave para que una persona pueda decidir estar sana, es primero, tener conocimientos precisos, fiables sobre cómo alcanzar un buen estado de salud, y sobre los diferentes factores de riesgos para su salud que se presenten en su vida cotidiana. Segundo, que disponga de conocimientos que le permitan realizar las mejores elecciones posibles y ponerlas en práctica. Tercero, que sepa de qué manera puede disfrutar de una buena salud personal, y qué hace falta para que su familia y su comunidad se mantengan sanas (15).

Según Marc Lalonde, en 1974 señala que la promoción de la salud juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, originadas a partir del marco conceptual y la estructura del campo de la salud, en la cual se hizo una división en cuatro componentes así: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención en salud; estos fueron identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad y se les denominó determinantes de la salud (16).

En el estilo de vida, se resumen los patrones de comportamiento estables del individuo, en los que influyen de forma dialéctica e interrelacionada las características personales individuales, las influencias de las relaciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales, de forma que son flexibles y modificables.

Por esto se plantea como una tarea de salud la identificación de aquellos factores del estilo de vida que puedan significar un riesgo para la salud y desde la promoción y la prevención, proponer su modificación. (18)

La Organización Mundial de la Salud, en 1986, adoptó la promoción de la salud como una estrategia global que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Una línea de acción es la creación de ambientes favorables en los que se impulsen acciones para crear entornos de vida, trabajo y estudio que sean seguros, estimulantes y satisfactorios, y que favorezcan la salud, como las estrategias de comunidades saludables y escuelas promotoras de la salud; éstas últimas son el entorno idóneo para realizar intervenciones educativas en niños y jóvenes con la finalidad de que incorporen conocimientos, habilidades, destrezas y prácticas saludables que potencien su salud (16).

Los estilos de vida saludables son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas y los comportamientos de las personas y grupos de población dirigidos a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Estos están dados por impresiones recibidas en el hogar, escuela y la comunidad donde se desarrollaron los individuos con un fuerte componente emocional y cultural (15).

Las conductas y estilos de vida que aparecen como factores de riesgo de las principales causas actuales de morbilidad son, en una proporción elevada, resultado de los llamados “determinantes sociales de la salud”. En palabras de la OMS, estos determinantes representan “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (17).

Para Mejorar las condiciones de vida cotidianas, se debe enfocar los primeros años de vida de un modo más integral ampliando el alcance de las intervenciones destinadas a la primera infancia para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo”. Por lo tanto se debe iniciar programas de prevención de adicciones desde los primeros grados de las escuelas de nivel primaria, vigilar que se respete el reglamento de venta de cigarrillos y bebidas alcohólicas a menores de edad, realizar campañas de sensibilización en los medios de comunicación masiva de los daños a la salud que ocasiona la exposición al humo de tabaco.

El trabajo por la educación en salud en las escuelas, exige la concreción de los aspectos pedagógicos que aseguren una verdadera influencia en este sentido y la determinación de los elementos de la Promoción de la Salud que deben concebirse desde la planificación y organización de la actividad escolar para garantizar su desarrollo real sin que se perciba como una sobrecarga para los docentes y se convierta en una forma nueva de concebir la actividad de educandos y educadores. La promoción de salud se debe desarrollar de forma sistemática como parte de la malla curricular de la escuela, donde se incluya la participación del personal docente, no docentes, estudiantes, familia, organizaciones políticas y de masas de la escuela y la comunidad, para que funcionen como Escuelas Promotoras de la Salud (16).

El desarrollo de las habilidades para la vida es muy importante para el establecimiento de relaciones sociales, las cuales favorecen el desarrollo personal y social. Si los niños y adolescentes cuentan con habilidades sociales estarán mejor preparados para rechazar las invitaciones para consumir drogas aunque provengan de sus amigos más cercanos. Con los resultados de esta investigación se ha priorizado para el diseño de esta estrategia las siguientes temáticas: autoestima y autoconcepto, reconocimiento y expresión adecuada de emociones, asertividad y resolución de problemas.

Las habilidades para la vida han sido definidas, desarrolladas y categorizadas de múltiples formas, si bien, a efectos didácticos pueden organizarse en los siguientes tres bloques:

- **Habilidades cognitivas:** Encajarían en esta categoría aquellas destrezas psicosociales susceptibles de favorecer procesos cognitivos eficaces para permitir a las personas y a los grupos de los que forman afrontar los desafíos de su entorno. Entre ellas cabe citar, a modo de ejemplo, el pensamiento crítico o la capacidad para tomar decisiones (17).
- **Habilidades emocionales:** En este eje se engloban las destrezas relacionadas con la conocida como “inteligencia emocional”, es decir, la capacidad de gobernar las emociones de manera respetuosa, entre las que cabe mencionar la empatía o el manejo del estrés (17).
- **Habilidades sociales:** En esta tercera área se integran aquellas destrezas cuyo manejo

efectivo hace posible mantener interacciones sociales positivas, mutuamente gratificantes y de colaboración. Entre ellas podemos señalar como ejemplo la asertividad o la competencia relacional (17).

Por otro lado en la generación actual surge también la necesidad de educar en valores y reconquistar la práctica de los valores éticos. Los valores constituyen componentes inevitables en el mundo humano por lo que educar a los niños y adolescentes en valores es una necesidad ineludible en la sociedad actual. La escuela es un espacio propicio para la formación en valores, por lo que la autora ha propuesto como parte de la estrategia de prevención de consumo de drogas, educar en esta temática (18).

Incorporar y practicar valores constituye factores de protección importante que son las bases de nuestras decisiones y nos conducen a evitar el daño personal y del entorno familiar y social (18).

En el presente trabajo se da énfasis a los siguientes valores: Respeto, responsabilidad, honestidad, cooperación, solidaridad, tolerancia.

Metodología

La estrategia de intervención educativa para adultos jóvenes del consultorio médico E está diseñado a partir de una encuesta realizada a la población donde se incluyeron diferentes temas relacionados con una alimentación adecuada, la importancia de recuperar el peso adecuado y la influencia negativa de la malnutrición por exceso sobre la salud.

Se distribuirán los 91 participantes encuestados para organizar 4 grupos de 18 personas y uno de 19, para la conformación de las actividades de intervención educativa. La intervención será implementada con una duración 10 semanas continuas dividida en 10 sesiones a durar 30 minutos cada una, de forma semanal, el tipo de actividad predominante a realizar serán las charlas. Además se determinará el local y el horario a utilizar para desarrollar dichas actividades. La estrategia de intervención educativa quedará diseñada y lista para la ejecución de la misma, para quien se interese por el tema.

Técnicas

Estrategia de intervención educativa tipo comunicativa.

Para dar salida al objetivo se elaboró un programa educativo dirigido a elevar el nivel de conocimiento en la población adulta joven con malnutrición por exceso sobre la importancia de una alimentación adecuada y estilo de vida saludable. En esta estrategia se utilizarán distintos métodos y actividades pedagógicas según las sesiones:

Primera sesión. Presentación de los participantes, iniciará con una charla motivacional, entrega del cronograma de actividades a cada asistente y firma de un acta de compromiso para la asistencia y culminación del cronograma de actividades.

Segunda sesión. Se realizará una charla guiada por el profesional para describir la comida chatarra y consecuencias a corto y largo plazo para la salud. Cuestionario evaluativo respectivo

Tercera sesión. Charla dinámica y participativa sobre los efectos de los hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y drogas) sobre la salud. Cuestionario evaluativo respectivo.

Cuarta sesión. Se utilizará una presentación PowerPoint, para realizar una Video conferencia sobre la relación entre la malnutrición por exceso y las enfermedades no transmisibles y el cuestionario evaluativo respectivo.

Quinta sesión. Se usará también presentación PowerPoint con una video conferencia sobre dieta balanceada y la importancia de los nutrientes en el organismo y el cuestionario evaluativo respectivo.

Sexta sesión. Educar sobre los efectos de las frutas y vegetales en la alimentación mediante power point en charla dinámica y cuestionario evaluativo respectivo.

Séptima sesión. Explicar los efectos de realizar ejercicios en el mantenimiento del peso y para la prevención de enfermedades crónicas mediante socio drama. Y cuestionario evaluativo respectivo.

Octava sesión. Explicar la importancia de las proteínas en la dieta y las grasas saludables mediante video conferencia. Y cuestionario evaluativo.

Novena sesión. Explicar donde se adquieren los alimentos naturales y frescos y la forma en que se elaboran sanamente para su consumo mediante socio drama. Y cuestionario evaluativo.

Decima sesión. Determinar los conocimientos adquiridos por los participantes y grado de satisfacción. Aplicación de una encuesta evaluativa de todos los conocimientos impartidos en cada sesión.

Descripción de la propuesta

Invitación a título personal a la población adulta joven con malnutrición por exceso del consultorio E del centro de salud Pascuales al programa de educación para la salud, y se colocaran papelógrafos, afiches y vallas informativas en el centro de salud para que asistan todos los interesados

Cada participante colocara sus datos en un block de notas que se les entregará, con el que participarán en la primera sesión, puntualizando los conocimientos de los factores que estén relacionados con la alimentación, los ejercicios físicos, y los hábitos tóxicos.

Cuando el número de participantes llegue a 18 personas, se cierra la matrícula y se da inicio al programa que consistirá en 10 sesiones descritas en el cronograma de actividades.

Segunda sesión					
Alimentación inadecuada, consecuencias para la salud	Objetivos	Actividades	Lugar	Materiales a Utilizar	Tiempo de duración
	Describir la comida chatarra y consecuencias a corto y largo plazo para la salud	Charla guiada por el profesional	Casa comunal	Computadora y proyector	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

Tercera sesión					
Bebidas gaseadas Grasas, carbohidratos y azúcar	Objetivos	Actividades	Lugar	Materiales a Utilizar	Tiempo de duración
	Explicar los efectos de los hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y drogas) sobre la salud	Charla con dinámica participativa	Casa comunal	Materiales audiovisuales	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

Cuarta sesión					
Relación entre la malnutrición por exceso y la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles	Objetivos	Actividades	Lugar	Materiales a Utilizar	Tiempo de duración
	Explicar cómo se relaciona el sobrepeso y la obesidad con las enfermedades crónicas no transmisibles	Video conferencia	Casa comunal	Materiales audiovisuales	30 minutos

Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario
--	--------------

Quinta sesión					
Dieta balanceada saludable. Importancia de los nutrientes (las proteínas)	Objetivos	Actividades	Lugar	Materiales a Utilizar	Tiempo de duración
	Explicar las características de la dieta balanceada y los nutrientes con pirámide alimenticia.	Videoconferencia	Casa comunal	Personal que dirige la actividad y participantes	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

Séptima sesión					
Realizar ejercicios físicos para mantener el peso adecuado y prevenir Enfermedades crónicas no transmisibles	Objetivos	Actividades	Lugar	Materiales a Utilizar	Tiempo de duración
	Explicar los efectos de realizar ejercicios en el mantenimiento del peso y la prevención de enfermedades crónicas	Socio drama	Casa comunal	Personal que dirige la actividad y participantes	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

Sexta sesión					
Importancia de las frutas y las verduras en la alimentación	Objetivos	Actividades	Lugar	Materiales a Utilizar	Tiempo de duración
	Educación sobre los efectos de la alimentación con frutas y verduras	Charla	Casa comunal	Personal que dirige la actividad y participantes	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

Octava sesión					
Elaboración y consumo de alimentos naturales	Objetivos	Actividades	Lugar	Materiales a Utilizar	Tiempo de duración
	Explicar la importancia de las proteínas en la dieta y las grasas saludables	Socio drama	Casa comunal	Personal que dirige la actividad y participantes	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

Decima sesión					
Cierre de la estrategia educativa	Objetivos	Actividades	Lugar	Materiales a Utilizar	Tiempo de duración
	Determinar los conocimientos adquiridos y grado de satisfacción	Aplicación de encuesta	Casa comunal	Papel y lápiz	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

Novena sesión					
Elaboración y consumo de alimentos naturales	Objetivos	Actividades	Lugar	Materiales a Utilizar	Tiempo de duración
	Explicar donde se adquieren los alimentos naturales y frescos y la forma en que se elaboran sanamente para su consumo mediante socio drama	Socio drama	Casa comunal	Personal que dirige la actividad y participantes	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

Presupuesto

Recursos necesarios:

✓ Recursos Humanos:

Un médico que se encargará de las sesiones del programa y del seguimiento en consulta de los participantes.

✓ Recursos Materiales:

Sala en el centro de salud, ordenador, proyector, pizarra, 5 mesas y 25 sillas.

Folios y bolígrafos.

Cartel del programa.

Cuestionarios.

Tabla de modificaciones dietéticas.

Alimentos adecuados y alimentos no adecuados.

Pirámides de alimentación.

Pirámides de actividad física.

✓ Recursos financieros:

Este programa será financiado en su totalidad por el médico.

Conclusiones

Serán evaluadas cuando se aplique la estrategia.

Recomendaciones

Mejorar la didáctica conforme sean evaluadas las sesiones.

Referencias Bibliográficas

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos. Determinantes Sociales de la salud. Internet. Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/

2. Consejo de Salubridad General (CSG). Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos. Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos. Edición 2016. Disponible en:

http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/priorizacion/cuadro-basico/med/catalogo/2016/EDICION_2016_MEDICAMENTOS.pdf

3. Meléndez Torres, J.M, Cañez De la Fuente, G.M. La cocina tradicional regional como un elemento de identidad y desarrollo local: el caso de San Pedro. El Saucito, Sonora, México. Estudios sociales (Hermosillo, Son.), (2009), 17(spe), 181-204. Recuperado en 25 de marzo de 2018. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572009000300008&lng=es&tlng=es .

4. Cazar López M.I. Evaluación del Consumo de Alimentos Procesados en los Adolescentes de la Sección diurna del Colegio Nacional Mixto Eloy Alfaro de la Ciudad de Quito y la Comparación con su Estado Nutricional en el año 2012. Tesis para optar por el título de licenciada en nutrición humana. Disponible en:

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5998/T-PUCE-6266.pdf;sequence=1>

5. Beltrán de Miguel B, Cuadrado Vives C. Comer en familia: una costumbre saludable y gratificante. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. (2014). Disponible en:

<https://www.ucm.es/data/cont/docs/429-2014-11-12-Beltran-Cuadrado-comer-en-familia-2014.pdf>

6. Savino P. Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. Rev Colomb Cir. 2011; 26:180-195. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n3/v26n3a5.pdf>

7. Alvares Síntes. Medicina General Integral. Volumen I. Capítulo 14. Modo, condiciones y estilos de vida.

8. OMS. Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos. Determinantes Sociales de la salud. Internet. Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap/how/es/

9. Comunidad de estudios Latinoamericanos y Caribeños (CELAC). Plan para la Seguridad Alimentaria, Nutrición y Erradicación del Hambre de la CELAC 2025. FAO. Disponible en:

<http://www.fao.org/3/a-i4493s.pdf>

10. Promoción de Estilos de vida Saludable en niños y adolescentes. Con la participación activa de la población. Resumen ejecutivo. INSP. México. 2013. Pág. 6-7.

11. Freire W. Ramírez M. Belmont P. Encuesta Nacional De Salud Y Nutrición ENSANUT-ECU 2011-2013. 1a ed. Quito, 2014. Disponible en: file:///D:/MIS%20ARCHIVOS/Desktop/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

12. Rodríguez-Carrasco B, Alonso-Cordero M, Iglesias-Camejo M, Castellanos-Linares M. La escuela, marco ideal para desarrollar actividades de promoción y educación para la salud. Revista de Ciencias Médicas de La Habana. 2015. [revista en Internet]. [citado 2018 abril. 14]; 21(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en:

<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/790>

13. Goleman, D. (1996). Inteligencia emocional. Madrid: Kairós.

14. Manual de apoyo para profesores y educadores con materiales y herramientas para promover la ética en la educación. Comisión Europea. Proyecto ETHOS. 2012. [Internet]. Disponible en:

http://www.ethicseducation.eu/resources/D6_Methodology_Guidelines_ES.p

15.- Díaz B. Y., Pérez R. J, Báez P. F, Conde M. M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. Cuba. 2012. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_3_12/mgi09312.htm

16. Pérez A. S. Promoción de estrategias para el desarrollo de estilos de vida saludable y sostenible. Panamá. Rev. Científica de Enfermería. 2012. Vol. XII, No 7; 55, 56. Disponible en:

http://www.sibiup.up.ac.pa/otrosenlaces/enfoque/julio_diciembre%202012/PROMOCION%20DE%20ESTRATEGIAS.pdf

17.- Secretaría de Salud de México. Programa de acción específico. Promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Promocion_de_la_Salud_y_Determinantes_Sociales.pdf

18. Álvarez S. Medicina General Integral. Promoción y educación para la salud. Volumen I. Capítulo 10, pág 82,83.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **VILLAMIL ZAMBRANO, KAREN PAOLA**, con C.C: # **1309439853** autor/a del trabajo de titulación: **Diseño de una estrategia educativa para modificar estilos de vida no saludables en adultos jóvenes con mal nutrición por exceso del consultorio E del centro de salud pascuales. Año 2018** ,previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigente

Guayaquil, 17 de diciembre de 2018

f. _____

Nombre: **VILLAMIL ZAMBRANO, KAREN PAOLA**

C.C: **1309436853**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Diseño de una estrategia educativa para modificar estilos de vida no saludables en adultos jóvenes con malnutrición por exceso del consultorio E del centro de salud pascuales. año 2018		
AUTOR(ES)	Karen Paola , Villamil Zambrano		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Yubel Batista Pereda		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en ciencias de las salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	79
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	estrategia de salud familiar, , adulto joven, malnutrición, estilos de vida saludable		
RESUMEN/ABSTRACT Antecedentes: En las últimas décadas de la historia es notorio el incremento de las cifras de la prevalencia de obesos a nivel mundial, relacionado con el aumento de enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal en adultos jóvenes con malnutrición por exceso, se confeccionó una encuesta para determinar el conocimiento sobre estilos de vida saludables, elaborando una estrategia educativa para modificar el desconocimiento. Resultados: el sobrepeso predominó con 57,7%, el grupo de 30 a 34 años con 32%, el sexo femenino 60,8% y la escolaridad secundaria con 46,4%, el estado civil unión libre 55,7%, la ocupación cuenta propia 49,5%, además, la etnia mestiza con 67,0%, el conocimiento del exceso de peso como problema de salud 91,8%, sobre alimentación saludable la falta de conocimiento 78,4%, sobre grupos de alimentos conocen el 59,8%, ejercicios físicos conoce el 50,5%, sobre enfermedades asociadas fue mayoritario el conocimiento 58,8%, de la estrategia prefirieron las charlas durante 30 minutos el 70,1% realizarlas una vez por semana 43,3% y el horario de mañana 87,6%. Conclusiones: Predomina el sobrepeso en ambos sexos, el grupo de edad de 30 a 34 años, el sexo femenino, la etnia mestiza y la escolaridad secundaria, el desconocimiento sobre alimentación saludable fue mayoritario. Prefirieron para la estrategia, las charlas, realizarlas una vez por semana, durante 30 minutos, en la mañana y en la comunidad.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono +593-4-399228 +593-996565935	E-mail: karpao0120@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: dr Xavier landivar		
	Teléfono: +593-4-3804600- ext 1830-1811		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec.		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			