



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TEMA

“Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de salud Montalvo. Año 2018”.

AUTORA

Velásquez Alcívar Lorena Cecibel

Trabajo de Titulación

previo a la Obtención del Título de

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TUTOR

Ladron de Guevara Gainza Carlos Alberto

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 *la Dra. Lorena Cecibel Velásquez Alcívar*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Carlos Alberto Ladrón de Guevara Gainza

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, Lorena Cecibel Velásquez Alcívar

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “*Estrategia sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de Salud Montalvo. 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, 17 de diciembre del 2018

LA AUTORA:

Lorena Cecibel Velásquez Alcívar



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, Lorena Cecibel Velásquez Alcívar

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Estrategia sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de Salud Montalvo. Año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

LA AUTORA:

Lorena Cecibel Velásquez Alcívar

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS LORENA CECIBEL VELASQUEZ ALCIVAR.doc (D45644878)
Submitted: 12/12/2018 9:24:00 PM
Submitted By: lorenita_066@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

<https://es.wikipedia.org/wiki/Obesidad>
<http://www.henufood.com/nutricion-salud/mejora-tu-salud/obesidad-en-la-edad-adulta/index.html>
<http://www.ecuadorlegalonline.com/biblioteca/constitucion-ecuador-2008/>

Instances where selected sources appear:

3

1 Agradecimiento

Agradezco a Dios, por guiarme por el sendero correcto, y brindarme la fortaleza para seguir adelante.

Con amor infinito a mis padres, de quienes recibo cada día la fuerza y motivación para culminar mis metas y creer en mí, aún cuando yo dudaba.

A mi esposo por su gran apoyo, a mi hija Valentina mi motor y mayor inspiración de superación, a mis hermanos y sobrinos, que con su ayuda me han impulsado a luchar por los sueños, a mi tutor de tesis, a mis docentes y mis pacientes por brindarme su tiempo y apoyo durante el desarrollo de esta tesis.

A todos infinitas gracias.

2 Dedicatoria

A **Dios**, creador del universo y de todas las cosas sobre la tierra.

A **René y Solanda** mis padres, los grandes pilares fundamentales que Dios me ha obsequiado; quienes me han enseñado que con tenacidad, fuerza y amor se pueden superar los obstáculos que se presentan en la vida.

A **César**, mi esposo, quien jamás dudo de mis capacidades profesionales y quién en el momento exacto me hizo saber que contaba con él para el nuevo reto emprendido.

A mi hija **Valentina** quién es el motor diario que me motiva a buscar lo mejor para mí y por lo tanto, para ella.

A mis hermanos: **Mariuxi, Edison (+) y Carolina**, con quienes he compartido los mas grandes y valiosos momentos y que siempre me han hecho sentir su admiración en el constante sacrificio que implica ser médico.

Y por último, a mis sobrinos **Mickel y Michael**, quienes me han brindado su amor para seguir este camino.

Por ustedes y para ustedes siempre.

Lorena



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE

**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA II COHORTE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

TEMA:	“DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DE OBESIDAD EN LA POBLACIÓN DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD. CIUDADELA 25 DE ABRIL. CENTRO DE SALUD MONTALVO. AÑO 2018”.
ALUMNO:	LORENA CECIBEL VELÁSQUEZ ALCÍVAR
O:	
FECHA:	

N o .	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIR MA
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

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE OPOSICIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

5 ÍNDICE GENERAL

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA.....	VII
3 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
4 ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	IX
5 ÍNDICE GENERAL.....	X
6 ÍNDICE DE TABLAS.....	XII
7 ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIII
8 RESUMEN.....	XV
9 ABSTRACT.....	XVI
10 INTRODUCCION.....	2
11 EL PROBLEMA	
11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	6
11.2 FORMULACIÓN.....	8
12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	
12.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
12.2 OBEJTIVOS ESPECÍFICOS.....	9
13 MARCO TEÓRICO	
13.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	10
13.2 EL PROBLEMA DE LA OBESIDAD.....	13
13.3 BASES TEORICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA OBESIDAD.....	14
13.4 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES RELACIONADAS CON LA OBESIDAD.....	17

13.5 REPERCUSION SOCIOECONOMICA Y PSICOLÓGICA DE LA OBESIDAD.....	19
13.6 ATENCION INTEGRAL EN POBLACIÓN CON OBESIDAD.....	20
13.7 ESTRATEGIA EDUCATIVA.....	22
13.8 FUNDAMENTACION LEGAL.....	25
14 MÉTODOS	
14.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	28
14.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
14.2.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DE ESTUDIO.....	28
14.2.2 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	28
14.2.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	29
14.2.4. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	30
14.3 VARIABLES	
14.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
16 CONCLUSIONES.....	43
17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	33
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS, SEGÚN SU GÉNERO. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	34
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS, SEGÚN SU NIVEL DE ESCOLARIDAD. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	34
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS, SEGÚN SU OCUPACIÓN. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	35
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS, SEGÚN SU ESTADO CIVIL. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	36
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE FACTORES DE RIESGO DE OBESIDAD CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	36
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS, SEGÚN CONOCIMIENTO DE TIPO DE ALIMENTOS A CONSUMIR. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	37
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO DE FRECUENCIA DE COMIDAS CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	37
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO DE TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA ADECUADA QUE SE DEBE REALIZAR. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	38
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO DE FRECUENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA ADECUADA. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	38
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN CONOCIMIENTO DE BENEFICIOS DE ACTIVIDAD FÍSICA. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	39
TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN LUGAR DONDE DESEAN RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO DE OBESIDAD. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	39
TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN ACTIVIDAD EDUCATIVA PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO DE	

OBESIDAD. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	40
TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN TIEMPO DISPONIBLE PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO DE OBESIDAD. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	40
TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN GRUPO DE PERSONAS CON LA QUE LE GUSTARÍA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO DE OBESIDAD. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	41
TABLA 16: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS SEGÚN MOMENTO DEL DÍA PARA RECIBIR INFORMACIÓN. CIUDADELA 25 DE ABRIL. AÑO 2018.....	41

7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	52
ANEXO 2: ENCUESTA.....	53
ANEXO 3: ESTRATEGIA EDUCATIVA.....	57

8 RESUMEN

Antecedentes: La obesidad, un problema de la época actual, cuyas cifras ha duplicado en estos últimos 20 años; en Ecuador el porcentaje de obesos es de 62.8% en la población adulta en el 2014 -2015, lo cual guarda estrecha relación con enfermedades crónicas no transmisibles y se considera una patología cuyos factores de riesgo son modificable con promoción y prevención. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, cuyo objeto de estudio fueron los adultos de 20 a 64 años de la ciudadela 25 de Abril del Centro de Salud Montalvo, durante el periodo 2018, se incluyó en el estudio a 68 adultos, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los datos se introdujeron en una hoja de Microsoft Excel y se exportaron al programa estadístico SPSS versión 20 para el procesamiento y análisis de los datos, los resultados se representaron en tablas y gráficos. **Resultados:** La población predominante es de 30 a 39 años, femenina, de educación primaria, de ocupación otra y estado civil casado, el nivel de conocimiento es bajo, basado en criterios de conocimiento generales, y los componentes determinados para la elaboración de la estrategia fueron el centro de salud 86.8%, la aplicación de charlas didácticas 89.7%, en 30 minutos 95.6%, en grupo de 5 a 10 personas 54.4%, en horario de la mañana 60.3%. **Conclusiones:** Las estrategias de intervención educativa tienen una atribución positiva para el incremento del nivel de conocimiento en atención primaria de salud.

Palabras Clave: FACTORES DE RIESGO, OBESIDAD, ESTRATEGIA.

9 ABSTRACT

Background: Obesity, a problem of the current era, whose figures have doubled in the last 20 years; in Ecuador, the percentage of obese people is 62.8% in the adult population in 2014 -2015, which is closely related to chronic noncommunicable diseases and is considered a pathology whose risk factors are modifiable with promotion and prevention. **Materials and Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out, whose object of study was the adults from 20 to 64 years old from the citadel April 25 of the Montalvo Health Center, during the period 2018, 68 were included in the study. adults, who met the inclusion and exclusion criteria. The data was entered in a Microsoft Excel sheet and exported to the statistical program SPSS version 20 for the processing and analysis of the data, the results were represented in tables and graphs. **Results:** The predominant population is 30 to 39 years old, female, of primary education, of another occupation and married marital status, the level of knowledge is low, based on general knowledge criteria, and the components determined for the elaboration of the strategy the health center was 86.8%, the application of didactic talks 89.7%, in 30 minutes 95.6%, in groups of 5 to 10 people 54.4%, in the morning hours 60.3%. **Conclusions:** Educational intervention strategies have a positive attribution for increasing the level of knowledge in primary health care.

Keywords: RISK FACTORS, OBESITY, STRATEGY.

10 INTRODUCCIÓN

La obesidad a nivel mundial establece una gran adversidad en el área de salud pública, que afecta a millones de personas, en el 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 (1); en general, alrededor del 13% de la población en el mundo (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos(1).En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que el exceso de peso reduce la perspectiva de vida, pues, quienes se encuentran dentro de este grupo a los 40 años, tienen una descenso de aproximadamente siete años, debido a que presentan múltiples comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus afecciones respiratorias y neoplasia (2).

Actualmente constituye la alteración nutricional más frecuente vigente en el mundo, considerándose un problema de salud complejo, crónico, múltiple, de evolución y conducta epidémico que disminuye la esperanza de vida, creando gran morbilidad y extendiendo los costos socio-sanitarios; las consecuencias de la obesidad sobre el estado de salud debe discurrir a partir de diversas perspectivas, como la dimensión total de obesidad, la extensión de la reserva corporal de grasa, el estándar de distribución particular de grasa subcutánea y el grado relativo de reserva de grasa intraabdominal. (3)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) este es un inconveniente específicamente grave en el territorio de las Américas, considerándose ahora que la obesidad y el sobrepeso han sobrepasado proporciones epidémicas, datos que afirman que más del 60% de los adultos tienen sobrepeso o son obesos en la región, y, lo más alarmante es su progresión en poblaciones menores (4). Alrededor de 360 millones de personas en Latinoamérica tienen un peso mayor al recomendado en función de la altura de la persona y otros elementos, ésta cifra representa un 58% del total de habitantes de la región (5).

La obesidad en América Latina se ha instituido como un problema de salud pública en todos los países de nuestro continente, se puede alegar que la obesidad es la

responsable de muchas patologías crónicas degenerativas, que complican la calidad de vida de las personas que la sobrellevan (6). Alrededor del 64 por ciento de los adultos tiene sobrepeso y el 30,5 por ciento es obeso (7).

En Ecuador la obesidad es una epidemia que sacude con fuerza y se ha desarrollado en los últimos años. Para la OPS, la obesidad hoy es una enfermedad que está presente en uno de cada tres ecuatorianos. (8) La Encuesta Nacional de Salud (Ensanut 2014) cuantifica que 6 de cada 10 adultos ecuatorianos poseen sobrepeso u obesidad, tres de cada cuatro adultos presentan estas complicaciones. La obesidad es más alta en mujeres (27,6%) que en hombres (16,6%) (9), y se presenta en mayor prevalencia entre la cuarta y quinta década de la vida con un 73% (10). En el último rastreo realizado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) y publicada entre 2014 y 2015, se informa que en Ecuador el 29,9 % de niños entre 5 a 11 años tienen sobrepeso y obesidad. Este dato incrementa al 62,8 % en adultos (de 19 a 59 años). Se conoce que las cifras de obesidad y sobrepeso en Ecuador son alarmantes y establecen una epidemia en marcha; la prevalencia de obesidad en la población mayor de 20 años es alrededor del 10%, haciendo afectaciones, ya que es una enfermedad crónica y a la vez un constituyente factor de riesgo de muchas otras, es por esto que el impulso de conductas alimentarias adecuadas y la práctica de ejercicio físico, es un exhorto significativo para prevenir la obesidad (10).

Los indicadores en la provincia de los Ríos de obesidad muestra el 32,6% con un total de casos igual a 26.890 de un total de población de 82.598, datos similares ocurren en el cantón Montalvo, encontrado este dato más los subregistro o no registros de esta enfermedad la autora reconoce la importancia de modificar el conocimiento en la población.

El Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) precisa de la siguiente manera la cuidado completo a la población: es regir los esfuerzos con labores metódicas y ordenadas con diversidad de enfoque tales como intercultural, generacional y de género, que persiga la disminución, neutralización o supresión de los factores de riesgo (presentes o potenciales) que incrementan el peligro de enfermar y morir (11).

Internamente en las reglas determinadas por el Ministerio de Salud del país existen varios programas orientados a lograr una alimentación adecuada, disminuir los factores de riesgo de la obesidad, y así disminuir la enfermedad y el riesgo de complicaciones, los mismos están enfocados a grupos poblacionales específicos, otorgándose una relevancia especial la de brindar atención integral a los pacientes con sobrepeso y obesidad, con el objetivo de disminuir las consecuencias que se presentarán a futuro, las mismas que implican no solo afectación en el nivel de vida sino que provoca un imponente aumento en los valores económicos por atención saludable, lo que involucra mayor inversión por parte del estado (12).

El Estado ya ha reconocido que el problema del aumento exagerado de peso establece uno de los primordiales problemas sanitarios del país, por lo que en noviembre de 2013 se expidió el reglamento en Ecuador que exige a poner un semáforo nutricional en los alimentos procesados y envasados; que, además prohíbe atribuir al producto virtudes nutricionales o efectos terapéuticos (13).

El médico familiar juega un papel fundamental en la atención integral a las enfermedades crónicas entre ellas la obesidad. Durante la práctica asistencial en el centro de salud de Montalvo se ha identificado un grupo elevado de adultos con obesidad y prácticas inadecuadas de alimentación unido a la falta de la práctica de ejercicios físicos de forma sistemática. Por todo lo anterior se realiza esta investigación con el objetivo de diseñar una estrategia educativa para modificar el conocimiento sobre los factores de riesgo de la obesidad en los adultos de 20 a 64 años de la ciudadela 25 de Abril en el año 2018.

Este proyecto proporciona factibilidad para la investigadora, porque no requiere de costos económicos elevados y facilitará en un futuro aplicar la estrategia de intervención con el objetivo de disminuir o eliminar la incidencia y prevalencia de la obesidad, reducir sus dificultades y optimizar la calidad de vida de las personas de esta comunidad.

Se planteó un estudio observacional, descriptivo, transversal, cuyo objeto de estudio fueron los adultos de 20 a 64 años de la ciudadela 25 de Abril del Centro de Salud Montalvo, durante el periodo 2018, se incluyó en el estudio a 68 adultos, cumpliendo

con los criterios de inclusión y exclusión; se les aplicó una encuesta elaborada por la autora para determinar el conocimiento que tienen sobre los factores de riesgo de la obesidad, identificando los componentes de la estrategia de intervención, previo consentimiento informado y cumpliendo los principios éticos.

La investigación transcurre por la revisión de la bibliografía argumentada en el marco teórico, el planteamiento del problema de investigación y de los objetivos, continúa con la presentación detallada de la metodología hasta llegar a la presentación de los resultados en tablas y la discusión de los mismos, para llegar a plantear conclusiones y recomendaciones.

11 EL PROBLEMA

11.1 Identificación, valoración y planteamiento

En las últimas décadas de la historia es admirable la elevación de las cifras de prevalencia de obesos a nivel mundial, lo que hoy en día podemos resaltar es que en cada artículo científico se incluye la frase “la obesidad es un problema de salud pública” esta frase hace estrecha la relación que existe entre obesidad y enfermedades crónicas. La obesidad es un gran inconveniente para la salud mundial, considerada como pandemia ya que en este siglo XXI ha ocurrido un gran acrecentamiento en la población con obesidad en gran parte de los países más importantes del mundo; definiéndose como una enfermedad crónica de múltiples orígenes que se caracteriza por el aumento exagerado de grasa o la abundante acumulación de tejido adiposo en el cuerpo. La Organización Mundial de la Salud, define como obesidad cuando el IMC o índice de masa corporal (cálculo entre la estatura y el peso del individuo) es igual o superior a 30 kg/m².

La obesidad es una alteración que se debe a varios factores en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, patología que no exenta de esta situación la población de la ciudadela 25 de abril del cantón Montalvo. La obesidad es una realidad a la que se enfrentan los profesionales de la salud, donde la falta de conocimiento de los factores de riesgo por parte de la población conlleva a incrementar la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

ENSANUT señala que en Ecuador el 62.8% de la población adulta tiene sobrepeso u obesidad, en vista a que este problema está presente en gran parte de los países industrializados y además en los que están en dirección al desarrollo y en el último de los casos mencionados afecta también a Ecuador. Al considerar las características sociodemográficas de la población ecuatoriana se observa en los indicativos 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 obesidad en la población de la ciudadela 25 de abril del cantón Montalvo, ya que se observó con frecuencia un número significativo de

atenciones médicas en pacientes jóvenes con obesidad (10), situación que es estimada como uno de los factores de riesgo para el avance de enfermedades no transmisibles, las cuales según los expertos son altamente prevenibles modificando los hábitos de vida y promoviendo estilos de vida saludables (4), (9).

Por las razones antes mencionadas esta investigación está especialmente dedicada a analizar los factores de riesgo de la obesidad, los mismos que son 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 peso adecuado 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, con el propósito de crear medidas necesarias en la población adulta, mediante el cual, se pueda brindar las herramientas adecuadas en cada individuo 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 obesidad.

No hay antecedentes en el centro de salud de investigaciones relacionadas con el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la obesidad. Para lograr mejorar este indicador de salud se propone diseñar una estrategia educativa, basada en la orientación y aplicación de estrategia de intervención dirigida a la población adulta. Esto permitirá encaminar un grupo de acciones preventivas en la Atención Primaria de Salud que podrán contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población y servirá de guía a los médicos familiares para actuar en los aspectos que se relacionan con esta problemática.

11.2 Formulación

¿Qué elementos pueden ser incorporados en la estrategia educativa sobre los factores de riesgo de la obesidad en la población de 20 a 64 años de la ciudadela 25 de Abril del centro de salud Montalvo durante el año 2018?

12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

12.1 General

Diseñar una estrategia educativa sobre los factores de riesgo de la obesidad en los adultos de 20 a 64 años de la ciudadela 25 de abril del centro de salud Montalvo en el año 2018.

12.2 Específicos

Caracterizar según variables sociodemográficas, la población de estudio.

Identificar el conocimiento sobre los factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad.

Identificar los elementos para el diseño de la estrategia educativa sobre los factores de riesgo de obesidad.

Elaborar una estrategia educativa sobre factores de riesgo de la obesidad.

13 MARCO TEÓRICO

13.1 Antecedentes investigativos.

A lo largo de la historia se han elaborado muchas exploraciones sobre este tema y otros relacionados con lo mismo. La obesidad está teniendo cada vez más protagonismo en la humanidad actual, esto es debido a los cambios en los estilos de vida y sobre todo al impulso económico que se ha determinado crecientemente a partir de la segunda mitad del Siglo XX, con el resultante acrecimiento de diversas enfermedades crónicas, tanto así que ya empieza a hablarse de epidemia total del siglo XXI. La obesidad consiste en el depósito del tejido graso en el cuerpo en relación con otros elementos anatómicos y suele ser la consecuencia de un balance energético positivo, en que la acogida de energía prevalece al consumo. Existen otros procesos para estimar la cuantía de este tejido graso en el cuerpo, que se fundamentan preponderantemente en medidas antropométricas.

La Organización Mundial de la Salud, en el 2002, desplegó la Estrategia Mundial sobre Régimen sobre alimentos, actividad física, y salud, que fue admitida en mayo de 2004, instante en el que se marcó a la Obesidad como "epidemia del siglo XXI". Fue en este tiempo donde los elementos concernientes al acrecentamiento de la prevalencia de obesidad reflejan alarma en países de nuestro ambiente, la prevalencia de obesidad acrecienta en la población adulta, y lo peor de todo, que igualmente lo hace en la población de infantes y jóvenes. Este suceso sobrelleva un aumento de las comorbilidades que se asocian, especialmente las cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, con el supeditado incremento de los costos benéficos y económicos. Por los citados motivos, la OMS ha considerado a la obesidad como «una epidemia del siglo XXI» y encabeza junto a numerosas entidades y sociedades científicas una invitación internacional para luchar frente al sobrepeso y la obesidad (13). La congregación para combatir la obesidad, no sólo debe involucrar a los profesionales sanitarios, sino del mismo modo a los gobiernos, a los servicios de salud tanto pública como privada, a la producción de alimentos, a la reconstrucción fusionada, a los instructores, a los entendidos en urbanismo y espacios públicos para proveer el deporte y la actividad física, y al público en universal. Una perspectiva en estos inicios del siglo XXI es que los adelantos científicos, esencialmente en genética, consigan favorecer en lo posterior a la imprescindible disputa hacia la obesidad. Es muy fortuito que la terapia genética

pueda contribuir en un término sensato un ascenso característico, entre otros conocimientos por la excepcionalidad de las representaciones monogénicas de obesidad, pero quizá el discernimiento de la transformación génica pueda proporcionar la elección de las sobresalientes habilidades referentes a la repartición de los mecanismos de la dieta y a la mayor o menor importancia de la actividad física. Diferente expectativa, quizás más predecible, es que el mejor discernimiento de los componentes de regulación del peso corpóreo pueda favorecer al futuro progreso de medicinas más eficaces de los que hemos conseguido disponer hasta ahora para el tratamiento de la obesidad.

Se precisa a la obesidad como un depósito anormal o excesivo de grasa que puede ser nocivo para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es una guía simple de la correlación entre el peso y la talla que se utiliza a menudo para definir la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de un individuo en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). La obesidad es una enfermedad determinada por un aumento en la grasa corporal, que se acompaña de enfermedad y mortalidad eminente. Entre los elementos asociados al proceso de la obesidad se encuentran los elementos genéticos, dieta incorrecta y el sedentarismo, estos últimos propios de buena parte de la población actual (14).

La obesidad ya no es estimada sencillamente como un incremento del peso corporal, ahora, la epidemiología del fenómeno, su correspondencia con la constitución corporal, sus aspectos genéticos, su ajustada coexistencia con ciertos dismetabolismos, y principalmente el dificultoso enfoque clínico terapéutico la exponen como un prodigio en vanguardia, que está en el eje de la contemplación médica nutricional universal (14).

Según lo concerniente con los puntos de corte de índice de masa corporal (IMC) (kg/m^2) propuestos por la OMS, la prevalencia en adultos de delgadez (IMC <18.5 kg/m^2) es 1.3% (que representa a 100 928 personas), y la prevalencia de obesidad (IMC ≥ 25 kg/m^2) en Ecuador es 62.8% (que representa a 4 854 363 personas). De este estudio se desglosa que en la población adulta no existe complicación de delgadez, pues al contrario se evidencia las prevalencias de exceso de peso, las cuales demuestran el riesgo de la epidemia de obesidad por la que está atravesando el Ecuador (15).

La obesidad es más usual en el sexo femenino (27.6%) que en el masculino (16.6%); en la actualidad referirse a la obesidad implica tratar la epidemia más importante que perturba a la humanidad en el último siglo, enfrentarla es todo un reto desde el punto de vista político, científico y social (16).

En Ecuador y en varios países de América Latina, la obesidad muestra un aumento trascendental en su prevalencia, así lo enuncian los últimos datos epidemiológicos disponibles, la prevalencia de obesidad es la misma tanto en el área urbana como en el área rural, presentando el 44,4 %. En la distribución geográfica la zona Insular presentó la mayor prevalencia en donde el sobrepeso tuvo el 44,2 % y la obesidad el 17,4 %. La región Amazónica tiene la prevalencia más baja con el 35,0 % para el sobrepeso y el 15,0 % de obesidad, también se demuestra que el estrato socioeconómico no influye en la prevalencia de la variación nutricional, así en la población con estrato socioeconómico bajo el sobrepeso equivale al 38,2 % y la obesidad al 12,9 % y en el estrato más alto equivalen al 47,1 % y 15,6 % respectivamente, con esto se manifiesta que el exceso de peso aqueja tanto a la población con patrimonios económicos altos y también a las pobres. Actualmente ésta situación tiene relación directa con el aumento notable de la prevalencia de síndrome metabólico y otras causas de riesgo cardiovascular que han influido en los cambios acerca de las causas de morbilidad y mortalidad que están a la mira en la actualidad (17).

En Ecuador existen distintos patrones de malnutrición por exceso, que sacuden importantemente a mujeres, la mayor parte de ellas de clase social menos favorecida, esto se debería entre varias cosas a la evolución nutricional que se muestra en la actualidad, que radica en el consumo de una dieta hipocalórica, dependiente de un influjo de calorías de origen vegetal, pero sí por una dieta hipercalórica con dominio de alimentos de origen animal y azúcares refinados. Antecedentes recientes confirman que en varias ciudades de América Latina, con un ingreso y desarrollo medio, como Quito y Lima, las mujeres muestran una alta prevalencia de obesidad, la misma que es mayor que en los hombres, enfermedad generada socialmente y que actualmente se considera un indicador de desventaja socioeconómica (18).

Inicialmente se especulaba que el exceso de peso afectaba solamente a los sectores sociales más acomodados, tanto en los países desarrollados como en los que se hallan en vías de desarrollo, sin embargo los datos de que disponemos actualmente no

confirman esta aseveración y al contrario demuestran que afecta al menos por igual, a las clases socioeconómicas más pobres, con el agravante de que el impacto sobre su salud es más severo. El acrecentamiento de la obesidad es evidente en los países de Latinoamérica y el Caribe, como se ve en los datos publicados por Rueda-Clausen, en los cuales se observa un crecimiento importante de la prevalencia en el periodo comprendido entre los años 2000-2005, en relación a los años 1960-1969. Según estos datos México, Paraguay, Perú y Ecuador presentan la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los países de Latino América y el Caribe: $\geq 50\%$, si se toma en cuenta un IMC $\geq 25\%$. (18).

13.2 El problema de la obesidad.

La situación de la obesidad en la población es en la actualidad uno de los problemas más graves a nivel de la salud pública, a nivel mundial existen aproximadamente 1.600 millones de adultos con sobrepeso y de estos 400 millones han sido diagnosticados de obesos (2), se conoce que la globalización influye de modo directo, esto se debe a los cambios rápidos en el aspecto demográfico, socioeconómico, y tecnológico, esto como resultado propio de la evolución con su constante predominio en la evolución nutricional. La humanidad ha sufrido cambios significativos en su forma de vida, dentro de los cuales se evidencia el comportamiento de la actividad física y de los hábitos nutricionales, dichos cambios han influido de manera franca en el progreso de enfermedades crónicas no trasmisibles (19).

La transformación de dichos esquemas incentiva a un incremento en el consumo de alimentos con alto contenido calórico asociado a una disminución del gasto energético. Este escenario se ha globalizado lo que ha incitado que se demuestre significativas modificaciones en correspondencia a lo que acontecía tiempo atrás. Se estima que para el año 2020, las dos terceras partes de la población mundial estarán afectados por enfermedades no trasmisibles que posean relación directa con las variaciones dietéticas x Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo (10).

En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. En 2016, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesos, la mayor parte de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad recaudan más vidas de personas que la desnutrición (2).

En la "Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, se puntualizan las medidas necesarias para respaldar las dietas sanas y la actividad física periódica. En la Estrategia se exhorta a todas las partes interesadas a que acojan medidas a nivel mundial, regional y local para optimizar las dietas y las prácticas de actividad física en la población. En la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, de septiembre de 2011, se registra la importancia decisiva de disminuir la dieta perjudicial y la inactividad física. En dicha Declaración se toma el compromiso de suscitar la aplicación de la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimenticio, Actividad Física y Salud, entre otros medios, según resulte, implantando políticas y medidas dirigidas a sembrar dietas sanas y a extender la actividad física de toda la población(19).

13.3 Bases teóricas y factores de riesgo asociados a la obesidad.

Obesidad

Es considerada como el estado excesivo de tejido adiposo, que casi siempre se corresponde al exagerado aumento de peso corporal de la persona, por tanto, la obesidad se precisa mediante la evaluación de su vínculo con la morbilidad y la mortalidad. Si bien la mayor parte de los casos de obesidad se atribuyen a componentes conductuales que transforman los esquemas de alimentación y actividad física, en la anamnesis se pueden identificar causas secundarias que precisan a una evaluación más detenida; entre los trastornos que se deben suponer están el síndrome de ovarios poliquísticos, síndrome de Cushing, hipotiroidismo y enfermedad hipotalámica. De la misma manera se debe tener en cuenta el aumento ponderal estimulado por fármacos; entre ellos están los antidiabéticos (insulina, sulfonilureas, tiazolidinedionas); hormonas esteroides; psicotrópicos; estabilizadores del estado de ánimo (litio); antidepresivos (tricíclicos, inhibidores de monoaminoxidasa, paroxetina, mirtazapina), y antiepilépticos (valproato, gabapentina, carbamazepina). Otros fármacos, como los antagonistas de los conductos del calcio, los antiinflamatorios no esteroideos, pueden ocasionar edema periférico, pero no acrecientan la cuantía de grasa corporal (20).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la obesidad es una padecimiento crónica, determinada por el aumento de la grasa corporal, agrupada a mayor riesgo para la salud (21). Pocas enfermedades crónicas han avanzado en forma tan alarmante en la mayoría de los países durante las décadas actuales como ha ocurrido con la obesidad, motivo de inquietud para las autoridades de salud debido a los infortunados resultados físicos, sociales y psíquicos (22). Por otro lado, se ha considerado que las secuelas tanto psicológicas como sociales estropean enormemente la calidad de vida de los pacientes con obesidad. (23).

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier cualidad o suceso detectable de una persona o grupo de personas que se asocia a un acrecimiento en la posibilidad de resistir, desplegar o estar principalmente expuesto a una causa mórbida. Estos factores de riesgo (ambientales, biológicos, socio-culturales, económicos) pueden incorporarse unos a otros, extender el efecto aislado de cada uno de ellos provocando un fenómeno de interacción. Los esquemas utilizados en el prototipo imperioso, en la epidemiología moderna, son fundados como modelos de riesgo. El término riesgo designa claramente una perspectiva de padecer, que se deriva de las posibilidades estrictamente circunstanciales (24).

Estilos de vida

Es la forma habitual de vida establecida en la interacción entre las situaciones de vida en un sentido avanzado y los estándares individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales (25). A pesar que habitualmente se utiliza el término estilo de vida saludable, se considera más adecuado el uso del término estilo de vida relacionado con la salud, ya que recoge mejor tanto los procedimientos que exaltan la salud como las conductas que la ponen en riesgo (25). Las variables más trabajadas en las investigaciones en correspondencia con los estilos de vida saludables son los hábitos alimenticios, la actividad física, el consumo de medicamentos, los hábitos de descanso, los cuáles se relacionan claramente con las enfermedades crónicas no transmisibles (25).

Los cambios sucedidos en la actualidad con la acogida de estilos de vida inadecuados, el avance científico-técnico y la deserción o carencia de políticas de salud afines con

dichos cambios, intervienen en el aumento de la prevalencia de obesidad a nivel general. (26).

La actividad física

La actividad física es un componente imprescindible en los estilos de vida saludables de cuantiosa importancia por su rol protector para la salud y por los múltiples beneficios físicos y psíquicos y sociales insinuados en la literatura. Es importante conocer que basta caminar 30 minutos moderadamente durante cinco días a la semana para mejorar significativamente la calidad de vida (27). Sin embargo, la mayoría de la población no realiza actividad física, por lo cuál se pone en exposición de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles. Para contrarrestar el sedentarismo las entidades como la Organización Panamericana de Salud han desarrollado la “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS)” en el 2004, los programas CARMEN y, en 2010, la Carta De Toronto Para La Promoción De La Actividad Física (28).

La actividad física es cualquier movimiento originado por los músculos esqueléticos y que repercuten en gasto energético. A nivel mundial, el problema del sedentarismo o la inactividad física posee una alta prevalencia (28). Entre las herramientas efectivas para calcular la actividad física se puede señalar una herramienta como el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), el cual ha sido manipulado en diversos estudios internacionales y se ha estimado su eficacia y confidencialidad sugiriéndose su uso en diversos estados y lenguas (29).

La consejería en actividad física es un asunto educativo comunicacional, creado como un diálogo interactivo, que pretende ayudar a la persona a comprender las causas que influyen en la optimización de su modo y estilo de vida, concernientes con la actividad física según con sus determinantes sociales, como la alimentación, el ingreso económico, accesibilidad a áreas verdes, entre otros, la actividad física programada, con un punto de vista motivacional, se fundamenta en las varias condiciones como conseguir empatía con el beneficiario y crear que cada persona conozca la necesidad de ejercer actividad física en favor de su salud, mantener un diálogo espléndido y abierto, ya que, la comunicación es el lenguaje básico del ser humano. En la consejería, los usuarios deben apreciar que sus interlocutores están convencido de las

recomendaciones que se le brinda y que tiene un compromiso social de retransmitir el mensaje que ha absorbido como beneficiario (30).

La situación de la obesidad en la población es hoy por hoy uno de los inconvenientes más peligrosos a nivel de la salud pública, a nivel mundial existen millones de adultos con sobrepeso y obesos, se conoce que la globalización influye de manera directa debido a los cambios expeditos en el aspecto social, económico, demográfico y tecnológico, esto a manera de resultado propio de la evolución con su constante dominio en la transformación nutricional. La humanidad ha tolerado cambios significativos en su estilo de vida, dentro de los cuales se localizan los movimientos físicos y las costumbres nutricionales, dichos cambios han intervenido de manera directa en el progreso de enfermedades crónicas (13).

La transformación de dichos esquemas conlleva a un aumento en la utilización de alimentos con alto contenido calórico coligado a una disminución del gasto energético. Este escenario se ha globalizado lo que ha incitado que se muestren significativas innovaciones en correspondencia a lo que acontecía hace tiempo. En la táctica universal sobre el régimen de alimentos, la actividad física y de salud, que fue acogida en el 2004 por la Asamblea Mundial de la Salud, se figuran las medidas requeridas para proteger las dietas sanas y la actividad física habitual. En la Estrategia se persuade a todas las fracciones interesadas a que amparen medidas a nivel mundial, regional y local para optimizar las dietas y las costumbres de actividad física en la población. En la manifestación política de septiembre de 2011 sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, se reconoce la importancia decisiva de reducir la dieta perjudicial y el sedentarismo. En dicha declaración se asume el deber de originar la diligencia de la estrategia mundial sobre el régimen de alimentos, actividad física y la salud, entre otros medios, según resulte, implantando políticas y medidas enfocadas a promover dietas saludables y a acrecentar la actividad física de toda la población (19).

13.4 Enfermedades no transmisibles relacionadas con la obesidad.

La obesidad discurre como un notable factor de riesgo para enfermedades no transmisibles, como lo son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, los trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (endometrio, mama y colon), el riesgo de padecer estas enfermedades no transmisibles acrecienta con el mayor grado de obesidad (23). De la misma manera que en la alimentación y actividad

física, la OMS ha creado el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, la misma que tiene por esencia efectuar los encargos de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles, que acogió en septiembre del 2012 el respaldo de los Jefes de Estado y de Gobierno. El Plan de gestión mundial aportará a la realización de avances en nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles que deben alcanzarse no más tarde de 2025, comprendidas una disminución respectiva del 25% en la mortalidad precoz a causa de dichos malestares y una demora del aumento de la obesidad a nivel mundial para coincidir con los controles de años anteriores (19).

Inicialmente se especulaba que el exceso de peso afectaba solamente a los sectores sociales más acomodados, tanto en los países desarrollados como en los que se hallan en vías de desarrollo, sin embargo los fundamentos de que disponemos en la actualidad no corroboran esta afirmación y contrariamente demuestran que aqueja al menos por igual, a las clases sociales y económicas más pobres, con la desventaja de que el impacto sobre su salud es más severo. El incremento de la obesidad es notorio en los países de América Latina y el Caribe.

En Ecuador y en varios países de América Latina, la obesidad muestra un aumento trascendental en su prevalencia, así lo enuncian los últimos datos epidemiológicos disponibles, la prevalencia de obesidad es la misma tanto en el área urbana como en el área rural, actualmente ésta situación tiene relación directa con el aumento notable de la prevalencia de síndrome metabólico y otras causas de riesgo cardiovascular que han influido en los cambios acerca de las causas de morbilidad y mortalidad que están a la mira en la actualidad (17).

En Ecuador existen distintos patrones de malnutrición por exceso, que sacuden importantemente a mujeres, la mayor parte de ellas de clase social menos favorecida, esto se debería entre varias cosas a la evolución nutricional que se muestra en la actualidad, que radica en el consumo de una dieta hipocalórica, dependiente de un influjo de calorías de origen vegetal, pero sí por una dieta hipercalórica con dominio de alimentos de origen animal y azúcares refinados. Antecedentes recientes confirman que en varias ciudades de América Latina, con un ingreso y desarrollo medio, como Quito y Lima, las mujeres muestran una alta prevalencia de obesidad, la misma que es

mayor que en los hombres, enfermedad generada socialmente y que actualmente se considera un indicador de desventaja socioeconómica (18).

Estas enfermedades no transmisibles, relacionadas con la dieta, se presenta en épocas cuya característica es el consumo de alimentos con altos contenidos en grasas, azúcares refinados, colesterol y escasa fibra y ácidos grasos poliinsaturados, esto asociado a una disminución marcada en la práctica de ejercicio físico e incremento del sedentarismo, esto sucede tanto en poblaciones de clases socioeconómicas altas como de bajos ingresos, siendo mayor en este último, ya que el estar delgado y esbelto implica disponibilidad de tiempo libre y recursos económicos, esto contribuye al incremento de la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, dislipidemia y cáncer, además, la obesidad y sus consecuencias tiene gran impacto en el gasto sanitario en el mundo (20).

Hoy por hoy existe una clara evidencia de que el ritmo y la vía de crecimiento inicial es un factor de riesgo importante para el desarrollo de un grupo de enfermedades crónicas que incluyen la enfermedad cardíaca coronaria, diabetes tipo 2, apoplejía y la hipertensión arterial, esto ha dado lugar a un nuevo modelo de desarrollo para estos trastornos (20). A nivel global la prevalencia de enfermedades no transmisibles concernientes con la nutrición ha presentado un incremento impresionante. La OMS considera que en un futuro próximo se convertirán en las principales causas mundiales de morbilidad y mortalidad (20). Se estima que dentro de 2 años, más de la mitad de la población mundial serán afectados por enfermedades no transmisibles que posean correlación franca con las variaciones dietéticas (10). Desde décadas atrás, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo, la mayor parte de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más y más vidas de individuos (19).

13.5 Repercusión socioeconómica y psicológica de la obesidad.

La obesidad se ha transformado en un mundo globalizado en un factor de riesgo no sólo para la salud sino para el decoro personal que todas las sociedades se han prestado a combatir, no obstante priorizando salud sobre dignidad, siendo el temor a engordar y el rechazo al obeso término común en todas las sociedades actuales, sólo en algunas se combate desde el derecho antidiscriminatorio. La admisión de la doctrina juiciosa en sistemas precursores como el comunitario se ha derivado por la vía de su

asimilación a la discapacidad, con la exclusión deliberada de aparentes estigmatizantes que no logran tales parámetros (30).

Los pacientes con obesidad mórbida muestran igualmente un aumento de la mortalidad total y soportan una gran estigmatización social y aislamiento, ya que este trastorno mórbido muchas veces no se considera una auténtica enfermedad (30). Por su dimensión y predisposición al crecimiento, y por el impacto que tiene la obesidad en la esperanza y calidad de vida en la etapa fructífera, se considera un problema demográfico, social económico con grandes costos a futuro, sobre todo cuando se inicia a tempranas edades, establece uno de los mayores inconvenientes de salud pública en el mundo, por lo que solicita medidas que incurran sobre los factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos que están asociados (31).

Su causa generada por múltiples factores, como las diversificaciones genéticas, la desventaja de balance entre la ingestión de energía y el gasto y las actividades sedentarias, convierten al sobrepeso y a la obesidad en problemas de difícil tratamiento. La obesidad en las mujeres puede tener efectos más perjudiciales que en los hombres, además de las consecuencias psicológicas, sociales y económicas negativas. No obstante lo anterior, se refiere que pueden modificarse los factores ambientales, genéticos de la obesidad que tal vez influyan en el desarrollo y persistencia de estos problemas de salud. Como ya se ha mencionado, los factores de riesgo inductores de la obesidad son múltiples y variables, además de que los diversos tratamientos y medidas preventivas establecidas han sido infructuosas, por lo que también se ha puesto atención a los factores sociales, económicos, psicológicos y familiares (31).

13.6 Atención integral en población con obesidad.

El Modelo de Atención Integral de Salud expone visiblemente los parámetros bajo los cuales se precisa la integralidad correspondiente a la atención médica que debe recibir la población, así indica que la Integralidad en la atención individual y familiar, así como ser biológico, psicológico y social perteneciente a una familia y a una comunidad, no sólo como el receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud de la red de Salud, sino de la misma manera como un actor social y sujeto que puntualiza sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera sensata y sistemática. Por consiguiente, la Atención

Integral a la Salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte, al mismo tiempo nos muestra que la Atención Integral a la población es regir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas con enfoque intercultural, generacional y de género, que apremie la disminución, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir (10).

Todos estos conceptos se aciertan claramente definidos sin embargo dentro de la normativa de atención integral a la población del Ecuador no existen determinados los parámetros para evaluar la atención integral que deben recibir las mujeres con malnutrición por exceso. Siendo la obesidad un problema prioritario de salud pública y cumpliendo con lo indicado en el marco constitucional y basándose en las características del MAIS, es el primer nivel de atención médica quien tiene el compromiso de detectar tempranamente los problemas de sobrepeso y obesidad presente en la población (10).

Existen países como México, Canadá y España, entre otras, que presentan guías de atención integral para pacientes con sobrepeso y obesidad orientadas a la población en general, en el Ecuador no existe una guía de atención dirigida a la población adulta, solamente se cuenta con las Normas de nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes (22), en donde se indica que el panorama de prevención y control de la obesidad debe definir distintos ámbitos de acción: sanitario, escolar, deportes y recreación, comunitario y familiar, académico y científico, urbanístico, empresarial, comunicacional, con el fin de mejorar los hábitos alimentarios, aumentar la actividad física e integrar los principios de sostenibilidad, participación social y equidad.

Las acciones antes mencionadas tienen que comenzar con un criterio de focalización y priorización hacia los grupos poblacionales mayormente expuestos. Este enfoque contribuye a corregir las inequidades relacionadas con la pobreza, la discriminación de género y la falta de acceso a los servicios de salud. (23)

Al no contar con un concepto claro para definir la atención integral a la población adulta con sobrepeso y obesidad, se toma en consideración los criterios antes expuesto y se define el concepto bajo el cual se valorará dicha atención, definiéndola como la atención integral de salud a la población adulta con obesidad considerada tal la continua provisión de servicios de salud, con alta calidad de atención que se oriente hacia actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, todo esto tomando en cuenta en contexto individual, familiar y comunitario, para la población que presentan una condición de salud producto del desorden nutricional caracterizado por la ingestión excesiva de calorías en relación a sus necesidades energéticas o cuya condición sea producto de un desorden metabólico, las cuáles desembocan en sobrepeso y obesidad; todo esto aplicado en las esferas biológicas, psicológicas y sociales.

13.7 Estrategia educativa.

La Organización Mundial de la Salud definió en el artículo 11 de su Carta constitutiva (1946) a la salud como “el más completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” lo que simbolizó auténticos cambios específicos relacionados a los conceptos anteriores y extensos infinitamente el espacio de la salud y las alteraciones ineludibles para conseguirlo. Estimar la salud de carácter desigual a lo acostumbrado tiene significativos oposiciones prácticas: concebir la salud de prototipo holístico, completo, céntrica en los terminantes sociales y los componentes personales que intervienen en ella, admiten estimarla en toda su inconveniente y en efecto, facilita incidir en el contenido de los numerosos actores sociales para desafiar las dificultades de salud, tanto las formas de conducta individual y colectivas que inquietan todo el andamio vital y social, y no solo los asuntos biológicos y de la disposición del sistema de salud. La inserción de factores de tipo conocedor y actitudinales respaldan a la creación de una nueva ilustración de salud, que involucra la posibilidad de transferencia social de los mismos, y el elemento socialmente más amplio para ello sigue coexistiendo la educación en su sentido más extenso (41).

A partir las primicias de estas propuestas de la Organización Mundial de la Salud y las perpetuadas innovaciones salubres subsecuentes, fueron las que admitieron la estructura y divulgación de la Atención Primaria de Salud como pedestal del sistema benéfico se ha destacado la exclusiva categoría concedida a las acciones de impulso y

prevención en el tratamiento de la salud y la enfermedad poblacional. En estas decisiones se han incluido, desde lo particular y lo fusionado, métodos y estrategias habituales de movilización y gestión comunitaria, encaminadas al fomento de la colaboración y la afinidad social, la potenciación de los adecuados recursos personales y comunitarios o la alineación de asociaciones como forma de colaboración entre otros agentes comunitarios para hacer frente a los inconvenientes y escaseces de salud de la población (41).

Las mediaciones en salud representan a las acciones o medidas aplicadas a una persona o individuo, a un conjunto o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. Nuestra salud dependerá finalmente de nuestra implicación individual y colectiva, de nuestra situación familiar, grupal y cultural, así como de nuestra disponibilidad de recursos materiales y competencias para actuar; además del nivel institucional que asegura la salud pública en sus distintos niveles a nivel de la sociedad. Pero esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan (42).

Una estrategia se precisa universalmente como el conjunto de trabajos, ordenamientos o gestiones anticipadamente planeadas que transportan al desempeño de objetivos previamente establecidos y que constituyen lineamientos para el juicio de perfeccionamiento de los programas. Para ello se exhorta tener claridad en el estado deseado que se quiere lograr y transformarlo en términos, resultados, objetivos a extenso, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo, lo que generalmente implica una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado. Finalmente se obtiene un método de ilustraciones que opera como un elemento, que admite a los sujetos interesados una concluyente forma de actuar sobre el mundo para transformar las entidades y contextos que estudia. Se puntualizan 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención:

1. Un juicio del entorno actual, que informe sobre el período efectivo del objeto de estudio y sobre la dificultad en torno al cual se despliega la estrategia.
2. Una forma del estado deseado, adecuado en la enunciación de objetivos y resultados conocidos para un período de tiempo en un argumento definitivo.

3. Una planeación indispensable que equipare las acciones y labores que respondan a los mencionados objetivos presentados y a los recursos logísticos, materiales que se utilizarán, así como a los recursos humanitarios e instituciones a cuyo cargo está el desempeño de esos objetivos.

4. los instrumentos de la estrategia, que se fundamenta en explicar cómo y en qué condiciones se empleará, durante qué tiempo, y con la colaboración de los factores claves.

5. La estimación de la estrategia, contentiva de indicadores y materiales de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado.

La Promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la Atención Primaria, no sólo para el abordaje de un problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida; pero requiere de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que se haga posible y efectiva en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos a todos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados (43).

La promoción de la salud es el paso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades es una de las acciones más referidas y la educación para la salud el instrumento más utilizado (44).

La Instrucción para la Salud percibe las circunstancias de enseñanza creadas conscientemente propuestas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye el avance del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que

transporten a la mejora de la salud. Es un asunto educativo que tiene como objetivo garantizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Además de ser un elemento de la promoción de salud es asimismo, una parte del proceso asistencial, presente durante todo el proceso desde la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, transversalizando la atención integral (44).

Una intervención educativa es aquella acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando, tiene carácter teleológico en donde existe un educando o educador, donde existe el lenguaje propositivo y se realiza una acción para lograr algo, se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente (32).

La intervención educativa se ejecuta mediante métodos de educación propia y educación adquirida, ya sean estos formales, no formales o informales, éste requiere admirar la situación de agente en el educando (32).

Por tanto, resulta indiscutible la necesidad de implantar en nuestro procedimiento educativo, programas de educación e intromisión nutricional, estos, a su vez, deben ser estimados de forma indestructible para que se ajusten lo más posible a ese proceso apresurado de cambios en las guías alimentarias; las evidencias disponibles hasta el momento muestran que una intervención educativa, a través del consejo dietético y la educación nutricional correspondiente, podrían optimizar e influir positivamente en la evolución de los estados de obesidad (33).

11.8 Fundamentación Legal.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (34).

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social (34).

Art. 381.- El Estado protegerá, promoverá y coordinará la cultura física que comprende el deporte, la educación física y la recreación, como actividades que contribuyen a la salud, formación y desarrollo integral de las personas; impulsará el acceso masivo al deporte y a las actividades deportivas a nivel formativo, barrial y parroquial; auspiciará la preparación y participación de los deportistas en competencias nacionales e internacionales, que incluyen los Juegos Olímpicos y Paraolímpicos; y fomentará la participación de las personas con discapacidad (34).

Deberes y derechos en relación a la alimentación. El Art. 3 de la Constitución, en los numerales 1 y 5, establece que son deberes primordiales del Estado: Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

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.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2017–2030, 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”. 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.

Derechos del buen vivir Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria.

Ecuador avanzará en su garantía del derecho a la salud gracias a la promoción de hábitos de vida saludables, orientados a la prevención de enfermedades. Se plantea que Ecuador reduzca sus niveles de sedentarismo, mejore los patrones de alimentación ciudadana e incremente la actividad física en todos los grupos, independientemente de edad. Esto contribuirá a reducir los niveles de estrés y el número de muertes a causa de enfermedades cardiovasculares, diabetes, sobrepeso, obesidad, entre otras. También se pondrá énfasis en combatir el consumo de drogas, alcohol y tabaco (especialmente en los adolescentes y jóvenes).

14 MÉTODOS

14.1 Justificación de la elección del método

En correspondencia con los objetivos y alcance de la investigación se realizó en la ciudadela 25 de abril un estudio observacional, en cual no existió intervención del investigador y los datos reflejan la evolución natural de los eventos investigados. De carácter descriptivo, dado que se estiman y describen parámetros del tema objeto de estudio. De acuerdo al número de ocasiones que se mide la variable de estudio se clasifica de corte transversal donde las variables son medidas en una sola ocasión.

14.2 Diseño de la investigación

14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

El estudio estuvo conformado por 68 adultos en las edades comprendida entre los 20 y 64 años de edad pertenecientes a la ciudadela 25 de Abril del Centro de Salud Montalvo.

Criterios de inclusión: Adultos que firmen el consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios de exclusión: Adultos con incapacidad intelectual que no pueden responder la encuesta.

14.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fué aprobada por el Comité de bioética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de los adultos para participar en la investigación (Anexo 1).

La recolección de datos se inició con la autorización de los participantes del estudio por medio de la firma del consentimiento informado. La recolección se realizó a través de una encuesta, tipo test, diseñada por la autora de la investigación en los meses de abril a julio. Se confeccionó una primera versión del instrumento el cual fué sometido

a una prueba piloto en la que participaron adultos pertenecientes al área de salud de la ciudadela 25 de Abril.

El instrumento fué evaluado por 3 expertos, 2 especialistas en medicina familiar y una especialista en bioestadística todos con 4 nivel de educación, los cuáles evaluaron el instrumento de acuerdo a los criterios de Moriyama y se fijó como punto de corte para la evaluación del conocimiento la respuesta única afirmativa de las opciones (preguntas cerradas), lo cual define que existe conocimiento. (Anexo 2)

El cuestionario consta de tres partes fundamentales, tiene un total de 16 preguntas.

- Componente I aspectos sociodemográficos: incluye desde pregunta 1 a la 5.
- Componente II nivel de conocimiento sobre los factores de riesgos: incluye de la pregunta 6 a la 11.
- Componente III: Incluye los elementos dirigidos a los componentes de la estrategia. Incluyen las preguntas de la 12 a la 16.

El instrumento fué aplicado en el centro de Salud Montalvo durante las consultas y en las viviendas de algunos participantes, se garantizó en todos los casos la privacidad entre los participantes y la investigadora.

14.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Nivel de escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Conocimiento general sobre los factores de riesgo de la obesidad	Encuesta
Conocimiento tipo de alimentos a consumir	Encuesta
Conocimiento sobre frecuencia de comidas	Encuesta
Conocimiento de frecuencia de actividad física adecuada	Encuesta
Conocimiento de beneficios de actividad física adecuada	Encuesta
Lugar donde desearía recibir información	Encuesta
Frecuencia con la desearía recibir la información.	Encuesta

Disponibilidad de tiempo para recibir la información	Encuesta
Número de personas con las que gustaría recibir la información.	Encuesta
Momento del día que le gustaría recibir la información.	Encuesta

14.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Los datos se entraron en una hoja de Microsoft Excel y se exportaron al programa estadístico SPSS versión 20 para el procesamiento y análisis de los datos, los resultados se representaron en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

Se utilizó medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas, además número absolutos y porcentajes.

14.3 Variables

14.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos	20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 a 44 años 45 a 49 años 50 a 54 años 55 a 59 años 60 a 64 años	Numérica discreta
Sexo	Características biológicas de cada persona	Masculino Femenino	Categórica nominal dicotómica
Nivel de escolaridad	Años académicos aprobados	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Categórica ordinal

Ocupación	Actividad laboral que realiza la persona.	Agricultor/a Ama de casa Empleado/a público Estudiante Otra Ninguna	Categoría nominal politémica
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja.	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo	Categoría nominal politémica
Conocimiento general sobre factores de riesgo de obesidad	Conocer los factores de riesgo de la obesidad.	Conoce No conoce	Categoría nominal dicotómica
Conocimiento tipo de alimentos a consumir	Conocer los alimentos que se deben consumir.	Conoce No conoce	Categoría nominal dicotómica
Conocimiento sobre frecuencia de comidas	Conocer la frecuencia que se debe comer.	Conoce No conoce	Categoría nominal dicotómica
Conocimiento de tiempo de actividad física adecuada	Conocer el tiempo de actividad física que se debe realizar.	Conoce No conoce	Categoría nominal dicotómica
Conocimiento de frecuencia de actividad física adecuada	Conocer la frecuencia de actividad física que se debe realizar	Conoce No conoce	Categoría nominal dicotómica
Conocimiento de beneficios de actividad física adecuada	Conocer los beneficios de la actividad física	Conoce No conoce	Categoría nominal dicotómica
Lugar de realizar la estrategia educativa.	Lugar donde se realizará la actividad	Centro de salud. Centro recreativo Parque Institución educativa	Categoría nominal politémica

Técnica educativa de recibir la información	Tipo de técnica educativa	Charlas Video documental Discusión grupal Mesa redonda Sociodrama	Categórica nominal politómica
Disponibilidad de tiempo para recibir la información.	Tiempo disponible	15 minutos 30 minutos 60 minutos	Categórica nominal politómica
Número de personas con las que le gustaría recibir la información.	Número de personas a participar	Menos de 5 personas De 5 a 10 personas Más de 10 personas	Categórica ordinal politómica
Momento del día para recibir la información.	Horario del día	Sesión mañana Sesión tarde Sesión noche	Categórica ordinal.

15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las tablas de la 1 a la 5 corresponden al análisis de los resultados obtenidos en el estudio de las variables sociodemográficas dando salida al primer objetivo del estudio.

Tabla 1: Distribución de adultos de 20 a 64 años según grupos de edad. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Grupos de edad	No.	%
20 a 24	8	11.76
25 a 29	5	7.35
30 a 34	7	10.29
35 a 39	16	23.53
40 a 44	14	20.59
45 a 49	7	10.29
50 a 54	3	4.41
55 a 59	4	5.88
60 a 64	4	5.88
Total	68	100

En la tabla N°1 según los grupos etarios, se observa que la edad que predominó fué de 35 a 39 años de edad 16 (23.53%), lo cuál está en correspondencia con las características de la población de estudio. Estos resultados son similares al estudio realizado por Honorato Ortiz y colaboradores, 2017 sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad y sus efectos en la mortalidad demostraron que en las personas adultas de 30 a 74 años son más propensas a esta patología, teniendo un comportamiento similar a lo encontrado en la investigación realizada (35).

Tabla 2: Distribución de adultos de 20 a 64 años según su sexo. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Sexo	N°	%
Masculino	32	47.1
Femenino	36	51.9
Total	68	100

En la tabla N° 2 con relación al sexo, predominó el sexo femenino 36 (51.9%). Según los resultados obtenidos mediante la encuesta elaborada, la población estudiada está mayormente representada por mujeres, este resultado marca una gran diferencia en el sexo mujer y hombre de la población estudiada, estas cifras están en correspondencia con las estadísticas del INEC 2013 señalan que en Ecuador la población del sexo femenino predomina sobre el sexo masculino, lo que se relaciona con el presente estudio (14).

ENSANUT 2013, también señala que la población femenina es 5.5 % superior a la población masculina en el grupo de los sobrepeso y obesos (8).

Tabla 3: Distribución de adultos de 20 a 64 años según su nivel de escolaridad. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Escolaridad	No.	%
Ninguna	2	2.9
Primaria	31	45.6
Secundaria	5	7.4
Bachiller	18	26.5
Superior	12	17.6
Total	68	100

La distribución de los adultos de 20 a 64 años, según su nivel de escolaridad mostró predominio la primaria 31 (45,6%), seguido de los bachilleres 18 (26,5%). En el estudio realizado en el 2012 C. Cano Fernández. Y Chocrón González, en su estudio señala que el nivel educativo influye sobre el desarrollo de la obesidad, y mientras menor nivel educativo mayor índice de obesidad existe. (37).

En el estudio realizado en el año 2010, Álvarez, L. y colaboradores, tuvo un comportamiento similar donde el nivel de educación bajo tiene relación directa con el desarrollo de obesidad, así se expuso que un porcentaje considerable de obesos habían cursado solamente la instrucción primaria (36); similar a nuestro estudio que el nivel de escolaridad que predominó fue primaria.

TABLA 4: Distribución de adultos de 20 a 64 años según su ocupación. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Ocupación	Nº	%
Agricultor	15	22.1
Ama de casa	22	32.4
Empleado público	4	5.9
Estudiante	1	1.5
Otras	26	38.2
Total	68	100

En la tabla N°4 de los adultos de 20 a 64 años según la ocupación predominó otras 26 (38.2%), seguidas de las amas de casa 22 (32.4%) del total de la población de estudio, Resultados similares obtuvieron Molina, M., Ojeda, M. (38) y Piedrahita, A. (39) en los que los pacientes que permanecen sentados más de cuatro horas presentaron sobrepeso y obesidad, así como las que se ocuparon de los quehaceres domésticos (38, 39).

TABLA 5: Distribución de adultos de 20 a 64 años según su estado civil. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Estado civil	N°	%
Soltero	15	22.1
Unión libre	22	32.4
Casado	26	38.2
Divorciado	3	4.4
Viudo	2	2.9
Total	68	100

En el estudio con relación a los adultos de 20 a 64 años, según estado civil se observó predominio del estado civil casado 26 (38.2%), seguido de los de unión libre 22 (32.4%). En estudio realizado por Molina M., Ojeda, M. (38) y Escobar, M. (40) encontraron predominio de obesos en casados como relación significativa en la evolución de este estado nutricional, coincidiendo con los resultados de esta investigación (38,40).

En las tablas de la 6 a la 11 de nuestro estudio se presentan los resultados y análisis correspondientes con conocimientos de factores de riesgo de la obesidad, que corresponde al segundo objetivo de estudio.

TABLA 6: Distribución de adultos de 20 a 64 años según conocimiento general sobre factores de riesgo de obesidad. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Conocimiento general sobre los factores de riesgo de la obesidad	N°	%
Conoce	9	13.2
No conoce	59	86.8
Total	68	100

En la tabla N° 6 con relación al conocimiento sobre factores de riesgo de obesidad en los adultos de 20 a 64 años se observa predominio del desconocimiento en 59 (86.8%). Con relación al conocimiento en cuestión no se encontró investigación que estuviese relacionada con el mismo, por lo que es importante tener el conocimiento

sobre los factores de riesgo que permiten modificar estilo de vida como es la obesidad para evitar la aparición de otras enfermedades crónicas no transmisibles.

TABLA 7: Distribución de adultos de 20 a 64 años según conocimiento de tipo de alimentos a consumir. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Conocimiento tipo de alimentos a consumir	N°	%
Conoce	17	25
No conoce	51	75
Total	68	100

De acuerdo al conocimiento de tipo de alimentos a consumir Tabla 7 existe desconocimiento 51 (75%), por lo que se considera que conocer sobre el tipo de alimentos que se consume es importante para disminuir, erradicar y prevenir obesidad, ya que la alimentación constituye uno de los factores a tener en cuenta en la aparición de la enfermedad.

TABLA 8: Distribución de adultos de 20 a 64 años según conocimiento de frecuencia de comidas. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Conocimiento sobre frecuencia de comidas	N°	%
Conoce	1	1.5
No conoce	67	98.5
Total	68	100

En cuanto al conocimiento de frecuencia de comida Tabla 8 se determinó que no existe conocimiento en 67 adultos (98.5%), por lo que se demuestra que existe desconocimiento en la frecuencia de comidas que se debe realizar diariamente, constituyendo esto un factor significativo y de gran repercusión en la obesidad, ya que la alimentación establece uno de los factores a tener en cuenta en la aparición de la obesidad.

TABLA 9: Distribución de adultos de 20 a 64 años según conocimiento de tiempo de actividad física adecuada que se debe realizar. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Conocimiento de tiempo de actividad física adecuada	N°	%
Conoce	2	3
No conoce	66	97
Total	68	100

Según el conocimiento de tiempo de actividad física adecuada Tabla 9, predominó el desconocimiento en 66 adultos (97%). En el estudio realizado J.Ocampo –Mascaró, V. Silva, A. Daniell da Costa – Bullón 2014 “Correlación entre el conocimiento de las consecuencias de la obesidad y grado actividad física” concluyen que el conocimiento de actividad física es muy bajo, datos similar a nuestro estudio (11).

TABLA 10: Distribución de adultos de 20 a 64 años según conocimiento de frecuencia de actividad física adecuada. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Conocimiento de frecuencia de actividad física adecuada	N°	%
Conoce	3	4.4
No conoce	65	95.6
Total	68	100

En la tabla N° 10 con relación al conocimiento de frecuencia de actividad física adecuada predominó el desconocimiento en 65 adultos (95.6%). Se considera que el conocimiento de la frecuencia de actividad física que se debe realizar constituye un parámetro importante en disminuir el riesgo de obesidad.

TABLA 11: Distribución de adultos de 20 a 64 años según conocimiento de beneficios de actividad física. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Conocimiento de beneficios de actividad física	N°	%
Conoce	12	17.7
No conoce	56	82.3
Total	68	100

En tabla N°11 de los adultos de 20 a 64 años predominó que existe desconocimiento de los beneficios de la actividad física 56 (82.3%), esto puede considerarse preocupante ya que el desconocimiento hace que ellos no lo practiquen y no cuenten con los beneficios de la actividad física para lograr un mayor bienestar y cuidado de su salud, por lo tanto es impredecible promover, impartir y difundir estos temas para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de este grupo de adultos (12,13).

En las tablas de la 12 a la 16 de nuestro estudio se presentan los resultados y análisis correspondientes con los componentes de la estrategia educativa, que corresponde al tercer objetivo de estudio.

TABLA 12: Distribución de adultos de 20 a 64 años según lugar donde desean recibir información sobre factores de riesgo de obesidad. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Lugar de recibir información	N°	%
Centro de salud	59	86.8
Centro recreativo	4	5.9
No sabe	5	7.4
Total	68	100.0

La tabla N° 12 relacionada con el componente de la estrategia educativa donde desea recibir información sobre los factores de riesgo de la obesidad es el centro de salud preferentemente 59 (86.8%). Aunque no se ha encontrado estudios relacionados, se considera que el centro de salud cuenta con las condiciones y características adecuadas para las actividades relacionadas a salud, lo cual es más factible a la población y se les permite acudir sin dificultad.

TABLA 13: Distribución de los adultos de 20 a 64 años según actividad educativa para recibir información sobre factores de riesgo de obesidad. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Técnica educativa para recibir información	N°	%
Charlas	61	89.7
Video documental	7	10.3
Total	68	100

En la tabla N° 13 con relación a la técnica educativa para recibir la información predominó las charlas 61 (89.7%), si bien no se localizaron estudios similares se discurre que las charlas educativas es una de las técnicas más utilizadas en educación para la salud, las mismas que tienen por objetivo brindar la información adecuada de forma hábil y clara.

TABLA 14: Distribución de adultos de 20 a 64 años según disponibilidad de tiempo para recibir información sobre factores de riesgo de obesidad. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Disponibilidad de tiempo para recibir información	N°	%
15 minutos	2	2.9
30 minutos	65	95.6
60 minutos	1	1.5
Total	68	100

En la tabla N° 14 se analizó que según el tiempo disponible de los adultos de 20 a 64 años para recibir información sobre factores de riesgo de obesidad fué de 30 minutos 65 (95.6%), debido a no encontrarse estudios similares enfatizamos que toda actividad educativa debe tener un tiempo adecuado para que el conocimiento sea adquirido de una mejor forma.

TABLA 15: Pacientes según grupo de personas con la que le gustaría recibir información sobre factores de riesgo de obesidad. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Grupo de personas	N°	%
Menos de 5 personas	7	10.29
De 5 a 10 personas	18	26.47
Más de 10 personas	43	63.24
Total	68	100

En la tabla N° 15 se analizó que según el grupo de personas a recibir información sobre obesidad y factores de riesgo los encuestados prefieren en grupo de más de 10 personas 43 (63.24%). Este componente no tiene estudios afines, pero se determina que las personas prefieren estar con mayor población debido a la mayor probabilidad del anonimato y que entre más personas se complementan las habilidades y talentos.

TABLA 16: Adultos de 20 a 64 años según momento del día para recibir información. Ciudadela 25 de abril. Año 2018.

Momento del día	N°	%
En la mañana	41	60.3
En la tarde	17	25
En la noche	10	14.7
Total	68	100

En la tabla N° 16, se observó que los participantes escogieron recibir información en el momento de la mañana 41 (60.3%), no encontrándose estudios similares se presume que este componente se relaciona con las características de la población de estudio, donde predominó las mujeres que se dedican a labores propias de comercio o de la casa haciéndose más factible acudir en ese horario debido a que sus familiares se encuentran en las labores propias de cada uno y en este horario se encuentran sola y sin tener que atender a hijos, esposo o familia.

En relación al diseño de estrategia educativa se encuentra en el anexo 3.

16 CONCLUSIONES

En el estudio predomina el grupo de edad de 30 a 39 años, sexo femenino, nivel de educación primaria, estado civil casado, ocupación otra.

Existe desconocimiento en la población de estudio sobre factores de riesgo de obesidad tales como: tipo de alimentos a consumir, frecuencia de comidas, tiempo de actividad física, frecuencia de actividad física, beneficios de la actividad física y conocimiento general sobre factores de riesgo de obesidad.

Los componentes incorporados en la estrategia educativa sobre factores de riesgo en la obesidad son: centro de salud, charlas, en 30 minutos, con más de 10 personas, horario de la mañana.

Se realiza el diseño de estrategia educativa para modificar conocimiento sobre los factores de riesgo de obesidad en los adultos de 20 a 64 años.

17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La selección del tema de investigación fué fundamentado en el análisis de la situación de salud de la ciudadela 25 de Abril del cantón Montalvo, debido a la alta frecuencia de pacientes con obesidad y enfermedades crónicas en adultos mayores, surge la idea de diseñar una estrategia de intervención educativa para este grupo de adultos, considerando que años posteriores serán ellos la población con posibles enfermedades crónicas, tratando de hacer prevención en ellos y reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas; se prosiguió con el objetivo principal, para lo cuál durante el desarrollo de la investigación el mayor inconveniente que se presentó fue el siguiente: población que trabaja en sus propios negocios y tiempo limitado, y como sugerencia para este trabajo investigativo se realiza las siguientes recomendaciones:

Que se tome a consideración la ejecución de la estrategia diseñada por un médico sucedáneo del postgrado de medicina familiar en el centro de salud Montalvo, mejorar el diseño de la estrategia diseñada según experiencias vivenciales en la ejecución, y plantear el diseño de la estrategia en las escuelas y colegios del cantón Montalvo, para adecuarla a las edades más jóvenes.

18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Feb. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Malo M. Perspectivas en la lucha contra la obesidad como problema de salud pública [Editorial]. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017; Disponible en <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2760>
3. Moreno, G. M. Definición y clasificación de la obesidad. Revista Médica Clínica Las Condes, 2012. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702882>
4. Peña, M., & Bacallao, J. La obesidad y sus tendencias en la región. Revista Panamericana de Salud Pública, 2001. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000800001&script=sci_arttext
5. Braguinsky, J.. Prevalencia de obesidad en América Latina. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, feb. 2009. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5493>.
6. Cirilo, B. Aspectos epidemiológicos de la obesidad en América Latina: los desafíos a futuro. *Medwave*, 2012 Disponible en <http://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/perspectivas/comentario/5289>
7. Campoverde, M. E., Añez, R., Salazar, J., Joselyn Rojas MD, M., & Valmore Bermúdez, M. D. (2014). Factores de riesgo para obesidad en adultos de la ciudad de Cuenca, Ecuador/Risk factors for Obesity in adults from the city of Cuenca, Ecuador. Revista Latinoamericana de Hipertensión, 9(3), 1. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170240766001>
8. Aguilera, X. L., Guillén, F. U. R., Enderica, C. G. F., Calle, P. E., & Idrovo, L. A. (2015). Estudio de Factores de Riesgo Sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles e Índice de Masa Corporal en un centro de Salud rural del Azuay-Ecuador. Revista Médica HJCA, 7(1), 32-34. Disponible en

- <http://www.revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/11>
9. Ochoa, L., & Villacreses, D. (2014). Un desafío para la salud pública: el sobrepeso y la obesidad en el Ecuador. *Rev Gestión, economía y sociedad*, 245, 43. disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170240766001>
 10. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. [Internet] 2012. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
 11. Pacheco, V. M., & Pasquel, M. (2017). Obesidad en Ecuador: Una aproximación a los estudios de prevalencia. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 25(2), 9-13. Disponible en http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/ciencias_medicas/article/view/426
 12. Ecuador aprueba el semáforo en el etiquetado de alimentos. *Comunicación de Responsabilidad & Sustentabilidad Empresaria*. [Internet] Publicada: 06.06.2014. Disponible en: <http://comunicarseweb.com.ar/?page=ampliada&id=12625>
 13. Urgilés, L., Bonete, B. 2013. Prevalencia del sobrepeso y la Obesidad en mujeres embarazadas, atendidas en el Centro de Salud N°1 Pumapungo. Cuenca, [Internet] 2013. [Consultado el 11 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5305/1/ENF141.pdf>
 14. Ministerio de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición. ENSANUT-ECU 2012. [Internet] 2013. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
 15. Loaiza, O. 2010. “Dieta hipocalórica y actividad física para el tratamiento del sobrepeso y obesidad en mujeres adultas, Santo Domingo de los Tsachilas 2010” ESPOCH [consultado el 12 de octubre del 2014]. Disponible en:

https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=DIETA+HIPOCALORICA+Y+ACTIVIDAD+FISICA+PARA+EL+TRATAMIENTO+DEL+S OBREPESO+Y+OBESIDAD+EN+MUJERES+ADULTAS%2C+SANTO+DOMINGO+DE+LOS+TSACHILAS+2010%E2%80%9D

16. Obesidad como pandemia del siglo XXI. 2012. Real Academia Nacional de Medicina. [Internet]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/file_La_Obesidad_como_pandemia_51394.pdf
17. La Obesidad como pandemia del siglo XXI. 2012. Real Academia Nacional de Medicina. [Internet] Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/file_La_Obesidad_como_pandemia_51394.pdf
18. 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/close_the_gap_how/es/
19. Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol 2. 19ed. México: McGraw- Hill; 2012. Parte 5 Nutrición. Capítulos 74 y 75, pág 468.
20. Savino, P. Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. RevColomb Cir. 2011;26:180-195. [Internet] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n3/v26n3a5.pdf>
21. Moreno, G. Manuel. "Definición y clasificación de la obesidad." Revista Médica Clínica Las Condes 23.2 (2012): 124-128. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702882>
22. Coordinación Nacional de Nutrición. 2012. Manual de procedimientos de Antropometría y determinación de la presión arterial. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. [Internet]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/MANUAL_PROCEDIMIENTOS_ANTROPOMETRIA.pdf
23. Normas de nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes. [Internet] 2011. Disponible en:

[http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ART_P
REVENCION_PRIMARIA.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ART_P
REVENCION_PRIMARIA.pdf)

24. Pérez Gil, S. Cultura Alimentaria y Obesidad. Gac Méd Méx. 2009. 145 (5):392-395. Disponible en: www.anmm.org.mx/GMM/2009/n5/32_vol_145_n5.pdf
25. Morel V. Estilos de vida saludable: actividad física/2-libro-la-salud-publica-en-costa-rica. La salud publica en Costa Rica. 2011. Disponible en: www.saludpublica.ucr.ac.cr/
26. Quirantes Moreno A, López Ramírez M, Hernández Meléndez E, Pérez Sánchez A. Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Sep [citado 2017 Nov 27]; 35 (3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300014&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300014&lng=es)
27. Serón P. Muñoz S. Lanás F. Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población Chilena. Rev. méd. Chile [Internet]. 2010 Oct [citado 2016 Ago 14]; 138(10): 1232-1239. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001100004&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001100004&lng=es)
28. Ministerio de Salud Pública. Guía De Actividad Física Dirigida Al Personal De Salud II. Quito. 2011. Disponible en Instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ART_GUIA_ACTIVIDAD_FISICA.pdf
29. Ministerio de Salud Pública. Introducción A La Guía De Actividad Física 1 dirigida al personal de salud I. Quito. 2011. Disponible en: [http://www.slideshare.net/marioguilcapi/introduccion-a-la-guia-de-actividad-fisica.](http://www.slideshare.net/marioguilcapi/introduccion-a-la-guia-de-actividad-fisica)
30. Rivas Vallejo, Pilar. "¿Es la obesidad causa de discriminación tutelable en el ámbito laboral?." IusLabor [online], 2015., Núm. 1 , p. 29. <http://www.raco.cat/index.php/IUSLabor/article/view/288502> [Views: 28-11-17]
31. Touriñan López J. Intervención Educativa, Intervención Pedagógica y Educación: La Mirada Pedagógica. Universidad de Santiago de

- Compostela. Revista portuguesa de pedagogía Extra-Série, 2011. Disponible en <http://www.impactum-journals.uc.pt/pedagogía/article/download/1323/771>.
32. Aguilar Cordero M^a. J., González Jiménez E., García García C. J., García López P. A., Álvarez Ferre J., Padilla López C. A. et al. Obesity in a school children population from Granada: assessment of the efficacy of an educational intervention. Nutr. Hosp. [Internet]. 2011 Jun [citado 2017 Nov 28] ; 26(3): 636-641. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000300029&lng=es.
33. Constitucional, Tribunal. Constitución de la República del Ecuador. Quito- Ecuador: Registro Oficial, 2008. 449: 20-10. Constitucional - Quito-Ecuador: Registro Oficial, 2008 - dstats.net. Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolillo.pdf
34. Ortiz H., Galán I., Martín R., Garrido M., zorrilla B., Gandarillas A. Prevalencia de sobrepeso y obesidad y efectos en la mortalidad atribuible en la comunidad de Madrid. [Internet] [Consultado el 3 de junio del 2017.]. Disponible en: <http://www.madrid.org>
35. Álvarez, L., Goez, J., Carreño, C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y la pobreza. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (23): 98 – 110, julio-diciembre de 2012. [Internet] 2012. [Consultado el 04 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23a06.pdf>
36. C. Cano Fernandez. Y Chocrón Gonzalez JMNARMMRJM DVMRG. nivel de conocimiento sobre alimentación/nutrición en adolescentes escolarizados Cádiz. Elsevier. 2012 Agosto.
37. Molina, M., Ojeda, M. Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad en pacientes entre 40 y 65 años. Hospital “José Carrasco Arteaga”, 2013. [Internet] 2013. [Consultado el 04 de julio del 2017]. Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/9/10>

38. Piedrahita, A. la obesidad como factor de riesgo para diabetes mellitus 2 en pacientes que asisten a consulta externa del hospital “Alfredo Noboa”. Guaranda. noviembre 2009 – junio 2010. [Internet] 2010. [consultado el 04 de julio del 2017]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3434/1/94T00097.pdf>
39. Escobar, M. Manejo alimentario del adulto con sobrepeso u obesidad. Programa de Salud Cardiovascular. [Internet] 2012. [Consultado el 04 de julio del 2017]. Disponible en: www.minsal.gob.cl
40. García Martínez, A, Sáez Carrera, J y Escarbajal de Haro, A. Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida. Aran Ediciones SA, España, 2000. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=RR6m7eU_Vb8C&pg=PA37&lpg=PA37&dq=estrategias+educativas+en+salud+definicion&source=bl&ots=L_cvKwljnO&sig=Kp8--Ft4x34FoZ7D-N4LuECTnOE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjM4pO5h93PAhVMXB4KHeWaCnU4ChDoAQgoMAI#v=onepage&q=estrategias%20educativas%20en%20salud%20definicion&f=true
41. Valentín González, F. Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal (tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias estomatológicas) Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cárdenas, 2014. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>
42. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud: Guía para técnicos medios e auxiliares. Volumen 18 de Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares. Washington, DC: OPS; 1990. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3283/Evaluaci%C3%B3n%20para%20el%20planeamiento%20de%20programas%20de%20educaci%C3%B3n%20para%20la%20salud.pdf?sequence=1>
43. Jordán Padrón M, Pachón González, L, Blanco Pereira ME, Achiong Alemañy M. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de

intervención educativa. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Jul [citado: fecha de acceso];33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>

44. Sanabria Ramos G. Diseño del programa Educativo. Escuela Nacional de la Salud Pública. La Habana: ENSAP; 2007. Disponible en: <http://200.11.218.113/normativa/documentos/1-Dise%C3%B1o/7-PLANIFICACI%C3%93N%20DOCENTE%20DEL%20CURSO%202013/6-SEXTO%20A%C3%91O/Servicio%20Comunitario%20Estudiantil/BIBLIOGRAF%C3%8DA/Dise%C3%B1o%20programa%20intervGiseIlda.pdf>
45. Cabello Garza, M. L., & Zúñiga Zárata, J. G. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. Ciencia UANL, 10(2). Disponible en <http://eprints.uanl.mx/1770/>

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente yo, _____ con C.I N° _____ manifiesto mi consentimiento para participar en la investigación: **“Diseño de una estrategia educativa para modificar el conocimiento sobre factores de riesgo de la obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de Abril. Centro de salud Montalvo. Año 2018”** por mi libre y espontánea voluntad.

La investigadora me ha informado en detalle los procedimientos aplicados en la presente investigación, y ha respondido todas las preguntas e interrogantes que le he planteado relacionadas con los beneficios y posibles riesgos de la investigación, así como con la obtención, procesamiento y análisis de la información, dejando claro que no recibiré beneficios económicos o de otra especie, y que la información que proporcione será confidencial.

La investigadora, me explicó los mecanismos a través de los cuales protegerá mi identidad y la información que yo le proporcione, desde la recolección de los datos hasta la publicación.

Firma del participante-No de CI
CI

Firma de la investigadora No de

Anexo 2. ENCUESTA



Fecha de llenado:

Estimado Sr/Sra: El siguiente cuestionario corresponde a la investigación de Diseño de una estrategia educativa sobre factores de riesgo de la obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de Abril. Centro de salud Montalvo. Año 2018. Este cuestionario es totalmente anónimo, la autora agradece sus respuestas.

1. Edad: ____

2. Sexo: Masculino ____ Femenino ____

3. Nivel de escolaridad.

- a) __Ninguna
- b) __Primaria
- c) __Secundaria
- d) __Bachiller
- e) __Superior

4. Ocupación.

- a) __ Agricultor/a
- b) __Ama de casa
- c) __Empleado público
- d) __Estudiante
- e) __Otra
- f) __ Ninguna

5. Estado Civil.

- a) __Soltero/a
- b) __Unión libre

- c) ___Casado
- d) ___Divorciado
- e) ___Viudo

6. ¿Conoce usted cuales son los factores de riesgo de la obesidad?

- a. ____ la obesidad es una enfermedad maligna
- b. ____ el aumento exagerado de peso es un riesgo para la obesidad
- c. ____ el alcoholismo y tabaquismo es un riesgo de la obesidad
- d. ____ no sé

7. ¿Conoce ud cuáles de estos alimentos ud cree que debe consumir con mayor frecuencia?

- a) ___frituras
- b) ___vegetales, carnes, legumbres, cereales y frutas.
- c) ___dulces y gaseosas
- d) ___Cereales, vegetales y frutas
- e) ___enlatados y embutidos

8. ¿Usted conoce cuantas comidas se deben realizar en el día?

- a) ___ menos de 3 veces
- b) ___ 3 veces al día
- c) ___ más de 3 veces
- d) ___ 5 veces al día
- e) ___no sé

9. ¿Conoce ud cuál es el tiempo de actividad física mínimo que debe realizar en el día?

- a) ___15 minutos
- b) ___30 minutos
- c) ___45 minutos
- d) ___60 minutos

10. ¿Conoce ud cuál es la frecuencia de actividad física mínimo que debe realizar en la semana?

- a) ___ no realizar actividad física
- b) ___ realizar actividad física al menos 3 veces por semana
- c) ___ realizar actividad física menos de 3 veces por semana
- d) ___ realizar actividad física más de 3 veces por semana
- e) ___ no sé

11. ¿Conoce ud cuáles son los beneficios de realizar actividad física?

- a) ___ mejora el estado de salud y evita enfermedades
- b) ___ no es buena para la salud
- c) ___ afecta las articulaciones
- d) ___ no sé

12. ¿En qué lugar le gustaría recibir información sobre los factores de riesgo de la obesidad?

- a) ___ centro de Salud
- b) ___ centro recreativo
- c) ___ parque
- d) ___ institución educativa
- e) ___ no sabe

13. ¿A través de qué didáctica le gustaría recibir información sobre los factores de riesgo de la obesidad?

- a) ___ charlas
- b) ___ video documental
- c) ___ discusión grupal
- d) ___ mesa redonda
- e) ___ sociodrama

14. ¿Con qué tiempo usted dispone para recibir información?

- a) ___ 15 minutos
- b) ___ 30 minutos
- c) ___ 60 minutos

15. ¿Con qué número de personas le gustaría recibir la información?

a) ___Menos de 5 personas

b) ___ De 5 a 10

c) ___Más de 10 personas

16. ¿En qué momento del día le gustaría recibir la información?

a) ___En la mañana

b) ___En la tarde

c) ___En la noche

**Anexo 3. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN
EDUCATIVA PARA ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE LA
CIUDADELA 25 DE ABRIL DEL CANTÓN MONTALVO.**

Diseño de la estrategia de intervención educativa

Título de la estrategia: CUIDA TUS HÁBITOS, Y EN EL FUTURO NO TENDRAS QUE CURAR ENFERMEDADES.

Datos informativos

Institución ejecutora: Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Población Beneficiada: Ciudadela 25 de abril. Montalvo

Provincia: Los Ríos

Cantón: Montalvo

Parroquia: Montalvo

Beneficiarios: Adultos de 20 a 64 años de la ciudadela 25 de abril.

Autora: Md. Lorena Cecibel Velásquez Alcívar

Equipo técnico responsable:

- Md. Lorena Cecibel Velásquez Alcívar. (Estudiante de postgrado de medicina familiar y Comunitaria)
- Dr. Carlos Ladrón de Guevara (Tutor de tesis)
- Ayudantes: EAIS y líderes comunitarios.

Lugar: Centro de salud Montalvo

Duración: 5 horas

Frecuencias: 30 minutos semanal.

Tiempo estimado: 10 semanas

Contenido de la estrategia

Introducción:	60
Justificación de la propuesta.....	62
Misión:	65
Visión:	65
Objetivo general.	66
Fundamentación teórica:	67
Metodología.....	73
Descripción de la propuesta.....	75
Registro de asistencia de los participantes.....	76
Desarrollo de la Propuesta	77
Cronograma de actividades	87
Presupuesto	88
Conclusiones	89
Recomendaciones	89
Bibliografía	90

Introducción:

En la actualidad es fácil acceder a los alimentos elaborados y procesados, la gran variedad en los supermercados, el medio que nos rodea, la vida cotidiana y sedentaria, los mismos que son factores con alta probabilidad para que el estilo de vida conlleve a la población hacia la ingesta de productos de fácil acceso y que generalmente se asocia a gran cantidad calórica, que a su vez los expone al exceso de peso desde muy tempranas edades, comer para vivir y no vivir para comer es un decir popular en el medio. Actualmente podemos observar que es común observar personas con sobrepeso y obesidad, sin importar la edad, el sexo, la condición social, ni la religión, es un mal altamente extendido en nuestra época moderna. Diversos factores característicos del ritmo de vida actual son considerados como los contribuyentes para las elevadas cifras de personas con este mal. Lo cual ha sido considerado como base de otras enfermedades crónicas no transmisibles que desde una perspectiva general han colapsado el sistema nacional de salud en Ecuador. Hace aproximadamente 10 años no existía dentro del cuadro básico de medicamentos gratuitos hipoglucemiantes orales, ni antilipemiantes, ni antihipertensivos, ha sido tal el aumento de la demanda de los pacientes que padecen estas enfermedades crónicas que se vio la necesidad de justificar integrarlos al plan de medicación en salud pública, hoy en día se considera que son los medicamentos de mayor demanda debido al incremento sorprendente de enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial y las hiperlipidemias, observando todo esto surge la idea de evaluar el nivel de conocimiento en la población de la ciudadela 25 de Abril, del cantón Montalvo, lo cuál se ha tomado como referencia para guiar a la elaboración de una estrategia de intervención educativa que más allá de informar acerca de la obesidad y los factores que se asocian a esta enfermedad, también sea razón de motivación para mejorar estilos de vida al grupo intervenido, este trabajo pretende dar a conocer los temas fundamentales que contribuyen a estilos de vida saludables como la alimentación adecuada y la práctica de ejercicios físicos así como la importancia de éstos sobre un futuro con mejor calidad de vida y menos enfermedades. Esta estrategia educativa tiene gran importancia para pacientes con obesidad basada en que a pesar que hoy en día se pretende

brindar la máxima información acerca del tema de la alimentación saludable y la actividad física para conservar una mejor calidad de vida, no es llevado a la práctica por la gran mayoría de la población en general.

Hace unas cuantas décadas en nuestro país era mucho más fácil alimentarse saludablemente ya que el hogar era la que proporcionaba el alimento, actualmente es fácil encontrar grandes cadenas de comida rápida en cada esquina de cualquier sitio en las ciudades, especialmente en ciudades grandes 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 incrementan la obesidad, además la comida chatarra antes era más cara para el bolsillo de los ecuatorianos, ahora es mucho más accesible a la economía y en contradicción 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 (2) .

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 (4) con las personas vinculadas afectivamente permite imitar buenas costumbres y acentuar los hábitos saludables dentro y fuera del hogar (6). 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 75 % desconoce la frecuencia de ingerir alimentos a diario. La población conoce que hacer actividad física fomenta la conservación de una buena salud, sin embargo llevan una vida sedentaria (5).

Justificación de la propuesta

La obesidad se ha convertido en un serio problema de salud a nivel mundial, por su estrecha vinculación con las principales causas de morbimortalidad, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, aterosclerosis y dislipemias. Existe una gran variedad de causas de la obesidad entre ellas están incluidas las causas dietética, genética, neuroendocrina, conductuales – sociales, iatrogénicas y sedentarias.

En tal sentido se ha producido un incremento en el consumo de alimentos de origen animal, así como de bebidas carbonatadas de elevado contenido calórico, cuya ingesta representa entre el 20-30% del total de la energía ingerida a diario. Así, ciertos trabajos evidencian cómo un consumo excesivo de zumos de frutas (mayor a 350 ml/día) en preescolares puede favorecer el desarrollo de obesidad, llegando incluso a limitar el crecimiento de los niños.

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). 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. (2)

La OMS en julio 2015 en Ginebra señala que el peso corporal y la energía alimentaria habían aumentado en un 81% desde 1971 hasta el 2010. En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. En general, en 2014 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. En 2014, el 39% de los adultos de 18 o más años (un

38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. 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.

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. 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. 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 obesidad en la población adulta de la ciudadela 25 de abril del cantón Montalvo, ya que en el Análisis de Situación de salud, se observó con frecuencia un número significativo de atenciones médicas en pacientes adultos con obesidad (4), 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. (5)

Por las razones antes mencionadas esta investigación está especialmente dedicada a analizar los factores asociados a la obesidad basada en los malos estilos de vida, por la mala alimentación 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 peso 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, mediante el cuál, 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 obesidad. (7)

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. (6)

Misión:

Este trabajo fué elaborado con la finalidad de educar a la población adulta de la ciudadela 25 de abril, para proporcionar el conocimiento necesario e indispensable sobre la obesidad y los factores de riesgo.

Visión:

La visión es lograr establecer una estrategia de intervención educativa que se imparta por un personal capacitado, en el primer nivel de atención en salud, de esta manera motivar a la población a tener un estilo de vida saludable, y así la población valore la importancia de una alimentación equilibrada para evitar la obesidad, enfermedades asociadas y complicaciones.

Objetivo general.

Incrementar el nivel de conocimiento en la población adulta de 20 a 64 años sobre la importancia de una alimentación adecuada y estilo de vida saludable.

Objetivos específicos.

1. Exponer sobre los riesgos de la obesidad para la salud.
2. Explicar sobre la alimentación saludable y su importancia para la conservación de la salud.
3. Presentar la importancia de la actividad física para una mejor calidad de vida.
4. Mostrar sobre la preparación y el uso de toda la variedad de alimentos nutritivos de nuestra región.

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 y fomento de estilos de vida saludables. 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 (7).

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 (7). 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 (7)

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 (8).

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; por tanto las personas o las comunidades deben poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas y su capacidad de cambiar y adaptarse al entorno (3). 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. (10,11)

Para lograr sus objetivos la promoción de salud utiliza, entre otros elementos, tres importantes herramientas:

1. *La información*, que 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*, lo cuál 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 (9).

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 (7).

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 (10).

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. (12)

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 (8).

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 (7).

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” (9).

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”. 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 (10).

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 (11).
- **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 (11).
- **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 (11).

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. Incorporar y practicar valores constituyen factores de protección importantes que son las bases de nuestras decisiones y nos conducen a evitar el daño personal y del entorno familiar y social (12).

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 de la ciudadela 25 de abril está diseñado a partir de una encuesta realizada a la población donde se incluyeron diferentes temas relacionados con los factores de riesgo de la obesidad.

Se distribuirán los 68 participantes encuestados para organizar 4 grupos de 17 personas para la conformación de las actividades de intervención educativa, que será implementada con una duración 10 semanas continuas dividida en 10 sesiones de 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 sobre la importancia de una alimentación adecuada y estilo de vida saludable. En esta estrategia se utilizarán distintos métodos y actividades pedagógicos 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 proyectará un audiovisual guiado para describir los factores de riesgo de la obesidad y se aplicará el cuestionario evaluativo respectivo.

Tercera sesión. Charla dinámica y participativa sobre las características de una dieta equilibrada y saludable utilizando la pirámide alimenticia y el plato del

buen comer. Se empleará un cuestionario evaluativo respectivo.

Cuarta sesión. Utilizaremos una presentación PowerPoint, realizaremos una charla dinámica sobre la relación entre la obesidad y los factores de riesgo. Se aplicará el cuestionario evaluativo respectivo.

Quinta sesión. Se usará rotafolio con una charla dinámica sobre la importancia de los nutrientes en el organismo y el cuestionario evaluativo respectivo.

Sexta sesión. Educar sobre las generalidades de actividad física adecuada mediante carteles en charla dinámica y se empleará el cuestionario evaluativo respectivo.

Séptima sesión. Explicar la importancia del tiempo adecuado de actividad mediante rotafolio en una charla dinámica con cuestionario evaluativo respectivo.

Octava sesión. Exponer la importancia de la actividad física mediante power point en charla dinámica. Se aplicará cuestionario evaluativo.

Novena sesión. Explicar mediante charla en power point los beneficios de la actividad física. Se aplicará cuestionario evaluativo.

Décima 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

En primer lugar, invitaremos al programa de educación para la salud a la población adulta de la ciudadela 25 de Abril, de manera personal y se pondrán carteles en el centro de salud para que puedan acceder todas aquellas personas que estén interesadas.

Se les entregará un folleto que ha de ser llenado con los datos personales de cada participante, que deberán llevar en la primera sesión, haciendo hincapié en los factores que puedan influir o estar relacionados con la alimentación, la actividad física y los hábitos tóxicos.

Una vez que tengamos las 17 personas se cerrará cada grupo y se comenzará el programa, que consistirá en 10 sesiones, detalladas cada una el cronograma de actividades.

Desarrollo de la Propuesta

PRIMERA SESIÓN					
	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	LUGAR	MATERIALES A UTILIZAR	TIEMPO DE DURACION
Presentación del personal que dirigirá la estrategia educativa	1. Dar a conocer los objetivos de la intervención	1. Presentación de los participantes	Centro de salud Montalvo	Lápices, hojas y disponibilidad del profesional	30 minutos
		2. Charla motivacional			
	2. Propiciar motivación	3. Entrega de cronograma de actividades			
		4. Firma de un acta de compromiso			
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

SEGUNDA SESIÓN

	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	LUGAR	MATERIALES A UTILIZAR	TIEMPO DE DURACION
Factores de riesgo de la obesidad	Describir los factores de riesgo de la obesidad.	Audiovisuales guiado por el profesional	Centro de salud Montalvo	Audiovisuales, lápices, hojas y disponibilidad del profesional	30 minutos
	Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario			

TERCERA SESIÓN

TERCERA SESIÓN					
	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	LUGAR	MATERIALES A UTILIZAR	TIEMPO DE DURACION
Dieta equilibrada y saludable. El plato saludable.	1. Explicar las características de una dieta saludable. Con la pirámide alimenticia y el plato del buen comer.	Charla y dinámica participativa	Centro de salud Montalvo	Audiovisuales, lápices, hojas y disponibilidad del profesional	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

CUARTA SESIÓN

CUARTA SESIÓN					
	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	LUGAR	MATERIALES A UTILIZAR	TIEMPO DE DURACION
Relación entre la obesidad y los factores de riesgo	1. Explicar la relación que existe entre la obesidad y los factores de riesgo.	Charla dinámica en power point.	Centro de salud Montalvo	Computador, proyector, lápices, hojas y disponibilidad del profesional	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

QUINTA SESIÓN

QUINTA SESIÓN					
	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	LUGAR	MATERIALES A UTILIZAR	TIEMPO DE DURACION
Importancia de los nutrientes en el organismo.	Educación sobre la importancia de los nutrientes en el organismo.	Charla y dinámica	Centro de salud Montalvo	Rotafolio, lápices, hojas y disponibilidad del profesional	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

SEXTA SESIÓN

SEXTA SESIÓN					
	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	LUGAR	MATERIALES A UTILIZAR	TIEMPO DE DURACION
Actividad física. Generalidades.	Educar sobre las generalidades de la actividad física.	Audiovisual guiado por el profesional	Centro de salud Montalvo	Carteles, lápices, hojas y disponibilidad del profesional	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

SEPTIMA SESIÓN

SEPTIMA SESIÓN					
	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	LUGAR	MATERIALES A UTILIZAR	TIEMPO DE DURACION
Tiempo de actividad física	Explicar la importancia de las proteínas en la dieta.	Charla dinámica	Centro de salud Montalvo	Rotafolio, lápices, hojas y disponibilidad del profesional	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

OCTAVA SESIÓN

OCTAVA SESIÓN					
	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	LUGAR	MATERIALES A UTILIZAR	TIEMPO DE DURACION
Frecuencia de Actividad física.	Explicar la frecuencia de la actividad física que se debe realizar.	Charla dinámica	Centro de salud Montalvo	Computador, proyector, lápices, hojas y disponibilidad del profesional	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

NOVENA SESIÓN

NOVENA SESIÓN					
	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	LUGAR	MATERIALES A UTILIZAR	TIEMPO DE DURACION
Beneficios de la actividad física en la salud.	Explicar la importancia de la actividad física en la prevención y tratamiento de la obesidad.	Charla y dinámica	Centro de salud Montalvo	Computador, proyector, lápices, hojas y disponibilidad del profesional	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

DÉCIMA SESIÓN

DÉCIMA SESIÓN					
	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	LUGAR	MATERIALES A UTILIZAR	TIEMPO DE DURACION
Cierre del curso	Determinar los conocimientos adquiridos por los participantes y grado de satisfacción.	Aplicación de una encuesta	Centro de salud Montalvo	Papel y lápiz	30 minutos
Técnica para evaluar conocimiento adquirido	Cuestionario				

Cronograma de actividades

Actividades a desarrollar	Semanas									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Instrucciones a los facilitadores										

Presupuesto

Los recursos que van a ser necesarios para llevar nuestras sesiones son:

Recursos Humanos:

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

Recursos Materiales:

o Una sala en el centro de salud que disponga de un ordenador, un proyector, una pizarra, carteles, rotafolio, aproximadamente unas 4 mesas y 20 sillas.

o Folios y bolígrafos.

o Cartel del programa.

o Cuestionarios.

o Tabla con principales modificaciones dietéticas.

o Alimentos.

o Pirámides de alimentación.

o Pirámides de actividad física.

Recursos financieros:

o 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.

Bibliografía

1. Alvares Síntes. Medicina General Integral. Volumen I. Capítulo 14. Modo, condiciones y estilos de vida.
2. 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.
3. 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/closethe_gap_how/es/
4. 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 May. 10]; 21(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/790>
5. Goleman, D. (1996). Inteligencia emocional. Madrid: Kairós.
6. 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.pdf
- 7.- 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
- 8.- Carta de Ottawa para la promoción de salud [en Internet]. Ottawa: Organización Mundial de la Salud; 1986[Consultado: 10 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- 9.- Álvarez S. Medicina General Integral. Promoción y educación para la salud. Volumen I. Capítulo 10, pág 82,83.
- 10.- 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](http://www.sibiup.up.ac.pa/otrosenlaces/enfoque/julio_diciembre%202012/PROMOCION%20DE%20ESTRATEGIAS.pdf)

11.- 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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Velásquez Alcívar Lorena Cecibel**, con C.C: # **1312048638** autor/a del trabajo de titulación: **“Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de salud Montalvo. 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 vigentes.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

f. _____

Nombre: **Velásquez Alcívar Lorena Cecibel**

C.C: **1312048638**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de obesidad en la población de 20 a 64 años de edad. Ciudadela 25 de abril. Centro de salud Montalvo. Año 2018.		
AUTOR(ES)	Lorena Cecibel Velásquez Alcívar		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Carlos Alberto Ladrón de Guevara Gainza		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre del 2018	No. DE PÁGINAS:	93
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ciencias de la salud, Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	FACTORES DE RIESGO, OBESIDAD, ESTRATEGIA, / RISK FACTORS, OBESITY, STRATEGY		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes: La obesidad, un problema de la época actual, cuyas cifras ha duplicado en estos últimos 20 años; en Ecuador el porcentaje de obesos es de 62.8% en la población adulta en el 2014 -2015, lo cual guarda estrecha correlación con enfermedades crónicas no transmisibles y se considera una patología cuyos factores de riesgo son modificable con promoción y prevención.</p> <p>Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, cuyo objeto de estudio fueron los adultos de 20 a 64 años de la ciudadela 25 de Abril del Centro de Salud Montalvo, durante el periodo 2018, se incluyó en el estudio a 68 adultos, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los datos se introdujeron en una hoja de Microsoft Excel y se exportaron al programa estadístico SPSS versión 20 para el procesamiento y análisis de los datos, los resultados se representaron en tablas y gráficos.</p> <p>Resultados: La población predominante es de 30 a 39 años, femenina, de educación primaria, de ocupación otra y estado civil casado, el nivel de conocimiento es bajo, basado en criterios de conocimiento generales, y los componentes determinados para la elaboración de la estrategia fueron el centro de salud 86.8%, la aplicación de charlas didácticas 89.7%, en 30 minutos 95.6%, en grupo de 5 a 10 personas 54.4%, en horario de la mañana 60.3%.</p> <p>Conclusiones: Las estrategias de intervención educativa tienen una atribución positiva para el incremento del nivel de conocimiento en atención primaria de salud.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-0969456843	E-mail: lorenita_066@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +593-4-2206953-2-1-0 ext: 1830		
	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):			