



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

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA  
ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO. CONSULTORIO  
MEDICO N°6. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AGOSTO 2015– MAYO  
2016”**

**AUTOR:**

**MD. YADIRA ALEXANDRA BELTRÁN JARAMILLO**

**DIRECTOR:**

**DRA. YADIRA VALDÉS GÓMEZ**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2017**



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

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el/la* (Dr.(a) **YADIRA ALEXANDRA BELTRÁN JARAMILLO**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en **MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**.

Guayaquil, a los 04 días del mes de ENERO año 2017

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

---

DRA. YADIRA VALDÉS GÓMEZ

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

**YO, YADIRA ALEXANDRA BELTRÁN JARAMILLO**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación “**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO. CONSULTORIO MEDICO N°6. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AGOSTO 2015– MAYO 2016**” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 04 días del mes de ENERO 2017

**EL AUTOR:**

---

**YADIRA ALEXANDRA BELTRÁN JARAMILLO**



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

**AUTORIZACIÓN:**

**YO, YADIRA ALEXANDRA BELTRÁN JARAMILLO**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: **“DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ADULTOS JÓVENES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO. CONSULTORIO MEDICO N°6. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AGOSTO 2015– MAYO 2016”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 04 días ENERO 2017

**EL AUTOR:**

---

**YADIRA ALEXANDRA BELTRÁN JARAMILLO**

## **1 Agradecimiento**

Mi agradecimiento principal es para mi familia de quien recibo cada día la fuerza y la motivación de lograr mis metas, con amor infinito a mis padres quienes han hecho posible culminar mis metas profesionales y a mi persona favorita por su dedicación incondicional para hacer posible esta investigación.

## **2 Dedicatoria**

Este trabajo va dedicado a mis pacientes quienes contribuyeron con toda su disponibilidad y paciencia para cumplir cada objetivo del presente trabajo. Además a cada uno de los profesionales que aportaron con ideas para el desarrollo del mismo.

### 3 Resumen

**Antecedentes:** La malnutrición por exceso es uno de los problemas de la época actual que ha duplicado la cifras de personas con obesidad en estos últimos 20 años, en Ecuador el porcentaje de obesos es de 62.8% en la población adulta en 2013, conlleva estrecha relación con enfermedades crónicas no transmisibles y se considera altamente modificable con promoción y prevención.

**Materiales y Métodos:** Investigación descriptiva, observacional, transversal, cuyo procesamiento fue recolectar información mediante encuesta elaborada por el autor, las características sociodemográficas, identificar el nivel de conocimiento acerca del tema y determinar los componentes y directrices necesarios para el diseño de la estrategia educativa en 130 adultos jóvenes con índice de masa corporal mayor a 25 pertenecientes al consultorio médico n° 6 del Centro de Salud Pascuales.

**Resultados:** la población predominante es femenina, de estado civil unión libre, de nivel educativo secundario y ocupación ninguna, el nivel de conocimiento es medio basados en 11 criterios de conocimiento generales y los componentes determinados para la elaboración de la estrategia fueron la aplicación de charlas didácticas 60.7% , los temas de mayor interés elaborar recetas de comidas saludables, el día señalado por los encuestados en los que mayor disponibilidad tienen es el sábado con 33.8% (44 encuestados).

**Conclusiones:** las estrategias de intervención educativa tienen una influencia positiva para la mejora del nivel de conocimiento en atención primaria de salud.

**Palabras claves:** intervención educativa, sobrepeso, obesidad, malnutrición por exceso.

#### 4 Abstract

**Background:** Malnutrition excess is one of the problems of the present time it has doubled the numbers of people with obesity over the past 20 years in Ecuador the percentage of obese is 62.8% in the adult population in 2013, it involves close relationship with chronic non-communicable diseases and is considered highly modifiable with promotion and prevention **Materials and Methods diseases:** descriptive, observational, cross-sectional study, whose processing was collecting information through survey conducted by the author, sociodemographic characteristics, identify the level of knowledge about the subject and determine the components and guidelines necessary for the design of educational strategy in 130 young adults with body mass index greater than 25 belonging to the doctor's office No. 6 Pascuales Health Center. **Results:** The predominant population is female, state civil cohabiting, secondary education level and occupation none, the level of knowledge is half based on 11 criteria of general knowledge and particular components for the development of the strategy were the implementation of talks didactic 60.7%, the most interesting topics prepare healthy meals recipes, the day appointed by respondents in which increased availability have is Saturday with 33.8% (44 respondents). **Conclusions:** educational intervention strategies have a positive influence on improving the level of knowledge in primary health care.

**Keywords:** educational intervention, overweight, obesity, excess malnutrition.

## 5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	Agradecimiento .....	I
2	Dedicatoria .....	II
3	Resumen .....	III
4	Abstract.....	IV
5	ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	V
6	ÍNDICE DE TABLAS .....	VII
7	ÍNDICE DE ANEXOS.....	VIII
8	INTRODUCCIÓN .....	1
9	EL PROBLEMA .....	3
9.1	Identificación, Valoración y Planteamiento .....	3
9.2	Formulación.....	5
10	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	6
10.1	General:.....	6
10.2	Objetivos específicos: .....	6
11	MARCO TEÓRICO. ....	7
11.1	Antropología alimentaria de la especie humana. ....	7
11.2	Caracterización sociodemográfica de la población ecuatoriana y la relación con la malnutrición por exceso. ....	8
11.3	Estado nutricional según medidas antropométricas .....	9
11.4	Alimentación.....	11
11.5	Malnutrición por exceso .....	12
11.6	Malnutrición por exceso y la relación entre enfermedades crónicas 12	
11.7	Conocimiento científico vs conocimiento de la población acerca de la malnutrición por exceso. ....	14
11.8	Estrategia de intervención educativa.....	19
11.9	Estructura de una estrategia de intervención educativa .....	20
12	MÉTODOS .....	22
12.1	Justificación de la elección del método .....	22
12.2	Diseño de la investigación.....	22
12.2.1	Criterios y procedimientos de la selección de la muestra o participantes del estudio. ....	22
12.2.2	Procedimiento de recolección de la información .....	22

12.2.3	Técnica de recolección de información.....	24
12.2.4	Técnicas de análisis estadístico .....	25
12.2.5	Operacionalización de variables.....	25
13	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	27
14	CONCLUSIONES .....	40
15	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	41
16.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....	42
17	ANEXOS .....	47

## 6 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según estado nutricional y sexo. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.....	277
Tabla 2. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según circunferencia abdominal y sexo. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016. ....	288
Tabla 3. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según estado civil y sexo. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.....	29
Tabla 4. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según nivel educativo y sexo. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.....	300
Tabla 5. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según ocupación y sexo. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.....	311
Tabla 6. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso, antecedentes enfermedades crónicas no transmisibles y sexo. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.....	322
Tabla 7. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según criterios del nivel de conocimiento del tema. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016. ....	333
Tabla 8. Distribución de los parámetros de medición del nivel de conocimientos en los adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.....	34
Tabla 9. Distribución de la forma didáctica de elección para el diseño de la estrategia de intervención educativa en adultos jóvenes. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.....	355
Tabla 10. Distribución de los temas educativos para el diseño de la estrategia de intervención educativa en adultos jóvenes. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.....	355
Tabla 11. Distribución de la disponibilidad de tiempo de los encuestados para ejecutar el diseño de la estrategia de intervención educativa en adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.....	366

## 7 ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Encuesta .....	47
Anexo 2. Consentimiento Informado.....	52
Anexo 3. Gráfico de distribución de los parámetros de medición del nivel de conocimientos en los adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.....	53
Anexo 4. Diseño de la estrategia de intervención educativa para adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio n° 6 Centro de Salud Pascuales.....	54

## 8 INTRODUCCIÓN

Este trabajo se proyecta para el diseño de una estrategia de intervención educativa en personas adultas jóvenes que padecen malnutrición por exceso; considerando la afectación a la salud que provoca este estilo de vida ya sea por desconocimiento de alimentarse adecuadamente o simplemente por el fácil acceso de la comida con alto valor calórico, las enfermedades crónicas de origen metabólico atribuidas a este tipo de malnutrición son cifras alarmantes en nuestra época (1) (2)

La malnutrición por exceso conlleva a elevar considerablemente la prevalencia de sobrepeso y de obesidad, se estima que en 2012 había 44 millones de niños menores de 5 años (el 6,7% del total mundial) con sobrepeso u obesidad. Según esta cifra, la prevalencia mundial del sobrepeso y la obesidad en la niñez ha aumentado desde un 5% aproximadamente en 1990 hasta un 7% en 2012. La obesidad actualmente se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, los porcentajes son elevados, las investigaciones científicas nos orientan en las causas biológicas, fisiopatológicas que explican el incremento de la prevalencia desde la infancia, y las causas sociales que se suman a esta situación, por lo que cualquier intervención preventiva es de gran valor para evitar las complicaciones a las que conduce, diagnosticar de forma precoz puede ayudar para actuar de forma precisa en el tiempo adecuado para evitar la evolución y la elevación de la cifras estadísticas de este problema en la población. Una estrategia de intervención educativa es “un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente cuyo fin es la adquisición de nuevas habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores” (3) por tal razón crear un diseño de una estrategia de intervención educativa, guarda un alto valor de prevención de una serie de enfermedades metabólicas relacionadas con la sobrealimentación.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Ecuador es de 62.8% de la población de 19 a 60 años de edad, siendo de esto el 65.5% en mujeres y 60% en hombres, se presenta en mayor prevalencia entre la cuarta y quinta de cada de la vida con un 73% (4). En estos datos surge la necesidad de conocer cuál es la situación de los adultos jóvenes en relación con la malnutrición por exceso en la población del consultorio médico n° 6 del Centro de Salud Pascuales.

Para el desarrollo de la investigación se tomó como referencia el diagnóstico situacional de salud 2014 del consultorio médico n°6 del área de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Pascuales, en el cual se tomó como universo el grupo etario adulto joven que integra personas de 20 a 39 años de edad, de ellos se tomó a consideración aquellos que tenían un índice de masa corporal mayor a 25, la información obtenida fue recopilada mediante una encuesta elaborada por el autor de la investigación orientada a cumplir con los objetivos de la investigación, mediante un muestreo no probabilístico intencional y previo a un consentimiento informado del encuestado.

Los objetivos a cumplir para el desarrollo de esta investigación fueron Caracterizar a la población de forma sociodemográfica, antropométrica y clínica.

Identificar el nivel de conocimiento acerca de sus hábitos alimenticios y del conocimiento acerca de los alimentos saludables.

Determinar los componentes y directrices para el diseño de la estrategia de intervención educativa en esta población.

Los obstáculos que surgieron durante el desarrollo del trabajo investigativo, fueron dificultad para la realización de la encuesta aquellos que trabajan en el mismo horario previsto para la realización de las encuestas.

La dificultad para acceder a sus viviendas debido a factores sociales de alto riesgo al que se expone el personal (delincuencia).

El MAIS (2013) establece cuales son los de terminantes de la salud que condicionan a la afectación de la salud, así tenemos que “Determinantes de la salud se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades. Se refiere a las interacciones entre las características individuales, los factores sociales y económicos, y los entornos físicos, en estrecha relación con la distribución de la riqueza en la población y no solo con su producción. Los determinantes de salud que el MAIS-FCI lo asume es el modelo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS son: APS-R, Atención Primaria en Salud-Renovada” (5).

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

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013–2017 establece que “la desigualdad y la pobreza son las barreras más grandes para el ejercicio de derechos y para lograr el Buen Vivir”; y que “vivir en la pobreza no consiste únicamente en no contar con los ingresos necesarios para tener acceso al consumo de bienes y servicios para cubrir las necesidades básicas; ser pobre es también padecer la exclusión social. Bárcena dice “En última instancia, 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 alineada principalmente al Objetivo de Desarrollo; Mejorar la calidad de vida de la población; y particularmente a las siguientes políticas: 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. (6)

## 9 EL PROBLEMA

### 9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

En las últimas décadas de la historia es admirable la elevación de las cifras de la 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 relación que existe entre obesidad y enfermedades crónicas entre las más vinculadas la diabetes mellitus, hipertensión arterial, aterosclerosis y dislipidemias. Para llegar al estado de obesidad interfieren múltiples, factores entre ellos se puede señalar la dieta, la genética, el factor neuroendocrino, y factores conductuales – sociales, iatrogénicos y estilos de vida sedentarios. En la parte occidental del mundo existe en contra, la emergencia de la biotecnología alimentaria, la cual ha facilitado el consumo de cualquier tipo de alimento durante todas las estaciones del año. Todo esto, junto a una accesibilidad prácticamente sin límites a los alimentos por gran parte de la población, ha causado toda una serie de modificaciones en la alimentación habitual de las personas.

Por tal motivo se ha generado un incremento en el consumo de alimentos de origen animal, así también el de bebidas y refrescos carbonatados de excesivo contenido calórico, cuya ingesta representa entre el 20-30% del total de la energía ingerida a diariamente. Así, ciertos trabajos investigativos evidencian que un consumo excesivo de zumos de frutas (mayor a 350 ml/día) en preescolares puede facilitar el desarrollo de la obesidad, llegando inclusive a limitar el crecimiento de los niños. Se puede notar que la sobrealimentación de los niños y jóvenes por este tipo de productos constituye un elemento central que explica el acúmulo excesivo de grasa corporal (7).

La situación política y acciones más eficientes para la mejorar en la calidad de los suministros de alimentos a fin de disminuir la incidencia del sobrepeso y la obesidad incluyen la disposición de reglamentos y regulaciones en el sector públicas e intervenciones en el mercado. Por tener un ejemplo de esto, está el incremento en los precios de estos productos mal llamado alimentos, la disponibilidad y otros ciertos controles que regularizan el consumo del tabaco. Sin embargo, ciertos intentos recientes de ejecutar regulaciones obligatorias para mejorar el suministro de alimentos se han visto obstaculizados por la desinformación y las publicaciones científicas tendenciosas, además existe alta presión de los intereses comerciales monetarios. Las políticas y acciones necesarias para mejorar los sistemas alimentarios a fin de lograr una alimentación más saludable requieren un compromiso político firme, en combinación con el apoyo decidido y empoderamiento de los ciudadanos –en su calidad de electores de gobiernos y como padres de familia, así también como el liderazgo de organizaciones de la sociedad civil y de movimientos de la esfera sociales en todos sus niveles (nacional, estatal y municipal). Las leyes de políticas públicas, recomendaciones y las acciones pertinentes a la nutrición y la salud se han basado en determinados nutrientes (por ejemplo, sodio y grasas saturadas) o en ciertos tipos de alimentos (como por ejemplo, frutas y vegetales y carnes rojas). Estos tipos de enfoques para confrontar y clasificar los diferentes 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 mecanismo del procesamiento industrializado de los alimentos representa en la época actual el principal determinante de lo que se ha convertido en el sistema alimentario mundial, y que hoy en día afecta de forma particular a ciertos países de ingresos medianos y bajo. (8)

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. En África, el número de niños con sobrepeso u obesidad prácticamente se ha duplicado: de 5,4 millones en 1990 a 10,6 millones en 2014. En ese mismo año, cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia. 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” (9).

ENSANUT señala que en Ecuador el 62.8% 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 malnutrición por exceso en la población adulta joven del sector perteneciente al consultorio médico n° 6 del Centro de Salud de la parroquia Pascuales ya que se observó con frecuencia un número significativo de atenciones médicas en pacientes jóvenes con sobrepeso y obesidad (10), 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 (4) , (9).

Por las razones antes mencionadas esta investigación está especialmente dedicada a analizar el sobrepeso y la obesidad basada en la causa de malnutrición por exceso y el sedentarismo ya que estos son factores altamente modificables, considerando que la población estudiada tiene un riesgo social alto en cuanto al sector geográfico y el nivel cultural que los caracteriza se

plantea la incógnita a descubrir si esta problemática se debe al desconocimiento acerca de la importancia de una correcta alimentación y estilo de vida saludable para la conservación del normopeso y por consiguiente una adecuada calidad de vida. De acuerdo a los resultados de la investigación el principal objetivo es proponer una estrategia de intervención educativa, todo esto con el propósito de crear medidas estratégicas en la población adulta joven que ha perdido el normopeso, mediante el cual, se pueda brindar las herramientas necesaria en cada individuo para que busque la conservación del normopeso y con ello eliminar este factor de riesgo que predispone a las enfermedades crónicas no transmisibles y las altas demandas de consultas médicas por enfermedades como diabetes, hiperlipidemias, hipertensión arterial, osteoporosis, litiasis vesicular y todas las que se relacionan a la malnutrición por exceso.

## **9.2 Formulación**

¿Cuáles son los componentes apropiados para elaborar una estrategia de intervención educativa que se convierta en un pilar fuerte para mejorar el conocimiento de la importancia de una alimentación y estilo de vida saludable?

## **10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **10.1 General:**

Diseñar una estrategia de intervención educativa para adultos jóvenes con malnutrición por exceso pertenecientes al consultorio médico n° 6 de Centro de Salud Pascuales.

### **10.2 Objetivos específicos:**

- ✓ Caracterizar el estado social, demográfico, antropométrico y clínico de los adultos jóvenes con malnutrición por exceso pertenecientes al consultorio médico n° 6 del Centro de Salud Pascuales en el mes de agosto 2015 hasta mayo 2016.
- ✓ Identificar el nivel de conocimiento acerca del temático sobrepeso y obesidad en adultos jóvenes con malnutrición por exceso pertenecientes al consultorio médico n° 6 del Centro de Salud Pascuales en el mes de agosto 2015 hasta mayo 2016.
- ✓ Determinar los componentes para el diseño de intervención educativa en adultos jóvenes con malnutrición por exceso pertenecientes al consultorio médico n° 6 del Centro de Salud Pascuales en el mes de agosto 2015 hasta mayo 2016.

## 11 MARCO TEÓRICO.

### 11.1 Antropología alimentaria de la especie humana.

“La especie humana ha evolucionado desde aproximadamente cinco millones de años, del *Ardipithecus ramidus* al *Australopithecus afarensis* y este, a su vez, al *Homo ergaster* hasta llegar al *Homo sapiens*, gracias a su capacidad adaptativa y a poder transformar e ingerir la energía con distintos tipos de alimentos iniciando con la dieta del bosque tropical del primero” (11)

El antepasado del ser humano actual en el inicio de sus orígenes se alimentaba de frutos y vegetales de fácil obtención en su época, debido a la evolución y a la escasez de estos alimentos se vio en la necesidad de variar su costumbre alimentaria y como resultados de periodos de hambruna, se dio origen a los atracones alimentarios en los momentos en que encontraba alimento siendo estos alimentos de origen animal razón por la cual los biólogos consideran que su genética fue adaptándose a la situación originando en él células de reserva energética y el gen ahorrador para los periodos carenciales, teoría donde se justifica el origen de la acumulación de grasa en el cuerpo, la resistencia a la insulina y la obtención de energía a partir de ácidos grasos en reemplazo de la glucosa. (11) (12) .

Todas las culturas establecen - a través de la práctica cotidiana- quién puede comer qué. Así habrá “comidas de ricos (caviar) y comidas de pobres (fideos)”, platos que se consideran femeninos (pollo) y masculinos (bife), y comidas que se consideran “apropiadas” para los niños (papilla), para los adolescentes (hamburguesas), para los adultos (la mayoría de los platos) y para los viejos (sopas). Estas clasificaciones son relativas, propias de cada sociedad en un tiempo y espacio determinado y establecen la red de significación en la que se inscribe el comer. La manera “correcta” de combinar los alimentos, las horas y las clases de alimentos que hay que tomar a lo largo del día (desayuno, almuerzo, merienda, cena) y a lo largo del año con su ciclo de días hábiles y festivos, el tipo y las combinaciones de alimentos que se consumen en cada evento (desayuno/merienda: acompañadas por infusiones calientes; almuerzo/cena con bebidas fría), el tipo de alimento que marca los momentos importantes de la vida (torta para el cumpleaños, café para el velorio, champagne para las fiestas, etc.), los alimentos prohibidos y los prestigiosos, etc. (13)

Ahora bien, la mayor accesibilidad a los alimentos conlleva aspectos negativos que se han evidenciado en problemas de salud, disponibilidad, desigualdad, cambios en los estilos y hábitos de consumo, sobre todo en el medio rural y en las zonas marginadas y pobres. Ante tal escenario, es necesario considerar tres realidades: primero, la desigualdad social en la elección y acceso a determinados tipos de alimentos; segundo, la diferenciación sociocultural que condiciona a las poblaciones, como los hábitos alimenticios; y tercero, la diversidad cada vez mayor de productos que ofrece la industria alimentaria. La disponibilidad y el acceso a los productos industrializados han llevado a un mayor consumo de alimentos abundantes en azúcares simples y grasas saturadas. En consecuencia, la “dieta occidental”, propia de este patrón de consumo, está asociada en todos los países a un incremento de las tasas de

sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad para ambos sexos, y también al riesgo de morbimortalidad por enfermedades crónicas degenerativas (14)

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

Según la encuesta nacional de nutrición 2013 el 62.8% de la población adulta mayor de 19 y menor de 65 padece sobrepeso u obesidad, denota este trabajo investigativo que el mayor grupo se asienta en la cuarta y quinta década de la vida con prevalencias que sobrepasan el 73% además este estudio realza que a mayor nivel socioeconómico mayor es el porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad. (4)

La malnutrición en Ecuador es un problema de estado que tiene su origen desde el vientre materno, siendo la malnutrición por exceso una patología que va en aumento, de este tipo de malnutrición se observa el sobrepeso y la obesidad como una situación médica que desencadena un sin número de enfermedades crónicas que en quien las padece puede culminar en la muerte, considerando que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo altamente modificable, y con gran susceptibilidad a la prevención, se ha creado la necesidad por parte del sistema nacional de salud ecuatoriano diferentes acciones que mitiguen el aumento de la incidencia de la obesidad en Ecuador cuyas acciones entre las cuales mencionamos el programa “Acción Nutrición” por parte del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, “Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional” por parte de Ministerio de Salud Pública, y los datos recolectados de “Encuesta Nacional Salud Nutrición – Ecu” la cual ha desenmascarado en el año 2013 el aumento de la prevalencia de obesidad en la población haciendo demarcaciones de dependencia con el quintil de pobreza más elevado vs quintil de pobreza bajo.

En cuanto a la malnutrición por exceso ENSANUT –ECU refiere que la población ecuatoriana tiene un alto consumo de carbohidratos, el 29.2% ingiere carbohidratos en mayor cantidad al máximo recomendado por día, es igual para hombres y mujeres, y que su prevalencia tiene estrecha relación con el quintil más pobre en relación al de mayor solvencia económica 44.9% vs 15.1% y que el grupo de edad que mayor consumo enfrenta es la de mayores de 51 años, la etnia que mayor consume de carbohidratos tiene es la indígena continuada por los montubios y los datos por subregión demarcan que el área de la costa rural de mayor consumo de carbohidratos es de 44% (4)

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.

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

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

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013–2017 establece que “la desigualdad y la pobreza son las barreras más grandes para el ejercicio de derechos y para lograr el Buen Vivir”; y que “vivir en la pobreza no consiste únicamente en no contar con los ingresos necesarios para tener acceso al consumo de bienes y servicios para cubrir las necesidades básicas; ser pobre es también padecer la exclusión social. En última instancia Bárcena decía que “la pobreza es la falta de titularidad de derechos, la negación de la ciudadanía”. 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. (5)

### **11.3 Estado nutricional según medidas antropométricas**

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

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

En algunos casos, como los fisicoculturistas, no se considera al IMC como determinante de obesidad, debido a que el músculo pesa más que la grasa y si bien pueden tener un IMC alto, esto no indica que deban perder peso. Así mismo, para las personas de la tercera edad, es mejor tener un índice entre 25 y 27 en lugar de uno inferior a 25, ya que esto puede ayudar a protegerlas contra la osteoporosis. Según esto, aunque se ha generalizado el uso del IMC, no es una medida exacta ni estándar para evaluar si alguien tiene o no sobrepeso.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en una población depende de la referencia particular o de los estándares deseables seleccionados para medirlos. El utilizado tradicionalmente es la tabla de peso para la talla en hombres y mujeres, desarrollado por la Metropolitan Life Insurance Company (MLIC), basado en el estudio de la presión sanguínea, realizado en 1959 y llevado a cabo en Estados Unidos. De aquí que las definiciones de sobrepeso y obesidad en adultos estén basadas en análisis actuariales que indican qué rango de peso, para cada categoría de estatura, está asociado con la tasa más baja de mortalidad entre la población asegurada (Simopoulos 1986).

En consecuencia, el peso corporal deseable es el asociado con una tasa más baja de mortalidad, tal y como lo usa la MLIC, el de hombres y mujeres entre los 20 y 29 años de edad (rango en el que se considera que el crecimiento ha llegado a su límite). De esto se desprende que la estandarización del IMC, que ubica a la mayoría de las personas con sobrepeso después de los 30 años, no es una medida fiable, ya que el peso aumenta con la edad, y varía con el contexto y sus oportunidades de vida.

El sobrepeso y la obesidad han merecido gran atención en la última década, a partir de la aparición del informe de la OMS, que alertó sobre la emergencia de una nueva epidemia global (WHO 2000), y se ha estudiado en especial desde las perspectivas médica, fisiopatológica y epidemiológica, y enfatizado en los factores de riesgo para contraer la enfermedad. En este texto se plantea que estos dos fenómenos se han estudiado poco desde la sociología y, sobre todo, desde los significados que las personas les otorgan a estas dos condiciones. A continuación se revisará los enfoques biomédicos y sociológicos, desde los cuales se ha venido estudiando el incremento de peso en las sociedades modernas. (23)

El Sobrepeso se establece a partir del percentil 85 del IMC y la Obesidad a partir del percentil 95, en la infancia y con un valor superior a 25 para el adulto, durante la anamnesis se deberá interrogar sobre antecedentes familiares de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares y dislipidemias, antecedentes perinatales de peso alto o bajo al nacer, consumo excesivo de carbohidratos simples y grasas, actividad física, horas al día de ver televisión, juegos de video o computadora, trastornos psicológicos, trastornos de conducta alimentaria, ronquido con o sin apneas, antecedente de asma. En el examen se deberán obtener los siguientes datos clínicos, se pesará al paciente con ropa ligera y se registrará, se medirá al paciente de pie sin calzado, el índice de masa corporal

se calcula como:  $\text{Peso: (kg)/Talla (m)}^2$  Perímetro, presión arterial, acantosis nigricans se buscará la presencia en cuello y/o pliegues.

Ximena Raimann (2011) refiere que las enfermedades crónicas tienen base en la infancia y que se desarrollan en la edad adulta y que para esto hay que buscar precozmente detectarlas con una serie de estudios mencionados a continuación.

1. Glucosa en ayuno
2. Insulina en ayuno
3. Perfil de lípidos: Colesterol total, triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad HDL, lipoproteínas de baja densidad LDL
4. Ácido úrico
5. Pruebas de función hepática: AST, ALT, fosfatasa alcalina y bilirrubinas totales
6. Proteína C reactiva
7. Radiografía de cadera
8. Ultrasonido hepatobiliar.

La detección de comorbilidades tales como:

1. Diabetes Mellitus - tipo 2
2. Hipertensión arterial
3. Hiperinsulinemia
4. Hiperuricemia
5. Dislipidemias
6. Esteatosis hepática
7. Apnea obstructiva del sueño
8. Asma
9. Síndrome de ovarios poliquísticos
10. Trastornos ortopédicos (desplazamiento de cabeza femoral)
11. Trastornos psicológicos (baja autoestima, depresión, trastornos de la conducta alimentaria) (25)

#### **11.4 Alimentación**

La especie humana se provee de energía necesaria para el cumplimiento de los procesos celulares indispensables para la vida, una actividad física adecuada diariamente y el mantenimiento de una adecuada temperatura corporal, y otras funciones como el transporte, la síntesis, la transformación y el depósito de moléculas que aseguran el equilibrio de los gradientes de iones entre la membrana celular. Todo esto se lleva a cabo gracias a sustancias que sirven como combustible para el organismo tales como los carbohidratos, lípidos, proteínas y alcoholes, mediante estos cumplir con transformaciones físico – químicas que reciben el nombre de metabolismo energético (15)

La dieta reúne aquellos alimentos que incorporan nuestras comidas a diario todo esto resulta de nuestros hábitos y comportamiento consientes colectivo y acostumbradamente repetitivos, que nos inducen a la selección, preparación y consumo de determinados alimentos o menú que son una parte más de costumbres sociales, culturales y religiosas, está influenciado por factores (socioeconómicos, culturales, geográficos, nutricionales, etc.). (15)

## **11.5 Malnutrición por exceso**

La malnutrición por exceso hace referencia a “un estado crónico en el que la ingesta de alimentos es superior a las necesidades de energía alimentaria, generando sobrepeso u obesidad” (16)

“Los alimentos son sustancias de origen animal o vegetal que los humanos las consumimos habitualmente por vía bucal, que aportan nutrientes, energía o ambos y que constituyen la primera línea de defensa contra las enfermedades y el principal medio para alcanzar salud y bienestar. Todos los alimentos generadores de energía: sean carbohidratos, lípidos o grasas, individualmente considerados, si son ingeridos en exceso pueden convertirse en grasa y provocar exceso de peso.”. (1)

## **11.6 Malnutrición por exceso y la relación entre enfermedades crónicas**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) refiere que la obesidad es una enfermedad altamente prevenible lo que indica que “una pequeña actuación es digna de una gran prevención”, las estadísticas a nivel global registran que en los últimos veinte años de la historia los índices de obesidad se han disparado de forma exuberante, siendo lo más llamativo y preocupante la obesidad infantil, considerándola desde su nacimiento, lo que ha llevado a expertos de la investigación en este tema a preguntarse si obesidad debe ser considerada como una enfermedad crónica, lo que lleva a interrogantes tales como ¿si los niños obesos serán adultos obesos?, así tenemos que “Los datos varían según el grupo de edad de la población estudiada (lactantes, preescolares, escolares, preadolescentes y adolescentes) (19)

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

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

En relación a la cronicidad de la obesidad en el niño, se ha encontrado una relación directa entre alimentación excesivamente proteica en la primera infancia y un aumento de la adiposidad en la adolescencia, y cómo el riesgo de

obesidad en la edad adulta aumenta cuando el aumento de tejido graso aparece antes de los 6 años.

La cronicidad de la obesidad se incrementa con la presencia de obesidad en los padres: el 51 % si los padres son obesos frente al 20 % si no lo son. También por la asociación con otros factores sociales, como condiciones socioeconómicas bajas y si son hijos únicos”. (19)

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

Factores de riesgo para desarrollar obesidad

Factores conductuales.

- Sedentarismo (mínima o nula actividad física y más de dos horas al día de televisión)
- Horarios de comida no establecidos con periodos largos de ayuno.
- Hábitos alimentarios inadecuados (dietas altas en grasas y carbohidratos simples) y aumento en el consumo de alimentos industrializados (refrescos y jugos).
- Bajo consumo de verduras, vegetales y fibra.

Factores biológicos.

- Antecedentes de obesidad en familiares de primer grado.
- Ablactación temprana (antes de los seis meses de edad).
- Hijo de madre con diabetes gestacional o madre diabética.
- Hijo de madre obesa.
- Retraso de crecimiento intrauterino. (20) (21) (22)

J. Arancenta Bartrina. C. Pérez Rodrigo (2016) hablan acerca de los estilos de vida analizados, se observó que a partir de los 6 años la prevalencia de obesidad era más elevada en los niños y jóvenes que aportaban mayor proporción de energía a partir de la ingesta grasa (más de 38% kcal) en relación con los que realizaban ingestas porcentuales de grasa más bajas. Este hecho se observó también en el subgrupo femenino entre 14 y 17 años. En los varones a partir de los 14 años se apreció una diferencia estadísticamente significativa en el consumo de productos azucarados, golosinas, embutidos y refrescos azucarados entre los obesos y los no obesos. Las tasas de prevalencia de obesidad eran más elevadas en los chicos con edades entre 6 y 14 años que realizaban con mayor frecuencia consumos de embutidos. Por la prevalencia de obesidad fue inferior en los niños y jóvenes ubicados en el cuartil más alto de la distribución de consumo de frutas y verduras (4 o más raciones al día). Los chicos y chicas que realizan un desayuno completo expresan tasas de obesidad más bajas que los que no desayunan o realizan un desayuno incompleto. (23)

Comer es un gusto que satisface no sólo las necesidades nutricias, sino también las sociales, culturales, emocionales y psicológicas. Se ha sugerido que la

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

James, en 1995, sugirió que el aumento en la prevalencia de sobrepeso en las sociedades industrializadas podría atribuirse al cambio en los patrones de actividad física debido al incremento en la mecanización robótica y la computación, las cuales han reducido sustancialmente la necesidad de la más modesta actividad física. (24)

Actualmente el fácil acceso al consumo de alimentos preparados fuera del hogar en las grandes cadenas de comidas rápidas en una de las influencias más nocivas para la salud, alimentos que contienen grandes cantidades de calorías en forma de grasas y azúcares. El metabolismo de alimentos de escaso valor nutricional, las comidas chatarras y la velocidad con la que se ingiere, son factores que influyen directamente en los mecanismos de ingestión de alimentos.

En la actualidad la comodidad de los estilos de vida moderna que facilitan el transporte de un lugar a otro permite que las distancias sean mínimas y por ello se reduzca la necesidad de caminar. De igual forma la vida dentro de las ciudades que disminuye la socialización intrafamiliar y en la vecindad esto hace que disminuya la interacción obstaculiza el juego, el deporte, las caminatas grupales, a toda esta situación se suma la inseguridad de las grandes ciudades, los peligros del tránsito lo que ha llevado acrecentar un mal hábito casero y aumenta el sedentarismo (22) (24).

### **11.7 Conocimiento científico vs conocimiento de la población acerca de la malnutrición por exceso.**

De forma general es sabido conocer que el consumo energético es una ecuación entre la sensación de hambre y la sensación de saciedad, este proceso se encuentra alojado en la región anatómica de la base del cerebro. Existen en el cerebro células que codifican sustancias a nivel sistémico que controlan el hambre y la saciedad localizadas más detalladamente a nivel del hipotálamo, conformando grupos de neuronas de estos grupos existen 17 núcleos o centros neuronales los que llevan a cabo esta función en la alimentación. Estos centros hipotalámicos reciben señales de forma interna y externa que permiten la regulación del balance energético. Al referirse a señales externas estas pueden ser muy diversas como ejemplo se menciona el estado emocional que se relaciona con los estados ansiosos de diferente índole, intervienen también el factor cultural y familiar cuando se crea una educación alimentaria en base a carnes y grasas y erróneas creencias de que los vegetales no proveen una “correcta alimentación” (1) (24)

La teoría de la existencia de una serie de varios reguladores biológicos internos que proporcionan un estímulo de forma directa en los centros del hambre y de la saciedad: entre los cuales se puede mencionar, como ejemplo, las concentraciones de glicemia en la sangre y la de cuerpos cetónicos. Siendo así que luego de la ingesta de alimento, el aumento de la glucosa en la sangre que produce la comida, se la considera una señal que estimula la saciedad; así también, en el tiempo del ayuno, el aumento de los cuerpos cetónicos provocado por este, estimularían el centro biológico del hambre. Hormonas y

péptidos intestinales.- la sangre tiene concentraciones de glucosa y cuerpos cetónicos los cuales están regularizadas por hormonas: insulina, glucagón, leptina y por péptidos intestinales. El mecanismo de acción de estos péptidos y hormonas facilita el mantenimiento y el control del consumo de alimentos y de su utilización, las veces que la persona consume una comida (control inmediato) y también a lo largo del tiempo (control mediato). El mecanismo de control opera de la siguiente manera: durante el consumo de una comida e inmediatamente al final de la misma, tanto la presencia de los alimentos en el intestino como su absorción estimulan la liberación de los péptidos intestinales y hormonas que viajan por la sangre al sistema nervioso central, particularmente al hipotálamo, donde se unen a sus receptores específicos para limitar el consumo de alimentos. El efecto concreto es que la persona siente saciedad, está satisfecha y deja de comer (7).

La leptina es un componente importante de la regulación hormonal del control energético; su principal origen de producción es en el tejido adiposo y en menor cantidad en el estómago y placenta. En condiciones normales, la cantidad de leptina que se produce en una persona tiene una estrecha relación con su cantidad de tejido adiposo almacenada. Pero, cuando se acumula grasa y se aumenta de peso, sucede un incremento en la síntesis y liberación de leptina la cual es conducida por vía sanguínea hacia el sistema nervioso central en donde estimula a grupos de neuronas del hipotálamo las que producen neurotransmisores que determinan que la persona disminuya su apetito y pare de comer. Contrariamente, cuando existe pérdida de peso por disminución de grasa almacenada, la concentración de leptina disminuye; esta baja de leptina actúa como estimulante de otro grupo de neuronas, las que producen otros neurotransmisores que determinan aumento del apetito y en consecuencia la persona come más. Los neurotransmisores que inhiben el apetito son: la hormona estimuladora de melanocitos alpha (α-MSH) y el transcriptor regulador de cocaína y anfetamina. Los que estimulan el apetito son el neuropéptido Y (NPY) especialmente por alimentos ricos en carbohidratos y la proteína relacionada con agouti (ARP). La leptina bloquea la acción de las neuronas que estimulan el apetito u oroxigénicas y estimula a las neuronas que inhiben el apetito ó an-oroxigénicas. Ambos grupos de neuronas están conectadas con el núcleo del hipotálamo que disminuye el gasto de energía e incrementa el consumo de alimentos o viceversa, dependiendo de los niveles circulantes de leptina. La ausencia de leptina o de su receptor en el hipotálamo en varios modelos animales de obesidad y en personas con obesidad confirma la importancia de esta hormona en el control del balance energético. La insulina es otra hormona implicada en la regulación del balance energético puesto que facilita la síntesis y liberación de leptina. Además por su mecanismo de acción hipoglucemiante periférica tiene un efecto estimulante del apetito (7).

Aproximadamente entre el 45 al 75% acerca del peso en las personas tienen un componente genéticos alto. Investigaciones en familiares gemelos revelan que el factor genético determina la presencia de la obesidad: entre parejas de gemelos que su crianza fue separados o juntos la prevalencia de obesidad es alta. Sin embargo, estos argumentos no son lo suficientemente sustentable para dar una explicación razonable a la epidemia de obesidad que se propaga a nivel mundial en la época actual, a menos que dicha explicación se remita a consideraciones con respecto a la evolución de la especie humana. Es un hecho

que durante la mayor parte de la existencia de la humanidad, hemos tenido que sobrevivir en medios en los que la disponibilidad de alimentos ha sido limitada. La búsqueda del alimento que escasea a través de la historia ha permitido que el cuerpo aprenda a limitar el uso de su energía y utilizar de forma eficiente los alimentos que logra obtener, por tal razón el cuerpo sabiamente desarrolló habilidades de reservas y haciendo uso de ellas cuando así lo requiere. Todas estas adaptaciones, que se han transmitido en los genes generación tras generación, son las responsables que le han permitido a los seres humanos a sobrevivir a los largos periodos de hambruna que hasta no hace mucho tiempo eran muy comunes (1).

Las personas que sobrevivían eran aquellas con una carga genética capaz de almacenar energía en forma de grasa cuando la disponibilidad de alimentos era abundante y de utilizar la grasa almacenada durante la escasez de los mismos. De esta manera los seres humanos han aprendido a subsistir en una época donde la alimentación era una verdadera Azaña de sobrevivencia. Sin embargo en la época actual ocurre paradójicamente a la inversa en muchas naciones a nivel mundial, la alimentación se ha convertido en algo cómodo de fácil acceso y proporcionalmente a ellos se ha limitado la actividad física en el máximo extremo. Con todo lo antes mencionado es fácil identificar las causas de que la obesidad en esta época sea considerada una epidemia a nivel mundial (1)

Todos estos cambios genéticos que han llevado a esta fisiología de adaptación aún no han sido identificados totalmente. Sin embargo, se puede inferir que estos deben ser variados y deben estar relacionados con el consumo de alimentos y el gasto de energía. Así, algunos genes asociados con la presencia de obesidad en la población en general presentan mutaciones en el receptor adrenérgico- $\beta$ -3, peroxisome-proliferator-activated receptor gamma-2, receptor de melanocortina-4, entre otros. La investigación en esta área señala la existencia de ciertas preferencias alimentarias y de una influencia genética en la selección de los macronutrientes: existe una mayor preferencia de los obesos por alimentos ricos en grasa especialmente los muy salados, aunque esto puede variar según el sexo, por otro lado, se ha podido identificar los genes relacionados con el consumo de carbohidratos de sabor dulce pero aún está pendiente detectar los genes relacionados con los alimentos ricos en grasa. Para concluir este tema digamos que al momento presente, la sensibilidad genética puede justificar una parte de la obesidad observada que hay personas genéticamente susceptibles a la obesidad que no necesariamente exhiben “metabolismos lentos” como razón para mantener la grasa en sus cuerpos, y que hay otras que comen en forma abundante y se mantienen delgadas. Aceptemos también que está demostrado que los factores genéticos modulan significativamente la respuesta corporal a las dietas hipergrasas, pero en animales de experimentación, monos y ratones (1)

Una saludable alimentación en todas las etapas de la vida deber tener ciertas características que la hacen propicia para gozar de una vida plena entre estas características están las siguientes: debe ser equilibrada, completa, suficiente, variada, inocua y adecuada a las circunstancias particulares. Siendo de todo esto lo más importante es que esta debe permitir el mantenimiento del peso adecuado en cada individuo. Para observar los efectos de la alimentación y del estilo de vida se tardarán décadas en observar sus beneficios, es por tal razón

que es difícil concientizar y convencer a la población de tomar medidas de prevención en cuanto a este problema. La alimentación en conjunto con la actividad física posee una función básica fundamental en la conservación de la salud, ya sea para prevenir, disminuir o retardar la evolución de las enfermedades crónicas que deterioran la calidad de vida y conducen a una muerte prematuramente inesperada. La desnutrición y la sobre nutrición tienen un aporte nocivo en el desarrollo de enfermedades crónicas. Las razones de estos dos padecimientos tienen un denominador común una deficiencia o exceso de nutrimentos y por lo tanto de alimentos, ya que son el vehículo de los mismos (16). La alimentación ofrece un amplio potencial para prevenir y tratar algunas de las causas por tratarse de un factor modificable. La alimentación está fuertemente ligada a hábitos y costumbres que tienen componentes conscientes pero también inconscientes y por lo tanto difíciles de modificar. Como se había hecho mención en párrafo anterior la alimentación debe cumplir con ciertas características de las cuales vamos a ampliar su explicación a continuación

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

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

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

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

**Variada:** que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas.  
**Adecuada:** que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características (26).

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

1. El profesional del tema debe ofrecer información actual, veraz, homogénea y consistente. Es imprescindible que quienes realizan actividades de orientación alimentaria sigan los mismos criterios y utilicen los mismos conceptos y terminología, para evitar confusión, generando credibilidad tanto del contenido de la orientación como de quien proviene.

2. El profesional debe no solo decir que hacer, sino también como . El reto es acompañar los mensajes con sugerencias simples y alcanzables que permitan ponerlos en práctica. Para ello se sugiere:

- a) Ejemplificar, procurando que las sugerencias sean muy concretas y adecuadas al contexto en el que se desenvuelven las personas a las que se dirigen. Por ejemplo:

“Para lograr una alimentación correcta es necesario que coma más verduras y frutas”. Si se acostumbra a comer fuera de su casa se puede buscar un lugar de comidas corridas, pues por lo general ofrecen un guisado hecho con verduras. También puede cambiar el flan o la gelatina que dan de postre por una fruta fresca.

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

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

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

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

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

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

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

4. Hablar de:

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

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

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

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

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

El Plato clasifica los alimentos en 3 grupos. Sin embargo, ningún grupo es más importante que otro; por el contrario, se necesitan de los 3 para dar variedad a la alimentación y asegurar el consumo de los nutrientes necesarios para mantener un adecuado estado de salud. (24)

### **11.8 Estrategia de intervención educativa**

Un estudio realizado en España en el Hospital Universitario Reina Sofía Alba Martín (2015), acerca de evidencias científicas sobre intervenciones preventivas en obesidad infantil, refiere que existe mucha literatura que indica que es altamente posible prevenir la obesidad, pero existen escasas estrategias de intervenciones de prevención que sean modelo guía para aplicarlas en la atención primaria. (17)

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

Así también, es imprescindible continuar con los programas asociados a cerrar las brechas de analfabetismo y analfabetismo funcional y atención a la escolaridad inconclusa, puesto que al aumentar la escolaridad de la madre es un factor clave para el combate de la malnutrición infantil. (6)

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

El talento humano constituye el pilar fundamental del cambio en el modelo de atención, los procesos de formación, capacitación y la investigación se orientan a lograr excelencia técnica, integralidad y compromiso. El MAIS \_ R señala que se implementará estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el primero y segundo nivel se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de Atención Primaria de Salud el segundo y tercer nivel se formaran especialistas en las áreas que son pertinentes, y en el cuarto nivel constituirá el gran espacio para las grandes especialidades y la investigación científica” (5)

## 11.9 Estructura de una estrategia de intervención educativa

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

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

Ruiz Olabuenaga (2002) hace referencia a ciertos criterios que son de utilidad para orientar sobre la selección de un tema.

- Oportuno y actual
  - Presenta implicaciones prácticas.
  - Afecta a un amplio sector o a un sector estratégico de la población
  - Contribuye a dar respuesta a lagunas existentes.
  - Perfecciona un instrumento de intervención.
  - Da acceso a datos difícilmente asequibles.
  - Aplica técnicas derivadas de otros campos disciplinares.
  - Permite un avance teórico sobre determinado tema.
2. Plataforma de gestión de la propuesta
    - Realizar una introducción de los antecedentes del tema
    - Misión
    - Visión
    - Objetivos
    - Estructura organizativa
    - Cronograma de actividades a realizar

3. Referente contextual y marco legal

En este acápite se podrá conocer las características socioeconómica, sociodemográficas, culturales, políticas y la ubicación geopolítica de la región y sus habitantes, lo que facilita una mejor comprensión del fenómeno y problemática que será intervenida. En cuanto al marco legal este da las referencias de las disposiciones legales y la normativa vigente que identifica y regula las acciones que se van a desarrollar con la población.

4. Caracterización de la población

Se concentra en la descripción de la población estudiada

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

5. Planteamiento del problema

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

Aquí se planteará el problema de forma clara y ordenada y dejar asentado de qué forma la intervención aportará a la solución del problema identificado.

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

#### 6. Justificación

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

#### 7. Objetivo

Tiene como fin tratar de indicar el destino del proyecto o los efectos que se pretende alcanzar con su realización. Este punto es fundamental en el proyecto son la meta de la investigación. Un buen proyecto depende de una correcta formulación de los objetivos.

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

Objetivos específicos son los pasos intermedios que da el investigador para llegar a la finalidad del cumplimiento del objetivo principal. (18)

#### 8. Desarrollo de la organización temática

## **12 MÉTODOS**

### **12.1 Justificación de la elección del método**

Según la intervención del Investigador este trabajo es observacional con variables de interés único, según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio es transversal y de tipo descriptivo.

### **12.2 Diseño de la investigación**

#### **Universo**

El 100% de la población adulta joven del consultorio médico n° 6 del Centro de Salud Pascuales comprendida en una edad entre 20 a 39 años es 203 habitantes de los cuales mediante muestreo no probabilístico intencional se seleccionó 130 pacientes cuyo índice de masa corporal fue superior a 25 los que conforman el 64% del total.

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

Para la investigación se tomó a consideración los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y se excluyeron aquellos que se negaron a participar y que estaban dentro de los criterios de exclusión.

##### Criterios de inclusión

- Pacientes adultos de 20 a 39 de edad años de edad con IMC mayor a 25
- Pacientes que pertenecen al consultorio médico n° 6 del Centro de Salud Pascuales
- Consentimiento informado aprobado por el paciente.

##### Criterios de exclusión

- Paciente con trastornos mentales incapacitantes para someterse al estudio
- Pacientes embarazadas
- Pacientes con trastornos alimenticios severos: anoréxicos y bulímico

#### **12.2.2 Procedimiento de recolección de la información**

Para realizar el procedimiento de la recolección de la información se tomó a consideración el grupo de adultos jóvenes con un índice de masa corporal mayor a 25, para hacer la selección de ellos se recogió los datos plasmados en el análisis situacional de salud del consultorio médico n° 6 del año 2014, el cual señala 203 habitantes en edades comprendidas entre 20 a 39 años, de ellos se tomó los registros de numeración de historias clínicas y con estas se organizó la primera base de datos de los pacientes adultos jóvenes en el programa informático Microsoft Excel 2013, luego se contactó a los pacientes para actualizar su índice de masa corporal y perímetro abdominal.

Para las mediciones de peso, talla y perímetro abdominal se utilizó balanza con tallímetro marca Detecto® con capacidad para 300 libras (aproximadamente 136 kg.) previamente calibrada, cinta métrica lápiz y papel.

Se pesó, talló y midió el perímetro abdominal en la intimidad de la consulta médica guardando el pudor del paciente con ropa ligera y siguiendo los estándares de pesado, tallado adecuado y medición de perímetro abdominal. (Ver anexo 4 técnicas de medición de examen físico).

El índice de masa corporal fue calculado utilizando la fórmula Quetele (peso en kg/talla<sup>2</sup>). Ambas medidas fueron tomadas por la investigadora, el día de la cita asignada a cada paciente.

El instrumento con el que se recolectó la información fue aprobado por 6 profesionales que conformaron el equipo de expertos del tema de los cuales fueron 2 nutricionistas, 2 especialistas en medicina interna, 2 especialistas en medicina familiar y comunitaria.

Para la elaboración del instrumento basaron su análisis en las normas y criterios de Moriyama sobre cada una de las preguntas propuestas, los que evaluaron 5 aspectos y consideraron una puntuación de 0 a 2 en cada uno de ellos.

Los aspectos a considerar fueron los siguientes.

- **Comprensible:** Si se comprenden los aspectos que se evalúan, con relación al fenómeno que se quiere medir.
- **Sensible a variaciones en el fenómeno:** Si se puede discriminar entre individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
- **El instrumento tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables.**- Si existe la justificación para la presencia de la pregunta en el instrumento.
- **Componentes claramente definidos:** Si la pregunta tiene una definición clara
- **Se deriva de datos factibles a obtener:** Si el dato correspondiente a la pregunta evaluada se puede recoger

La puntuación de los expertos se basaría en 0 cuando equivale a NADA, 1 cuando equivale a POCO y 2 cuando equivale a MUCHO, durante la evaluación se identificaron ciertos errores en la dialéctica escrita poco comprensibles en algunas preguntas, las cuales fueron corregidas y adecuadas al nivel cultural de lenguaje de la población en estudio

**Sección A:** dirigida a Caracterizar a los pacientes adultos jóvenes con malnutrición por exceso de forma sociodemográfica, según el estado nutricional y el perímetro abdominal, constituidas por los siguientes acápite:

Datos antropométricos: índice de masa corporal y perímetro abdominal

Datos generales: nombres, sexo, estado civil, raza, numeración de vivienda, teléfono y cédula de ciudadanía.

Nivel educativo: ninguno, primaria, secundaria, superior

Tipo de ocupación remunerada

**Sección B:** dirigida a identificar el antecedente clínico patológico asociado a obesidad y el nivel de conocimiento de los pacientes respecto a la temática malnutrición por exceso, recolectado en nueve preguntas de selección múltiple:

Antecedente de enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, lípidos elevados, eventos cerebro vascular, enfermedades de los huesos, cáncer.

Antecedentes de familiares obesos

Conocimiento sobre obesidad

Conocimiento sobre la frecuencia de alimentación diaria

Conocimiento sobre alimentos azucarados, procesados, frituras

Conocimiento sobre los grupos alimentarios

Conocimiento sobre actividad física

**Sección C,** dirigida a conocer cuál es la forma más adecuada para que los pacientes encuestados reciban la intervención educativa.

Forma didáctica mediante charla, audiovisuales, folletos, dinámica grupal.

Temas de las charlas

Días de preferencia

Personal de salud de preferencia

Tiempo disponible para cada sesión de intervención

Mediante un consentimiento informado firmado por los encuestados basado en la ética de la declaración de Helsinki se procedió a realizar la encuesta a los 130 pacientes que ingresaron al estudio.

### 12.2.3 Técnica de recolección de información

VARIABLE	TIPO DE TÉCNICA
Estado nutricional	Encuesta
Sexo	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Tipo de ocupación	Encuesta
Nivel educativo	Encuesta
Enfermedades crónicas	Encuesta

Nivel conocimiento	Encuesta
--------------------	----------

#### 12.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Los resultados se ingresaron en una base de datos de Microsoft Excel 2013, considerando 1 punto para las respuestas señalada por el encuestado y 0 puntos para las respuestas no señaladas posteriormente se exportó al programa informático SPSS 20.0 paquete estadístico en el que se procesó los datos obtenidos de las encuestas y se tabularon los resultados de las diferentes variables de estudio.

#### 12.2.5 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de variable
<b>Variables de caracterización</b>			
Sexo :	Mujer Hombre	Porcentaje	Cualitativa nominal dicotómica
Estado nutricional	Sobrepeso Obesidad	IMC > 25 IMC > 30	Cualitativa
Perímetro abdominal	Medición en centímetros	>88 en mujeres >102 en hombres	Cualitativa
Estado civil	Con pareja (casados - unión libre) Sin pareja ( soltero – viudo – divorciado)	Porcentaje	Cualitativa nominal
Tipo de Ocupación	Ninguno Obrero/a Trabajador informal Oficinista Otros	Porcentaje	Cualitativa nominal
Nivel educativo:	Ninguno Primaria	Porcentaje	Cualitativa nominal

	Secundaria Superior		
Antecedente clínico patológico	Presente	Porcentaje	
<b>Variable de interés</b> Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable	Conocimiento	Alto 75 – 100% Medio 50 – 74.9% Bajo < 50%	Cualitativo nominal
Componentes de la estrategia	Temas educativos Didáctica a utilizar Tiempo disponible	Porcentaje	Cualitativo nominal

### 13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La muestra estudiada en esta investigación representa un total de 130 personas del ciclo vital adultos jóvenes con índice de masa corporal mayor de 25 de ellos el 73% (95 encuestados) son mujeres y el 27% (35 encuestados) son hombres.

#### 13.1 Estado nutricional.

De acuerdo al estado nutricional de los adultos jóvenes con malnutrición por exceso el sobrepeso predomina con 54.6% (71 encuestados) del total, y de estos el 82.9% (29 encuestados) son hombres. Sin embargo la obesidad con un porcentaje de 45.4% (59 encuestados) es más frecuente en las mujeres con 55.8% (53 encuestados). Observar la tabla 1.

**Tabla 1. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según estado nutricional y sexo. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.**

Estado nutricional	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sobrepeso	42	44.2	29	<b>82.9</b>	71	<b>54.6</b>
Obesidad	53	<b>55.8</b>	6	17.1	59	<b>45.4</b>
<b>Total</b>	95	100.0	35	100.0	130	100.0

### 13.2 Circunferencia abdominal.

Como se observen la tabla 2. El 74.6% (97 encuestados) de los adultos jóvenes con malnutrición por exceso tienen una circunferencia abdominal aumentada por encima de las cifras aceptadas como normal, las mujeres predominan con el 90.5% (86 encuestados) en tanto que el 31.4% (11 encuestados) son hombres.

**Tabla 2. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según circunferencia abdominal y sexo. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.**

Circunferencia abdominal	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	9	9.5	24	68.6	33	25.4
Aumentado	86	<b>90.5</b>	11	31.4	97	<b>74.6</b>
<b>Total</b>	95	100.0	35	100.0	130	100.0

### 13.3 Estado civil.

Se observa en la tabla 3, que el 67.7% (88 encuestados) de los adultos jóvenes con malnutrición por exceso viven con pareja ya sean casados o en unión libre, y que el 68.4% (65 encuestados) son mujeres y 65.7% (23 encuestados) son hombres. El 32.3% (42 encuestados) viven sin pareja sean solteros, viudos o divorciados y de este grupo el 34.3% (12 encuestados) son hombres.

**Tabla 3. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según estado civil y sexo. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016**

Estado civil	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Con pareja(casado, unión libre)	65	<b>68.4</b>	23	65.7	88	<b>67.7</b>
Sin pareja(soltero, viudo, divorciado)	30	31.6	12	<b>34.3</b>	42	<b>32.3</b>
<b>Total</b>	95	100	35	100	130	100.0

### 13.4 Nivel educativo.

En la tabla 4, se observa que el 60% (78 encuestados) de los adultos jóvenes con malnutrición por exceso han estudiado la secundaria, y de estos el 40.7% (53 encuestados) son mujeres.

**Tabla 4. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según nivel educativo y sexo. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016**

Nivel educativo	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguno	5	5.2	0	0	5	3.9
Primaria	31	32.6	7	20.0	38	29.2
Secundaria	53	55.7	25	<b>71.4</b>	78	<b>60.0</b>
Superior	6	6.3	3	8.5	9	6.9
<b>Total</b>	95	100	35	100	130	100.0

### 13.5 Ocupación.

En la tabla 5 se observa que, el 74.6% (97 encuestados) tienen como ocupación laboral de trabajo informal, de los cuales el 77.1% (27) son hombres, el 25.4% (33 encuestados) tienen trabajo formal del cual el 26.3% (25 encuestados) son mujeres.

**Tabla 5. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según ocupación y sexo. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016**

Ocupación	Sexo				Total	
	Mujeres		Hombres			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trabajo formal	25	<b>26.3</b>	8	22.9	33	25.4
Trabajo informal	70	73.7	27	<b>77.1</b>	97	<b>74.6</b>
<b>Total</b>	95	100.0	35	100.0	130	100.0

### 13.6 Antecedentes de enfermedades crónicas.

En la tabla 6 se observa que el 58.5% (76 encuestados) del total si presenta un antecedentes de enfermedad crónica no transmisible, y el 68.6% (24 encuestados) son hombres. En contraste el 41.5 % (54 encuestados) del total no presenta enfermedad crónica.

**Tabla 6. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso, antecedentes clínico patológico y sexo. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016**

Antecedente clínico patológico	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Presente	52	54.7	24	<b>68.6</b>	76	<b>58.5</b>
Ausente	43	45.3	11	31.4	54	<b>41.5</b>
<b>Total</b>	95	100.0	35	100.0	130	100.0

### 13.7 Nivel de conocimiento

En la tabla 7. Se observa 11 parámetros del nivel de conocimiento, de los cuales 4 parámetros 36.4% tienen un nivel de conocimiento bajo, 5 parámetros que representa el 45.5% tienen un nivel de conocimiento medio y que 2 parámetros representan el 18.2% tienen un nivel de conocimiento alto.

**Tabla 7. Distribución de adultos jóvenes con malnutrición por exceso según el nivel de conocimiento de alimentación saludable. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.**

Conocimiento sobre alimentación saludable	Si conocen		No conocen		Total	Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Obesidad es enfermedad	94	<b>72.3</b>	36	27.7	130	100
Frecuencia de comidas diaria	46	35.4	84	<b>64.6</b>	130	100
El azúcar engorda	100	<b>76.9</b>	30	23.0	130	100
Comida procesada engorda	78	<b>60.0</b>	52	40.0	130	100
Frituras engorda	107	<b>82.3</b>	23	17.7	130	100
Alimentos ricos en vitaminas	85	<b>65.4</b>	45	34.6	130	100
Alimentos ricos en grasa no saludable	84	<b>64.6</b>	46	35.4	130	100
Alimentos ricos en carbohidrato	60	46.2	70	<b>53.8</b>	130	100
Alimentos ricos en grasa Saludable	62	47.7	68	<b>52.3</b>	130	100
Alimentos ricos en proteínas	40	30.8	90	<b>69.2</b>	130	100
Actividad física	100	<b>76.9</b>	30	23.1	130	100

**Tabla 8. Distribución de los parámetros de medición del nivel de conocimientos en los adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.**

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>Bajo &lt;50%</b>	<b>Medio 50 – 74.9 %</b>	<b>Alto &gt;75%</b>
Obesidad es enfermedad		72.3	
Frecuencia de comidas diaria	35.4		
El azúcar engorda		76.9	
Comida procesada engorda		60.0	
Frituras engorda			82.3
Alimentos ricos en vitaminas		65.4	
Alimentos ricos en grasa no saludable		64.6	
Alimentos ricos en carbohidrato	46.2		
Alimentos ricos en grasa Saludable	47.7		
Alimentos ricos en proteínas	30.8		
Actividad física			76.9

### 13.8 Didáctica.

En la tabla 9. Se observa que la población encuestada prefiere las charlas, con un 60.77% (79 encuestados) y en orden decreciente los audiovisuales, con un 21.54% (28 encuestados) dinámica grupal con un 10.77% (14 encuestados) y folletos con un 6.92%.(9 encuestados)

**Tabla 9. Distribución de la forma didáctica de elección para el diseño de la estrategia de intervención educativa en adultos jóvenes. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016**

<b>Didáctica</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Charlas	79	60.8
Audiovisuales	28	21.5
Dinámica grupal	14	10.8
Folletos	9	6.9
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

En la tabla 10. Se observa que el 33.1% (43 encuestados) prefieren los temas sobre recetas saludables, 32.3% (42 encuestados) prefieren el tema de la repercusión de la obesidad sobre la salud

**Tabla 10. Distribución de los temas educativos para el diseño de la estrategia de intervención educativa en adultos jóvenes. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016**

<b>Temas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Recetas de comida saludables	43	33.1
Repercusión de la obesidad sobre la salud	42	32.3
Cómo conservar el normo peso	41	31.5
Educación nutricional	19	14.6
Importancia de la actividad física	19	14.6
Tipos de alimentos	19	14.6

### 13.9 Disponibilidad del tiempo de los encuestados para ejecutar el diseño de la estrategia

Observamos en la tabla 11 que el mayor porcentaje 57.7% (75 encuestados) de encuestados escogió un tiempo disponible de 30 minutos y que el horario preferido con un 56.9% (74 encuestados) eligió el horario de la tarde.

El personal educador de mayor elección es el médico de cabecera con el 55.4% (72 encuestados).

El día de mayor disponibilidad es el sábado con un 33.4% (44 encuestados)

**Tabla 11. Distribución de la disponibilidad de tiempo de los encuestados para ejecutar el diseño de la estrategia de intervención educativa en adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio 6. Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016**

<b>Tiempo</b>	<b>N° encuestados</b>	<b>%</b>
15 min	34	26.2
30 min	75	57.7
60 min	21	16.2
<b>Horario</b>	<b>N° encuestados</b>	<b>%</b>
Mañana	31	23.9
Tarde	74	56.9
Noche	25	19.2
<b>Personal educador</b>	<b>N° encuestados</b>	<b>%</b>
Médico de cabecera	72	55.4
Equipo de salud	30	23.1
Cualquier médico	14	10.8
Enfermera	11	8.5
Psicólogo	4	3.1
<b>Día de mayor disponibilidad</b>	<b>N° encuestados</b>	<b>%</b>
Sábado	44	33.4
Domingo	25	19.2
Viernes	18	13.9
Jueves	15	11.5
Otros (lunes, martes, miércoles)	28	21.5



## DISCUSIÓN

La malnutrición por exceso es considerada una de las causas que predominantemente conlleva al sobrepeso y la obesidad, situación que está altamente relacionada con una mayor prevalencia de enfermedades metabólicas (23), (24). Considerando que el sobrepeso y la obesidad originados en la malnutrición por exceso tienen una condición de prevención altamente modificable con educación y concientización por lo que se propuso el presente trabajo de investigación del cual se obtuvieron resultados de encuesta pudiendo realizar los siguientes comentarios:

En un estudio experimental se concluye que el impacto de la estrategia de intervención educativa para mejorar los estilos de vida que previenen la obesidad, influye positivamente sobre la mejora de los conocimientos. (35) (36) (37). Debido a que varios artículos científicos confirman que la educación es un punto fuerte en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles el autor considera que el diseño adecuado de una estrategia educativa es una óptima opción para utilizar en la atención primaria como arma estratégica de intervención a los problemas de salud originados por la malnutrición por exceso en la población de estudio.

Según los resultados obtenidos mediante la encuesta elaborada, la población estudiada está mayormente representada por mujeres, este resultado marca una gran diferencia en el género mujer y hombre de la población estudiada, estas cifras están en correspondencia con las estadísticas del INEC 2013 (14) señalan que tanto en Ecuador como en Guayaquil la población del sexo femenino predomina sobre el sexo masculino, lo que se relaciona con el presente estudio. 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).

Haciendo referencia al estado nutricional de esta población con IMC superior a 25 el sobrepeso predomina en relación a las cifras de obesidad. Se puede observar que de acuerdo al sexo de los encuestados con sobrepeso es más frecuente en los hombres, teniendo en cuenta que la obesidad es más prevalente en las mujeres, esto tiene similitud en estudios realizados en España en la Encuesta Nacional de Salud 2012, esta encuesta da como resultados que la obesidad representa el 18.5% de la población adulta y que el 39% de la población adulta tiene sobrepeso, en este estudio observamos la misma relación proporcional de cifras de obesidad en relación al sobrepeso del presente estudio donde hay mayor prevalencia de sobrepeso en relación a la obesidad (26).

La circunferencia abdominal es mayor en las mujeres que en los hombres. Datos similares se reflejan en ENSANUT Ecu 2013. (8) . Aráuz-Hernández et al en su investigación señala que el mayor porcentaje de circunferencia abdominal por encima del valor normal establecido es en las mujeres, y que además esto va relacionado con un factor socioeconómico bastante similar al de la población estudiada en el que indica que el nivel educativo influye sobre el desarrollo de la obesidad, mientras menor nivel educativo mayor índice de obesidad existe. (31).

Se observa en este grupo de investigación de adultos jóvenes que el 58.5% tiene un antecedente patológico relacionado con la malnutrición por exceso. Carlos Hernan

Daza 2012 señala que las enfermedades metabólicas guardan estrecha relación con la obesidad de origen alimentario (35). Datos de ENSANUT 2013 señala que estas enfermedades van en aumento de prevalencia según se incrementa la edad, es decir que a mayor grupo etario más manifiesta serán las patologías relacionadas con la malnutrición por exceso, por lo que no podemos establecer un límite porcentual comparativo entre esta variable ya que no se encontró un estudio de similar característica realizado previamente en un grupo etario como el presente estudiado (8).

Para medir el nivel de conocimiento la encuesta consta de 11 criterios y en cuyo resultado se observa que la población de esta investigación tiene un nivel de conocimiento medio acerca de la malnutrición por exceso, no existen estudios científicos específicos acerca del nivel de conocimiento sobre la malnutrición por exceso en la población adulta joven, pero la Europea Food Information Council señala que la nutrición es un campo muy complejo, debido a que influyen factores culturales, sociales, religiosos, genéticos que afectan los hábitos alimenticios y que existen variedades de alimentos que contienen macronutriente y micronutrientes que afectan en el peso de un individuo dependiente de las cantidades ingeridas de cada uno de ellos.

La ENSANUT-ECU reporta que al evaluar la actividad física global, se observa que cuando se suman las varias formas de actividad física, más de la mitad de los adultos reportan niveles medianos o altos de actividad física, y que esta es mayor en hombres en relación con las mujeres (8) esta investigación revela que la población estudiada conoce que la actividad física contribuye a mantener el normo peso y fomenta una mejor calidad de vida, pero no hay un hábito creado o una motivación que los adhiera a esta medida. J.Ocampo –Mascaró, V. Silva, A. Daniell da Costa – Bullón en su estudio 2011 “Correlación entre el conocimiento de las consecuencias de la obesidad y grado actividad física” concluyen que el conocimiento no modifica los hábitos y estilos de vida de la población. (32) (33). Un estudio realizado en universitarios en Lima Perú 2014 acerca de la Correlación entre conocimientos sobre consecuencias de la obesidad y grado de actividad física en universitarios, concluye que el conocimiento es muy bajo (34)

## **14 CONCLUSIONES**

La población estudiada tiene características sociales similares al gran porcentaje de la población ecuatoriana; demográficamente predomina el sexo femenino; un nivel educativo medio (secundario completo e incompleto) y un alto porcentaje ocupación laboral informal.

El resultado acerca del nivel de conocimiento que se determinó con respecto al tema malnutrición por exceso, es un nivel de conocimiento medio según la escala de Liker aplicada en este trabajo.

Los componentes con los que se organizó la estrategia de intervención educativa para ampliar el nivel de conocimiento de la población de estudio son las charlas didácticas ocupando entre 15 a 30 minutos los días sábados de temas que educan acerca de una alimentación y estilo de vida saludable para la recuperación del normopeso.

## 15 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La selección del tema de investigación fue fundamentado en el análisis de la situación de salud del sector del consultorio médico n° 6 del área de medicina familiar del Centro de Salud Pascuales de la ciudad de Guayaquil, debido a la alta frecuencia de pacientes con sobrepeso y enfermedades crónicas en adultos mayores, surge la idea de diseñar una estrategia de intervención educativa para este grupo de pacientes con sobrepeso considerando que años posteriores serán ellos los adultos mayores con posibles enfermedades crónicas, tratando de hacer prevención en ellos y reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas se prosiguió con el objetivo principal, durante el desarrollo de la investigación el mayor inconveniente que se presentó fue el siguiente:

Localidad conflictiva con altos antecedentes de delincuencia y drogadicción

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 Pascuales

Mejorar el diseño de la estrategia diseñada según experiencias vivenciales en la ejecución.

Plantear el diseño de la estrategia en las escuelas del sector de Pascuales para adecuarla a la edad escolar y ejecutarla también en poblaciones más jóvenes de la estudiada.

## 16. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ROdrigo Yepez MBPL. Obesidad [Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición]. Quito; 2007 [cited 2016 06 06. Available from: <http://secian.com/libros/1libro.pdf>.
2. educación Md. Educación alimentaria y nutricional. libro del docente. Proyecto de alfabetización científica. Buenos Aires: Ministerio de educación, Ciencias de la salud; 2009. Report No.: ISBN 978-92-5-306274-4.
3. Ruiz RO. Jugar y aprender: Una estrategia de intervención educativa. In Ruiz RO. Jugar y aprender: Una estrategia de intervención educativa. Segunda ed.: Diada editora; 1999. p. 99.
4. 2013 E. www.salud.gob.ec. [Online].; 2013 [cited 2016 06 05. Available from: <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>.
5. Ecuador Mdspd. www.msp.gob.ec. [Online].; 2013 [cited 2016 06 05. Available from: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf).
6. Ministerio coordinador de desarrollo social. www.desarrollosocial.gob.ec. [Online].; 2012 [cited 2016 06 05. Available from: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/programa-accion-nutricion/>.
7. Jimenez EG. Obesidad: Análisis etiopatogénico y fisiopatológico. Elsevier - España. 2012 Mayo; 60(1).
8. Moubarac DJC. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Científico. Washintong DC.: Organización Panamericana de la Salud OPS, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental; 2015. Report No.: 978-92-75-31864-5.
9. Organización mundial de la salud. www.who.int. [Online].; 2015 [cited 2016 06 05. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154587/2/WHO\\_NMH\\_NHD\\_15.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154587/2/WHO_NMH_NHD_15.2_spa.pdf).
10. INEC. <http://www.inec.gob.ec>. [Online].; 2013 [cited 2016 06 11. Available from: [file:///C:/Users/yadira-pc/Downloads/asi\\_esGuayaquil\\_cifra\\_a\\_cifra.pdf](file:///C:/Users/yadira-pc/Downloads/asi_esGuayaquil_cifra_a_cifra.pdf).
11. Vergara A. Energía, alimentación y evolución. Rev Colomb Cir. 2013 Junio; 28(97).

- 12 López MdPM. El estudio de la alimentación humana desde una perspectiva .  
 . evolutiva y ecologica. Artículo científico. Madrid: Universidad Autónoma de  
 . Madrid, Biología; 2013.
- 13 Aguirre. P. RICOS FLACOS Y GORDOS POBRES. In Claves para Todos.;  
 . 2004; Buenos Aires. p. 41.
- 14 Cárdenas\* ADM. Prevalencia de obesidad y hábitos alimentarios desde el  
 . enfoque de género: el caso de Dzutóh, Yucatán, México. Arículo científico.  
 . Yucatán: \*Universidad Autónoma de Yucatán, Estudios sociales; 2014.
- 15 Moreira GV. Libro blanco de la nutrición en España. Informativo. Madrid:  
 . Fundación Española de la Nutrición, Nutrición; 2013. Report No.: 978-84-  
 . 938865-2-3.
- 16 MATA CDL. MALNUTRICIÓN, DESNUTRICIÓN Y  
 . SOBREALIMENTACIÓN. Revista Médica de Rosario. 2008 Mar; 17(20).
- 17 Alba-Martín R. Evidencia científica sobre estrategias de prevención de la  
 . obesidad infantil. Elsevier. 2015 Febrero.
- 18 Sampieri DRH. Metodología de la investigación. Cuarta ed. López NI, editor.  
 . México: Mc. Graw Hill; 2006.
- 19 OMS, estadísticas sanitarias mundiales. www.who.int. [Online].; 2014 [cited  
 . 2016 06 05. Available from:  
 . [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_14.1\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?ua=1&ua=1).
- 20 Guía de práctica clínica Pyddsyoenyaepnda.  
 . <http://www.cenetec.salud.gob.mx>. [Online].; 2012 [cited 2016 06 05.  
 . Available from:  
 . [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046\\_GPC\\_ObesidadAdulto/IMSS\\_046\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf).
- 21 Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de obesidad en adultos.  
 . <http://www.msal.gob.ar>. [Online].; 2014 [cited 2016 06 05. Available from:  
 . [http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2014-10\\_gpc\\_obesidad.pdf](http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2014-10_gpc_obesidad.pdf).
- 22 Angel Aragónes Gallegos LBG. www.seep.es. [Online].; 2012 [cited 2016 06  
 . 06. Available from:  
 . <http://www.seep.es/privado/documentos/consenso/cap07.pdf>.
- 23 J. Arancenta Bartrina. C. Pérez Rodrigo. www.buenastareas.com. [Online].;  
 . 2012 [cited 2016 06 07. Available from:  
 . <http://www.buenastareas.com/ensayos/Factores-Determinantes-Obesidad-Infantil/6495295.html>.

- 24 Duperly J. Obesidad. un enfoque integral. Cuarta ed. Bogotá: Universidad del Rosario; 2014.
- 25 T. DXR. Obesidad y sus complicaciones. Med.clin Condes. 2011 Mayo; 22(01).
- 26 Jiménez SR, Valle JSL, Vélez JC. FACTORES INDIVIDUALES, EVENTOS VITALES Y VARIABILIDAD GENÉTICA EN LA GÉNESIS DE LA OBESIDAD: UNA APROXIMACION AL ABORDAJE INTEGRAL. Scielo Revista Venezolana de endocrinología y metabolismo. 2013 Octubre; 11(3).
- 27 Martha Gabriela Rivadeneira Andrade IVRJ. PREVALENCIA DE OBESIDAD Y FACTORES DE RIESGO EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LOS MUNICIPIOS DE IBARRA Y OTAVALO. 2010. Es un informe de una tesis de pregrado en medicina.
- 28 Salas MMd, Martín-Ramiro JJ, Soto JJJ. Características sociodemográficas como factores de riesgo para la obesidad y el sobrepeso en la población adulta española. Elsevier. 2016 marzo ; 147(7).
- 29 Luz Stella Alvarez - Castaño. et al. <http://www.medic.ula.ve/>. [Online].; 2012 [cited 2016 06 07. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/4464/3449>.
- 30 Andrea Paola Alegre Daniela Agustina Centurión María Trinidad Larzabal Julieta Yanina Schafer. Sobrepeso y obesidad, relación con la frecuencia de comidas. 2011. Es una tesis para culminar la carrera de medicina.
- 31 C. Cano Fernandez. Y Chocrón Gonzalez JMNARMMRJM DVMRG. nivel de conocimiento sobre alimentación/nutrición en adolescentes escolarizados Cádiz. Elsevier. 2012 Agosto; 100(34).
- 32 Adriana Gámbaro LRC DACEZT. Conocimientos nutricionales y frecuencia de consumo de alimentos: un estudio de caso. Scielo. 2011 Septiembre; 61(3).
- 33 Mussart NCJACDJ. [www.unne.edu.ar](http://www.unne.edu.ar). [Online].; 2005 [cited 2016 06 07. Available from: [www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-002.pdf](http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-002.pdf).
- 34 UNICEF. <http://www.unicef.org>. [Online].; 2014 [cited 2016 06 11. Available from: [http://www.unicef.org/ecuador/media\\_27842.htm](http://www.unicef.org/ecuador/media_27842.htm).
- 35 Javier Ocampo-Mascaró VSSADdCB. Correlación entre conocimientos sobre consecuencias de la obesidad y grado de actividad física en universitarios. Medw ave. 2015 Diciembre; 11(6329).
- 36 Saavedra DC. Prescripción de Actividad Física en la Obesidad y las Alteraciones Metabólicas. Journal Publice standard. 2003 julio; 27(1).

- 37 Javier Ocampo-Mascaró VSSADdCB. La correlación entre los conocimientos sobre consecuencias de la obesidad y el grado de actividad física. Madwave. 2015 Diciembre; 15(11).
- 38 Martha Lilia Bernal Becerril \*GPGSMSSBCM. www.medigraphic.com. [Online].; 2012 [cited 2016 06 07. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122b.pdf>.
- 39 I DBMMB, II DNFF, MacíasIII DAMG, IV DMEMT, V LURTR, VI LJRMA. Impacto de una estrategia educativa estomatológica dirigida a pacientes diabéticos tipo 1 en edad pediátrica. "SCIELO" Revista archivo médico de Camaguey. 2011 Octubre; 15(5).
- 40 Antonio Vargas Ibáñez 1AGPAMIAP. Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa. Revista Facultad de Medicina UNAM. 2010 Abril; 53(2).
- 41 A. Martín Zurro, J. F. Cano Pérez. Atención primaria. concepto, organización, y práctica clínica. sexta ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- 42 Asamblea general. www.who.int. [Online].; 2011 [cited 2016 06 05. Available from: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/66/83&referer=/english/&Lang=S](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/83&referer=/english/&Lang=S).
- 43 Organización mundial de la salud, asamblea general. www.who.int. [Online].; 2005 [cited 2016 06 05. Available from: [https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/43037/1/924359222X\\_spa.pdf](https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/43037/1/924359222X_spa.pdf).
- 44 Begoña Olmedilla Alonso a, Rosaura Farré Rovira b, Carmen Asensio Vegas c, Mercedes Martín Pedrosa d. www.elsevier.es. [Online].; 2010 [cited 2016 06 05. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-nutricion-humana-dietetica-283-articulo-papel-las-leguminosas-alimentacion-actual-13152338>.
- 45 Manual Moderno. Epidemiología, Fisiopatología y manifestación clínica. In Misael DMSNDUEM. Obesidad. Tercera ed. México D.F.: MCGRAW-HILL; 2015. p. 376.
- 46 Enrique Crespo. Pedro José Pinés. Diagnóstico y tratamiento médico. Segunda ed. Barcelona: Marbán; 2012.
- 47 Organización mundial de la salud. www.who.int. [Online].; 2014 [cited 2016 06 06. Available from: [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_916\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf).

- 48 Luz Stella Alvarez - Castaño. et al. <http://www.medic.ula.ve/>. [Online].; 2012 . [cited 2016 06 07. Available from: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>.
- 49 MorenoI AJQ, RamírezI ML, MeléndezII EH, SánchezIII AP. Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. Rev Cubana Salud Pública. 2009 septiembre; 35(3).
- 50 Nielsen\*\*\*\*\*, Marcelina Cruz Sánchez\* Esperanza Tuñón Pablos\*\* Martha Villaseñor Farías\*\*\* Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo\*\*\*\* Ronald Byron Nigh. Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. Región y sociedad. 2013 Mayo; 25(57).
- 51 Aráuz-Hernández AG, Guzmán-Padilla S, Roselló-Araya M. La circunferencia abdominal como indicador de riesgo de enfermedad cardiovascular. Acta Médica Costarricense (AMC). 2013 Julio; 55(3).

**Anexo 1. Encuesta****SECCIÓN A.**

Solo para uso del investigador

**1. Datos antropométricos para el estado nutricional:**

<b>Peso (kg)</b>	
<b>Talla (m)</b>	
<b>IMC</b>	
<b>Perímetro abdominal</b>	

**2. Datos generales: (describa)**

<b>Nombres y apellidos</b>	
<b>Edad</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Estado civil</b>	
<b>Raza/Etnia</b>	
<b>Manzana y solar</b>	
<b>Teléfono</b>	
<b>N° CC.</b>	

**3. Nivel educativo: (marque con una X)**

<b>Primaria</b>	
<b>Secundaria</b>	
<b>Superior</b>	
<b>Ninguna</b>	

**4. Describa el tipo de trabajo que tiene:**

Trabajo con sueldo estable	
Trabajo sin sueldo estable	

## SECCIÓN B

1. **¿Tiene usted un antecedente clínico patológico de los mencionados a continuación?: señale con una “X” cual**

Diabetes	
Presión arterial alta	
Colesterol o triglicéridos elevado	
Derrame cerebral	
Cáncer	
Enfermedad de los huesos	
Ninguna	

2. **Señale con una x, si algún miembro de su familia padece de sobrepeso u obesidad.**

- a. Mamá .....
- b. Papá .....
- c. Hermanos .....
- d. Abuelos .....
- e. Tíos .....
- f. Primos .....

3. **¿Cuándo usted observa una persona con sobrepeso u obesidad qué piensa sobre esto?**

- a.- está saludable
- b.- está enferma

4. **¿Cuántas veces al día se debe ingerir alimentos?**

- a. Por lo menos 5 veces
- b. Por lo menos 3 veces

5. **Qué consideración tiene usted acerca de los alimentos preparados con alto contenido de azúcar**

- a. Son saludables .....
- b. Perjudican mi salud .....

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

- a. Son saludables .....
- b. Perjudican mi salud .....

**7. ¿Qué consideración tiene usted acerca del consumo de alimentos ricos en grasas?**

- a. Son saludables .....
- b. Perjudican mi salud .....

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

Carbohidratos	Brócoli, nabo, pera, fresa, naranjas, manzanas
Proteínas	Aceite de palma, manteca de cerdo, mayonesa, yema de huevo
Grasas dañinas	Huevo, carnes, leche, queso
Grasas saludables	Aguacate, nueces, almendras, aceite vegetal
Vitaminas	Arroz, papa, plátanos, harinas, fideos, pan, yuca

**9. ¿Practicar actividad física como “caminata” durante 30 minutos tres veces por semana, es suficiente para mejorar el estado de salud?**

- a. Si
- b. No

## SECCIÓN C

- 1. De qué forma le gustaría a usted recibir información acerca de cómo se asocia el sobrepeso y la obesidad con las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, colesterol elevado, la hipertensión arterial, derrame cerebral y trastornos de los huesos. Señale con una X una o varias opciones.**

- a. Charlas .....
- b. Audiovisuales .....
- c. Por folletos .....
- d. Dinámica grupal .....

- 2. Elija qué tema le gustaría conocer en relación a sobrepeso y obesidad. Encierre en un círculo el que elija.**

- a. Recetas saludables
- b. Cómo afecta el sobrepeso y obesidad a mi salud
- c. Conocer los grupos de alimentos que existen
- d. Educación nutricional para las distintas edades
- e. Actividad física
- f. Cómo mantener mi peso ideal

- 3. ¿Qué días le gustaría a usted recibir información educativa acerca de enfermedades relacionadas con sobrepeso y obesidad?**

Lunes	
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	
Sábado	
Domingo	

- 4. Por parte de qué personal de salud le gustaría recibir la información educativa.**

- a. Mi médico de cabecera
- b. Cualquier médico
- c. Licenciada de enfermería
- d. Psicólogo
- e. En equipo

**5. ¿Indique de que tiempo usted dispone para realizar actividades educativas acerca de sobrepeso y obesidad?**

- a. 15 minutos .....
- b. 30 minutos .....
- c. 60 minutos .....
- d. Mañana .....
- e. Tarde .....
- f. Noche .....

## **Anexo 2. Consentimiento Informado**

Yo, ....., Cédula de Identidad....., de nacionalidad....., mayor de edad, con domicilio en..... he recibido la información suficiente de parte de la Dra. ....de forma verbal me ha explicado acerca de la forma en que se me tomará el peso y talla y la encuesta escrita que debo responder, de la cual puedo retirarme en el momento que yo considere sin represarías en mi atención como paciente, consiento en participar en la investigación denominada: **“Propuesta estrategia de intervención educativa en pacientes adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio médico #6. Centro de salud Pascuales 2016”** la cual bajo mi autorización puede ser publicada con sus resultados preservando en anonimato mi identidad.

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

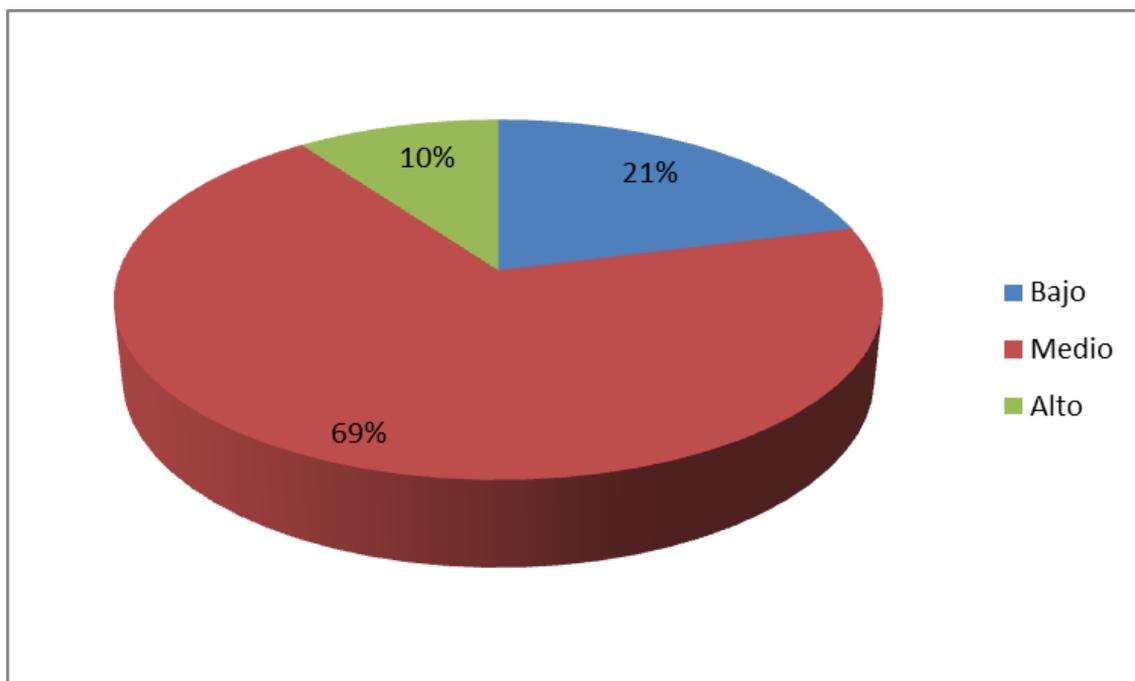
En caso de necesitar información adicional puedo contactarme con la Dra. Yadira Beltrán a la siguiente dirección electrónica [dra.yadialexa@hotmail.com](mailto:dra.yadialexa@hotmail.com). He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

-----  
**Firma de autorización**

**Nombre:**

**Investigadora: Dra. Yadira Beltrán J.**

**Anexo 3. Gráfico de distribución de los parámetros de medición del nivel de conocimientos en los adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio 6 del Centro De Salud Pascuales agosto 2015 – mayo 2016.**



**Fuente: tabla n° 8**

**Anexo 4. Diseño de la estrategia de intervención educativa para adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio n° 6 Centro de Salud Pascuales.**

## **Diseño de la estrategia de intervención educativa**

**Título de la estrategia:** Cuida tu salud en tu juventud y en tu vejez no cuides enfermedades.

### **Datos informativos**

Institución ejecutora: UCSG

Población Beneficiada: Pascuales

Provincia: Guayas

Cantón: Guayaquil

Parroquia: Pascuales

Beneficiarios: Adultos jóvenes con malnutrición por exceso del consultorio médico N° 6.

Autora: Md. Yadira Alexandra Beltrán Jaramillo.

Equipo técnico responsable:

Md. Yadira Beltrán Jaramillo (Estudiante de postgrado de medicina familiar y Comunitaria)

Dra. Yadira Valdés Gómez (Tutora de tesis)

Ayudantes: EAIS y líderes comunitarios.

Duración: 5 horas

Frecuencias: 30 minutos semanal.

Tiempo estimado: 10 semanas

## Contenido

Introducción: .....	3
Misión: .....	8
Visión: .....	8
Objetivo general.....	9
Fundamentación teórica: .....	10
Metodología.....	14
Descripción de la propuesta .....	16
Registro de asistencia de los participantes.....	17
Desarrollo de la Propuesta .....	18
Cronograma de actividades.....	23
Presupuesto .....	23
Conclusiones .....	24
Recomendaciones .....	24
Bibliografía .....	25

## **Introducción:**

Hoy en día el fácil acceso a los alimentos elaborados y procesados, la gran variedad en los supermercados, la red de publicidad agresiva, el medio y la cotidiana vida sedentaria son factores con alta influencia para que el estilo de vida acerque a la población hacia las grandes reservas calóricas 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 malnutrición por exceso o sobrealimentación 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 8 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 medir el nivel de conocimiento en la población del consultorio médico N° 6 del centro de salud Pascuales, tomándola como referencia para guiar a la elaboración de una estrategia de intervención educativa que más allá de informar acerca de la malnutrición por exceso y sus consecuencias en la salud, esta también sea razón de motivación para recuperar el normopeso al grupo intervenido, puesto que los pacientes que se tomó a consideración en la investigación sobrepasaron el IMC de 25, 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 malnutrición por exceso 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.

Según la historia de Ecuador hace unas cuantas décadas 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 como Guayaquil o restaurantes menos publicitados, pero aun así no dejan de ser comidas preparadas con altos contenidos de calorías simples y condimentos que a más de enriquecer el sabor, también enriquecen la malnutrición por exceso, además la comida chatarra antes era más cara para el bolsillo de los ecuatorianos, ahora es mucho más accesible a la economía y en paradoja existe cierta comida de alto valor nutritivo que su valor económico es un lujo, sin embargo en esta guía educativa se hará referencia a una alimentación saludable acorde a la situación socioeconómica de la población estudiada (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

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 64.6 % 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.

## **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 morbilidad, 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 el mundo occidental, la emergencia de la biotecnología alimentaria, ha posibilitado consumir durante todo el año cualquier tipo de alimento. Esto, unido a una accesibilidad casi ilimitada a los alimentos por gran parte de la población, ha generado toda una serie de modificaciones en la dieta habitual de los sujetos. 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. Cabe destacar como la sobrealimentación de los niños y jóvenes por estos productos constituye un elemento central que explica el acúmulo excesivo de grasa corporal. (1) Las políticas y acciones más eficaces para mejorar la calidad de los suministros de alimentos a fin de reducir la incidencia del sobrepeso y la obesidad incluyen la adopción de regulaciones públicas e intervenciones en el mercado. Por ejemplo, está bien demostrada la eficacia de factores como el precio, la disponibilidad y otros controles regulatorios sobre el consumo del tabaco. Sin embargo, algunos intentos recientes de aplicar regulaciones obligatorias para mejorar el suministro de alimentos se han visto obstaculizados por la desinformación y las publicaciones científicas tendenciosas, además de la presión de los intereses comerciales. Las políticas y acciones para mejorar los sistemas alimentarios a fin de lograr una alimentación más saludable requieren un firme compromiso político, combinado con el apoyo decidido y sostenido de los ciudadanos - en su calidad de votantes y padres de familia, así como el liderazgo de organizaciones de la sociedad civil y de movimientos sociales en todos los niveles (nacional, estatal y municipal). Las políticas públicas, las recomendaciones y las acciones relativas a la nutrición y la salud se han basado convencionalmente en determinados nutrientes (por ejemplo, sodio y grasas saturadas) o en determinados tipos de alimentos (por ejemplo, frutas y verduras y carnes rojas). 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. En África, el número de niños con sobrepeso u obesidad prácticamente se ha duplicado: de 5,4 millones en 1990 a 10,6 millones en 2014. En ese mismo año, cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia. 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. (3)

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 malnutrición por exceso en la población adulta joven del sector perteneciente al consultorio médico n° 6 del Centro de Salud de la parroquia Pascuales ya que se observó con frecuencia un número significativo de atenciones médicas en pacientes jóvenes con sobrepeso y obesidad (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) (3)

Por las razones antes mencionadas esta investigación está especialmente dedicada a analizar el sobrepeso y la obesidad basada en la malnutrición por exceso y el sedentarismo ya que estos son factores altamente modificables, considerando que la población estudiada tiene un riesgo social alto en cuanto al sector geográfico y el nivel cultural que los caracteriza se plantea la incógnita a descubrir si esta problemática se debe al desconocimiento acerca de la importancia de una correcta alimentación y estilo de vida saludable para la conservación del normopeso y por consiguiente una adecuada calidad de vida. De acuerdo a los resultados de la investigación el principal objetivo es proponer una estrategia de intervención educativa, todo esto con el propósito de crear medidas estratégicas en la población adulta joven que ha perdido el normopeso, mediante el cual, se pueda brindar las herramientas necesaria en cada individuo para que busque la conservación del normopeso y con ello eliminar este factor de riesgo que predispone a las enfermedades crónicas no transmisibles y las altas demandas de consultas médicas por enfermedades como diabetes, hiperlipidemias, hipertensión arterial, osteoporosis, litiasis vesicular y todas las que se relacionan a la malnutrición por exceso.

Por todo lo antes expuesto se ha diseñado una estrategia de intervención educativa cuyo propósito es incrementar el conocimiento medio de la población adulta joven que padece de esta incorrecta forma de alimentación y crear conciencia en cuanto a los riesgos que concurren conforme avanza la edad junto al sobrepeso y obesidad. (6)

**Misión:**

Este trabajo fue elaborado con la finalidad de educar a la población con un índice de masa corporal elevado, captados en el primer nivel de atención de salud para proporcionar el conocimiento suficiente acerca de la malnutrición por exceso y su influencia sobre la salud.

**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 la recuperación del normopeso.

### **Objetivo general.**

Elevar el nivel de conocimiento en la población adulta joven con malnutrición por exceso sobre la importancia de una alimentación adecuada y estilo de vida saludable.

### **Objetivos específicos.**

1. Explicar sobre los riesgos del sobrepeso y la obesidad para la salud.
2. Explicar sobre la alimentación saludable y su importancia para la conservación de la salud.
3. Explicar sobre la importancia de la actividad física para una mejor calidad de vida.
4. Explicar 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 los 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, 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:

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

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

3. *Comunicación social en salud*. Es un proceso en el que se realizan y transmiten mensajes, basado en investigaciones sobre el usuario, para promover la salud de los individuos y comunidades. La comunicación puede también servir para generar actitudes positivas y hábitos saludables. Estas herramientas están estrechamente relacionadas entre sí y se complementan unas con otras (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”. Por lo tanto se debe iniciar programas de prevención de adicciones desde los primeros grados de las escuelas de nivel primaria, vigilar que se respete el reglamento de venta de cigarrillos y bebidas alcohólicas a menores de edad, realizar campañas de sensibilización en los medios de comunicación masiva de los daños a la salud que ocasiona la exposición al humo de tabaco.

El trabajo por la educación en salud en las escuelas, exige la concreción de los aspectos pedagógicos que aseguren una verdadera influencia en este sentido y la determinación de los elementos de la Promoción de la Salud que deben concebirse desde la planificación y organización de la actividad escolar para garantizar su desarrollo real sin que se perciba como una sobrecarga para los docentes y se convierta en una forma nueva de concebir la actividad de educandos y educadores. La promoción de salud se debe desarrollar de forma sistemática como parte de la malla curricular de la escuela, donde se incluya la participación del personal docente, no docentes, estudiantes, familia, organizaciones políticas y de masas de la escuela y la comunidad, para que funcionen como Escuelas Promotoras de la Salud (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 (12).

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 jóvenes del consultorio médico n° 6 está diseñado a partir de una encuesta realizada a la población donde se incluyeron diferentes temas relacionados con una alimentación adecuada, la importancia de recuperar el peso adecuado y la influencia negativa de la malnutrición por exceso sobre la salud.

Se distribuirán los 130 participantes encuestados para organizar grupos de 26 persona para la conformación de las actividades de intervención educativa.

La intervención será implementada con una duración 10 semanas continuas dividida en 10 sesiones a durar entre 30 a 60 minutos cada una, de forma semanal ,el tipo de actividad predominante a realizar serán las charlas. Además se determinará el local y el horario a utilizar para desarrollar dichas actividades. La estrategia de intervención educativa quedará diseñada y lista para la ejecución de la misma, para quien se interese por el tema.

## **Técnicas**

Estrategia de intervención educativa tipo comunicativa.

Para dar salida al objetivo se elaboró un programa educativo dirigido a elevar el nivel de conocimiento en la población adulta joven con malnutrición por exceso sobre la importancia de una alimentación adecuada y estilo de vida saludable.

En esta estrategia se utilizarán distintos métodos y actividades 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 trastornos alimenticios más frecuentes y se aplicará el cuestionario evaluativo respectivo.

**Tercera sesión.** Charla dinámica y participativa sobre las características de una dieta saludable utilizando la pirámide alimenticia y el plato del buen comer. Cuestionario evaluativo respectivo.

**Cuarta sesión.** Utilizaremos una presentación PowerPoint, realizaremos una charla dinámica sobre la relación entre la malnutrición por exceso y las enfermedades no transmisibles y el cuestionario evaluativo respectivo.

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

**Sexta sesión.** Educar sobre los diferentes tipos de grasas útiles en la alimentación mediante power point en charla dinámica Y cuestionario evaluativo respectivo.

**Séptima sesión.** Explicar la importancia de las proteínas en la dieta mediante power point en una charla dinámica. Y cuestionario evaluativo respectivo.

**Octava sesión.** Explicar la importancia de las frutas y las verduras en la alimentación mediante power point en charla dinámica. Y cuestionario evaluativo.

**Novena sesión.** Explicar la Importancia de la actividad física en la prevención y tratamiento de la malnutrición por exceso.

**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 joven con malnutrición por exceso del consultorio n° 6 del Centro de Salud Pascuales del área de medicina familiar 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 26 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					
	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades</u>	Lugar	Materiales a utilizar	Tiempo de duración
<b>Presentación del personal que dirigirá la estrategia educativa.</b>	1. Dar a conocer los objetivos de la intervención.	1. Presentación de los participantes. 2. Charla motivacional	Pascuales	Lápices, hojas y disponibilidad del profesional.	15 a 30 min.
	2. Propiciar motivación.	3. entrega de cronograma de actividades 4. firma de un acta de compromiso			
<b>Técnica para evaluar conocimiento adquirido:</b>	Cuestionario				

Segunda sesión					
	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades</u>	Lugar	Materiales a utilizar	Tiempo de duración
<b>La alimentación y sus alteraciones más frecuentes</b>	1 Describir los trastornos alimenticios más frecuentes.	Audiovisual guiado por el profesional.	Por determinar	Computador a portátil y proyector	15 a 30 min.
<b>Técnica para evaluar conocimiento adquirido:</b>	Cuestionario				

<b>Tercera sesión</b>					
	<b><u>Objetivos</u></b>	<b><u>Actividades</u></b>	<b>Lugar</b>	<b>Materiales a utilizar</b>	<b>Tiempo de duración</b>
<b>Dieta equilibrada y saludable. El plato saludable.</b>	1. Explicar las características de una dieta saludable. Con la pirámide alimenticia y el plato del buen comer .	Charla y dinámica participativa	Por determinar	comida real, utensilios de cocina, plato, cubiertos, imágenes (puede ser digital o papelógrafos)	30 min.
<b>Técnica para evaluar conocimiento adquirido:</b>	Cuestionario				

<b>Cuarta sesión</b>					
	<b><u>Objetivos</u></b>	<b><u>Actividades</u></b>	<b>Lugar</b>	<b>Materiales a utilizar</b>	<b>Tiempo de duración</b>
<b>Repercusión de la obesidad en la salud.</b>	1. Explicar la relación que existe entre la malnutrición por exceso y las enfermedades no transmisibles. .	Charla dinámica en Power point	Por determinar	Lapto y proyector Papel y lápiz	20 a 30 min
<b>Técnica para evaluar conocimiento adquirido:</b>	Cuestionario				

<b>Quinta sesión</b>					
	<b><u>Objetivos</u></b>	<b><u>Actividades</u></b>	<b>Lugar</b>	<b>Materiales a utilizar</b>	<b>Tiempo de duración</b>
<b>El agua y los nutrientes necesarios para el organismo.</b>	1. Educar sobre la importancia de los nutrientes en el organismo.	Charla dinámica en power point	Por determinar	Laptop y proyector Papel y lápiz	30 min
<b>Técnica para evaluar conocimiento adquirido:</b>	Cuestionario				

<b>Sexta sesión</b>					
	<b><u>Objetivos</u></b>	<b><u>Actividades</u></b>	<b>Lugar</b>	<b>Materiales a utilizar</b>	<b>Tiempo de duración</b>
<b>Las grasas beneficios y perjuicios.</b>	1. Educar sobre los diferentes tipos de grasas útiles en la alimentación	Audiovisual guiado por el profesional	Por determinar	Laptop y proyector Papel y lápiz	30 min
<b>Técnica para evaluar conocimiento adquirido:</b>	Cuestionario				

Séptima sesión					
	<b><u>Objetivos</u></b>	<b><u>Actividades</u></b>	<b>Lugar</b>	<b>Materiales a utilizar</b>	<b>Tiempo de duración</b>
<b>Las proteínas en la dieta.</b>	1. Explicar la importancia de las proteínas en la dieta.	Charla	Por determinar	Laptop y proyector Papel y lápiz	30 min
<b>Técnica para evaluar conocimiento adquirido:</b>	Cuestionario				

Octava sesión					
	<b><u>Objetivos</u></b>	<b><u>Actividades</u></b>	<b>Lugar</b>	<b>Materiales a utilizar</b>	<b>Tiempo de duración</b>
<b>Frutas y verduras, su papel en la alimentación.</b>	1. Explicar la importancia de las frutas y las verduras en la alimentación	Charla	Por determinar	Laptop y proyector Papel y lápiz	30 min
<b>Técnica para evaluar conocimiento adquirido:</b>	Cuestionario				

Novena sesión					
	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades</u>	Lugar	Materiales a utilizar	Tiempo de duración
<b>Beneficios en la salud de la actividad física</b>	2. Explicar la importancia de la actividad física en la prevención y tratamiento de la malnutrición por exceso	Charla	Por determinar	Laptop y proyector Papel y lápiz	30 min
<b>Técnica para evaluar conocimiento adquirido:</b>	Cuestionario				

Décima sesión					
	<u>Objetivos</u>	<u>Actividades</u>	Lugar	Materiales a utilizar	Tiempo de duración
<b>Cierre del curso.</b>	1. Determinar los conocimientos adquiridos por los participantes y grado de satisfacción.	Aplicación de una encuesta	Por determinar	Papel y lápiz	15 a 30 min
<b>Técnica para evaluar conocimiento adquirido:</b>	Cuestionario				

### Cronograma de actividades

Actividad a desarrollar	Meses																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Instrucciones a los facilitadores																		

### Presupuesto

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

✓ Recursos Humanos:

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

✓ Recursos Materiales:

- Una sala en el centro de salud que disponga de un ordenador, un proyector, una pizarra y aproximadamente unas 7 mesas y 28 sillas.
- Folios y bolígrafos.
- Cartel del programa.
- Cuestionarios.
- Tabla con principales modificaciones dietéticas.
- Alimentos.
- Pirámides de alimentación.
- Pirámides de actividad física.

✓ Recursos financieros:

- Este programa será financiado en su totalidad por el médico.

**Conclusiones**

Serán evaluadas cuando se aplique la estrategia.

**Recomendaciones**

Mejorar la didáctica conforme sean evaluadas las sesiones.

## 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/closethegap\\_how/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_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 2016 Sep. 14]; 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.p](http://www.ethicseducation.eu/resources/D6_Methodology_Guidelines_ES.p)
- 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](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 septiembre de 2016]. 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](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Promocion_de_la_Salud_y_Determinantes_Sociales.pdf)
- 12.- Álvarez S. Medicina General Integral. Modo, condiciones y estilos de vida. Volumen I. Capítulo 9, pág 82,83.



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



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

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Beltrán Jaramillo Yadira Alexandra, con C.C: #0704168517 autor(a) del trabajo de titulación: "Diseño de una Estrategia de Intervención Educativa para Adultos Jóvenes con Malnutrición por Exceso del Consultorio Médico n°6 del Centro de Salud Pascuales. Agosto 2015 hasta mayo 2016". 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 graduación 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 graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 04 de enero de 2017

f. \_\_\_\_\_  
Nombre: Beltrán Jaramillo Yadira Alexandra  
C.C: 0704168517



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	"Diseño de una Estrategia de Intervención Educativa para Adultos Jóvenes con Malnutrición por Exceso del Consultorio Médico n°6 del Centro de Salud Pascuales. Agosto 2015 hasta mayo 2016"		
<b>AUTOR(ES)</b>	Beltrán Jaramillo Yadira Alexandra		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dra. Yadira Valdés Gómez		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Postgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	04 de enero 2017	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	94
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Intervención educativa, sobrepeso, obesidad, malnutrición por exceso.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>	<p>Antecedentes: La malnutrición por exceso es uno de los problemas de la época actual que ha duplicado la cifras de personas con obesidad en estos últimos 20 años, en Ecuador el porcentaje de obesos es de 62.8% en la población adulta en 2013, conlleva estrecha relación con enfermedades crónicas no transmisibles y se considera altamente modificable con promoción y prevención. <b>Materiales y Métodos:</b> Investigación descriptiva, observacional, transversal, cuyo procesamiento fue recolectar información mediante encuesta elaborada por el autor, las características sociodemográficas, identificar el nivel de conocimiento acerca del tema y determinar los componentes y directrices necesarios para el diseño de la estrategia educativa en 130 adultos jóvenes con índice de masa corporal mayor a 25 pertenecientes al consultorio médico n° 6 del Centro de Salud Pascuales. <b>Resultados:</b> la población predominante es femenina, de estado civil unión libre, de nivel educativo secundario y ocupación ninguna, el nivel de conocimiento es medio basados en 11 criterios de conocimiento generales y los componentes determinados para la elaboración de la estrategia fueron la aplicación de charlas didácticas 60.7% , los temas de mayor interés elaborar recetas de comidas saludables, el día señalado por los encuestados en los que mayor disponibilidad tienen es el sábado con 33.8% (44 encuestados). <b>Conclusiones:</b> las estrategias de intervención educativa tienen una influencia positiva para la mejora del nivel de conocimiento en atención primaria de salud.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0995373664	<b>E-mail:</b> dra.yadialexa@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landivar		
	<b>Teléfono:</b> 42206953-2-1-0 ext: 1830.		
	<b>E-mail:</b> xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec.		

#### **SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	