



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD
EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN EL PERÍODO JULIO -
OCTUBRE 2012”**

Requisito previo para la obtención del título de Médica

Autora: Ramírez Guerrero, Ana Gabriela

Tutora: Dra. Altamirano Villacreses, Rosa Amalia

Ambato – Ecuador

Abril, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de investigación sobre el tema:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA; EN EL PERÍODO JULIO A OCTUBRE 2012” de Ana Gabriela Ramírez Guerrero estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, septiembre del 2014

LA TUTORA

.....
Dra. Rosa Amalia Altamirano Villacreses

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA; EN EL PERÍODO JULIO A OCTUBRE 2012**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, septiembre 2014

LA AUTORA

.....

Ana Gabriela Ramírez Guerrero

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis con confines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autora.

Ambato, septiembre de 2014

LA AUTORA

.....

Ana Gabriela Ramírez Guerrero

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA; EN EL PERÍODO JULIO- OCTUBRE 2012.”** de Ana Gabriela Ramírez Guerrero, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, abril 2015

Para constancia Firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mi hija.

A Dios por darme la oportunidad de llegar a la feliz culminación de mi carrera, por iluminar cada paso que doy, cuidándome y dándome la perseverancia para continuar mi camino y sobre todo por haberme regalado una hija maravillosa, la razón de mi vida, a mis padres, Mesías y Esthela quienes han velado por mi educación, a mi esposo Fermín por haberme dado su apoyo en momentos muy difíciles de mi vida. Por depositar su confianza en mis capacidades lo que me ha permitido luchar y alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes.

Ana Ramírez

AGRADECIMIENTO

La presente tesis es un esfuerzo en la cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

A mi tutor de tesis, Dra. Rosa Altamirano por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

Mi profundo agradecimiento a la Dra. Aída Aguilar por ser una guía fundamental durante la realización de este proyecto, por el tiempo dedicado y el nivel de conocimientos aportados en esta investigación.

Ana Ramírez

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA; EN EL PERÍODO JULIO-OCTUBRE 2012.”

Autora: Ramírez Guerrero, Ana Gabriela

Tutora: Dra. Altamirano Villacreses, Rosa Amalia

Fecha: Septiembre 2014

RESUMEN

La presente investigación, pretende identificar los factores de riesgo relacionados a sobrepeso y obesidad, en las mujeres en edad fértil en el Hospital Provincial General Latacunga. Para lo cual se ha utilizado como metodología la investigación cualitativa, modalidad biográfica, de campo, tipo descriptivo dirigido a la población de mujeres en edad fértil comprendidas entre 15 y 49 años de edad.

Para determinar el sobrepeso y obesidad en mujeres investigadas, se aplicaron medidas antropométricas (peso- talla), que sirvieron para establecer el Índice de Masa Corporal. Los instrumentos que se utilizaron fueron encuestas. En el desarrollo del marco teórico se ha citado diferentes fuentes e investigaciones relevantes, así como antecedentes que determinan si la población a ser estudiada conoce del tema. La investigación revela un porcentaje alto de obesidad, tipo de alimentación, actividad física además del hábito de fumar y fármacos.

PALABRAS CLAVES: FACTORES _ RIESGO, SOBREPESO _ OBESIDAD, MUJERES _ EDAD FÉRTIL, ESTILO _ VIDA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

"RISK FACTORS ASSOCIATED WITH OVERWEIGHT AND OBESITY IN WOMEN IN REPRODUCTIVE AGE SERVED IN THE PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN THE PERIOD JULY LATACUNGA - OCTOBER 2012".

Author: Ramírez Guerrero, Ana Gabriela

Tutor: Dra. Altamirano Villacreses, Rosa Amalia

Date: September 2014

SUMMARY

This research aims to identify risk factors associated with overweight and obesity in women of childbearing age in the Provincial General Hospital Latacunga. For which it has been used as a qualitative research methodology, biographical method , field , descriptive addressed to the population of women of childbearing age ranging between 15 and 49 years old.

To determine overweight and obesity in women surveyed, anthropometric measurements (weight- height) , which served to establish the body mass index were applied. The instruments used were surveys. In developing the theoretical framework has been cited different sources and relevant research and history that determine whether the population to be studied knows the subject. Research reveals a high percentage of obesity, type of diet, physical activity besides smoking and drugs.

KEYWORDS: RISK _ FACTORS, OVERWEIGHT, OBESITY _ WOMEN REPRODUCTIVE AGE, I AM USED _ LIFE.

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	viii
SUMMARY.....	ix
ÍNDICE.....	x
ÍNDICE DE TABLAS	xvi
ÍNDICE DE CUADROS.....	xviii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1.- TEMA DE INVESTIGACIÓN:.....	3
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1.- Contextualización.....	3
1.2.1.1.- Contextualización Macro.....	3
1.2.1.2.- Contextualización Meso.....	4
1.2.1.3.- Contextualización Micro.....	6
1.2.2.- Árbol de problema.....	7
1.2.3.- Análisis Crítico	8
1.2.4.- Prognosis	9
1.2.5.- Formulación del problema.....	9
1.2.6.- Preguntas directrices.....	10
1.2.7.- Delimitación del problema	10
1.2.7.1.- Delimitación del contenido	10
1.2.7.2.- Delimitación espacial:	10
1.2.7.3.- Delimitación Temporal:	10
1.3.- JUSTIFICACIÓN	10
1.4.- OBJETIVOS	12

1.4.1.- General	12
1.4.2.- Específicos.....	12
CAPÍTULO II.....	13
MARCO TEÓRICO	13
2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	13
2.2.- FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	16
2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL	17
2.3.1.- Constitución de la república	17
2.3.2.- Ley orgánica de salud	18
2.4.- CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	20
2.4.1.- Constelación de Ideas de la Variable Independiente	21
2.4.2.- Constelación de Ideas de la Variable Dependiente.....	22
2.5.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	23
2.5.1.- Sobrepeso y obesidad.....	23
2.5.1.1.- Definición.	23
2.5.1.2.- Clasificación de acuerdo al exceso de peso corporal	24
2.5.1.3.- Clasificación del peso.	24
2.5.1.4.- De acuerdo a su etiología	26
2.5.1.5.- Prevención	27
2.5.1.6.- Tratamiento.....	28
2.5.2.- Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil.....	29
2.5.2.1.- FACTORES MODIFICABLES	29
2.5.2.2.- FACTORES NO MODIFICABLES	31
2.5.2.3.- ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD	32
2.5.2.4.- Factores socioeconómicos.....	36
2.6.- HIPÓTESIS	37
2.7.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS	37
2.7.1.- Variable independiente:.....	37
2.7.2.- Variable dependiente:	37
CAPÍTULO III.....	38
MARCO METODOLÓGICO	38

3.1.- ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	38
3.2.- MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	38
3.3.- NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	38
3.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
3.4.1.- Criterios de inclusión	40
3.4.2.- Criterios de exclusión	40
3.5.- ASPECTOS ÉTICOS	40
3.6.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
3.7.- PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	47
3.8.- PLAN PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INTERPRETACIÓN	47
CAPÍTULO 4.....	49
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	49
4.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	49
4.1.1 CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA (CSE).....	54
4.2.- ESTILOS DE VIDA	57
4.3.- ESTADO NUTRICIONAL	62
4.4 USO DE MEDICAMENTOS.....	66
4.5.- VALIDACIÓN DE HIPÓTESIS.....	71
CAPÍTULO IV.....	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
5.1.- CONCLUSIONES	74
5.2.- RECOMENDACIONES	74
CAPÍTULO VI.....	77
LA PROPUESTA	77
6.1.- DATOS INFORMATIVOS.....	77
6.1.1.- Tema	77
6.1.2.- Institución ejecutora	77
6.1.3.- Beneficiarios.....	77
6.1.4.- Ubicación	77
6.1.5.- Tiempo estimado para la ejecución.....	77
6.1.6.- Equipo técnico responsable	77
6.1.7.- Costo.....	77

6.2.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	78
6.3.- JUSTIFICACIÓN	78
6.4.- OBJETIVOS	79
6.4.1.- Objetivo general.	79
6.4.2.- Objetivos específicos	79
6.5.- ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	79
6.6.- FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TEÓRICO	80
6.6.1.- La Obesidad.....	80
6.6.2.- Programa de cultura física terapéutica (CFT), bases fisiológicas.....	82
6.6.2.1.- Efectos del ejercicio físico en las obesas.....	83
6.6.2.2.- Indicadores Metodológicas de la CFT.....	83
6.6.2.2.1.- El ejercicio físico terapéutico (CFT) más recomendado	84
6.6.2.2.2.- Beneficios del ejercicio físico	84
6.6.2.2.3.- Clasificación de la obesidad.....	85
6.7.- METODOLOGÍA.....	87
6.7.1.- Comportamiento de los indicadores.....	87
6.7.1.1.- Guía de observación	88
6.7.2.- Modelo Operativo.....	89
6.8.- PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA .	94
6.9.- EVALUACIÓN	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA	99
ANEXO 1	102
ANEXO 3	106
ANEXO 4	107

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Árbol de problema	7
Gráfico N° 2: Categorización de las variables	
Elaborado por: Ana Gabriela Ramírez G	20
Gráfico N° 3: Constelación de ideas de la Variable Independiente	21
Gráfico N° 4: Constelación de ideas de la Variable Dependiente	22
Gráfico N° 5: Pirámide Alimenticia	33
Gráfico N° 6: Condición socioeconómica del hogar. HPGL 2012.	54
Gráfico N° 7: Distribución según la respuesta acerca del sobrepeso si es saludable o no en las pacientes investigadas, HPGL 2012.	56
Gráfico N° 8: Distribución según el consumo de grasas de las pacientes, HPGL, 2012.	57
Gráfico N° 9: Distribución según tiempo dedicado a una actividad física diaria, HPGL 2012.	60
Gráfico N° 10: Distribución según el hábito de fumar de las pacientes, HPGL 2012.	61
Gráfico N° 11: Distribución según el peso de la paciente, HPGL 2012....	62
Gráfico N° 12: Distribución según la talla de la paciente, HPGL 2012.	63
Gráfico N° 13: Distribución según el Índice de masa corporal (IMC) de las pacientes investigadas, HPGL.2012.	63
Gráfico N° 14: Distribución del estado nutricional según el IMC de la paciente, HPGL 2012.....	64
Gráfico N° 15: Distribución según los valores de la Tensión arterial de las pacientes, HPGL 2012.....	66
Gráfico N° 16: Distribución según el tipo de anticonceptivo que utiliza la paciente, HPGL 2012.....	66
Gráfico N° 17: Distribución según el tiempo de duración del uso del anticonceptivo de la paciente, HPGL 2012.	68
Gráfico N° 18: Distribución según el tipo de tratamiento recibido, para el sobrepeso y obesidad, HPGL. 2012.	69

Gráfico N° 19: Distribución según los resultados obtenidos con el tratamiento recibido, HPGL 2012.....	70
Gráfico N° 20: Distribución de riesgo de enfermedad cardiovascular según el peso de la paciente, HPGL 2012.	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Distribución según la edad, HPGL 2012.	49
Tabla N° 2: Relación entre los grupos de edad según el estado nutricional. HPGL, 2012.	50
Tabla N° 3: Distribución según el estado civil, HPGL, 2012.....	50
Tabla N° 4: Distribución según el número de hijos de la paciente, HPGL 2012.....	51
Tabla N° 5: Relación entre el número de hijos según el estado nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012	51
Tabla N° 6: Distribución según la instrucción de la paciente HPGL, 2012.	52
Tabla N° 7: Distribución según la ocupación de la paciente HPGL, 2012.	52
Tabla N° 8: Relación entre la ocupación y el estado nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012.	53
Tabla N° 9: Distribución según el lugar donde vive la paciente, HPGL 2012.....	53
Tabla N° 10: Distribución según la dotación de agua para el hogar de la paciente, HPGL 2012.....	53
Tabla N° 11: Distribución según la condición del servicio higiénico del hogar de la paciente, HPGL 2012.....	54
Tabla N° 12: Relación entre la Condición Socioeconómica (CSE) y el Estado Nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012.	55
Tabla N° 13: Relación entre la edad y la opinión acerca del sobrepeso es saludable o no, HPGL 2012.....	57
Tabla N° 14: Relación entre el Consumo de Grasas y el Estado Nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012.....	58
Tabla N° 15: Distribución según el consumo de frutas y verduras en las pacientes investigadas. HPGL, 2012.	58
Tabla N° 16: Relación según el consumo de frutas y verduras y el estado nutricional en las mujeres investigadas. HPGL 2012.....	59

Tabla N° 17: Distribución según la relación entre los grupos de edad y el consumo de frutas y verduras.....	59
Tabla N° 18: Relación entre el Tiempo dedicado a una Actividad Física y el Estado Nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012.....	60
Tabla N° 19: Relación entre el Hábito de fumar y el Estado Nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012.	62
Tabla N° 20: Relación entre los grupos de edad según el estado nutricional. HPGL. 2012.....	65
Tabla N° 21: Relación del tipo de método anticonceptivo (MAC) según el estado nutricional de la paciente. HPGL 2012.	67
Tabla N° 22: Relación entre el tiempo de uso del método anticonceptivo (MAC) según el estado nutricional de las pacientes. HPGL 2012.	68
Tabla N° 23: Relación entre el tipo de tratamiento recibido y el estado nutricional de las pacientes investigadas .HPGL, 2012.	69
Tabla N° 24: Relación entre los resultados obtenidos con el tratamiento del sobrepeso y obesidad según los grupos de edad de las mujeres investigadas, HPGL 2012.	70
Tabla N° 25: Estado nutricional según el sedentarismo, HPGL, 2012.	72
Tabla N° 26: Estado nutricional según el consumo de grasas, HPGL, 2012.....	73

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1: Variable Independiente: Factores de Riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil.	45
Cuadro N° 2: Variable Dependiente: Sobrepeso y Obesidad.....	46
Cuadro N° 3: Modelo Operativo.	89

INTRODUCCIÓN

Esta investigación considerando los índices crecientes de obesidad en el mundo, se ha observado también que está considerada como la “enfermedad” propia del siglo XXI, pues así lo manifiestan varios textos e investigaciones, su incidencia es muy evidente tanto en países desarrollados como los que están en vías de desarrollo debido a estilos de vida inadecuados que se caracterizan por el alto consumo de comida rápida conocida también como comida “chatarra”, que día a día alcanza mayor cobertura en el mercado, así como el sedentarismo cada vez más presente en la población.

Según las estadísticas de estudios realizados se conoce que a nivel mundial, la obesidad es un trastorno nutricional más frecuente, se estima que existen más de 1.000 millones de personas con obesidad en el mundo, el 65% de la población adulta; preocupa su tendencia a aumentar. (OMS, 2009)

La necesidad de aportar con esta investigación surge de lo observado en consulta externa del Hospital Provincial General Latacunga, en las mujeres en edad fértil durante la realización del año de Internado Rotativo.

Se pudo observar también un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad sobre todo en mujeres en edad fértil comprendida entre 15 a 49 años de edad. Además, en este estudio se determina como influyen los malos hábitos de estilo de vida en el desarrollo de esta problemática, específicamente los relacionados con la alimentación y sedentarismo, pues que, el desarrollo poblacional, económico y tecnológico existente, ha generado que personas de todas las edades y niveles socioeconómicos heterogéneos, se vean envueltas en desórdenes alimenticios.

En el Ecuador, este problema está presente, se ha evidenciado el consumo de alimentos altamente energéticos. Cabe recalcar que en los hogares la falta de conocimiento sobre una dieta balanceada favoreciendo el apareamiento de sobrepeso y obesidad.

Para la investigación, se aplicó la toma de medidas antropométricas (peso, talla), para calcular el Índice de Masa Corporal, además la aplicación de encuestas sobre hábitos alimenticios actividad física y Condición Socioeconómica. Los resultados fueron cifras elevadas de sobrepeso y obesidad.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL LATACUNGA EN EL PERIODO JULIO – OCTUBRE 2012”.

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1.- Contextualización

1.2.1.1.- Contextualización Macro

Se ha reconocido que la obesidad está definida como el exceso de tejido adiposo en el organismo, el incremento del problema del sobrepeso y de la obesidad se han venido presentando de manera predominante en países occidentales, donde se nota un aumento constante en el número absoluto y relativo de personas con sobrepeso y obesidad, afectando la salud de la población además generando un incremento en los costos directos e indirectos en la atención de estas personas. (Allison, H.1999)

Es notable la observación de que en países en vías de desarrollo o de “economías emergentes” se ha presentado también este incremento, alcanzando en muchos casos la obesidad una prevalencia mayor a la desnutrición constituyéndose entonces, según el enfoque, en la principal problemática nutricional en esos lugares. (Visscher T, 2001)

En estos países o regiones la obesidad es una problemática de la pobreza; apareciendo la figura del gordo pobre en contraposición al gordo rico, tradicional de niveles socioeconómicos altos. Estas características se aplican muy estrechamente en América Latina, donde la pobreza efectivamente coincide con índices crecientes de obesidad y donde es dominante la presencia del obeso pobre. (Peña, M.B. 2001)

Las poblaciones de niveles socioeconómicos pobres consumen alimentos que por su calidad, los lleva hacia una ganancia de peso que eventualmente limitaría su capacidad de trabajo, condicionando un bajo nivel de ingresos. La obesidad reduce la calidad de vida, además acompañada de un mal estilo de vida promovido por las largas jornadas de trabajo que se ven en la necesidad de realizar para la manutención de los miembros de su familia. (Gortmaker, S. 1993)

La obesidad determina un estado de salud que reduce la actividad física, que a futuro podría disminuir la productividad y el rendimiento laboral; condicionando un bajo nivel de ingresos; asimismo, la obesidad no sólo afecta la productividad de la persona, por un incremento en la mortalidad, sino también a través del incremento de la morbilidad, que podría determinar su incapacidad laboral temprana y su retiro de la fuerza laboral, dentro de la sociedad; demandando alimentación y sobre todo costosos cuidados de salud por las enfermedades crónicas asociadas a la obesidad, que aunado a los elevados costos directos que demanda su cuidado, perpetúan el nivel socioeconómico pobre de esta población. (Rissanen, A.1990)

1.2.1.2.- Contextualización Meso

La obesidad constituye un importante problema de salud público, asociado en los adultos con enfermedades crónicas y degenerativas como hipertensión arterial, dislipidemias, síndrome de ovario poliquístico (SOP) en mujeres en edad fértil, aún más tomando en cuenta que dichas

enfermedades se las han identificado como las principales causas de mortalidad en países desarrollados. (Arteaga A, 1994)

En Ecuador, en general, se ha prestado mayor atención a los problemas de desnutrición que a los de mala nutrición por exceso. Sin embargo, los cambios que el país ha experimentado y el proceso de transición epidemiológica por el cual atraviesa, indican que la malnutrición por exceso también puede constituir un problema de salud pública importante. La creciente urbanización y el desarrollo económico producen cambios en las condiciones y en los estilos de vida. Estos cambios pueden generar modificaciones en la dieta y en los patrones de actividad física de la población, lo que puede aumentar el riesgo de obesidad. Información procedente tanto de países desarrollados como en desarrollo, indica que el riesgo de sufrir obesidad no es homogéneo entre los distintos estratos socioeconómicos y educativos de la población. (Rosenbaum, M. 1997)

Esto implica un cambio sustancial en su estilo de vida y una disminución de la actividad física, ya que emprenden actividades más sedentarias y como consecuencia se propicia el aumento de peso sobre todo en mujeres en edad fértil. (Peña, M. B. 2001).

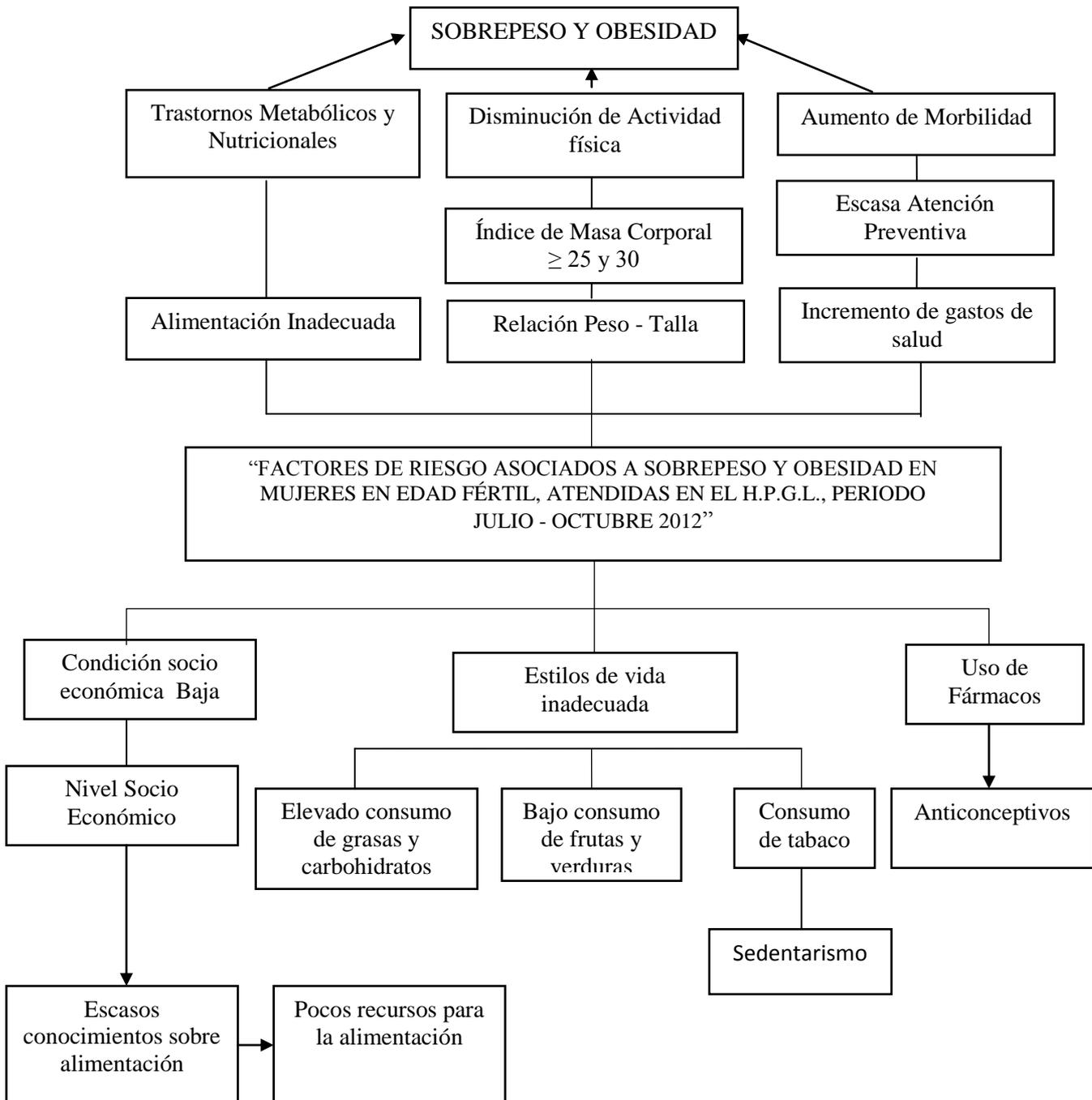
A todo esto se añade que los habitantes de las ciudades consumen menos frutas, vegetales, y los nuevos ciudadanos comen cada día más comida rápida a base de grasas y carbohidratos. Las personas con más dinero probablemente leen más el periódico, prestan atención acerca de las recomendaciones sobre una dieta saludable, un peso ideal, fuera del acceso a los migrantes del campo. Pero también se debe tomar en cuenta un punto importante pese al nivel socioeconómico y educacional la obesidad se sigue adueñando de una buena parte de la población debido a la presencia de estilos de vida no saludables y una alimentación inadecuada, pues pese al conocer los riesgos de esta problemática simplemente son ignorados por comodidad, por la disposición de pocos recursos económicos y por el ritmo acelerado del diario vivir. (Farreras, M. 1987).

1.2.1.3.- Contextualización Micro

En el Hospital General Latacunga en el área de consulta externa se ha observado una significativa afluencia de mujeres con sobrepeso y obesidad sin que se hayan podido definir qué factores de riesgo son los que con mayor frecuencia se encuentran presentes en las mujeres en edad fértil; se presume que las condiciones económicas y los estilos de vida no saludables podrían estar inmersos en el problema, siendo importante el estudio de los mismos con el fin de establecer las condiciones y particularidades de la pacientes que consultan en el hospital por otros problemas de salud. Se requiere además generar información que permita definir estrategias de prevención primaria y secundaria del problema, sobre todo si se tiene en cuenta que la obesidad es un problema frecuentemente asociado a las principales causas de morbi-mortalidad del país y que la responsabilidad fundamental de los servicios de salud es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

1.2.2.- Árbol de problema

Gráfico N° 1: Árbol de problema



Elaborado por: Ana Gabriela Ramírez G.

1.2.3.- Análisis Crítico

Teniendo conocimiento que la obesidad es un problema de salud que ha ido tomando fuerza, afectando a muchas mujeres, sobre todo aquellas que se encuentran en edad fértil, se debe considerar la posibilidad de conocer los factores de riesgo asociados a este gran problema de salud pública.

Una de las principales causas pudiese ser el factor socioeconómico que guarda relación con la obesidad. Una familia que posee una adecuada formación académica y mayores ingresos económicos por ende tiene mayor facilidad de acceso a los medios como internet, periódicos, libros que le permiten obtener la información necesaria sobre un adecuado estilo de vida, sus hábitos alimenticios, prevención de enfermedades producidas por la obesidad y la correcta ejercitación física acorde a las necesidades de cada individuo.

Lo contrario, se piensa en familias con pocos ingresos económicos cuya realidad modifica totalmente su estilo de vida pues lo importante en estos grupos es alimentarse con un desconocimiento sobre lo que ingieren lo cual se convertiría como un posible factor de riesgo de obesidad además de la reducción de actividad física asociado con el sedentarismo. Sin dejar de tomar en cuenta un factor importante como lo es el patrón cultural, pues pese a toda la evolución que día a día la humanidad ha ido teniendo siguen existiendo personas con la idea de que la obesidad es sinónimo o expresión de salud.

El sedentarismo es otra posible causa de obesidad y sobrepeso considerando que una persona que come en abundancia y no gasta energías más de lo que come, a esto le sumamos un trabajo sin actividad física se desencadenara obesidad en este individuo. Posteriormente, si no se cambian hábitos, estilos de vida esto conlleva al apareamiento de problemas como son enfermedades cardiovasculares que pueden comprometer significativamente la salud de la persona, y en forma global

se pudiera pensar que todo este círculo puede llevar a un estado de depresión.

Con el conocimiento previo sobre los factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad, se puede mejorar el estilo y calidad de vida de las pacientes, disminuir costos para el tratamiento de las enfermedades producidas por esta problemática.

1.2.4.- Prognosis

Ante su gravedad y efectos de esta problemática, se decidió investigar los factores de riesgo asociados a obesidad y sobrepeso en mujeres.

Si no se da lugar a la ejecución de este proyecto de investigación, no se podrán identificar los factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil pues éste problema de salud será incontrolable.

Debido al inadecuado estilo de vida, a las enfermedades secundarias a la obesidad, al sedentarismo además de los factores culturales que aún en nuestra sociedad tiene una importancia significativa y los posteriores problemas psicológicos, llevando consigo una mala calidad de vida y un incremento en los costos para tratar dichas patologías en las mujeres en edad fértil en el Hospital General Latacunga en el área de consulta externa.

1.2.5.- Formulación del problema

“¿Qué factores de riesgo están asociados a sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital General Latacunga; en el período; Julio –Octubre 2012?”.

1.2.6.- Preguntas directrices

- ¿Qué factores de riesgos socioeconómicos presentan las pacientes investigadas?
- ¿Cuáles son los estilos de vida de las pacientes?
- ¿El uso de anticonceptivos aumentan el riesgo de sobrepeso y obesidad en las pacientes investigadas?
- ¿Cómo se pueden modificar los mismos?

1.2.7.- Delimitación del problema

1.2.7.1.- Delimitación del contenido

Campo: Salud Femenina

Área: Estado nutricional :

Aspecto: Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil :

1.2.7.2.- Delimitación espacial:

Esta investigación se realizó a mujeres en edad fértil (15-49 años) atendidas en el Hospital General Latacunga del área de consulta externa.

1.2.7.3.- Delimitación Temporal:

Se llevó a cabo en el periodo comprendido entre Julio a Octubre 2012.

1.3.- JUSTIFICACIÓN

Este estudio se generó a partir de la necesidad de disponer de información local sobre las particularidades y factores asociados a la obesidad en las mujeres en edad fértil, con el fin de mejorar su estilo y calidad de vida, previniendo de esta manera complicaciones como las enfermedades producidas por la obesidad, además de la reducción de costos para el tratamiento de las mismas.

Conociendo que la obesidad es un grave problema de salud que conlleva una serie de efectos negativos para la mujer y por ende de la sociedad, además de ser una de las principales causas de morbimortalidad actual, es vital determinar los factores de riesgo asociados a la obesidad en la población femenina en edad fértil, la razón para ser escogido este grupo de mujeres fue la afluencia constante de dichas pacientes al área de consulta externa del Hospital General Latacunga con sobrepeso y obesidad habiéndose tomado como dato importante que en la actualidad la mujer representa dentro de la sociedad una cabeza de hogar, la fuerza productiva muy importante dentro del ámbito laboral, un ente profesional, una madre, una esposa. De esta manera tener una visión mucho más amplia y palpable de la realidad en la que se encuentra dicho grupo de estudio.

Resolver esta problemática es de interés social, familiar como núcleo de la misma, ya que siendo la obesidad un problema de salud pública sus efectos serán alarmantes, se incrementará la enfermedades asociadas a la misma, los gastos en cuidados médico y atención de salud, se deterioran las condiciones de salud y de vida de las personas afectadas por el problema. Existirá por tanto un impacto social, económico y hasta productivo, a futuro habrá una gran masa poblacional enferma con capacidades disminuidas para el trabajo productivo.

Las beneficiarias serán todas aquellas mujeres que busquen acceder a información sobre los factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad y porque no decir todas las mujeres en general ya que si se conocen cuáles son los factores de riesgo asociados a obesidad. Y sobre todo los beneficiarios directos serán las familias pues en cada una de ellas existe una madre, una esposa, una hija y la sociedad.

Con este estudio se quiere orientar tanto a mujeres como a profesionales de la salud sobre la importancia de educar a la población femenina acerca de la práctica y beneficios que proporciona un impacto positivo en el mejoramiento de los estilos de vida y el comer saludablemente.

La investigación se ejecutó gracias a la colaboración de los médicos tratantes de la consulta externa, así como también se tuvo acceso directo a las historias clínicas. Además constituye la mejor forma de optimizar recursos tanto económicos como humanos y mucho más importante disminuir la gran mortalidad que aqueja a nuestro país y al mundo a causa de la obesidad.

1.4.- OBJETIVOS

1.4.1.- General

Determinar los factores de riesgo asociados a obesidad y sobrepeso en las mujeres en edad fértil atendidas en el área de Consulta Externa, del Hospital Provincial General de Latacunga en el período Julio – Octubre del 2012.

1.4.2.- Específicos

- Identificar las características socioeconómicas de las mujeres investigadas.
- Conocer el estilo de vida de las mujeres investigadas.
- Identificar si el uso de anticonceptivos está asociado a sobrepeso y obesidad en las mujeres estudiadas.
- Proponer un plan para control y prevención del sobrepeso y la obesidad de la población investigada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En el artículo publicado por (Yaignia, V. 2012). Por el Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas, Primera Jornada Científica de la Cátedra Santiago Ramón y Cajal, con el objetivo de conocer en la mujer en edad fértil el comportamiento de la circunferencia de la cintura y de los índices antropométricos relacionados con ella. Además para demostrar la utilidad de la circunferencia de la cintura y de los índices antropométricos relacionados con ella en el diagnóstico de la obesidad abdominal como factor de riesgo cardiovascular.

Este estudio forma parte del proyecto de investigación Mujer en edad fértil: morfología corporal y factores biopsicosociales; de tipo descriptivo transversal, aprobado en el año 2011 en el ICBP Victoria de Girón; en el proyecto se describen variables generales, biológicas, antropométricas y bioquímicas de la mujer en esta importante etapa de la vida, con exclusión de las mujeres histerectomizadas y con tratamiento de quimio o radioterapia en el momento de la investigación.

Los resultados se expresaron en valores absolutos y porcentuales, media y desviación estándar. El 34,28 % de la muestra tiene sobrepeso y obesidad según el Índice de masa corporal, presenta obesidad abdominal según la Circunferencia de Cintura el 42,86 % y según el índice cintura cadera el 57,14 %. En las hipertensas estos valores son 66,66 y 77,78 respectivamente.

En cuanto a los resultados obtenidos de dicho estudio se consideró que la circunferencia de cintura aumenta con la edad y tiene valores elevados en hipertensas, sobrepeso y obesas, pero puede estar elevada en el normo peso. La circunferencia de cintura es un indicador antropométrico de gran utilidad para precisar el riesgo asociado a problemas cardiovasculares.

En el artículo publicado por Morales, A. (2013). Ratifica que es necesario analizar a través de las evidencias encontradas en la literatura los perjuicios que origina la obesidad en las mujeres en su etapa reproductiva.

Para lo cual realizó una revisión bibliográfica exhaustiva y actualizada acerca de los riesgos, causas y complicaciones que aparecen en la etapa reproductiva de la mujer que padece obesidad, así como las consecuencias para su descendencia.

Algunos estudios asocian un riesgo incrementado a padecer de obesidad en los hijos de madres obesas. El papel clave de la obesidad en muchas de estas enfermedades no transmisibles, la prevención y tratamiento de la misma es uno de los puntos clave de la agenda de la Alianza global, organización que se inauguró en 2009 y sus miembros representan en conjunto aproximadamente el 80 % de todos los fondos públicos para la investigación en el mundo. En cuanto a los asuntos relacionados con el embarazo, proponen seguir varias estrategias, planteando que los programas enfocados a promover un peso saludable y ejercicio para las mujeres antes de la concepción son los que con mayor posibilidad tendrán éxito; en tanto establecen que a las mujeres embarazadas obesas se les debe alentar a limitar su aumento de peso y debe animárseles a perder ese peso después del parto para evitar la ganancia posterior que es común con cada embarazo.

Dicho estudio concluye señalando que la obesidad se incrementa de manera acelerada en el mundo actual con una incidencia elevada en el

sexo femenino y por ende en las gestantes. Son múltiples los riesgos y complicaciones que aparecen durante la vida reproductiva de las mujeres con índice de masa corporal elevado. La comunidad médica internacional reconoce el incremento de los riesgos a que están sometidas las mujeres obesas durante esta etapa, incluyendo las consecuencias para su descendencia. La prevención de la enfermedad y el tratamiento oportuno de sus complicaciones en la etapa reproductiva de la mujer contribuirán a la disminución de la morbimortalidad asociados a la misma.

En un estudio publicado por Marco, J. Cabrera, A. (2009) Sobre Hipertensión arterial y factores de riesgo asociados en mujeres en edad fértil. Se llevó a cabo una investigación con diseño observacional, descriptivo, corte transversal y base poblacional, a 384 mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio # 6 del Policlínico Universitario Vedado, en el año 2008. Se estimó la prevalencia de hipertensión arterial y otros factores de riesgo vascular asociados, así como la distribución de los mismos por grupos de edades. Se utilizaron las variables: edad, cifras de tensión arterial, índice de masa corporal, circunferencia de la cintura, hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas y antecedentes familiares de hipertensión.

Los resultados fueron el 50.26% de las féminas presentaron afectación de las cifras tensionales (35.6% de prehipertensión y 22.13% de hipertensión arterial). De manera general los factores de riesgo explorados mostraron una prevalencia elevada, a excepción del consumo de bebidas alcohólicas, siendo la obesidad central, los antecedentes familiares y el tabaquismo los más representativos (70%, 60% y 35.67% respectivamente). Existió un incremento en la prevalencia de las alteraciones de la tensión arterial, el peso corporal y demás factores de riesgo con la edad, obteniéndose los mayores resultados en edades perimenopáusicas.

Concluyendo que alrededor de la mitad de las mujeres en edad fértil estudiadas presentaron cifras de tensión arterial no óptimas, predominando la prehipertensión que afectó 1/3 de la población estudiada. Aproximadamente la tercera parte de la población objeto de estudio presentó algún desorden del peso corporal; 2/3 de las mujeres analizadas presentaron una circunferencia de la cintura de riesgo, a predominio del riesgo muy alto. Las cifras tensionales y el peso corporal se incrementó con la edad, siendo el grupo de 40 a 49 años el más afectado.

Trujillo A, Vásquez C, Almanza J. (2010). De la universidad de Colima México, en un estudio publicado, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo relacionados a sobrepeso y obesidad en los universitarios. Se realizó un estudio analítico con 821 alumnos inscritos en la universidad entre las variables se encuentran alcohol, género, tabaquismo y la utilización de medicamentos para el sobrepeso u obesidad.

Se estudiaron 380 hombres y 441 mujeres con una edad promedio de 20,9 más menos 2,5 años. La presencia de sobrepeso y obesidad fue de 27,8 y 14,7 % en hombres y de 17 y 5,2% en mujeres. El factor dietético fue un factor protector en mujeres (OR 2,2, IC95%, 1,1-3,4, p=0,01)

En conclusión del grupo de investigación se encontró que un 31,6 presentó sobrepeso y obesidad .En hombres el tabaquismo y etilismo se relaciona a sobrepeso y obesidad. El uso de sustancias para bajar de peso fue un factor protector.

2.2.- FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El interés de la Medicina y de los médicos es proteger la salud y promover estados de vida saludables. En caso de enfermedad, restaurarla en forma oportuna y adecuada realizando un seguimiento estricto de la evolución de la problemática presente en esta investigación que tiene un enfoque:

- Epidemiológico: ya que la investigación va ir estrechamente ligada con todo el conocimiento científico que se pueda tener del problema y su repercusión en la población.
- Axiológico: porque para realizar este proyecto se necesitó de una adecuada interacción con la comunidad y todos sus integrantes a más de la verdadera comprensión de las costumbres y conocimientos acerca del problema con la que contará la población a ser estudiada.

2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El marco legal relacionado con esta investigación, precede de las siguientes normas vigentes en el país.

2.3.1.- Constitución de la república

La Constitución de la República del Ecuador dispone:

Art 32.- “La Salud es un Derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones, y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud, se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades degenerativas.

2.3.2.- Ley orgánica de salud

Art. 3.- “La salud es el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludable”.

Art.6.- “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública”:

13. Regular, vigilar y tomar las medidas destinadas a proteger la salud humana ante los riesgos y daños que pueden provocar las condiciones del ambiente;

18. Regular y realizar el control sanitario de la producción, importación, distribución, almacenamiento, transporte, comercialización, dispensación y expendio de alimentos procesados, medicamentos y otros productos para uso y consumo humano; así como los sistemas y procedimientos que garanticen su inocuidad, seguridad y calidad.

21. Regular y controlar toda forma de publicidad y promoción que atente contra la salud e induzcan comportamientos que la afecten negativamente;

Art. 12.- “La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimular conductas nocivas, fomentar la igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud”.

Art. 16.- “El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes”.

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Art. 69.- “La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónicas degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto”.

Además se fundamenta en el Plan Nacional del Buen Vivir, en el objetivo tres. Mejorar la calidad de vida de la población.

Políticas

3.6. 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.

3.7. Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas intelectuales y sociales de la población. (SNPD, 2013)

2.4.- CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES

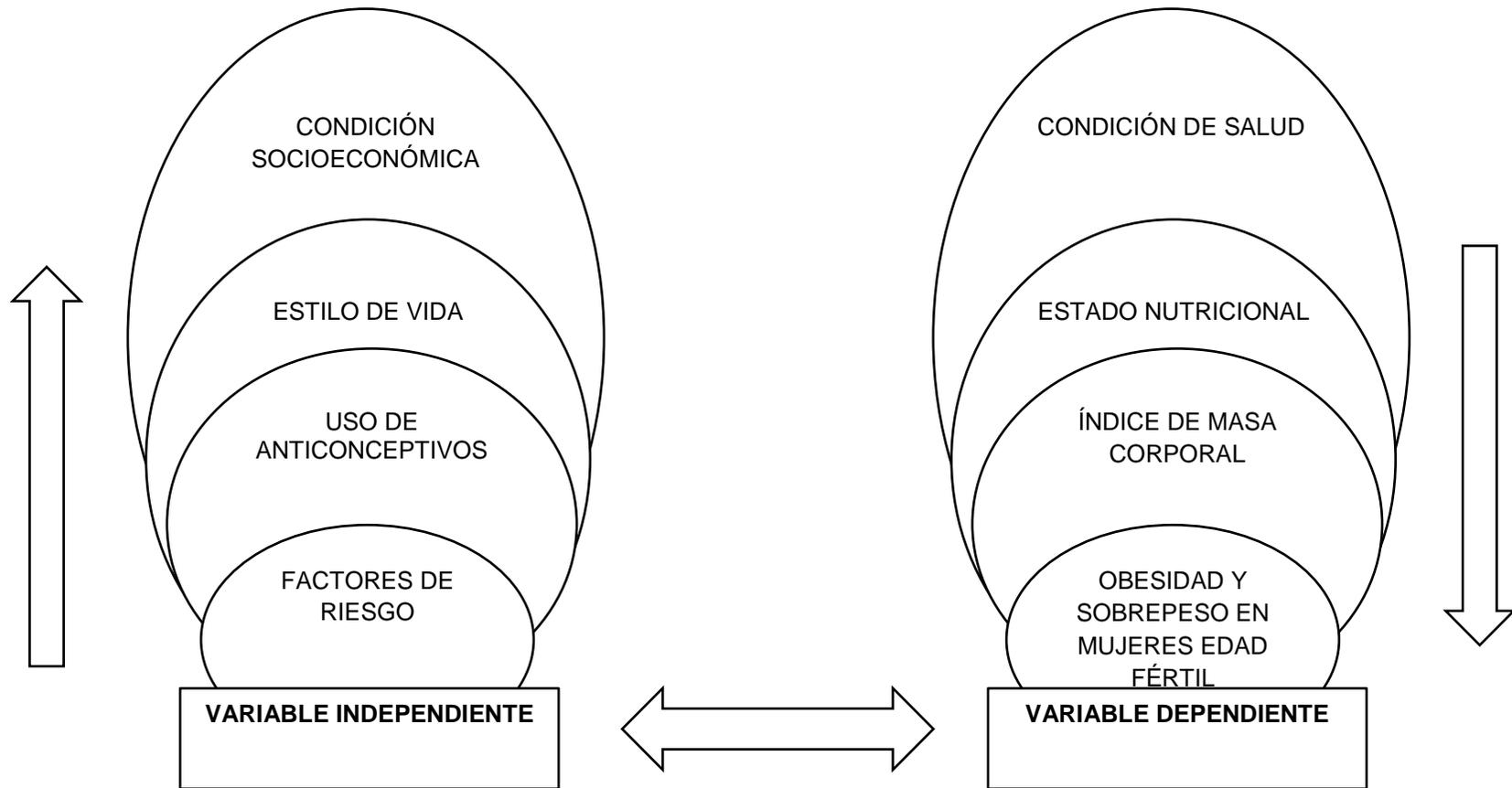


Gráfico Nº 2: Categorización de las variables

Elaborado por: Ana Gabriela Ramírez G

2.4.1.- Constelación de Ideas de la Variable Independiente

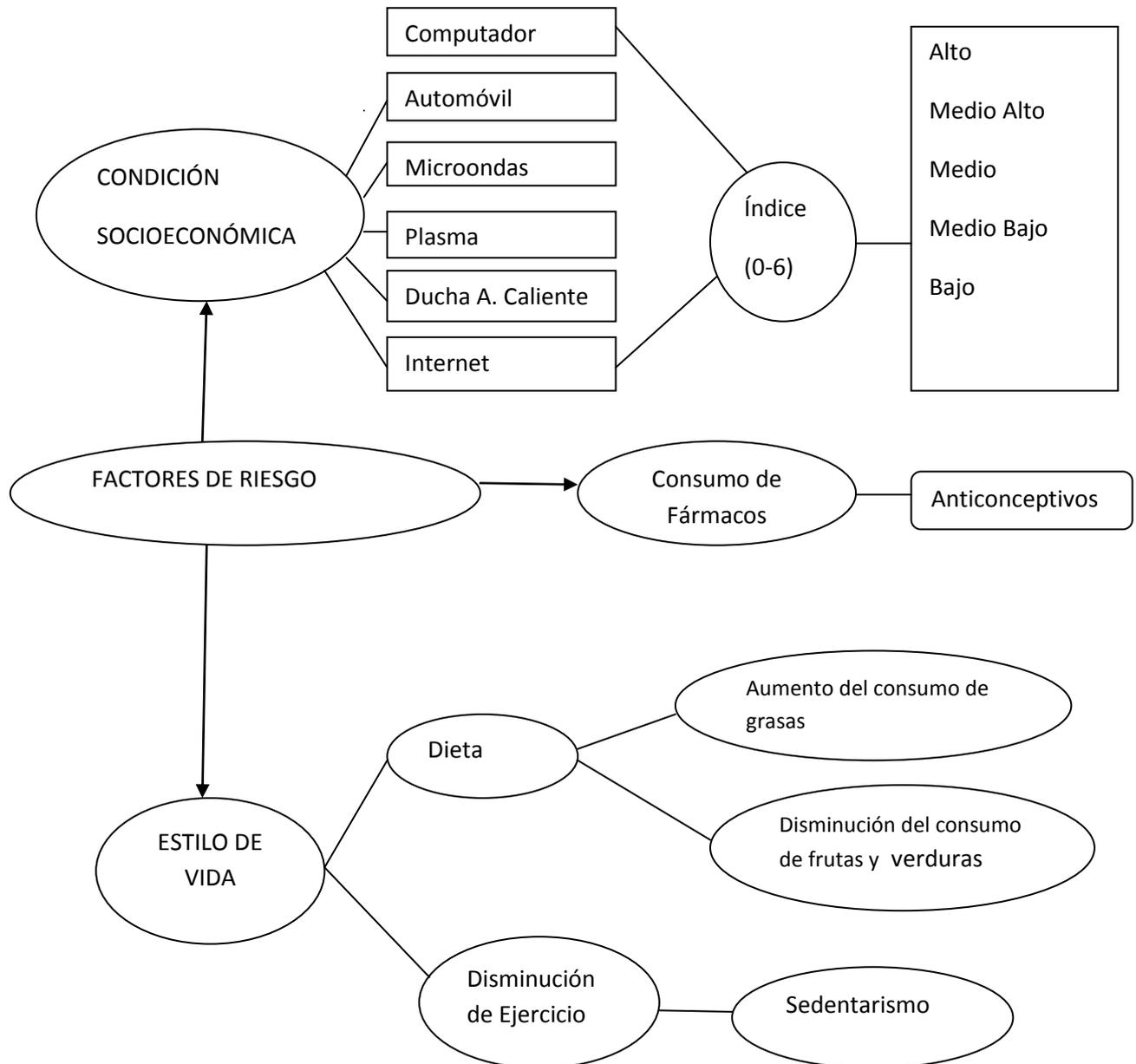


Gráfico Nº 3: Constelación de ideas de la Variable Independiente

Elaborado por: Ana Gabriela Ramírez G.

2.4.2.- Constelación de Ideas de la Variable Dependiente

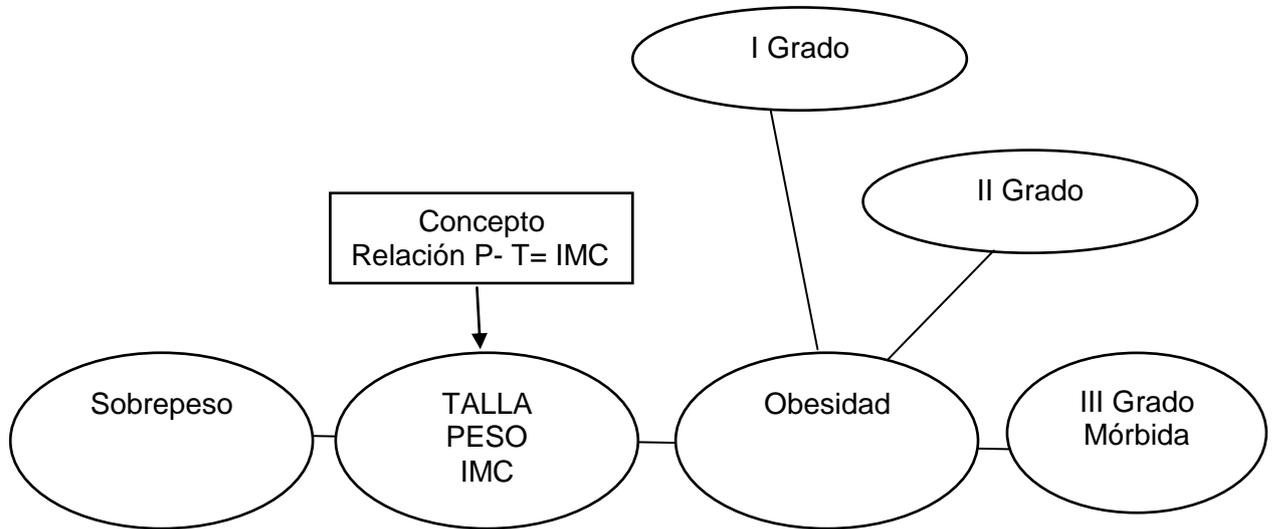


Gráfico N° 4: Constelación de ideas de la Variable Dependiente

Elaborado por: Ana Gabriela Ramírez G.

2.5.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.5.1.- Sobrepeso y obesidad

2.5.1.1.- Definición.

En los últimos años el progresivo incremento de la obesidad mundial ha sido muy evidente, cada vez los índices crecen según reconocen la ejecución de investigaciones que revelan cifras muy notorias, debido a varios factores que inciden en el actual estilo de vida.

La Organización Mundial de la salud considera que estos porcentajes se aumentarían notablemente en el presente siglo, principalmente por la evolución de las tendencias demográficas y los estilos de vida en particular con las dietas poco saludables y la falta de actividad física, las cifras son tan alarmante que la dicha organización la define como la “epidemia del siglo”. El Ecuador no es una excepción según las cifras del Ministerio de Salud Pública del año 2010, la principal causa de muerte en el país es la terrible y silenciosa diabetes mellitus. (Yépez, Baldeón, y López, 2008, pp.)

Como el exceso de tejido adiposo en el organismo, constituye un importante problema de salud en todo el mundo. La obesidad y el sobrepeso están asociados, en los adultos, con enfermedades crónicas y degenerativas que se han identificado como las principales causas de mortalidad en países desarrollados.

La obesidad incrementa la morbilidad y mortalidad como resultado de diversas patologías asociadas, tales como enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, diabetes tipo 2, apnea del sueño, enfermedades gastrointestinales, artrosis. En el área de ginecología y reproducción, la obesidad se ha asociado con alteraciones menstruales, hirsutismo, infertilidad, aborto y complicaciones obstétricas. Además, alrededor de un tercio a un 50 % de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico (SOP) presentan sobrepeso u obesidad. (Gambineri, A. 2002)

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como obesidad cuando el IMC (índice de masa corporal, cociente entre la estatura y el peso de un individuo al cuadrado) es igual o superior a 30 kg/m². También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal en mujeres mayor o igual a 88 cm. (OMS, 2011)

2.5.1.2.- Clasificación de acuerdo al exceso de peso corporal

En función de la grasa corporal podríamos definir como sujetos obesos a aquellos que presentan porcentajes de grasa corporal por encima de los valores considerados normales, que son del 10 al 20% en los varones y del 20 al 30% en las mujeres adultas.

El peso corporal se correlaciona directamente con la grasa corporal total, de manera que resulta un parámetro adecuado para cuantificar el grado de obesidad en la práctica clínica es la primera herramienta utilizada para valorar el grado de sobrepeso, utilizando para ello:

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

- b) Índices: el más comúnmente usado es el índice de masa corporal (IMC). Aunque no es un excelente indicador de adiposidad en individuos musculosos como deportistas y ancianos, es el índice utilizado por la mayoría de estudio epidemiológicos y el recomendado por diversas sociedades médicas y organizaciones de salud internacional para el uso clínico, dada su reproducibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de la población. (Jordi, S. 2007)

2.5.1.3.- Clasificación del peso.

La evaluación del estado nutricional se realiza mediante diversas medidas

antropométricas, siendo la más empleada el Índice de Masa Corporal que relaciona el peso con la talla, mediante la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg.)} / [\text{Talla (m)}]^2$$

Este índice, es fácil de calcular y da una idea de la corpulencia del individuo estudiado, se correlaciona de manera importante con la proporción de grasa corporal medida con otros métodos de referencia. Se han establecido escalas para catalogar a una persona como normal o con sobrepeso:

- Bajo peso <18.5
- Normal 18.5 - 24.9
- Sobrepeso 25 - 29.9
- Obesidad grado I 30 - 34.9
- Obesidad grado II 35 - 39.9
- Obesidad mórbida 40 o más.

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso. (OMS, 2011)

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. (Wolf, T. 2002)

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es una alteración del balance de energía entre las calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido: un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares simples pero pobres en fibra, vitaminas, minerales y otros nutrientes, y paralelamente, una disminución de la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

La obesidad es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles como:

- Enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y ACV)

- Diabetes Mellitus
- Artrosis
- Hipertensión arterial (Wolf T, 2002).

2.5.1.4.- De acuerdo a su etiología

Con respecto a su origen se puede enunciar las siguientes:

1.- Primaria: Es producida principalmente por desórdenes alimentarios sin una enfermedad de base o previamente diagnosticada, representa un desequilibrio entre la ingestión de alimentos de contenido muy alto en grasas y bajo en consumo de frutas y verduras y el gasto de energía. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 94)

2.- Secundaria: También llamada de origen endócrino se derivan principalmente de enfermedades congénitas, hormonales, adquiridas o el uso de algunos fármacos que la persona está ingiriendo por tratamiento. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 94)

Obesidad Ovárica: Es causada por una alteración endocrinológica del ovario la misma que es compleja y no del todo conocida como podemos enunciar el síndrome de Stein-Levanthal que se caracteriza por oligoamenorrea o amenorrea, hirsutismo y aumento progresivo de peso con frecuencia existe también una hiperfunción adrenal. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 94)

Hiperinsulinemia: Es una condición que abarca elevados niveles de insulina en la sangre. La secreción normal de insulina está vinculada directamente con la cantidad de glucosa circulante en el torrente sanguíneo. La resistencia de insulina, además de ser un factor pre disponente de Diabetes tipo 2, también contribuye a que se eleve la presión arterial, al incremento de producción excesiva de Andrógenos en ovarios poliquístico favoreciendo además d la constricción de las arterias, agregando de esta manera otro factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 94)

Hipotiroidismo: Es la alteración en la elaboración hormonal de la tiroidea se presenta con aumento de peso. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 94)

3.- De origen hipotalámico: Es repetidamente demostrado en modelos de animales, pero es poco frecuente en humanos, se obtienen animales de laboratorio, cuando se lesiona el núcleo ventro medial del hipotálamo. Esta lesión produce hiperfagia dando como consecuencia obesidad. Se asocia a traumatismos tumores, infecciones, cirugías, etc. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 94)

4.- De origen Genético: Esta causada principalmente por anomalías cromosómicas. Son síndromes de rara aparición que causan obesidad. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 94)

5.- Por medicamentos: El uso de algunos fármacos pueden provocar o aumentar el grado de obesidad. Algunos son glucocorticoides empleados como inmunosupresores para tratar enfermedades autoinmunes, en pacientes con órganos transplantados, los antiinflamatorios en enfermedades reumáticas o como broncodilatadores en el asma bronquial. Los anticonceptivos que se relacionan con el aumento de peso en mujeres que se encuentran utilizándolo. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 94)

Los estrógenos (anticonceptivos orales). Se piensa que el aumento de peso puede ser más debido a una retención hídrica que a un incremento del tejido adiposo. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 94)

2.5.1.5.- Prevención

La obesidad se puede prevenir y tratar buscando el equilibrio en la ingesta de calorías con una dieta balanceada teniendo en cuenta los aportes calóricos de los alimentos. Se sabe que cada 250 gramos de grasa equivalen a 2250 calorías, y cada gramo de grasa equivale a 9 kcal. Si existe un exceso de grasa corporal, se debe calcular la energía (medida

en calorías) que representan y disminuirla en la ingesta alimentaria durante un período adecuado.

Un método se basa en estimar el aporte de energía de la dieta (energía de metabolización) a partir de su contenido en macronutrientes (y de etanol, en el caso de incluir bebidas alcohólicas). Esta energía de metabolización se calcula a partir de los factores de Atwater, que solo son válidos para la dieta y no para alimentos particulares.

2.5.1.6.- Tratamiento

Es necesario tratar adecuadamente las enfermedades subyacentes, si existen. A partir de aquí depende de buscar el equilibrio, mediante ajustes en la dieta. La dieta debe ser adecuada a la actividad necesaria, por ello una dieta muy intensiva en personas muy activas es contraproducente. Debe tenderse a realizar dietas más suaves y mantenidas. Una vez alcanzado el peso ideal, lo ideal es mantenerlo con un adecuado programa de ejercicios y alimentación que sobre todo permitan no volver a recuperar la grasa y el peso perdido.

El principal tratamiento dietético para la obesidad es reducir la grasa corporal comiendo menos calorías y ejercitándose más. El efecto colateral beneficioso del ejercicio es que incrementa la fuerza de los músculos, los tendones y los ligamentos, lo cual ayuda a prevenir lesiones provenientes de accidentes y actividad vigorosa. Los programas de dieta y ejercicios producen una pérdida de peso promedio de aproximadamente 8 % del total de la masa corporal (excluyendo los sujetos que abandonaron el programa). No todos los que hacen dieta están satisfechos con estos resultados, pero una pérdida de masa corporal tan pequeña como 5 % puede representar grandes beneficios en la salud.

Mucho más difícil que reducir la grasa corporal es tratar de mantenerla. Entre el 80 y el 90 % de aquellos que bajan un 10 % de su masa corporal o más a través de una dieta vuelven a recuperar todo el peso en un

período de dos y cinco años. El organismo tiene sistemas que mantienen su homeostasis a cierto nivel, incluyendo el peso corporal. Por lo tanto, mantener el peso perdido generalmente requiere que hacer ejercicio y comer adecuadamente sea una parte permanente del estilo de vida de las personas. Ciertos nutrientes, tales como la fenilalanina, son supresores naturales del apetito, lo cual permite restablecer el nivel adecuado del peso corporal. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 94)

2.5.2.- Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil

ICD-10: N OBESIDAD

Según Polsdofer, R. (2010). Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de adquirir una enfermedad o condición.

Existen múltiples factores de riesgo que pueden influir para el desarrollo de la obesidad, los cuales pueden ser categorizados en modificables y no modificables.

2.5.2.1.- FACTORES MODIFICABLES

HÁBITOS ALIMENTICIOS

Los hábitos alimenticios son de gran importancia para el ser humano, el conocer cómo combinar adecuadamente los alimentos debe ser de cultura general, lamentablemente el hecho de saber cuáles son los alimentos que se deben consumir en porciones adecuadas genera alteraciones en la alimentación de los dos extremos más conocidos: la desnutrición y la obesidad.

1.- Dieta Inadecuada

Se define como el consumo de alimentos con alto contenido calórico y bajo en nutrientes. La falta de conocimientos sobre una preparación de alimentación rica y sana, comer más calorías de las que acostumbra a

quemar cada día por lo que se incrementa su riesgo de volverse obeso. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 94)

2.- Falta de Actividad Física (Sedentarismo)

Es muy popular el no tener un hábito de una adecuada actividad física (ejercicio), el transporte, los ascensores, las gradas eléctricas en los centros comerciales. A esto se le suma el tiempo de ocio que se articula entre los video juegos y la televisión por control remoto. Las familias ecuatorianas incluyendo las más pobres disponen de un televisor y atan sus horas de descanso a los programas televisivos acompañados de productos de alto contenido energético. Por consiguiente si tiende más a consumir calorías de las que quema cada día, esto incrementará su riesgo de volverse obeso. (Yépez, Baldeón, López, 2008, pp.35-36).

3.- Medicamentos y tratamientos

Existe un alto índice de consumo de ciertos medicamentos para tratar algunas enfermedades hereditarias y desequilibrios hormonales como hipotiroidismo enfermedad de Cushing que incrementa el riesgo de obesidad, así como algunos anticonceptivos hormonales que tienden a aumentar el peso probablemente por la retención hídrica. (Council, M.1989)

4.- Hábito de Fumar:

El hábito de fumar es dañino para la salud en general, se asocia a la hipotensión y anorexia. Al dejar el hábito de fumar, cuando la persona lo hace su peso se puede incrementar. Sin embargo, esta tendencia quizás se supere al reducir el consumo de calorías y aumentar la actividad física. En general, los beneficios para la salud al dejar de fumar exceden en mucho el riesgo de aumentar de peso. (Moreno, Moreneo, Álvarez, 2006, pp. 98)

2.5.2.2.- FACTORES NO MODIFICABLES

1.- Edad

La incidencia de obesidad se incrementa a más de la mitad entre edades comprendidas entre veinte y cuarenta y nueve años de edad. Sin embargo esto puede estar relacionado con una disminución en los niveles de actividad física. (Yépez, R. 2008)

2.- Factores Genéticos

Las enfermedades genéticas específicas pueden incrementar el riesgo de obesidad. Además parece haber una tendencia general a la obesidad presente en algunas familias. (Yépez, R. 2008)

Es importante reconocer signos y síntomas en nuestro cuerpo que nos alerten de que nuestro cuerpo esta alterado y hay otros que se pueden evidenciar a temprana edad, se mencionan algunos de ellos.

LOS SÍNTOMAS

Los síntomas que producen la obesidad debido a la acumulación de grasa bajo el músculo diafragma y en la caja torácica, pueden ejercer presión en los pulmones, produce déficit en el intercambio respiratorio inclusive en el mínimo esfuerzo. Esta dificultad puede producir trastornos del sueño, como la interrupción o parada respiratoria conocida como apnea del sueño causando somnolencia en el día.

Puede producir problemas ortopédicos, el dolor en zona inferior de la espalda, trastornos cutáneos por la ineficaz eliminación del sudor, dolor en pies y tobillos por la sobrecarga del peso que debe soportar y la retención de líquidos en el caso de los edemas.

2.5.2.3.- ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD

1.- Resistencia a la Insulina y Diabetes: El aumento de peso se asocia con mucha frecuencia al aumento de las concentraciones de insulina en plasma. La aparición de Diabetes mellitus en el obeso es tres veces superior, pero en la mayoría de casos se controla con la reducción de peso y dieta. (Duperly, J .2004)

2.- Hipertensión Arterial: Por causa de la resistencia a la insulina antes mencionada puede ser la responsable del aumento de la presión arterial. La pérdida de peso ayuda en la disminución de las cifras de presión arterial, asociada con una dieta hipo sódica baja en sal. (Duperly, J. 2004)

3.- Enfermedades Cardiovasculares: Se evidencia aumento en el tamaño de los ventrículos en especial izquierdo y del gasto cardíaco que a medio plazo puede provocar hipertrofia o dilatación de dicho ventrículo. (Duperly, J .2004).

PIRÁMIDE ALIMENTICIA

Es la herramienta más frecuente para dar indicaciones sobre la cantidad y los diferentes tipos de alimentos que necesitamos para tener una dieta balanceada y mantenernos saludables. (SENC, 2004)

Gráfico N° 5: Pirámide Alimenticia



Pirámide de la alimentación saludable SENC 2004

La pirámide alimentaria representa de forma gráfica los principales y más importantes alimentos que debemos ingerir para mantener una alimentación balanceada, equilibrada y saludable. El gráfico se lee de abajo hacia arriba, pues los alimentos que están en la base son aquellos que se deben ingerir en mayor cantidad y diariamente. A medida que se acerca a la punta de la pirámide, indica una disminución en el consumo y de preferencia de manera ocasional.

Grupo 1: Cereales, tubérculos, fideos y pan

En la base de la pirámide, se encuentra el grupo de los cereales, tubérculos, fideos y pan. Estos son los alimentos que debemos ingerir en buena cantidad dentro de nuestra dieta diaria; deben ocupar un tercio del plato. A este grupo pertenecen el arroz, la avena, la cebada, el pan, los fideos, las papas, el maduro, el verde, el camote y todas las harinas.

Estos alimentos contienen carbohidratos que constituyen el combustible necesario para un buen funcionamiento del cerebro, pulmones, corazón y para mantener una temperatura adecuada del cuerpo. Los carbohidratos también sirven como fuente de energía para realizar las actividades diarias tanto físicas como mentales, por ejemplo caminar, correr, jugar, leer, estudiar.

El consumo excesivo de carbohidratos hace engordar. Para personas con sobrepeso u obesidad, el primer paso consiste en limitar las cantidades de carbohidratos, especialmente el arroz blanco. (SENC, 2004)

Grupo 2: Frutas y verduras

Después del grupo 1, el grupo de alimentos más importante es el de las frutas y verduras. Su consumo tiene que ser frecuente y variado. En cada comida las verduras crudas o cocinadas deben ocupar un tercio de plato. Es recomendable consumir de 5 a 7 porciones diarias de vegetales y frutas. Una porción de fruta puede medirse fácilmente como lo que cabe en una mano, es decir una manzana, una granadilla, medio melón, unas cuantas uvas, etc. A este grupo pertenecen todas las frutas y verduras, menos el aguacate y el coco que se los considera como grasas. Las frutas y verduras contienen altos niveles de fibra, vitaminas y minerales, elementos importantes para que el cuerpo funcione bien y pueda protegerse de enfermedades como la gripe, la anemia y la osteoporosis. La fibra es parte de la estructura de la fruta y verdura.

El cuerpo no la digiere pero es muy importante para optimizar la digestión. Ayuda a prevenir el estreñimiento, a disminuir los niveles de colesterol, controlar el apetito y el peso. (SENC, 2004)

Grupo 3: Productos lácteos, carnes, pescado y mariscos, huevos y leguminosas

Este grupo reúne los dos niveles siguientes de la pirámide. Estos alimentos deben consumirse diariamente en cantidades menores a los

dos grupos anteriores: un poco menos de un tercio del plato. A este grupo pertenecen los productos lácteos (leche, queso y yogurt), las carnes (res, pollo, cerdo, chivo, cuy, conejo, pavo, pato), el pescado y mariscos (atún, sardina, camarones), los huevos (de gallina, de codorniz) y las leguminosas (haba, lenteja, fréjol, garbanzo).

Estos alimentos son importantes porque contienen muchas proteínas que son como bloques de construcción para los tejidos del cuerpo. También son ricos en minerales esenciales como el calcio y el hierro. (SENC, 2004)

Grupo 4: Grasas, azúcares, postres, golosinas y gaseosas

Este grupo de alimentos se ubica en la punta de la pirámide ya que no es recomendable ingerirlos diariamente en gran cantidad. Estos alimentos pueden ser divididos en dos grupos: el primero incluye las grasas, llamadas también lípidos y el segundo agrupa los azúcares, postres, golosinas y gaseosas. (SENC, 2004)

Las grasas o lípidos son beneficiosos para el organismo si son consumidos en cantidades limitadas. Junto con los carbohidratos, son fuente de energía para el organismo y también ayudan a absorber las vitaminas liposolubles. Existen grasas buenas y malas. Intente consumir más grasas buenas.

Las grasas buenas son en general de origen vegetal como el aceite de oliva, de girasol, de maíz crudos, las nueces, almendras, maní, pepas de zambo y zapallo, aguacate y coco. Estas grasas también se encuentran en los pescados y mariscos. Contienen “colesterol bueno” y ayudan a limpiar las arterias del “colesterol malo”. Además contienen grasas muy importantes para nuestro organismo: las grasas Omega 3, 6 y 9 que ayudan a limpiar las arterias, previniendo así las enfermedades cardiovasculares. (SENC, 2004)

Las grasas malas son en general de origen animal como por ejemplo la manteca, la mantequilla, la piel de pollo, la grasa de las carnes. Aumentan el nivel de "colesterol malo" y riesgos de enfermedades cardiovasculares. (SENC, 2004)

2.5.2.4.- Factores socioeconómicos

En mucho tiempo se pensó que la obesidad era una enfermedad exclusiva del estrato socioeconómico más elevado, lo cual ha cambiado en los últimos años, ya que investigaciones recientes han determinado una relación inversa entre el nivel socioeconómico de las mujeres y su desarrollo.

La Organización Panamericana de la Salud en su publicación científica "La Obesidad en la Pobreza", 2000, menciona la existencia de factores genéticos adaptativos y postula la hipótesis de que poblaciones con un consumo alimentario fluctuante o inadecuado, son capaces de generar formas adaptativas para utilizar muy eficientemente la energía y el depósito de grasa. (Salud, P. 2000)

La relación inversa entre la condición socioeconómica (CSE) y la obesidad en la mujer podría estar mediado por cuatro factores. El primero destaca que las mujeres de condición socioeconómica alta de sociedades desarrolladas poseen el hábito de hacer dieta y restringir el consumo de alimentos, lo cual no es frecuente en condición socioeconómica baja. (Salud, P. 2000)

Existe una mayor práctica de actividad física en mujeres de condición socioeconómica alta, producto de mayor disponibilidad de tiempo y mayores oportunidades de hacer ejercicio con fines recreativos. Por otra parte, la movilidad social sigue siendo determinante en la prevalencia de obesidad en mujeres de condición socioeconómica baja. Por otro lado, existe la idea de que adoptar una dieta saludable implica una mayor inversión de recursos económicos, justificando así el incumplimiento. (Salud, P. 2000)

Existe la idea de que adoptar una dieta saludable implica una mayor inversión de recursos económicos, justificando así el incumplimiento. Investigaron el costo de adoptar dietas saludables en familias sometidas a un programa de tratamiento de la obesidad y concluyen que las modificaciones dietéticas propuestas no involucran mayores costos y, por el contrario, los costos podrían disminuir con el tiempo. (Duperly, J. 2004)

Es necesario consumir gran variedad de alimentos para lograr el aporte necesario de energía, proteínas, vitaminas, etc. Sin embargo se debe evitar el consumo de grasas, sobre todo las saturadas por no aportar nutrientes y sus efectos negativos para la salud. (Jorge, B. 1996)

2.6.- HIPÓTESIS

Los factores de riesgo como el consumo de grasas y el sedentarismo favorecen el sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil.

2.7.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

2.7.1.- Variable independiente:

Factores de riesgo el consumo de grasas y el sedentarismo.

2.7.2.- Variable dependiente:

El sobrepeso y la obesidad.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1.- ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue cualitativa porque se tomaron de las pacientes estudiadas los valores de peso, talla, entre otros los cuales nos permitieron calcular el IMC y con ello se estableció su estado nutricional; además por permitir identificar los factores de riesgo asociados a obesidad, en las mujeres en edad fértil en el Hospital Provincial General Latacunga.

3.2.- MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación realizada tuvo una modalidad de investigación de campo y documental ya que se basó en las historias clínicas e información brindada por las pacientes comprendidas entre quince y cuarenta y nueve años atendidos en el servicio de consulta externa en el Hospital General Latacunga, en el período julio a octubre del 2012.

3.3.- NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio realizado tuvo un nivel de investigación de tipo descriptivo, de corte transversal; ya que su objetivo fue determinar qué factores estaban asociados a sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil, y de corte transversal ya que éste se encontraba delimitado en el tiempo, julio a octubre del 2012.

3.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio de esta investigación fueron las mujeres en edad fértil de Latacunga que acudieron a consulta externa del Hospital Provincial General Latacunga en el período julio a octubre del 2012 ya

que se tomó esta entidad de salud como punto de referencia a donde acudieron dichas pacientes.

Para establecer la población de esta investigación, se tomaron como referencia las mujeres en edad fértil estimadas para el 2012 siendo un total de 42230 mujeres, a partir de esto se calcula la muestra de estudio conformada por 258 mujeres en edad fértil que acudieron a consulta externa del Hospital Provincial General Latacunga en el período julio a octubre del 2012, las cuales fueron elegidas con un nivel de confianza del 95%, una precisión ante el error de un 5% y se asumió como parámetro representativo que el 17% de las mujeres en edad fértil sufren de sobrepeso y obesidad. (Olmedo. O. 2012)

Se calculó con la ayuda de un programa llamado calculadora de la unidad de Epidemiología y Bioestadística del complejo Hospitalario de Coruña. Donde se introducen los datos directamente. Se expresa así:

ESTIMAR UNA PROPORCIÓN

Total de la población (N)

(La población es infinita, dejar la casilla en blanco)	42230
Nivel de confianza o seguridad (1-q)	95%
Precisión (d)	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	17%

(Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral

TAMAÑO MUESTRAL (n) 217

EL TAMAÑO MAESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporción esperada de perdidas (R) 16%

MUESTRA AJUSTADA A LAS PERDIDAS 258

3.4.1.- Criterios de inclusión

- Se incluyeron en el estudio a todas las pacientes mujeres en edad fértil comprendidas entre 15 y 49 años que fueron atendidas en el servicio de servicio consulta del Hospital Provincial General Latacunga, en el período comprendido entre julio a octubre del 2012.

3.4.2.- Criterios de exclusión

- Pacientes con limitaciones que impiden la comunicación.
- Pacientes que no proporcionen información completa.

3.5.- ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio se tomaron datos específicos de las pacientes para lo cual cada una tendrá absoluta privacidad y anonimato, con el fin de resguardar y proteger su identidad e intimidad al no permitir por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas a la realización de este proyecto.

3.6.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Factores de Riesgo relacionados a sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil.

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
Factor de riesgo es cualquier característica rasgo, exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión además de tener variables que se presentan asociadas diversamente con la enfermedad o el evento estudiado.	Características Sociodemográficas Edad Estado Civil Instrucción Ocupación	Adolescentes Jóvenes Adultas Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda Analfabeta Primaria Secundaria Universidad Estudiante Profesional Otros	¿A qué edad las Mueres en edad fértil presentan mayor riesgo? ¿Cuál es el estado civil de la paciente? ¿Qué nivel de estudios tiene la paciente? ¿A qué se dedica la paciente?	Encuestas

	Lugar de residencia	Urbano Rural	¿En qué zona está la vivienda donde habita la paciente?	Encuestas
	Número de hijos	Ninguno 1-2 3-4 5 o más	¿Cuántos hijos tiene la paciente?	
	Fuente de agua	Grifo intradomiciliario Grifo extradomiciliario	¿Cuál es la fuente de agua de la paciente?	
	Tipo de Servicios Higiénicos	Adecuado Compartido Letrina conectada a pozo séptico.	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene la paciente?	
	Equipamiento del hogar	Automóvil Computador Horno Microonda Plasma	¿Qué bienes tiene en su hogar la paciente?	Encuestas

		Ducha agua caliente Internet		
	Nivel Socioeconómico	Alto (6) Medio Alto(5) Medio(3-4) Medio Bajo(1-2) Bajo (0)	¿Cuál es el Nivel Socioeconómico de la paciente?	
	El sobrepeso es saludable	SI NO	¿El sobrepeso es considerado saludable por la paciente?	
	Estilo de vida	Muy Alto Alto Bajo	¿Qué cantidad de grasas consume de la paciente?	
	Consumo de grasas			
	Consumo de frutas y verdura	Muy Alto Alto Bajo	¿Qué cantidad de frutas y verduras consume de la paciente?	Encuestas

	Hábito de fumar	SI NO	¿Tiene hábito de fumar la paciente?	Encuestas
	Tensión Arterial	Normal Elevada	¿La presión arterial es normal o elevada?	
	Ejercicio Físico	Más de 30 min. (No sedentario) Menos de 30 min. (Sedentario) Nada	¿Qué tiempo dedica a una actividad física la paciente?	
	Uso de medicamentos			
	Anticonceptivos	Hormonal Ligadura Barrera Ninguno	¿Qué método anticonceptivo utiliza la paciente?	
	Tiempo de uso del método anticonceptivo	A. De 0 a 11 meses B. De 1 a 4 años 11 meses C. 5 años o más	¿Qué tiempo de uso	

	Tipo de tratamiento recibido para obesidad	D. No aplica Médico Nutricionista Ninguno	de método anticonceptivo presenta la paciente? ¿Qué tipo de tratamiento ha recibido la paciente?	Encuestas
	Resultados obtenidos con el tratamiento	Buenos Malos Regulares No recibe	¿Qué resultados ha obtenido la paciente con el tratamiento recibido?	

Cuadro Nº 1: Variable Independiente: Factores de Riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil.

Elaborado por: Ana Gabriela Ramírez G.

Variable Dependiente: Sobrepeso y Obesidad en mujeres en edad fértil

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA INSTRUMENTO
<p>La obesidad es un estado de exceso de masa de tejido adiposo de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de factores socioeconómicos, culturales y médicos.</p>	<p>Índice de Masa Corporal(IMC) Relación Peso/Talla Peso:(Kg.)/ [Talla (m)]²</p>	<p>Normal Sobrepeso Obesidad</p>	<p>¿Qué índice de masa corporal presentan las pacientes? ¿Qué estado presentan nutricional las pacientes?</p>	<p>Antropometría Cálculo Índice de Masa Corporal.</p>

Cuadro Nº 2: Variable Dependiente: Sobrepeso y Obesidad

Elaborado por: Ana Gabriela Ramírez G.

3.7.- PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de datos se acudió a las instalaciones de consulta externa del Hospital Provincial General Latacunga, previa a la respectiva autorización y anticipación.

Posteriormente se informó a las pacientes sobre el trabajo a realizarse con la autorización del consentimiento informado. A continuación se realizó la revisión documental de la historia obteniendo información relacionada, con patologías de las pacientes.

Se diseñó una encuesta, además se indicó los factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad. El control de peso, talla se lo realizó con la ayuda de una balanza calibrada marca Riester y un tallímetro. Para este trabajo intervinieron enfermeras, auxiliares de enfermería del área de consulta externa y el investigador.

Instrumentos:

Para obtenerse los datos de esta investigación, se utilizaron los siguientes instrumentos:

Para la colecta de las variables socioeconómicas, estilos de vida y uso de medicamentos (factores de riesgo), se elaboró un cuestionario; donde la paciente era quien respondía a las preguntas.

Para evaluar las variables de sobrepeso y obesidad se acudió a tomar los valores de peso, talla y cálculo del índice de masa corporal de la manera antes mencionada en las mujeres investigadas.

3.8.- PLAN PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INTERPRETACIÓN

Una vez obtenida la información brindada por parte de las pacientes y de las historias clínicas se estableció una base de datos en el programa Epiinfo Versión 3.5.3, la misma que se analizó en el mismo programa, lo que permitió lograr estadísticas descriptivas y realizar análisis univariados,

bivariados y posteriormente estadísticas multivariadas, se presentó porcentajes en el caso de las variables nominales.

Para la realización de los gráficos las tablas fueron trasladadas a Microsoft Excel 2010 donde se las graficó y posteriormente fueron analizadas y comparadas.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La investigación se realizó en una muestra de 258 mujeres en edad fértil, seleccionadas en forma aleatoria en el servicio de consulta externa del Hospital General Latacunga, durante el período Julio - Octubre del 2012.

4.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla N° 1: Distribución según la edad, HPGL 2012.

EDAD	N°	%
Adolescentes (15-19 años)	29	11,2
Jóvenes (20-34 años)	128	49,6
Adultas (35 o más años)	101	39,1
Total	258	100

Fuente: Encuesta Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

Para efecto de presentación de los resultados de la investigación se considera el rango de 15 a 19 años como adolescentes, de 20 a 34 años como mujeres jóvenes y mayores de 35 años adultas. (OMS. 2011)

La edad de las mujeres investigadas, varió entre 15 y 49 años considerados como edad fértil, con una edad media de 32,3 años. Por grupos de edad, el mayor porcentaje de la población estudiada (49,6%) se localizó en el rango de las mujeres jóvenes, seguidas de cifras correspondientes al grupo de mujeres adultas (39,1%) y un (11,2%) representado por el grupo de las adolescentes.

Tabla Nº 2: Relación entre los grupos de edad según el estado nutricional. HPGL, 2012.

G. Edad	Estado Nutricional				Total N°
	Normal		Sobrep/Obes.		
	N°	%	N°	%	
Adolescentes	6	21	23	79	29
Adultas	12	12	89	88	101
Jóvenes	28	22	100	78	128
Total	46	18	212	82	258

Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez Guerrero

Al comparar edad con estado nutricional, se observa que las mujeres adultas presentan el mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad con el 88%, mientras que en adolescentes y jóvenes se presentan menores porcentajes; a mayor edad, mayor es el porcentaje de sobrepeso y obesidad. Finalmente, se aprecia que del total de encuestadas el 82% presentan esta problemática, lo que ratifica que la población atendida en el Hospital Provincial General Latacunga presenta altos niveles de obesidad y sobrepeso, si bien no hubo diferencias estadísticamente significativo entre los grupos etarios.

En los estudios publicados por Rodríguez. En la revista Cielo, en abril del 2011, encuentran de la misma forma que en este trabajo un predominio de sobrepeso y obesidad de un 84% en mujeres de edad adulta. Dato importante que guarda relación con el resultado de esta investigación. (Rodríguez, E. 2011).

Tabla Nº 3: Distribución según el estado civil, HPGL, 2012.

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	73	28,3
Casada	125	48,4
Divorciada	15	5,8
Unión Libre	41	15,9
Viuda	4	1,6
Total	258	100

Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

Según se muestra en la tabla 3, existen porcentajes que reflejan la realidad de la mujer actual pues su mentalidad ha cambiado

notablemente, intercambiando los modelos típicos socioculturales por prototipos como la unión libre 15,9 % la cual ha ido tomando fuerza y altos índices en nuestra sociedad actual.

Tabla N° 4: Distribución según el número de hijos de la paciente, HPGL 2012.

Número de hijos	N°	%
1 a 2	115	44,6
3 a 4	65	25,2
5 o más	15	5,8
Ninguno	63	24,4
Total	258	100

Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

Dentro del estudio se encontró que aproximadamente el 44,6% tienen 1 a 2 hijos.

También es importante enfatizar en la importancia en la educación y mejores estilos de vida para poder erradicar los factores de riesgo relacionados a obesidad en la mujer en edad fértil.

Tabla N° 5: Relación entre el número de hijos según el estado nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012

N° hijos	Estado nutricional				Total
	Normal		Sobrep/Obes.		
	N°	%	N°	%	
1 a 2	16	14	99	85	115
3 a 4	9	14	56	86	65
5 o más	2	13	13	87	15
Ninguno	19	30	44	70	63
Total	46	18	212	82	258

Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

Al analizar la relación entre el número de hijos y el estado nutricional de las madres, el mayor porcentaje de obesidad presentan las mujeres que tiene 5 hijos con el 86% mientras que aquellas con ningún hijo alcanzan el 70%; al realizar el análisis se observa que es estadísticamente significativo pues de los datos obtenidos se observa existe una leve asociación entre tener hijos y sobrepeso y obesidad, se obtiene (Chi2 de 8,65 con una p= 0,034299).

Lo que casi concuerda con los estudios realizados por Llano, M. Publicado por la revista Geo salud, el 7 de febrero del 2008, donde registra un 83% de presencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres multíparas. (Llano, M. 2008)

Tabla N° 6: Distribución según la instrucción de la paciente HPGL, 2012.

Nivel Educativo	N°	%
Analfabeta	7	2,7
Primaria	98	38
Secundaria	114	44,2
Universidad	39	15,1
Total	258	100

Fuente: Encuesta Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

Un factor que puede influir en la presencia de sobrepeso y obesidad en la población estudiada, es el nivel educacional que tienen aquellas personas, ya que se sabe que si se tiene un mayor nivel educativo, resulta más fácil la comprensión y aplicación de recomendaciones médicas para tener un adecuado estilo de vida. En este sentido, al observar la tabla 6, se nota que en general, del grupo de mujeres investigadas el 40,7% (entre el grupo de analfabetas y educación primaria) no accedieron a la educación o sólo llegaron hasta la primaria, constituyéndose casi la mitad las mujeres con falta de educación.

Esta situación muestra que las desigualdades en educación persisten en el Ecuador y particularmente en la provincia de Cotopaxi, en donde según el Censo 2010, la tasa media de educación fue de 6,8%; 2,2 puntos menos que lo registrado en el Censo del 2001, cuando llegó al 9%.

A diferencia de los jefes de hogar que como se ve en el gráfico 6 gozan de un mejor nivel académico que las pacientes investigadas. (INEC, 2000)

Tabla N° 7: Distribución según la ocupación de la paciente HPGL, 2012.

OCUPACIÓN	N°	%
Estudiante	25	9,7
Profesional	92	35,7
Otros	141	54,7
Total	258	100

Fuente: Encuesta Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

Como se observa en la tabla 7, la mayoría de la población estudiada (54,7) se dedican al comercio de pequeña escala (minoristas), a la agricultura, quehaceres domésticos como también a servicios personales niñeras, costureras, atención en locales comerciales, etc. Así también como estudiantes 9,7 %.

Tabla Nº 8: Relación entre la ocupación y el estado nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012.

	Estado Nutricional				Total
	Normal		Sobrep/Obes		
Ocupación pcte.	Nº	%	Nº	%	
Estudiantes	15	20	20	80	25
Profesionales	18	20	74	80	92
Otros	23	16	118	84	141
Total	46	18	212	82	258

Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

En la ocupación de las mujeres investigadas los porcentajes alcanzados no presentan diferencias porcentuales mayores pues se extienden entre un rango entre el 80 y 84% lo que se ratifica estadísticamente. NO es estadísticamente significativo.

Tabla Nº 9: Distribución según el lugar donde vive la paciente, HPGL 2012.

Lugar de Residencia	Nº	%
Urbano	186	72,1
Rural	72	27,9
Total	258	100

Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

De acuerdo al lugar de residencia el 27,9% habitan en la zona rural, donde generalmente existen condiciones deficitarias de acceso a los servicios sanitarios y de salud. Por ende el desconocimiento sobre estilos de vida saludable lo que podría favorecer el apareamiento de factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad.

Tabla Nº 10: Distribución según la dotación de agua para el hogar de la paciente, HPGL 2012.

Dotación de Agua	Nº	%
Grifo Intradomiciliario	208	80,6
Grifo Extradomiciliario	50	19,4
Total	258	100

Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

La calidad de agua para el consumo humano es muy importante, ya que su contaminación puede provocar en el organismo enfermedades como infecciones intestinales, parasitosis, entre otras. En este estudio la población investigada un 19,4%, la adquieren de un grifo extradomiciliario lo que hay que poner mucha atención debiendo poner énfasis en las necesidades básicas de la población.

Tabla Nº 11: Distribución según la condición del servicio higiénico del hogar de la paciente, HPGL 2012.

Condición SS.HH.	Nº	%
Adecuado	226	87,6
Compartido	11	4,3
Letrina	21	8,1
Total	258	100

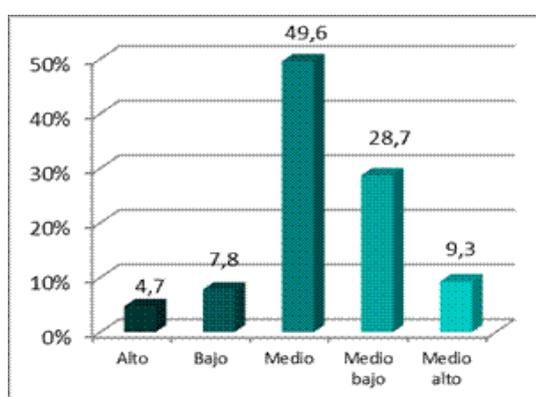
Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G

Las baterías sanitarias son fundamentales para la higiene y salud de las personas, por lo que en este estudio hay que investigar en estudios posteriores más acerca de las baterías sanitarias sobre todo en el 8,1% ya que poseen letrinas conectadas a pozo séptico lo cual probablemente haría pensar en una condición de pobreza.

4.1.1 CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA (CSE)

La definición de la condición socio económica de las mujeres investigadas se basó en el análisis de las variables antes expuesta según metodología del INEC. Los resultados de este análisis se exponen a continuación.

Gráfico Nº 6: Condición socioeconómica del hogar. HPGL 2012.



Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

En este estudio se encontró que más de la mitad de las mujeres se ubicaron en nivel socioeconómico medio y medio bajo (78,3%), lo que podría afectar, es decir son hogares con bajos ingresos y la calidad de vida por las dificultades que provoca la pobreza. Además, se piensa que tiene una estrecha relación la pobreza con los factores de riesgo asociados a obesidad y sobrepeso.

Lo expuesto concuerda con un estudio realizado en Brasil por Rúa, W. publicados en la revista Latinoamérica y pobreza, en febrero del 2009, en donde hay un predominio de las tendencias de aumento y las diferencias sociales en la obesidad, hacen que las minorías y aquellos estratos de la población con menor nivel educativo y socioeconómico pueden ser los más afectados, encontrando que un 76,8 % pertenecían a la condición socioeconómica media y media baja. (Rúa, W. 2009)

Tabla N° 12: Relación entre la Condición Socioeconómica (CSE) y el Estado Nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012.

CSE	Estado Nutricional				Total
	Normal		Sobrep/Obes.		
	N°	%	N°	%	
Alta	1	8	11	92	12
Baja	5	25	15	75	20
Media	21	16	107	84	128
Media Baja	16	22	58	78	74
Media Alta	3	13	21	87	24
Total	46	18	212	82	258

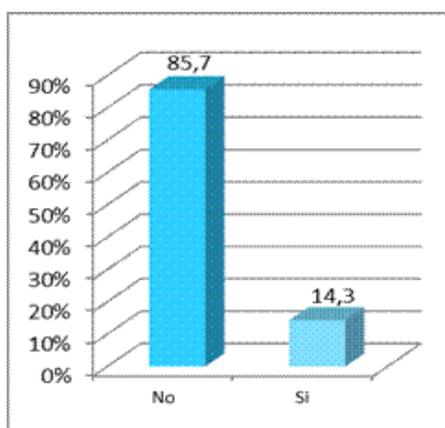
Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

Aproximadamente de acuerdo a la condición socioeconómica Alta 9 de cada 10 mujeres de condición alta presentan sobrepeso, por el contrario el 75% de mujeres de condición socioeconómica baja presentan el problema en estudio como se puede observar en la tabla anterior. Estadísticamente no significativo. (Tabla N°12)

En estudio realizado por Rúa, R. en el año 2009. Donde se establece la asociación entre obesidad y condición socioeconómica alta y baja, que refleja resultados en los cuales la condición socioeconómica y obesidad pueden estar relacionados tanto de forma directa como de forma inversa. Lo que concuerda y explica el resultado de esta investigación ya que se observa la presencia de sobrepeso y obesidad tanto en la condición socioeconómica alta y baja, la asociación directa donde los individuos de mayor nivel socioeconómico tienen, en general, una mayor frecuencia de obesidad, la misma que puede ser explicada por el factor económico y por exposición a condiciones favorecidas con el desarrollo socioeconómico (cantidad suficiente de alimentos y trabajos menos intensos).

Gráfico N° 7: Distribución según la respuesta acerca del sobrepeso si es saludable o no en las pacientes investigadas, HPGL 2012.



Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

Las desventajas de la baja educación en la mujer se visualizan mejor al comparar el nivel educativo de las mujeres investigadas con las respuestas obtenidas con respecto de que la obesidad es considerada saludable resultado un 14,3% positivas, dándonos la pauta de la necesidad imperante de orientación de llevar un adecuado estilo de vida.

Tabla N° 13: Relación entre la edad y la opinión acerca del sobrepeso es saludable o no, HPGL 2012.

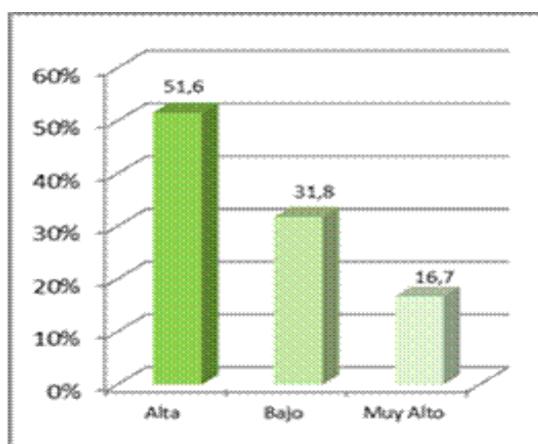
Edad	Sobrepeso		Total
	Saludable	No saludable	
Adolescentes	0	29	29
Jóvenes	4	124	128
Adultas	33	68	101
Total	37	221	258

Fuente: Encuesta Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

Un poco más de dos tercios de las mujeres adultas (68%), respondieron que el sobrepeso no es saludable, porcentaje que es inferior respecto a la opinión de las mujeres jóvenes y adolescentes. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la edad y la opinión que las mujeres tienen sobre el sobrepeso y obesidad (χ^2 : 45,59 p: 0,000000).

4.2.- ESTILOS DE VIDA

Gráfico N° 8: Distribución según el consumo de grasas de las pacientes, HPGL, 2012.



Fuente: Encuesta Elaboración: Ana Gabriela Ramírez Guerrero

El 51,6% de la población investigada tiene una dieta alta en grasa y el 31,8% de las mujeres participantes están haciendo las mejores elecciones de alimentos bajos en grasa, de allí que esta variable está directamente relacionada con la ganancia de peso, teniendo así entre sus preferencias alimenticias las frituras y aderezos.

Tabla N° 14: Relación entre el Consumo de Grasas y el Estado Nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012.

C. Grasas	Estado Nutricional				Total
	Normal		Sobrep/Obes.		
	N°	%	N°	%	
Muy Alto	0	0	43	100	43
Alto	2	2	131	98	133
Bajo	44	54	38	46	82
Total	46	18	212	82	258

Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

Al analizar la relación entre el consumo de grasas y el estado nutricional, se observa que aquellas mujeres con consumo de grasas alto y muy alto tienen mayores niveles de sobrepeso y obesidad con 100 y 98% frente a aquellas que presentan un bajo consumo de grasas alcanza al 46%, las diferencias fueron estadísticamente significativas (χ^2 de 105,38 2gl $p=0.00000000$). Estableciendo una fuerte relación entre el consumo muy alto y alto de grasas como factor desencadenante para sobrepeso y obesidad. (Tabla 14).

En un estudio realizado por Solís, E. Publicado por la Universidad autónoma de Nueva León, en enero del 2007; de la misma forma que este trabajo un predominio de un alto consumo de grasas en un 81% y sobrepeso y obesidad con un 70%, de esta forma relacionando el alto consumo de grasas y obesidad.

Tabla N° 15: Distribución según el consumo de frutas y verduras en las pacientes investigadas. HPGL, 2012.

Consumo de frutas y verduras	N°	%
Bajo	180	70
Alto	43	17
Muy Alto	35	13
Total	258	100

Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

El 70% de la población investigada tiene una dieta baja en consumo de frutas y verduras y tan solo el 30% de las mujeres participantes están haciendo las mejores elecciones de alimentos relacionados a frutas y verduras, de allí que esta variable está directamente relacionada con la

ganancia de peso, teniendo así entre sus preferencias alimenticias las frituras dejando un lado una adecuada alimentación y estilo de vida.

Tabla N° 16: Relación según el consumo de frutas y verduras y el estado nutricional en las mujeres investigadas. HPGL 2012.

	Estado Nutricional				Total
	Normal		Sobrep/Obes.		
C. Frutas y verduras	N°	%	N°	%	
Muy Alto	33	94	2	6	35
Alto	10	23	33	77	43
Bajo	3	2	177	98	180
Total	46	18	212	82	258

Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

Un dato interesante que se observa es que el 98% de mujeres que tienen un consumo bajo de frutas y verduras presentan sobrepeso y obesidad, por el contrario del total de mujeres que tiene un consumo muy alto apenas presentan el 6% de obesidad. Siendo estadísticamente significativo (Chi2 de 172,61 con 2 gl y valor de $p = 0.00000000$ lo que establece claramente una asociación entre el consumo bajo de frutas y verduras y el riesgo de tener sobrepeso y obesidad.

Tabla N° 17: Distribución según la relación entre los grupos de edad y el consumo de frutas y verduras.

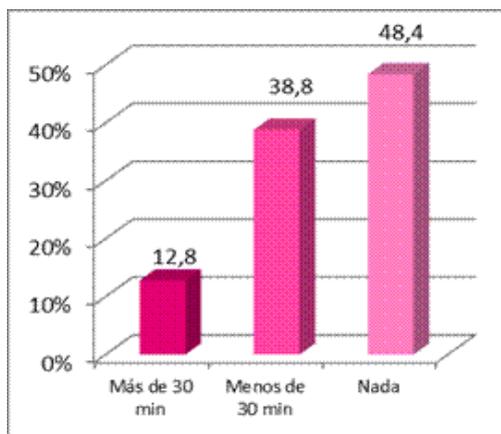
Edad	Consumo de Frutas y verduras				Total
	Muy Alto/ Alto		Bajo		
	N°	%	N°	%	
Adolescentes	7	24	22	76	29
Jóvenes	46	36	82	64	128
Adultas	25	25	76	75	101
Total	78	30	180	70	258

Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

En cuanto al consumo de frutas y verduras por grupo de edad se observa 3 de cada 4 mujeres adultas y adolescentes presentan un consumo bajo, sin embargo el 24 % de adolescentes presenta un consumo muy alto.

Gráfico N° 9: Distribución según tiempo dedicado a una actividad física diaria, HPGL 2012.



Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez Guerrero

Se muestra en el gráfico 9, que hay un porcentaje de casi la mitad 48,4% de la población estudiada no realiza ningún tipo de actividad física por tanto sedentaria ya que la actividad física está relacionada con la salud y el estilo de vida y debería formar parte de la rutina diaria de todas las personas. Teniendo como referencia el poder reducir o eliminar las enfermedades asociadas a sobrepeso y obesidad. (IPAQ, 2008)

Tabla N° 18: Relación entre el Tiempo dedicado a una Actividad Física y el Estado Nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012

Tiempo Actividad Física	Estado Nutricional				Total
	Normal		Sobrep/Obes.		
	N°	%	N°	%	
Más de 30 min.	11	44	22	66	33
Menos de 30 min	17	17	83	83	100
Nada	18	14	107	86	125
Total	46	18	212	82	258

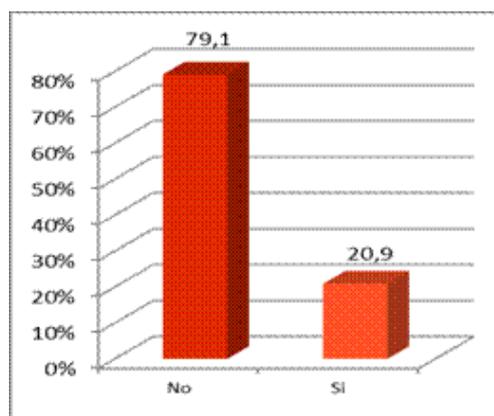
Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

Otro elemento importante, es la relación entre la actividad física y el estado nutricional, se observa que aquellas mujeres que manifiestan realizar actividad física más de 30 minutos presentan el 66% de obesidad, mientras que aquellas que indican realizan actividad física menos de 30 minutos o no realizan ninguna supera el 83%, por lo tanto se establece

asociación entre no realizar actividad física y sobrepeso y obesidad. (Chi² de 6,46 con una p= 0.03946446).

Lo que concuerda con un estudio realizado por Silva, J. en el año 2012, donde con una muestra de 84 estudiantes, usando un diseño transversal. Se obtuvo información antropométrica para obtener el Índice de masa corporal y para el nivel de sedentarismo el test de Pérez- Rojas, a través del Chi- cuadrado .El objetivo determinar el grado de actividad física y su relación con la obesidad. Encontrándose una asociación positiva entre el sedentarismo y el sobrepeso u obesidad en dicho grupo de estudio con un 71,6%. Poniendo en evidencia al sedentarismo como un factor de riesgo relacionado a sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil

Gráfico N° 10: Distribución según el hábito de fumar de las pacientes, HPGL 2012.



Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

El 20,9 % de las mujeres investigadas son fumadoras, lo que indica que estas personas tienen mayor riesgo a la obesidad porque existe un mayor metabolismo basal con un mayor consumo de energía principalmente a partir de grasa y colesterol.

Tabla Nº 19: Relación entre el Hábito de fumar y el Estado Nutricional de las pacientes investigadas. HPGL 2012.

Hábito de fumar	Estado Nutricional				Total
	Normal		Sobrepeso Obesidad		
	Nº	%	Nº	%	
No	40	20	164	80	204
Si	6	11	48	89	54
Total	46	18	212	82	258

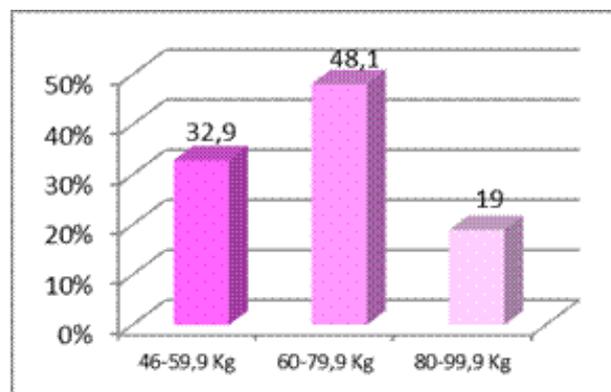
Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

El 89% de las mujeres con sobrepeso y obesidad tiene el hábito de fumar, mientras que 80% no lo hacen, no existe diferencias porcentuales estadísticamente significativas por tanto no hay asociación como factor de riesgo de sobrepeso y obesidad en las mujeres investigadas. No es estadísticamente representativo. (Tabla 19).

4.3.- ESTADO NUTRICIONAL

Gráfico Nº 11: Distribución según el peso de la paciente, HPGL 2012.



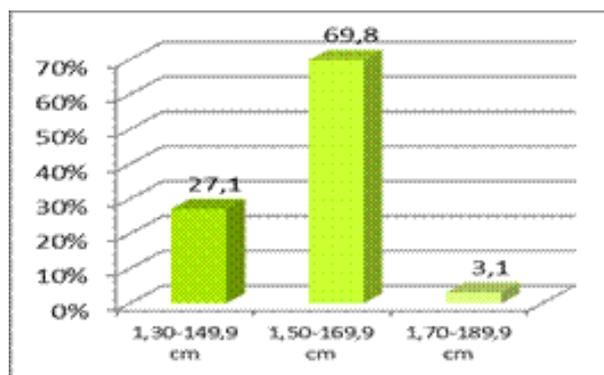
Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez Guerrero

El mayor grupo de peso se observa en mujeres entre 60 y 79,9 Kg con el 48,1%, existen 19 mujeres (19%) que presentan pesos que oscilan entre 80 y 99,9 Kilogramos que podría ser un indicativo de sobrepeso y obesidad; con una media de 67,3 kilogramos.

Debiendo tener como referencia que la obesidad es considerada actualmente una epidemia mundial, se ha duplicado en el mundo en las tres últimas décadas, afectando a unos 500 millones de adultos, de los cuales el 60% son mujeres, según un estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2011)

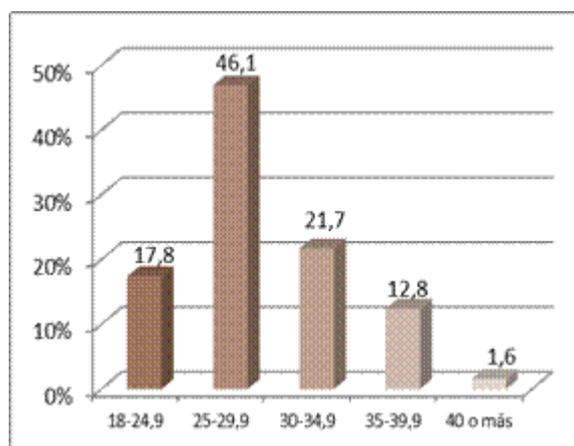
Gráfico N° 12: Distribución según la talla de la paciente, HPGL 2012.



Fuente: Encuesta Elaboración: Ana Gabriela Ramírez Guerrero

En cuanto a la talla 1 de cada 4 investigadas (27,1%) presenta talla comprendida entre 1,30 y 149,9 centímetros, mientras que aproximadamente el 70% tienen una estatura entre 150 y 169,9 centímetros como se observa en gráfico anterior, presentando una media de talla de 158,2 centímetros.

Gráfico N° 13: Distribución según el Índice de masa corporal (IMC) de las pacientes investigadas, HPGL.2012.

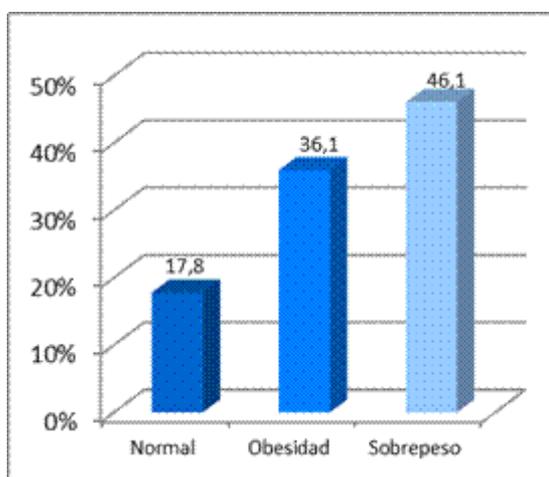


Fuente: Encuesta Elaboración: Ana Gabriela Ramírez Guerrero

En el grupo de mujeres investigadas (gráfico 13), el 36,1% presenta un Índice de masa corporal que supera el valor de treinta, que según lo indicado por la Organización Mundial de la Salud es un indicativo de obesidad, tan solo el 17,8% presenta peso normal. (OMS, 2011).

Por lo indicado, las mujeres incluidas en este estudio merecen atención prioritaria y oportuna a fin de corregir a tiempo este problema con el fin de prevenir y disminuir las diversas enfermedades relacionadas a sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil.

Gráfico N° 14: Distribución del estado nutricional según el IMC de la paciente, HPGL 2012.



Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

Como se puede apreciar del grupo de mujeres investigadas, (gráfico 14) existe un estado nutricional del 46,1 % de mujeres con sobrepeso y un 36,1% con obesidad; estas dos cifras revelan la inminente problemática que merece especial atención por la serie de efectos y patologías que produce la obesidad.

En la investigación se encontró en todos los grupos de edad porcentajes elevado de sobrepeso y obesidad, siendo más importante entre las mujeres mayores de 35 años (adultas). Mientras que entre las pacientes de peso normal el grupo más importante son las adolescentes. Por lo expuesto, es claro que la obesidad y sobrepeso son altos entre la población femenina que acude al hospital de Latacunga, conforme

aumenta la edad aumenta el porcentaje de obesidad, y algo importante: entre las adolescente existe más de dos tercios de obesas, lo cual debe llamar la atención sobre la necesidad de intervenir urgente con toda la población de mujeres, caso contrario, en el futuro se incrementarán los índices de trastornos metabólicos como Diabetes Mellitus, Síndrome Metabólico, etc., con enorme peso para el sistema de salud y para la propia población.

Esto concuerda con el estudio realizado en Brasil por Barros, V. 2012, en el que evaluó la ganancia de peso en mujeres en relación a la edad; donde las mujeres adultas demostraron más ganancia de peso asociadas a factores propios de la edad adulta condicionando el apareamiento y desarrollo de sobrepeso y obesidad. (Barros, V.2012)

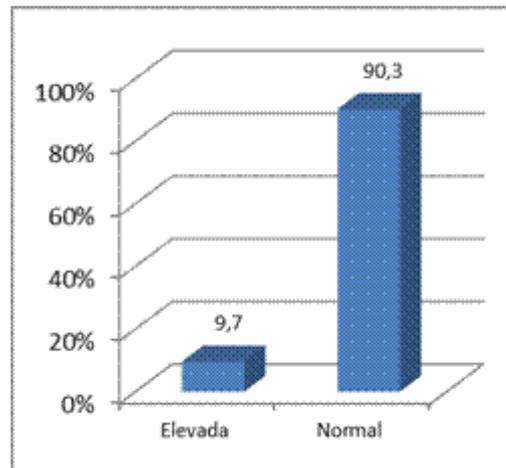
Tabla Nº 20: Relación entre los grupos de edad según el estado nutricional. HPGL. 2012.

	Estado Nutricional				Total
	N		S/O		
Edad	Nº	%	Nº	%	
Adolescentes	6	21	23	79	29
Adultas	12	12	89	88	101
Jóvenes	28	22	100	78	128
Total	46	18	212	82	258

Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez Guerrero

Al comparar edad con estado nutricional, se observa que las mujeres adultas presentan el mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad con el 88%, mientras que en adolescentes y jóvenes se presentan menores porcentajes, finalmente se aprecia que del total de encuestadas el 82% presentan esta problemática, lo que ratifica que la población atendida en el HPGL presenta altos niveles de obesidad y sobrepeso. No es estadísticamente significativo.

Gráfico N° 15: Distribución según los valores de la Tensión arterial de las pacientes, HPGL 2012.

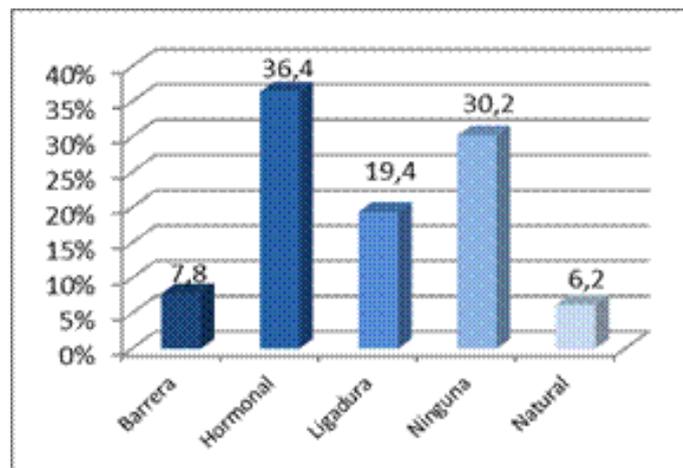


Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

El 90,3 % de las mujeres participantes no tienen hipertensión arterial diagnosticada mientras que el 9,7 % si la tienen. Las mujeres con sobrepeso u obesidad están más expuestas a tener más alta la presión arterial que una mujer con peso normal.

4.4 USO DE MEDICAMENTOS

Gráfico N° 16: Distribución según el tipo de anticonceptivo que utiliza la paciente, HPGL 2012.



Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

Se pudo observar del grupo estudiado que un (36,4%) refiere el uso de un método anticonceptivo hormonal; ya que se señala el aumento de peso

como una de las complicaciones comunes del uso de algunos contraceptivos orales así como de la inyección (Depo-Provera), aunque los mecanismos no son del todo claros. Al respecto, existe diversidad de opiniones sobre el efecto real del uso de anticonceptivos orales en el peso corporal.

No obstante, Pelkman, C. 2010, concluyen que el contraceptivo progestacional no afectó la ingesta de energía, por lo que no parece ser el causante de la ganancia de peso en mujeres jóvenes, de manera que el tema aún sigue siendo controversial. (Pelkman, C. 2010).

Tabla Nº 21: Relación del tipo de método anticonceptivo (MAC) según el estado nutricional de la paciente. HPGL 2012.

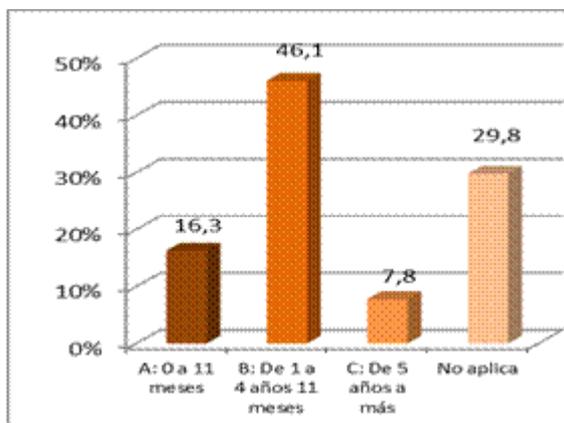
Método Anticonceptivo	Estado Nutricional		
	N	S/O	Total
De barrera	4	16	20
Hormonal	16	78	94
Ligadura	7	43	50
Natural	4	12	16
Ninguno	15	63	78
TOTAL	46	212	258

Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

En el grupo investigado, presentan valores elevados de sobrepeso y obesidad aquellas mujeres que utilizan los métodos de ligadura, hormonal, sin embargo coexisten diferencias significativas, pues adicionalmente aquellas mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo también presentan valores elevados de sobrepeso y obesidad.

Gráfico N° 17: Distribución según el tiempo de duración del uso del anticonceptivo de la paciente, HPGL 2012.



Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

En el gráfico 17 se valoró el tiempo estimado de uso del método anticonceptivo, encontrando que utilizaron de 1 a 4 años 11 meses de uso de método anticonceptivo en un 46,1% como se observa en el gráfico anterior.

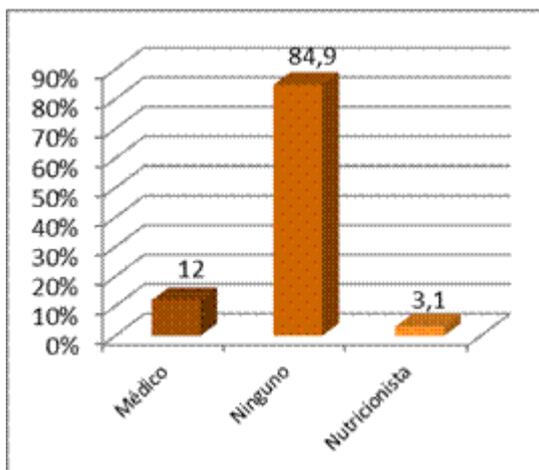
Tabla N° 22: Relación entre el tiempo de uso del método anticonceptivo (MAC) según el estado nutricional de las pacientes. HPGL 2012.

	Estado Nutricional				Total
	Normal		Sobrep/Obes.		
Tiempo uso de MAC	N°	%	N°	%	
A: 0-11 meses	12	29	130	71	42
B: 1-4 años 11 meses	16	13	103	87	119
C: 5 años o más	2	10	18	90	20
No aplica	16	21	61	79	77
Total	46	18	212	82	258

Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

En lo referente al tiempo de uso de métodos anticonceptivos y la posibilidad de sobrepeso y obesidad se observa que conforme mayor es el tiempo de uso se presenta mayores niveles del problema, pues el 9 de cada 10 mujeres que usan por más de 5 años tienen el 90% de sobrepeso, de 1 a 4 años 87%. A mayor tiempo de uso del método mayor proporción de sobrepeso y obesidad.

Gráfico N° 18: Distribución según el tipo de tratamiento recibido, para el sobrepeso y obesidad, HPGL. 2012.



Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

En el grupo de mujeres investigadas solo un 12% recibió tratamiento médico para la obesidad y sobrepeso lo que es un indicador de prevalencia de dicha patología.

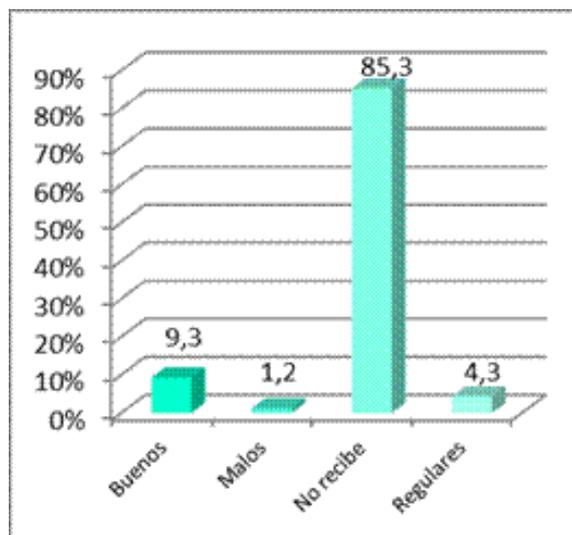
Tabla N° 23: Relación entre el tipo de tratamiento recibido y el estado nutricional de las pacientes investigadas .HPGL, 2012.

Tipo de Tto. Recibido	Estado Nutricional		Total
	Normal	Sobrep/Obs	
Médico	0	31	31
Nutricionista	0	8	8
Ninguno	46	173	219
Total	46	212	258

Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

En general dentro del grupo de mujeres investigadas existe poca adherencia a recibir tratamiento como se puede observar en el cuadro anterior ya que apenas el 15 %, recibió tratamiento por parte de un médico o nutricionista, sin embargo el 82% presentan sobrepeso y obesidad. Sin embargo es importante indicar que el 21% de las mujeres que no recibieron ningún tratamiento profesional presentan un peso normal.

Gráfico N° 19: Distribución según los resultados obtenidos con el tratamiento recibido, HPGL 2012.



Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

El 85,3% no recibieron ningún tratamiento, del 14,7 % de las mujeres que recibieron algún tipo de tratamiento, obtuvieron buenos resultados el 9,3%, una respuesta regular el 4,3% y una respuesta inadecuada o mala el 1,2%, por lo tanto existe una baja adherencia a recibir tratamiento profesional para controlar el problema investigado

Tabla N° 24: Relación entre los resultados obtenidos con el tratamiento del sobrepeso y obesidad según los grupos de edad de las mujeres investigadas, HPGL 2012.

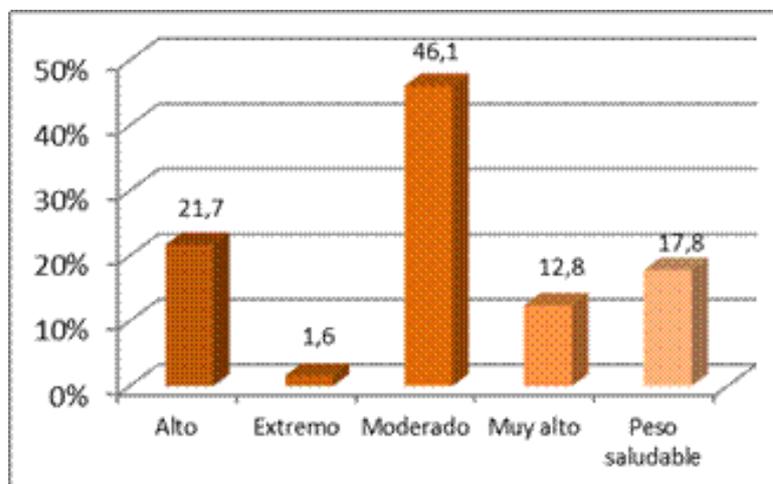
Resultados del tto	Grupos de edad						Total
	Adolescentes		Jóvenes		Adultas		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Buenos	2	8	9	38	13	54	24
Malos	0	0	0	3	3	100	3
Regulares	1	9	2	8	8	73	11
No recibe	26	12	117	77	77	35	220
Total	29	11	128	50	101	39	258

Fuente: Encuesta **Elaboración:** Ana Gabriela Ramírez G.

Existe respuesta adecuada al tratamiento recibido en las mujeres adultas pues es buena la respuesta en el 54% y regular en 73% es dicho grupo, el contrario se observa en el grupo de adolescentes, se debe indicar que existe un importante grupo que no recibe tratamiento alguno (85,2%),

aspecto que ratifica que no existen acciones concretas que permitan enfrentar el problema de manera adecuada.

Gráfico N° 20: Distribución de riesgo de enfermedad cardiovascular según el peso de la paciente, HPGL 2012.



Fuente: Encuesta Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS, 2011, establece un nivel de riesgo de enfermedad cardiovascular en función del estado nutricional de las pacientes, según el cálculo del índice de masa corporal. De acuerdo a esta clasificación del grupo de mujeres investigadas el 46,1% (sobrepeso) corresponde al riesgo moderado de enfermedad cardiovascular, mientras el 21,7% representa al alto riesgo, el 12,8% de las pacientes con riesgo muy alto y solo un 1,6% (obesidad mórbida) con un riesgo extremo de enfermedad cardiovascular y tan solo un 17,8% de las pacientes presentan un peso saludable sin riesgo de enfermedad cardiovascular. (OMS, 2011).

4.5.- VALIDACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la verificación de hipótesis se plantea los siguientes criterios:

Hipótesis nula (H0): Los factores de riesgo como el sedentarismo no favorecen el sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil.

Hipótesis alternativa o de trabajo (HA): Los factores de riesgo como el sedentarismo favorecen el sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil.

Para poder verificar la hipótesis se estratificó a las pacientes según estado nutricional con la actividad física (sedentarismo) de cada una de ellas y se asoció con el sobrepeso y obesidad.

Se observó que los porcentajes en cada uno de estos estratos muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí, obteniéndose un χ^2 de 6,21 con 1 gl, un intervalo de confianza del 95% y $p=0,0127148$ dado que el chi cuadrado calculado es mayor que el valor crítico (3,84) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que es, las mujeres con factores de riesgo como el sedentarismo favorecen el sobrepeso y obesidad.

Tabla Nº 25: Estado nutricional según el sedentarismo, HPGL, 2012.

Actividad Física	Estado nutricional		Total
	O/S	N	
Sedentario SI	190	35	225
Sedentario No	22	11	33
Total	212	46	258

Fuente: Encuesta

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

En la tabla se observa que de las mujeres investigadas solo 11 tienen un peso normal y son activas, mientras que 190 son obesas y sedentarias. De esta comparación se establece que la probabilidad de que una mujer sedentaria sea a la vez obesa es de 2,71 veces mayor que las mujeres activas, siendo significativo estadísticamente: OR: 2.72 (IC 1.12 – 6,52). Por tanto, se concluye que aquellas pacientes que son sedentarias tienen mayor riesgo de sobrepeso y obesidad.

Hipótesis nula (H0): Los factores de riesgo como el consumo de grasas no favorecen el sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil.

Hipótesis alternativa o de trabajo (HA): Los factores de riesgo como el consumo de grasas favorecen el sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil.

Para poder verificar la hipótesis se estratificó a las pacientes según estado nutricional con el consumo de grasas de cada una de ellas y se asoció con el sobrepeso y obesidad.

Al analizar la relación entre el consumo de grasas y el estado nutricional, se observa que aquellas mujeres con consumo de grasas alto y muy alto tienen mayores niveles de sobrepeso y obesidad con 100 y 98% frente a aquellas con un consume bajo de grasas que alcanza al 46%, es estadísticamente significativo un chi2 de 105,38 y una p= 00000, lo que quiere decir que existe una fuerte asociación entre el consumo alto de grasas y la presencia de sobrepeso y obesidad en el grupo investigado.

Por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que es, las mujeres con factores de riesgo como el consumo de grasas favorecen el sobrepeso y obesidad.

Tabla Nº 26: Estado nutricional según el consumo de grasas, HPGL, 2012.

Consumo de Grasas	Estado Nutricional		Total
	Normal	Sobrep/Obes.	
Muy Alto	0	43	43
Alto	2	131	133
Bajo	44	38	82
Total	46	212	258

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

Por tanto se concluye que aquellas pacientes que consumen grasas tienen mayor riesgo de sobrepeso y obesidad.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

- En la presente investigación se identificó una variedad de factores asociados a sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil que tienen una implicancia socio-económica, educacional y de acceso a los servicios básicos y de salud; muchos de esos factores son prevenibles y en ciertos casos su control, permite la recuperación de las mujeres.
- Dentro de los factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil se encuentran: El número de hijos, estilo de vida inadecuado y la condición socioeconómica, que presentaron altos índices de sobrepeso y obesidad. Resultando ser de mayor relevancia el estilo de vida inadecuada.
- Una de las preocupaciones esenciales para los planificadores y el personal de salud es diseñar estrategias que garanticen el acceso poblacional a tales servicios, lo cual contribuirá a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y de la población en general.
- La detección temprana de algunos factores de riesgo aquí identificados no requiere de tecnología sofisticada y puede realizarse a partir de la primera consulta y desde el primer nivel de atención donde el médico general se desempeña.

5.2.- RECOMENDACIONES

- Dadas las tasas elevadas de sobrepeso y obesidad observadas en las mujeres en edad fértil que presenta la provincia de Cotopaxi,

conviene a futuro realizar nuevas investigaciones que permitan abordar estos aspectos a fin de tener información que permita intervenciones acordes a la realidad local.

- El bajo nivel educacional, el déficit de conocimientos necesarios sobre sobrepeso y obesidad, hace que existan las condiciones deficientes en los hogares de las mujeres investigadas y haría pensar que probablemente los problemas de salud más frecuentes en las mujeres se relacionen con las enfermedades cardiovasculares y trastornos secundarios a las mismas; por lo que se plantea realizar nuevas investigaciones a fin de tener información de la propia realidad de la provincia de Cotopaxi.
- Los resultados de esta investigación determinan varios factores de riesgo presentes en las mujeres atendidas en el HPGL los mismos que deben ser difundidos entre el personal que los atiende, tanto médicos, como enfermeras, internos rotativos y los mismos familiares de la paciente, con el fin de establecer estrategias de intervención apropiadas, evitando que los resultados de esta investigación sean solo cálculos estadísticos, sino q que los mismos sensibilicen al equipo de salud para contrarrestar las tasas observadas, así como los factores de riesgo prevenibles.
- Dado que las mujeres carecen de conocimientos nutricionales, es necesario educar a la familia, y en especial, a la mujer desde su niñez, con campañas que promuevan una adecuada nutrición, asegurando el mantenimiento de estilos de vida saludable.
- Se recomienda fortalecer las acciones de atención primaria de salud como controles mensuales el peso y talla, además de una orientación adecuada sobre estilos de vida saludables para de esta manera establecer un sistema de referencia eficaz en el que todas las mujeres en riesgo se identifiquen, se traten de forma adecuada en las unidades de atención primaria y se transfieren

oportunamente a los hospitales de especialidades en caso de ser necesario.

- La mayor parte de los núcleos familiares observados tienen bajos niveles socioeconómicos, por lo que es imprescindible que se mejoren el nivel de conocimientos sobre obesidad en los sectores más desprotegidos, se recomienda al gobierno generar empleos y el acceso a la educación de mejor calidad que propicien conocimientos sólidos sobre el tema a las familias ecuatorianas.
- Implementar estrategias para promocionar la salud con el objetivo de tener un estilo de vida adecuado libre de enfermedades que llevan consigo complicaciones producidas por el sobrepeso y obesidad.
- Realizar valoración y control del estado nutricional de las pacientes.
- Promover en las casas de salud el consumo de frutas y verduras, dando a conocer los beneficios del mantenimiento de una correcta alimentación y un adecuado estilo de vida.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1.- DATOS INFORMATIVOS

6.1.1.- Tema

Plan de ejercicios físicos para disminuir la obesidad de las mujeres.
Ejercicio físico terapéutico (CFT)

6.1.2.- Institución ejecutora

Hospital Provincial General Latacunga.

6.1.3.- Beneficiarios

Mujeres en edad fértil (15-49 años) del Hospital Provincial General Latacunga.

6.1.4.- Ubicación

Latacunga, provincia de Cotopaxi.

6.1.5.- Tiempo estimado para la ejecución

Inicio: Abril 2015. Fin: Abril 2016

6.1.6.- Equipo técnico responsable

Estará conformado por el Director del Hospital, Nutricionista, Médicos, enfermeras e internos rotativos y voluntariado.

6.1.7.- Costo

El presupuesto para la realización de la propuesta planteada es alrededor de \$700,00 USD.

6.2.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

De la investigación realizada encontramos que un porcentaje importante presentaron obesidad (36,1%) y sobrepeso (46,1%).

Los principales factores de riesgo identificados entre las mujeres en edad fértil fueron: el bajo nivel educativo y condición socioeconómica, insuficientes conocimientos sobre obesidad y sobrepeso, destacándose la alimentación inadecuada y sedentarismo; cada una de ellos en forma individual se encontró que incrementa el riesgo de sobrepeso y obesidad, tal como se lo ha expuesto en el capítulo 4.

6.3.- JUSTIFICACIÓN

La propuesta planteada tiene mucha importancia médico-social porque se basa en combatir el sobrepeso y obesidad; los problemas de salud que causan dichas patologías en las mujeres en edad fértil, que asisten al Hospital Provincial General Latacunga. Las mujeres en edad fértil serán los más beneficiadas con este proyecto, al mismo tiempo todas las mujeres que carecen de conocimientos sobre un adecuado estilo de vida saludable lo que permitirá un buen vivir.

Esta propuesta tiene el interés de dar a conocer a los miembros del equipo de salud y a las mujeres; la familia en general la importancia de una adecuada actividad física y estilo de vida saludable en las mujeres en edad fértil que acuden al Hospital, este es el enfoque social de la investigación, lo cual permitirá la socialización a las demás integrantes de las comunidades de donde proceden las mujeres.

El planteamiento de la propuesta es factible por cuanto se cuenta con conocimientos teórico – práctico en el ámbito de atención primaria, se dispone de bibliografía de diversos autores con acceso a la información de campo con la asesoría respectiva y los recursos necesarios.

6.4.- OBJETIVOS

6.4.1.- Objetivo general.

- Disminuir el grado de sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil que asisten a consulta externa al Hospital Provincial General Latacunga a través de la práctica del conjunto de ejercicios físicos planificados y realizados de forma sistemática

6.4.2.- Objetivos específicos

- Educar a las mujeres en edad fértil que acuden al Hospital Provincial General Latacunga sobre la importancia de la actividad física y el fomento de estilos de vida saludables.
- Generar el desarrollo de ejercicios físicos.
- Brindar un ámbito de familiaridad para la mujer en edad fértil obesa y su familia para enfrentar la problemática.
- Fomentar estilos de vida saludables que contribuyan al control de sobrepeso y recuperación del estado nutricional normal.
- Fomentar entre las mujeres el cumplimiento y adherencia a los controles médicos desde el apareamiento del sobrepeso y obesidad hasta su recuperación completa.
- Establecer alianzas estratégicas entre el hospital y ciencias de la salud (carreras de medicina y enfermería) y la facultad de ciencias humanas (cultura física).
- Realizar un trabajo multidisciplinario conjuntamente con el servicio de nutrición para un manejo integral de los pacientes del HPGL.

6.5.- ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La propuesta es realizable desde el punto de vista técnico ya que se tiene las bases suficientes en conocimientos, además del apoyo de los médicos

de la institución, así como estudiantes de medicina, enfermería y estudiantes de la carrera de cultura física quienes contribuyen en el desarrollo y la ejecución de la propuesta dando sostenibilidad a la propuesta en corto y mediano plazo.

Es factible desde el punto de vista administrativo ya que se pedirán los respectivos permisos o autorizaciones a las autoridades del hospital.

Los costos de la propuesta serán facilitados por parte del investigador, se evaluará mensualmente la propuesta para valorar su impacto y realizar actualizaciones o modificaciones.

La actual propuesta esta direccionada a personas de todo nivel socioeconómico y cultural, de tal manera que se utilizaran términos sencillos para mejor entendimiento del receptor, además será respaldado legalmente con el cumplimiento de las normas del buen vivir, reglamentado en la Asamblea Constitucional de Septiembre del 2008, articulando cada uno de sus componentes legales.

6.6.- FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TEÓRICO

Se designará un coordinador del plan, el mismo que mantenga un equipo de trabajo activo y solidario.

6.6.1.- La Obesidad

La obesidad es un exceso de grasa corporal acumulada en el tejido adiposo que va acompañada por un incremento del peso del cuerpo. Es la consecuencia de un desequilibrio entre lo que se ingiere y el gasto calórico, por lo que cualquier solución eficaz al problema deberá considerar todos los aspectos que afectan ambos parámetros. Sin embargo, existen personas que aun superando el peso adecuado no son consideradas obesas porque el exceso no se debe a tejido adiposo (grasa), sino a masa muscular (por ejemplo los fisiculturistas). En condiciones normales la grasa constituye en una persona joven, entre el

15 y el 18% del peso corporal para hombres, y entre el 20 y 25% para mujeres. (Balkau, B. 2007)

Hace muchos años la obesidad fue la mejor forma que tenía el ser humano de acumular reservas energéticas para épocas de escasez de alimentos. Nadie se preocupaba entonces del exceso de grasa en el cuerpo. Hoy se sabe que la obesidad puede dañar la salud y afectar la vida personal, familiar, sexual, laboral y social de quien la sufre. (Brand-Miller & Holt S, 2002)

La obesidad ha dejado de ser problema exclusivamente estético y poco a poco empieza a considerarse como una verdadera problemática crónica y habitual en los países desarrollados, donde el 45% de los hombres y el 38% de las mujeres presentan algún tipo de obesidad o exceso de peso, según demuestran estudios recientes. Esto es debido, fundamentalmente a un cambio en los hábitos dietéticos y a una disminución de la actividad física.

Se la considera crónica debido a que no es posible su cura definitiva, aquel obeso que descendió de peso no puede decir nunca que no lo volverá a recuperar jamás. El término recidivante hace referencia a que es una enfermedad que siempre vuelve. Queda claro que ningún paciente obeso soluciona su problema definitivamente, a pesar de poder descender de peso y establecerse en el peso ideal o posible, siempre será potencialmente obeso.

Esto se debe a que en un principio el excedente calórico, el cual se almacena en forma de lípidos en las células del tejido adiposo (adipocitos), provoca un agrandamiento de la célula adiposa, denominado hipertrofia. Cuando la hipertrofia llega a un punto crítico, el adipocito se divide en dos células, proceso que lleva el nombre de hiperplasia, de modo tal que se encuentran nuevas células formando parte del tejido adiposo con capacidad de hipertrofiarse primero y dividirse después,

produciendo un aumento gradual del tejido adiposo corporal total. (Foz, M. 2002)

6.6.2.- Programa de cultura física terapéutica (CFT), bases fisiológicas.

La acción terapéutica de los ejercicios físicos se basa en el considerable incremento de los gastos energéticos que influyen de manera normalizadora sobre todos los tipos de metabolismo, la intensificación de los procesos plásticos en los diferentes órganos, el mejoramiento de la función de todos los órganos y sistemas, el incremento del grado de entrenamiento y de la capacidad de trabajo general del paciente. Por eso las clases de Cultura Física Terapéutica contemplan las siguientes tareas:

- Contribuir a la disminución del peso corporal.
- Mejorar las funciones de los sistemas cardiovascular, respiratorio y locomotor.
- Incrementar la capacidad de trabajo general.
- Liquidar las alteraciones que acompañan a la obesidad o disminuir su grado de manifestación.

La elección del tipo de ejercicio físico a aplicar en estos casos, así como su volumen, la intensidad de la carga y la forma de ejecución de la clase dependen de las manifestaciones clínicas de la obesidad, de la edad, el sexo y del grado de preparación física del paciente. La cultura física terapéutica es más efectiva en los casos de la obesidad exógena. Para esta forma de afección las clases deben ser prolongadas entre 45 - 60 minutos. Y más, en ellas se emplean preferentemente ejercicios para los grandes grupos musculares, ejecutados con gran amplitud, así como movimientos pendulares y circulares de las articulaciones, ejercicios con sobrecarga moderada y diferentes implementos, prestando especial interés a los músculos del abdomen.

Se deben incluir juegos movidos para mejorar el estado emocional. Los movimientos deben ser combinados con respiración profunda. En cada

clase es necesario emplear la marcha y la carrera estrictamente dosificada e incrementarla paulatinamente. (Moreno, B., Esteban, S. 2000)

6.6.2.1.- Efectos del ejercicio físico en las obesas

El carácter terapéutico de los ejercicios físicos está condicionado en la obesidad por la estimulación y normalización del metabolismo de los carbohidratos, los lípidos y las proteínas. La actividad física sistemática aumenta la síntesis de glucógeno en el músculo y en el hígado y disminuye los depósitos de grasa.

- Contribuyendo a la disminución del peso corporal.
- Mejorando las funciones de los sistemas cardiovascular, respiratorio y locomotor.
- Incrementando la capacidad de trabajo general.
- Ayuda a liquidar las alteraciones que acompañan a la obesidad o disminuir su grado. (Nuñez, G. 1.983)

6.6.2.2.- Indicadores Metodológicas de la CFT

En obesos las actividades físicas exigen ser planificadas y dosificadas progresivamente por tiempo, tandas, repeticiones. En los grupos se tendrá en cuenta el estado general de salud, la edad, el sexo, la capacidad de trabajo, la presencia de enfermedades metabólicas y cardiovasculares.

Al inicio de la práctica sistemática de ejercicio físico, no deben ser sometidos a grandes exigencias. Las clases deben tener en cuenta la variación de actividades para hacerlas más amenas; es valiosa la inclusión de juegos deportivos.

Es importante que se cumpla las actividades planificadas para la sesión de trabajo para fortalecer la voluntad y el carácter. Es conveniente el control de peso semanal, para medir el resultado de la actividad.

6.6.2.2.1.- El ejercicio físico terapéutico (CFT) más recomendado

Para ser realizados por los obesos son los aeróbicos, por consumir mayor cantidad de energía y crear menos productos de desechos nocivos al organismo (como el ácido láctico), así como por utilizar como fuente de energía, además de los carbohidratos, los lípidos. Estos procesos aeróbicos se logran con ejercicios de larga duración, sin ser excesivamente prolongados, efectuados con un ritmo lento o medio y la participación de grandes grupos musculares con esfuerzos dinámicos. Aunque hoy en día el ejercicio con pesas, es un componente importante en el entrenamiento de los obesos ya que hace aumentar el volumen muscular y esto contribuye a mantener un metabolismo basal elevado.

Según algunos autores la menor pérdida de peso en las mujeres se debe no a una menor pérdida de grasa sino a un mayor incremento en la masa magra. Como podemos ver el tratamiento del obeso es multifactorial, aunque fundamentalmente está sustentado sobre la combinación de los dos últimos pilares dieta y ejercicio. (ACSM, 2000)

Una combinación de una dieta generalmente hipo energética (adecuada para la constitución y la forma de vida de cada sujeto), acompañada de ejercicios moderados permanentes, es una buena opción en la prevención y tratamiento de la obesidad. El ejercicio no solo conserva sino inclusive aumenta la masa muscular, la combinación de ambos enfoques permite que ni la dieta sea tan estricta ni el ejercicio tan vigoroso, lo cual facilita la permanencia del obeso en el programa de reducción de peso. (Saya, Á. 1990)

6.6.2.2.2.- Beneficios del ejercicio físico

Con la práctica cotidiana y sistemática de un ejercicio o una serie de ejercicios alternados, cardiovasculares, obtendrán los siguientes beneficios:

- Disminución de la grasa corporal. Disminución de la presión sanguínea.
- Aumento del colesterol "bueno" (HDL).
- Estimulación de la producción de lipoproteínas de alta densidad, responsables de eliminar el colesterol "malo" (LDL).
- Al estimular la secreción de insulina, aumentar la eficiencia del corazón y la función pulmonar, mantiene los niveles de glucosa.
- Disminución de la angustia, la depresión y la tensión.

Todos estos beneficios se combinan para ayudar a prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, toda vez que reduce la obesidad como factor de riesgo, la hipertensión y el colesterol alto en la sangre. (Jorge, B. 1996)

Las investigaciones han comprobado que quienes practican habitualmente ejercicio, tienen hasta un 40% menos de posibilidades de padecer enfermedades cardíacas, y la mitad de problemas de ausentismo laboral. (Howley & Franks, 1995)

6.6.2.2.3.- Clasificación de la obesidad

1.- De acuerdo con la edad de aparición.

Se divide en dos grandes grupos prepuberal y pos puberal.

La obesidad prepuberal también llamada hiperplasia, es aquella que ocurre en la primera etapa de la vida, determina cambios en el tejido adiposo, al multiplicarse el número de células normales. Estas personas son muy difíciles de hacerlas adelgazar.

La obesidad pos puberal es aquella que se observa en el adulto, donde el número de adipocitos normales se hipertrofia, es decir aumenta considerablemente el tamaño de la célula, por su gran contenido de grasa. (Llano, R. 1995)

2.- Desde el punto de vista causal

La obesidad puede ser considerada exógena o primaria, endógena o secundaria a otros procesos patológicos y mixtos.

La obesidad exógena es aquella en que el paciente recibe un aporte de alimentos muy ricos en calorías y nutrientes, el cual es superior al gasto energético debido a problemas relacionados con la disponibilidad o el consumo de alimento.

La obesidad endógena es aquella que se observa asociada con otros procesos patológicos como la diabetes mellitas, hiperfunción adrenal o el hipotiroidismo, entre otros.

La obesidad mixta se produce como resultado de la aparición de las causas primarias y secundarias en un mismo individuo. (Moreno, B., Esteban, S. 2000)

3.- Atendiendo a su mayor o menor grado de sobrepeso por la talla.

Androide, También conocida como obesidad abdominal o tipo "manzana". Es más común entre los hombres y se caracteriza porque la grasa se acumula en el abdomen y el tronco, y por eso los riesgos son aún más elevados. En las mujeres también aparece sobre todo tras la menopausia porque la grasa se redistribuye y se localiza en esa zona.

Ginecoide, se llama también obesidad subcutánea, glútea o tipo "pera" y aparece con más frecuencia en las mujeres. La grasa se acumula sobre todo en las caderas y glúteos. (Peña, M. La obesidad y sus tendencias en la región, 2001)

4.- De acuerdo a los diferentes índices de masa corporal (IMC).

Comprendidos entre 18,5 hasta 24.9 como peso normal, entre 25 a 29,9 como sobrepeso; desde 30 hasta 34,9 considerado como obesidad de primer grado, de 35 a 39.9 como obesidad de segundo grado y finalmente

40 o más obesidad mórbida. (Peña M, La obesidad y sus tendencias en la región, 2001)

6.7.- METODOLOGÍA

Se dará a través de:

La encuesta: Se aplicará a la muestra con vistas a conocer sus opiniones acerca de la importancia del ejercicio físico en el tratamiento de la obesidad, su estilo de vida, enfermedades asociadas, interés y tiempo disponible para realizar ejercicios físicos.

Mujeres en edad fértil con algún grado de sobrepeso y obesidad que asisten al a consulta externa del Hospital Provincial General Latacunga.

6.7.1.- Comportamiento de los indicadores

Indicador # 1. Antecedente de la obesidad en la familia.

Indicador # 2. Tiempo de padecimiento de la enfermedad.

Indicador # 3. Enfermedades asociadas a la obesidad.

Indicador # 4. Estilo de vida (alcohol, tabaco, tipo de alimentación).

Indicador # 5. Cantidad de comidas al día.

Indicador # 6. Es el ejercicio físico una alternativa para disminuir el peso corporal.

Indicador # 7. Realiza algún tipo de ejercicios físicos.

Indicador # 8. Motivación hacia la práctica del ejercicio físico.

Indicador # 9. Disponibilidad de tiempo.

Duración: Mínimo 16 semanas

Frecuencia semanal: Cinco sesiones de lunes a viernes en horario de 5:30 de la tarde.

6.7.1.1.- Guía de observación

Indicador # 1. Atención médica en las pacientes obesas.

Indicador # 2. Existen las condiciones adecuada en la comunidad que les permita la realización plena en los ejercicios físicos

Indicador # 3. Estado constructivo de las instalaciones y áreas para la realización de los ejercicios físicos.

Indicador # 4. Calidad con la que se desarrollan las actividades de rehabilitación en las mujeres obesas de la comunidad.

Indicador # 5. Asistencia de las pacientes a los locales donde se realizan los ejercicios físicos

Indicador # 6. Nivel de aceptación de la comunidad ante las opciones de los ejercicios físicos que se les brindan.

6.7.2.- Modelo Operativo.

Fase de Planificación	Metas	Evolución	Presupuesto	Recursos
Autorización para realizar la propuesta Presentación de la propuesta Diseño del plan de la propuesta.	Cumplimiento del 100% en abril	Evaluación procedimiento y respuesta de las autoridades en un periodo de un mes	30 dólares	Solicitud a las autoridades
Convocatoria a especialistas en Medicina interna, Nutrición. Capacitación al personal de salud responsable Inscripción de los interesados Diseño de afiches y pancartas acerca de medidas preventivas para los pacientes integrantes.	Cumplimiento del 100 % en mayo	Selección de los especialistas Control de peso, talla. Cálculo del IMC Control del personal responsable de forma trimestral	500 dólares	Conferencias al personal de salud, estudiantes de Medicina y mujeres. Plan orientado sobre medidas preventivas e informativas
Evaluar cumplimiento de la propuesta Modificaciones y ajustes en el transcurso.	Cumplimiento del 100 % en junio	Revisando los resultados mensuales de cada paciente integrantes.	130 dólares	Información recolectada de los/las pacientes.

Cuadro Nº 3: Modelo Operativo.

Elaboración: Ana Gabriela Ramírez G.

FASE I

Fase de la adaptación al ejercicio físico.

¿Qué queremos conseguir?

- Desarrollar la condición física general, el acondicionamiento cardiorrespiratorio, la resistencia muscular y la flexibilidad.

Duración: Tres días por semana (lunes, miércoles y viernes)

Intensidad: 40 - 60% frecuencia cardiaca máxima.

Ejercicios:

- Caminar/ carreras.
- Ejercicios de flexibilidad.
- Ejercicios fortalecedores (peso corporal).
- Gimnasia aeróbica.
- Control postural.
- Deportes variados.

Ventajas para la mujer

- La fase de adaptación al ejercicio físico es de gran importancia ya que estas mujeres no practican ejercicios físicos y pueden sufrir lesiones, pues este período las prepara para adaptarse gradualmente a la nueva carga física sin ser desmotivadas.

FASE II

Fase dirigida a la pérdida de peso y mejoramiento de las capacidades funcionales.

¿Qué queremos conseguir?

Mejorar el estado funcional de los sistemas respiratorios y cardiovasculares de las mujeres a través de los ejercicios físicos.

Duración: Cinco días de la semana (lunes a viernes)

Intensidad: 45 - 65% frecuencia cardiaca máxima.

Ejercicios:

- Carrera.
- Gimnasia aeróbica.
- Ejercicios de fuerza.
- Flexibilidad.
- Control postural.
- Deportes variados.

Ventajas

- En esta fase aumenta la intensidad y al volumen de la carga. Se concentra en la pérdida del peso corporal. Se trabaja a una intensidad entre 40-85% de la frecuencia cardiaca máxima.

FASE III

Fase dirigida al mantenimiento del peso logrado y motivación de seguir realizando ejercicio físico regularmente.

¿Qué queremos conseguir?

Mantener el peso logrado a través del ejercicio físico.

Duración: Cinco días de la semana (lunes a viernes)

Intensidad: 65-75% frecuencia cardiaca máxima.

Ejercicios:

- Carrera.
- Gimnasia aeróbica.
- Ejercicios de fuerza.
- Control postural.
- Deportes variados.

Ventajas

- Esta fase se prolonga por el resto de sus vidas, las mujeres ya conocen de la importancia del ejercicio físico, su práctica sistemática y como combinándolos con una dieta les ayudara a mantener el peso logrado por el resto de la vida.

Estructura de la sesión del trabajo con las obesas

Una sesión consta de tres partes, las cuales son la fase inicial, principal y final.

Fase inicial

Comprende una parte preparatoria: preparación del organismo general y específico. Para el calentamiento se utilizarán diferentes formas de marcha y carreras, como por ejemplo: trotar, caminar, movimientos en distintas direcciones, ejercicios de estiramiento y juegos. Esta fase tiene una duración de 10-15 minutos.

Fase principal

Es la destinada a conseguir los objetivos marcados por la sesión. Es muy importante que esté bien planificada, y evitar la búsqueda de rendimientos máximos sin un programa progresivo que evolucione, siempre de lo más fácil a lo más difícil. La duración de esta parte es variable y se recomienda que sea de 20 a 40 minutos. La fase principal se realiza según; cuanto más avanzado sea, más especializado será la sesión.

Fase final

Se debe llevar el organismo del sujeto a la normalidad mediante ejercicios de relajación y estiramientos. Además, se hará hincapié en la necesidad de realizar un trabajo de recuperación aeróbica, como por ejemplo, un trote lento por unos 4 o 5 minutos.

Estructura:

- Parte Inicial o calentamiento: 10- 15 minutos
- Ejercicios de estiramiento.
- Acondicionamiento.
- Segunda parte principal o Intermedia : 15- 40 o (15-60) minutos
- Ejercicios fortalecedores.
- Ejercicios aeróbicos.
- Ejercicios respiratorios.
- Tercera parte final o de recuperación: 10 – 15 minutos.
- Estiramiento.
- Relajación muscular.

TRABAJO NO PRESENCIAL

Proponemos para los días en los cuales las mujeres no pueden asistir a las clases. El trabajo no presencial puede variar teniendo en cuenta la fase donde se encuentra el conjunto de ejercicios, las características físicas y funcionales, de las participantes.

- Cinco minutos de ejercicios de estiramiento.
- De 25 a 30 minutos de marcha.

El profesor debe dar orientaciones claras y precisas a las mujeres para la aplicación del trabajo en su ausencia. El trabajo no presencial se controlará a través de la encuesta/entrevista personal aplicada a ellas.

Evaluación del conjunto de ejercicios físicos

El personal debe anotar y archivar todas las mediciones tomadas en las diferentes fases del conjunto de ejercicios físicos en un registro para revisar y analizar la adaptación de las mujeres.

Parámetros a medir:

Peso corporal: El indicador principal de la efectividad del conjunto de ejercicios es la disminución del peso corporal de las mujeres, por eso,

proponemos la medición del peso corporal cada semana, donde el objetivo sería lograr la pérdida de - 1kg semanal a partir de la primera semana de la fase 2.

Circunferencia de cintura con una cinta métrica: Estos datos nos muestran también la efectividad de los ejercicios aplicados, y en que parte del cuerpo tenemos que hacer mayor énfasis.

Presión arterial: Es muy importante para medir la presión arterial frecuentemente, debido que en estas personas la frecuencia cardiaca no debe subir tanto por la consecuencia como un infarto cardíaco.

6.8.- PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

El seguimiento y valoración de la mujer con algún grado de sobrepeso y obesidad, será ejecutada una vez por mes, durante los primeros meses mediante el control del peso, talla, índice de masa corporal, diámetro de cintura presión arterial, a partir de experiencias significativas; esto dependerá de cada caso el cual servirá como tutoría de referencia para la atención del resto de casos. Finalmente cuando evaluaremos el avance que presentes las pacientes con el control del peso.

6.9.- EVALUACIÓN

La evaluación de la aplicación del programa será a mediano y largo plazo y se evaluará a las mujeres con sobrepeso y obesidad a través de los avances logrados mediante la medición de peso, talla y diámetro abdominal y tensión arterial, los cuáles servirán como referencia para saber si las actividades planificadas se están aplicando adecuadamente. Además se evaluará en las pacientes la actitud que vayan tomando con la actividad física en cuanto a su atención, alimentación y cuidado mediante el seguimiento en los controles médicos.

Se concluye que es de mucha importancia que para lograr un control integral de o las pacientes deben participar las familias, y el profesional de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSM. (2000). *Manual de consulta para el control y la prescripción del ejercicio*. Barcelona: Editorial Padotribo.

Allison, H. (1999). *The direct health care costs of obesity in the United States*. Amsterdam, Netherlands, United States: Public Health.

Arteaga, A. (1994). *Manual de Nutrición Clínica del Adulto. Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo*. Santiago: Universidad Católica de Chile.

Balkau, B. (2007). *Obesidad abdominal*. Barcelona: Editorial Kairos.

Barros, V. (2012). *Glicemia y obesidad*. Bogotá: Recuentos

Council, M. (1989). *Implications for reducing chronic disease risk*. Washington, DC: Committee on Diet and Health.

Duperly, J. (2004). *Obesidad un Enfoque Integral*. Colombia: Universidad del Rosario

Farreras, R. (1987). *Medicina Interna - Harcourt Brace de España S.A.* (16 ed.). Madrid: Harcourt.

Foz, M. (2002). *Una nueva llamada internacional para la lucha contra la obesidad*. México: Thompson Editores.

Gambineri, A. (2002). *Obesity and polycystic ovarian syndrome*. México: Pearson Education.

Gortmaker, S. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England: Med.*

Howley, E. Franks, B. (1995). *Manual del técnico en salud y fitness*. Buenos Aires: Paidotribo.

IPAQ. (2008). *Normas internacionales de actividad física*. México: Salud.

Jordi, S. (2007). *Consenso 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica*. Perú: Seedo.

Jorge, B. (1996). *Obesidad, Patología, Clínica y Tratamiento*. Buenos Aires: Ateneo.

Llano, R. (1995). *Propedéutica clínica y fisiopatología*. La Habana: Pueblo y Educación.

Moreno, B. Esteban, S. (2000). *Obesidad la epidemia del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.

Moreno, B., Moreneo, M. y Álvarez, H. (2005). La obesidad del tercer milenio. España: España

Nuñez, G.O. (1983). Sistema contemporáneo del entrenamiento deportivo. *Revista de Ciencia y técnica* ,42, 152-332.

Peña, M.B. (2001). La obesidad y sus tendencias en la región. *Revista Panamericana Salud Pública*, 40, 75-78.

Pelkman, C. (2010). *Anticoncepción y ganancia de peso*. Chile: Torre

Rissanen, A. (1990). *Risk of disability and mortality due to overweight in a Finnish population*. Bogota: Cultura , pp. 835–837.

Rosenbaum, M. (1997). Obesity. *New England: Med*, pp.396-407.

Rúa, R. (2009). Marco porcentual para su análisis en Latino América. Brasil: Campiña Grande.

Salud, P. (2000). *La obesidad en la Pobreza*. NEW-USA: Organización Mundial de la Salud.

Saya, Á. (1990). *Tratamiento colectivo de la obesidad epidemia de la habana*. Habana : Habana.

Visscher, T. (2001). *The public health impact of obesity*. Amsterdam, Netherlands: Annu. Rev. Public Health.

Wolf, T. (2002). Obesity. *Western Medicine*. North América: Heath

Yepéz, R. Baldeón, M. López, P. (2008). *Obesidad*. Quito: Editorial Terán

LINKOGRAFIA

Llano, M. (2008). Madres multíparas y obesidad. Recuperado el 12 de agosto del 2011. Disponible en

<http://www.abc.es/salud/noticias/20150211/abci-obesidad-herencia-claves-201502111621.html>

Marco, J. (2009). Hipertensión arterial y factores de riesgo en las mujeres en edad fértil. Recuperado el 7 de abril del 2009. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1881/5/Hipertension-arterial-y-factores-de-riesgo-asociados-en-mujeres-en-edad-fertil->

Morales, A. (2013). Obesidad: Alto riesgo en la vida reproductiva de la mujer. Recuperado el 10 de septiembre del 2013. Disponible en ginecoped.htdad@ssp.sld.cu

Olmedo, O. (2012). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Ecuador. Recuperado el 9 de septiembre de 2012. Disponible en <http://kelloggs.es>

OMS. (2011). *Diez datos sobre la obesidad*. Recuperado el 12 de agosto de 2014. Disponible en <http://www.oms.com>

Solís, E. (2007). Consumo de grasas y apareamiento de obesidad. Recuperado el 18 de mayo del 2013. Disponible en <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080093363.pdf>

Rodríguez, E. (2011). *Prevalencia de obesidad en mujeres adultas*. Recuperado el 5 de diciembre del 2011. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0212-16112011000200017&lng=pt&n.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). El buen vivir. Recuperado el 13 de abril del 2013. Disponible en buenvivir@senplades.gob.ec

Silva, J. (2012). Sedentarismo y obesidad. Recuperado el 24 febrero 2013. Disponible en <http://www.sedentarismo./obesidad>.

SENC, (2004). Guía para una alimentación saludable. Recuperado el 7 de septiembre del 2004 disponible en

<http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/salud-nutricion-familia/nutricion/piramide-alimentaria-nutricion/#piramide>

Trujillo, B. (2010). Frecuencia y factores de riesgo en los universitarios de Colima, México. Recuperado en 2 de diciembre de 2010. Disponible en <http://trujillobenjamin@hotmail.com>

Yaignia, V. (2012). Obesidad abdominal en la mujer en edad fértil. Recuperado el 12 de marzo de 2013. Disponible en <http://www.obesidadmujer-fertil.com>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

EBRARY: Visser, R., González, T., & Caballero, A. (2009). Consideraciones acerca del gasto energético en el control y tratamiento del sobrepeso corporal y la obesidad. Argentina: El Cid Editor. Recuperado el 23 de marzo del 2015. Disponible en

<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10311547&p00=obesidad+sobrepeso>

EBRARY: Daza, C. H. (2006). La obesidad un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. Colombia: Red Colombia Médica. Recuperado 24 de marzo del 2015. Disponible en

<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10114958&p00=obesidad+sobrepeso>

EBRARY: Yury, R. R. (2012). Antropometría y obesidad en mujeres. Argentina: El Cid Editor. Recuperado el 24 de marzo del 2015. Disponible en

<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10552256&p00=obesidad+sobrepeso>

EBRARY: MacMillan, K. N. (2009). Valoración de hábitos de alimentación, actividad física y condición nutricional en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Chile: Red Revista Chilena de Nutrición. Recuperado el 24 de marzo del 2015. Disponible en

<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10293182&p00=obesidad+sobrepeso>

EBRARY: Barquera, S., & Tolentino, L. (2006). Geografía de las enfermedades asociadas con la nutrición en México: una perspectiva de transición epidemiológica. México: Red Papeles de Población. Recuperado el 24 de marzo del 2015. Disponible en

EBRARY: Rosas, A. Á., Lama, G. G., & Llanos, Z. F. (2005). Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en trabajadores de una institución estatal de Lima, Perú. Perú: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Recuperado el 24 de marzo del 2015. Disponible en <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10093406&p00=obesidad+sobrepeso>

ANEXOS

ANEXO 1

Proyecto: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FERTIL EN H.P.G.L EN EL PERIODO JULIO-OCTUBRE 2012”**

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realizará la Sra.

Ana Gabriela Ramírez Guerrero, para proyecto de tesis de Graduación de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a efecto en el Hospital Provincial General Latacunga.

Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.

He podido hacer las preguntas que he querido a cerca del estudio y puedo retirarme de el en cualquier momento.

Se me ha explicado que mi nombre será mantenido en secreto y que los resultados serán confidenciales y podrán ser publicados.

YO _____

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección:

Teléfono:

Firma:

Fecha:

Testigo:

ANEXO 2

ENCUESTA

ENCUESTA SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A OBESIDAD Y SOBREPESO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA. JULIO – OCTUBRE DEL 2012.

Antes de comenzar por favor lea el consentimiento informado y firme la aceptación luego de que lo entienda.

En las preguntas marque con una X en la casilla correspondiente.

Gracias por su colaboración.

1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Edad.....años

Estado civil:

1. Soltera.... 2. Casada.... 3. Divorciada.... 4.UniónLibre... 5.Viuda....

Instrucción:

1. Sin estudios.... 2. Primaria.... 3.Secundaria... 4. Superior....

Ocupación:

1. Estudiante... 2. Profesional.... 3.Otro (especifique).....

Número de hijos: -----

Lugar de residencia:

1. Urbano.... 2. Rural....

Fuente principal de agua de bebida:

Grifo Intra-domiciliario..... Extra-domiciliario.....

2.- SOBREPESO Y OBESIDAD

ANTROPOMETRÍA

Peso----- kg talla----- cm Índice de Masa Corporal:

Estado Nutricional:

Normal: Sobrepeso: Obesidad:

3.- FACTORES DE RIESGO

3.1 Nivel Socioeconómico

1. Equipamiento del hogar:

Automóvil..... Plasma..... ..Radio.... Electricidad..... Horno
Microonda..... Refrigeradora.....Teléfono..... Computadora...
Lavadora..... Agua Caliente..... Internet..... TV cable.....

3.2 Estilo de vida

Consumo de Grasas:

1. Muy Alto..... 2. Alto..... 3. Bajo.....

Consumo de Frutas y verduras:

1. Muy Alto..... 2. Alto..... 3. Bajo.....

Hábito de fumar:

SI..... NO.....

Presión Arterial:

/ mmHg.

Ejercicio Físico:

1. Más de 30 minutos.....
2. Menos de 30 minutos.....
3. Nada.....

3.3 Uso de medicamentos

¿Qué método anticonceptivo utiliza?

1. Natural....
2. Hormonal....
3. De Barrera....
4. Ligadura...
5. Ninguno.....

Tiempo de uso del método anticonceptivo:

- A: 0 a 11 meses
- B: 1 a 4 años con 11 meses
- C: 5 años o más.
- D: No aplica

Tratamiento para contrarrestar la obesidad:

¿Qué tipo de tratamientos ha recibido para contrarrestar la obesidad y sobrepeso?

1. Médico.....

2. Nutricionista.....

3. Ninguno.....

¿Qué resultados ha obtenido con dicho tratamiento?

1. Buenos.... 2. Malos..... 3. Regulares..... 4. Ninguno.....

¿El sobrepeso es saludable?

Si----- No-----

ANEXO 3

PROPUESTA

Guía de Observación

Objetivo: Constatar el estado de las acciones de la Cultura Física Terapéutica que se desarrollan en el Hospital Provincial General Latacunga para el tratamiento del sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil.

Lugar a observar: _____

Fecha de realización: _____

No.	Aspectos a observar en la comunidad	B	R	M
	Atención Médica			
1	¿Cómo es la atención a la salud en los pacientes que presenta Obesidad en el HPGL?			
	Condiciones ambientales			
2	¿Existen las condiciones adecuada en la comunidad que les permita la realización plena en los ejercicios físicos?			
3	¿Cuál es el estado constructivo de las instalaciones y áreas para la realización de los ejercicios físico?			
	Desarrollo de actividades en la comunidad			
4	¿Con qué calidad se desarrollan las actividades de rehabilitación de los personas con Obesidad en la comunidad?			
	Comportamiento social			
5	Participación de los pacientes a los locales donde se realizan los ejercicios físicos.			
6	Nivel de aceptación ante las opciones de los ejercicios físico que se les brindan.			

ANEXO 4

PROPUESTA

La encuesta

Estamos realizando una investigación a fin de proponer un plan de ejercicios físicos para el tratamiento de la obesidad en las mujeres en edad fértil que asisten a consulta externa del Hospital Provincial General Latacunga.

Nombre _____ Edad _____

Peso _____ Kg. Talla _____ cm.

1. Antecedentes familiares de obesidad.

¿Alguno de sus familiares ha sufrido de obesidad?

Si () No ()

2. ¿Qué tiempo lleva usted con esta enfermedad?

Nacimiento () Adolescencia () Adulto ()

3. ¿Usted presenta una de estas enfermedades asociadas con la obesidad?

Hipertensión ()

Diabetes ()

Hiperlipidemia ()

Otro _____

4. Cuéntanos de su estilo de vida:

¿Fuma? (Sí) (No)

¿Toma vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas?

Sí (No) (A veces)

5. ¿Cuántas comidas usted hace diariamente?

3 () 4 () 7 ()

6. ¿Usted cree que el ejercicio físico es una alternativa para disminuir el peso corporal?

Sí () No ()

7. ¿Realiza algún tipo de ejercicio físico?

Sí () No ()

8. Motivación hacia la práctica del ejercicio físico.

Si () No () No está segura ()

9. Disponibilidad de tiempo.

Si () No () Hora que dispone de tiempo libre _____