

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL:

“INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN LOS USUARIOS DE 20-59 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD DE OSICALA, MORAZÁN, SANTA ROSA DE LIMA Y ANAMORÓS, LA UNIÓN EN EL AÑO 2014”

**PRESENTADO POR:
ALBER DAGOBER SÁNCHEZ
NOÉ JOSAELE GALEAS MORENO
YUBINI FIGUEROA MARTINEZ**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:
DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO**

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMERICA, 2014

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO.
RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWLER DE ALVARADO.
VICERECTORA ACADEMICA

MAESTRO OSCAR NOÉ NAVARRETE.
VICERECTOR ADMINISTRATIVO

MAESTRA CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANO
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA.
SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA
FISCAL GENERAL

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.
AUTORIDADES**

**MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ.
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO.**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
DIRECTORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE
GRADUACIÓN.**

AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN

**COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE
GRADUACIÓN DE DOCTORADO EN MEDICINA**

DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME.

MIEMBRO DE COMISIÓN

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO.

MIEMBRO DE LA COMISIÓN

ASESORES.

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO.

DOCENTE DIRECTOR.

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN

ASESOR DE METODOLOGÍA

LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ

ASESOR ESTADÍSTICO

JURADO CALIFICADOR

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO.

DOCENTE ASESOR.

DOCTORA XENIA CRISTELA BENÍTEZ CRUZ.

JURADO CALIFICADOR.

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

JURADO CALIFICADOR

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarme y brindarme la fortaleza a lo largo de mi carrera.

A mis padres Sr. Carlos Ernesto Fuentes Ruiz (Q.D.D.G) Sra. Ana Silvia Sánchez Argueta por su apoyo incondicional.

A mi abuela Sra. Eliboria Ruiz Ruiz mi mayor inspiración de vida, cuyos consejos me ayudaron a formarme y consolidar mis sueños.

A mi tío Jaime Roberto Fuentes, por su apoyo terminante en mi carrera, siempre estaré eternamente agradecido.

A mis Hermanos que siempre creyeron y confiaron en mí.

A mi novia que no dudo un solo instante en mi capacidad para conseguir este logro tan importante, gran fuente de perseverancia, dedicación y amor.

A mis compañeros de tesis con mucha admiración por su empeño y esfuerzo.

ALBER DAGOBER SÁNCHEZ

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por iluminarme y guiarme para triunfar y cumplir mis metas, por estar conmigo en momentos felices y difíciles.

A mi familia a quienes agradezco lo soy.

Para mis padres César Augusto Gáleas y Gloria Nely Moreno por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia.

A mis hermanos: Alexis, Yaneth, Roxana. Por su motivación, apoyo y comprensión en especial a **Edwin Omar Y César Augusto** por su enorme corazón y apoyo a finalizar mis estudios.

A mis maestros que influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.

A mi esposa Jennifer Tatiana Coca Vargas por su amor, apoyo y comprensión.

A mi hijo: Lucas Mateo Gáleas Coca, gracias Dios es el regalo más preciado que me ha cambiado mi vida, lo amo.

A mis compañeros de tesis: con mucho cariño por haber compartido alegrías y dificultades.

NOÉ JOS AEL GALEAS MORENO.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mi Dios, verdadera fuente de amor y sabiduría, quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres por su apoyo incondicional, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia.

A mis hermanos por estar siempre presentes y brindarse su apoyo.

A mis maestros que influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.

Más Dios muestra su Amor para con nosotros en que siendo aún pecadores, Cristo murió por Nosotros, Romanos 5:8.

YUBINI FIGUEROA MARTÍNEZ.

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
LISTA DE TABLAS.....	XI
LISTA DE GRÁFICOS.....	XII
LISTA DE ANEXOS.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
1. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1 Antecedentes Del Fenómeno En Estudio.....	15
1.2 Enunciado Del Problema.....	16
1.3 Justificación Del Estudio.....	16
1.4 Objetivos De La Investigación.....	18
2. MARCO TEÓRICO.....	19
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
5. RESULTADOS.....	35
6. DISCUSIÓN.....	63
7. CONCLUSIONES.....	66
8. RECOMENDACIONES.....	67
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

LISTA DE TABLAS

CONTENIDO	PÁGINA
TABLA N° 1: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS.....	36
TABLA N° 2: INDICE DE MASA CORPORAL CON RESPECTO AL SEXO.....	38
TABLA N° 3: ESTADO NUTRICIONAL CON RESPECTO AL RANGO DE EDADES.....	40
TABLA N° 4: ESTADO NUTRICIONAL CON RESPECTO A LA ZONA GEOGRAFICA Y SEXO	42
TABLA N° 5: ESTADO NUTRICIONAL Y SEDENTARISMO.....	44
TABLA N° 6: ESTADO NUTRICIONAL EN RELACION A LA DIETA.....	46
TABLA N° 7: ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO AL NIVEL EDUCATIVO.....	48
TABLA N° 8: ESTADO NUTRICIONAL RESPECTO LA CONDICION ECONOMICA.....	50
TABLA N° 9: ESTILO DE VIDA EN RELACION AL SEXO.....	52
TABLA N° 10: ESTILO DE VIDA CON RESPECTO A LA EDAD.....	54
TABLA N° 11: ESTADO NUTRICIONAL RESPECTO AL ESTILO DE VIDA.....	56
TABLA N° 12: ESTILO DE VIDA SEGÚN LA ZONA GEOGRAFICA.....	58

LISTA DE GRÁFICOS

CONTENIDO	PÁGINA
GRÁFICO N° 1: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS	37
GRÁFICO N° 2: INDICE DE MASA CORPORAL CON RESPECTO AL SEXO.....	39
GRÁFICO N° 3: ESTADO NUTRICIONAL CON RESPECTO AL RANGO DE EDADES...41	
GRÁFICO N° 4: ESTADO NUTRICIONAL CON RESPECTO A LA ZONA GEOGRÁFICA Y SEXO	43
GRÁFICO N° 5: ESTADO NUTRICIONAL Y SEDENTARISMO.....	45
GRÁFICO N° 6: ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN A LA DIETA.....	47
GRÁFICO N° 7: ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO AL NIVEL EDUCATIVO.....	49
GRÁFICO N° 8: ESTADO NUTRICIONAL RESPECTO LA CONDICION ECONOMICA...51	
GRÁFICO N° 9: ESTILO DE VIDA EN RELACION AL SEXO.....	53
GRÁFICO N° 10: ESTILO DE VIDA CON RESPECTO A LA EDAD.....	55
GRÁFICO N° 11: ESTADO NUTRICIONAL RESPECTO AL ESTILO DE VIDA.....	57
GRÁFICO N° 12: ESTILO DE VIDA SEGÚN LA ZONA GEOGRAFICA.....	59

LISTA DE ANEXOS

CONTENIDO	PÁGINA
ANEXO N° 1: GUÍA DE ENCUESTA.....	71
ANEXO N° 2: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	73
ANEXO N° 3: CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR IMC.....	74
ANEXO N° 4: TABLA PESO POR TALLA.....	74
ANEXO N° 5: PIRAMIDE ALIMENTICIA.....	75
ANEXO N° 6: RUEDA DE LOS ALIMENTOS.....	75
ANEXO N° 7: TABLA DE LA DISTRIBUCIÓN CHI CUADRADO.....	76
ANEXO N° 8: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	77

RESUMEN.

Con el siguiente estudio pudimos comprobar como el sobrepeso y la obesidad está relacionada de manera directa e indirecta con el estilo de vida no saludable en los usuarios de las UCSF de Osicala, Anamorós y Santa Rosa de Lima, **los objetivos** del estudio fueron establecer los componentes del estilos de vida no saludables en relación con el sobrepeso y obesidad, determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los usuarios a partir del IMC así como la situación respecto al sexo con el área urbana y rural de la población mencionada. **La metodología** que se empleó en el estudio es descriptivo transversal, prospectivo y cuantitativo. Se tomó una muestra de 150 usuarios de forma no probabilístico e intencional, se aplicó criterios de inclusión y exclusión, la unidad de información fueron los usuarios, el instrumento utilizado fue una encuesta de 15 preguntas de tipo respuesta cerradas, para la tabulación análisis y la interpretación de resultados, se utilizó el programa SPSS versión 19.0. **Resultados obtenidos:** se estableció que el sobrepeso y obesidad tiene una prevalencia de un 70.7% en las unidades de estudio, además el estilo de vida no saludable está presente en un 69.3% en los usuarios, con respecto al sexo masculino presenta mayor sobrepeso con un 50.7% y mayor porcentaje de obesidad en mujeres con un 36%. **El impacto:** fue conocer el estado nutricional de los usuarios de las UCSF de Osicala, Santa Rosa de Lima y Anamorós, asociarlo con el estilo de vida, de esa manera hacer hincapié en cambios sustanciales de hábitos y actitudes de riesgo con el objeto de prevenir enfermedad crónicas asociadas al sobrepeso y obesidad.

Palabras claves: estilo de vida no saludable, sobrepeso, obesidad, índice de masa corporal

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO DE ESTUDIO.

Originalmente, el concepto de estilo de vida surge a finales del siglo XIX después que en el siglo XX, el estudio de los estilos de vida se realizaba desde una perspectiva sociológica, poniendo el énfasis en aquellos factores sociales que determinaban que se adoptara un estilo de vida u otro como por ejemplo, las condiciones socioeconómicas de los individuos.

Hasta mediados del siglo XX van a coexistir dos ideas diferentes de los estilos de vida, una centrada en las condiciones socioeconómicas y la otra en el individuo y los factores individuales de experiencia personal que determina la conducta.

Otro dato sobre el impulso que adquiere el estudio y la investigación de los estilos de vida es recogido por Castillo (1995), quien resalta que “el interés surge en los años cincuenta desde el ámbito de la salud pública cuando las enfermedades crónicas comienzan a constituirse como el problema central del sistema sanitario”. Sin embargo, será en la década de los años ochenta, en el último cuarto del siglo XX, cuando se incrementa vertiginosamente la preocupación por estudiar las posibles relaciones entre estilo de vida y salud, interés que tiene su origen en el acelerado incremento de pacientes con enfermedades crónicas derivadas, en gran medida, por estilos de vida poco saludables. (Gutiérrez San Martín, 2000).

En ese mismo sentido proseguirían Rodríguez et al (1996), que destacarían que en la declaración de expertos de salud cardiovascular de Victoria Canadá en 1992, se abogaba por la prevención de las enfermedades calificadas como “modernas” y la promoción de la salud a través del establecimiento de estilos de vida más activos, aludiendo a estudios epidemiológicos que confirmaban que el sedentario y la escasa o nula actividad física son considerados como factores de riesgo de las enfermedades de mayor índice de morbilidad y mortalidad de los países desarrollados (Hein et al, 1992, Bouchard et al, 1994).

De esta manera, el interés por el estudio de los estilos de vida se constituirá en tema prioritario e interdisciplinario. Tanto la Antropología, la Sociología, la Psicología y el área de la

salud se van a interesar en el refinamiento operacional del concepto sobre todo, empezándose a utilizar el término estilo de vida en el contexto de las investigaciones sobre salud pública desde una postura médico-epidemiológica, interesándose en analizar los problemas de salud generados por los estilos de vida insanos que se había extendido en las sociedades occidentales industrializadas (¹).

Se ha establecido la innata relación de los estilos de vida no saludables y la condición de sobrepeso y obesidad.

La obesidad es un importante problema de salud pública mundial y en particular para nuestro país. Según la última Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares realizada en 2006. Un 66% de las mujeres tienen sobrepeso, a la vez se registra un incremento en los casos de niños con obesidad, impera la hipertensión y problemas de diabetes en jóvenes y adultos (²).

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

A partir de lo antes expuesto se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los componentes del estilo de vida que influyen como factor determinante en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los usuarios de 20-59 años que consultan en las UCSF Osicala, Morazán, Anamorós y Santa Rosa de Lima, La Unión, en el año 2014?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Los estilos de vida no saludables que son modificables por la conducta como el sedentarismo, los malos hábitos nutricionales, inactividad física, factores socioeconómicos y culturales contribuyen a la aparición de sobrepeso corporal y obesidad, que constituye un factor de riesgo para el inicio de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer.

La obesidad es una pandemia actual como un problema emergente en salud pública y en la actualidad cuyo estudio se justifica porque es un factor de riesgo de varias enfermedades

crónicas, algunas de las cuales son causa importante de muerte a largo o a mediano plazo. Durante mucho tiempo se ignoraron sus consecuencias negativas para la salud.

De acuerdo a estadísticas proporcionadas por el Ministerio de Salud (MINSAL) para el año 2013 registró 3,987 consultas por obesidad, un 33.5 por ciento más que el mismo periodo del año anterior, el grupo de edad más afectado es el de entre 20 y 59 años, donde se ubica el 69.5 por ciento de todos los casos (3).

El desarrollo científico-técnico ha permitido el mejoramiento de las condiciones de vida, la humanización de las condiciones de trabajo y la facilitación de las tareas domésticas. Este hecho, unido a la existencia de insuficientes políticas de salud en función de los cambios enunciados propicia el incremento del sedentarismo.

La obesidad es reconocida como un importante problema nutricional y de salud a nivel mundial y su aumento progresivo se describe como un problema emergente en los últimos años.

Esta investigación es relevante en el sentido que pretende identificar la influencia de los estilos de vida (sedentarismo, dieta, nivel educativo y socioeconómico) como factor determinante en el sobrepeso y obesidad, determinando cual es el estilo de vida más negativo y servirá de base para futuros estudios.

Esta investigación fue factible, porque se fundamentó en una encuesta y medición de peso y talla en los usuarios que asisten a dichas unidades de salud, disponible en los horarios de trabajo de los investigadores, con variables prácticas y sensibles de medir y utilización de recursos humanos y materiales de fácil disposición.

Por tanto, particularmente nos beneficiamos con realizar este trabajo de investigación en el contexto incipiente del sobrepeso y obesidad como un problema de salud pública, además estableceremos las bases para futuras investigaciones en ese ámbito.

Los usuarios, al igual podrán beneficiarse tomando una actitud crítica, sobre su salud y sustancialmente iniciar cambios significativos en su estilo de vida, con el fin de modificar la tendencia de las enfermedades crónicas.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los componentes del estilo de vida no saludable que influyen en la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los usuarios de 20-59 años que consultan en las UCSF Osicala, Anamorós y Santa Rosa de Lima.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los usuarios de 20-59 años que consultan en las UCSF Osicala, Anamorós y Santa Rosa de Lima, utilizando la medición del índice de masa corporal (IMC).

2. Contrastar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en relación al sexo y la zona rural- urbana de los usuarios de 20-59 años que consultan en las UCSF antes mencionadas.

3. Relacionar los componentes del estilo de vida no saludable que influyen en la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

2.0 MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES

El sobrepeso se define como un exceso de peso con relación con la estatura, en términos prácticos se determina que una persona tiene la condición de sobrepeso cuando su índice de masa corporal (IMC) es de $>25-29.9 \text{ kg/mt}^2$.

La obesidad es un estado de exceso de masa del tejido adiposo, aunque considerada como equivalente al aumento del peso corporal, no siempre es necesariamente así, ya que muchas personas sin exceso de grasa pero con una gran cantidad de masa muscular podrían tener sobrepeso, según criterios establecidos el índice de masa corporal (IMC) es de $\geq 30 \text{ kg/mt}^2$ (4).

El peso corporal sigue una distribución continua en las poblaciones, por lo que la distinción medicamente relevante entre personas delgadas y obesas es algo evidente, sin embargo, la mejor forma de definir la obesidad es a través de su relación con la morbilidad y mortalidad.

Aunque no es una medida directa de adiposidad, el método más utilizado para calibrar la obesidad es el índice de masa corporal que es igual al peso kg/talla^2 .

Los estudios epidemiológicos a gran escala indican que la morbilidad por todas las causas, de tipo metabólico y de tipo cardiovascular, comienzan a aumentar (aunque a ritmo lento) cuando el IMC alcanza la cifra de 25 o más, lo que sugiere que el límite para obesidad debería rebajarse. La mayoría de los autores utilizan el término sobrepeso (en lugar de obesidad) para referirse a las personas con IMC situados en 25 y 30.

Debe considerarse que los IMC 25 a 30 son de importancia médica y que merecen una intervención terapéutica, ante todo en presencia de factores de riesgo en los que influye la obesidad, como la hipertensión o la intolerancia a la glucosa.

La distribución de tejido adiposo en los distintos depósitos anatómicos también es importante en relación con la morbilidad. En especial, la grasa intraabdominal y subcutánea abdominal tiene mayor valor, a este respecto, que la grasa subcutánea de los glúteos y las

extremidades inferiores. La forma más fácil de distinguirlas es determinando el índice cintura-cadera, que resulta anormal con cifras de >0.9 en la mujer y > 1.0 en el hombre.

Muchas de las consecuencias más importantes de la obesidad como la resistencia a la insulina, la diabetes, la hipertensión y la hiperlipidemia, así como el hiperandrogénismo en la mujer, guardan una relación más estrecha con la grasa intraabdominal, con la grasa de la parte superior del cuerpo, o con ambas localizaciones, que con la adiposidad global. No se conoce con exactitud el mecanismo que justifique esta asociación, aunque puede estar relacionado con el hecho que los adipocitos intraabdominal tienen mayor actividad lipolítica que los otros depósitos.

2.2 PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y OBESIDAD

La prevalencia de una enfermedad es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país (⁵).

La prevalencia mundial de la obesidad casi se duplicó en el período 1980-2008, afectando en 2008 a quinientos millones de hombres y mujeres mayores de 20 años, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres (Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 de la OMS).

Cada año mueren en el mundo 2,8 millones de personas debido al sobrepeso o la obesidad. La OMS prevé que 7 millones de personas perderán la vida a causa de enfermedades no transmisibles en 2030, debido a factores de riesgo comportamentales y físicos como el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad.

Más de una tercera parte de las personas mayores de 65 años en EEUU eran obesas en 2007-2010. Se estima que en 2050 el número de estadounidenses mayores de 65 años sería más del doble, aumentando de 40,2 millones a 88,5 millones (Encuesta NHANES). Una persona obesa incurre un 25% más en el gasto de salud que una persona normal. La obesidad es responsable del 5-10% del gasto sanitario total en EEUU.

Una de cada dos personas tiene sobrepeso u obesidad en más de la mitad de los países de la Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE). Se prevé que esta tendencia siga en aumento y en algunos países dos de cada tres personas tendrían obesidad dentro de diez años. El ranking es encabezado por Grecia, Estados Unidos, Italia, México, Nueva Zelanda y Chile. (“Obesity: update 2012” OCDE”) (6).

2.3 PREVALENCIA NACIONAL

Desde el punto de vista nacional, en la sociedad salvadoreña se observa día a día una gran cantidad de personas con sobrepeso y obesidad causada por diversos factores, como desórdenes alimenticios e ingesta de alimentos ricos en grasas, sin poseer un balance nutricional de acuerdo a su fisionomía, acompañado de un estilo de vida plenamente sedentario.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2008, la prevalencia en mujeres de 15 a 49 años es de 25.6% de obesidad y 31.6% de exceso de peso, totalizando un 57.2%. (7).

El Salvador es una sociedad que come generalmente lo que tiene más al alcance, lo que le parece apetecible, lo más rápido; sin tomar en cuenta los factores que le pueden proporcionar sobrepeso como el alto contenido calórico de esos alimentos, las porciones de las que deben servirse, las formas de preparación de sus comidas y los hábitos que deben formarse desde temprana edad para evitarse un futuro trastorno en el metabolismo y por ende un aumento excesivo de peso.

Al parecer es por ignorancia que se llega hasta los estadios de obesidad, como en el caso de algunas personas que ven la famosa pirámide nutricional, pero no saben a qué hace referencia y como funciona, entonces no conocen la mejor forma de alimentarse.

2.4 ESTILOS DE VIDA ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD.

2.4.1 LA DIETA COMO FACTOR PREDISPONERTE DE SOBREPESO Y OBESIDAD.

En toda obesidad el factor aporte es clave, pero lo es más en determinadas situaciones en que existe un comportamiento compulsivo hacia la comida, situación especialmente grave si ello ocurre con alimentos de alto contenido calórico tienen lugar en la infancia.

En la posible relación dieta-obesidad a nivel de individuos, es necesario abordar varios aspectos de los cuales la ingesta de energética total aportada por cada uno de los macronutrientes, la densidad energética de la dieta, los patrones de consumo de alimentos (número de comidas y su frecuencia), el índice glicémico de la combinación de alimentos en cada tiempo de comida los factores subjetivos, tales como las preferencias alimentarias aparecen como las más importantes (⁸).

2.4.1.1 Alimentos Con Alta Densidad Energética Y Tamaño De Las Porciones.

La densidad energética se definen como; la concentración de energía que se encuentra en una cantidad determinada de alimento, o dicho de otro modo, es el número de calorías proporcionadas por un peso o volumen dado de un alimento (⁹).

Refleja el contenido calórico de los alimentos, dado que la grasa provee más energía que otros macronutrientes, los alimentos altos en grasa presentan mayor densidad energética.

Se ha comprobado que la grasa tiene una menor capacidad de saciedad, además que los alimentos que lo contienen usualmente tienen menos agua y fibra. El concepto de sabor y densidad energética están relacionados, ya que los alimentos con mayor densidad energética son usualmente de mayor sabor y viceversa.

La densidad energética y palatabilidad se han asociado con una menor saciedad, “Sobre alimentación pasiva” de azúcares y grasas, así con mayor ingestión total de energía, existen estudios que han mostrado que el peso de los alimentos consumidos, tienen a ser similar en dietas altas y bajas en grasas, pero debido a la diferente densidad energética, la primera promueve el consumo excesivo de energía. Estudios controlados muestran que el tamaño de los

paquetes y porciones, así como la densidad energética, actúan en forma independiente, aumentando la ingestión de energía a corto plazo.

El tamaño de la porción también mantiene una relación directa con la ingesta calórica y aunque es un factor independiente de DE, ambos parámetros juntos se potencian. La disminución del tamaño de las porciones ingeridas podría explicar la escasa relación entre densidad e ingesta calórica a largo plazo.

Se ha relacionado inversamente la DE de los alimentos con su coste, lo que favorecería su consumo, especialmente por los segmentos más pobres de la población, entre los cuales la obesidad es más frecuente. En resumen tanto la DE de los alimentos como el tamaño de las porciones ingeridas incluyen en la ingesta calórica, y su modificación puede ser un método de regular esta y modificar el peso corporal.

2.4.1.2 Frecuencia Diaria De Ingesta De Alimentos Y Obesidad

Se ha observado clínicamente que los individuos obesos comen menos veces al día que los no obesos. Estudios realizados en personas de diferentes edades, han demostrado una directa relación entre la obesidad y el número de ingestas diarias, de manera que aquellos individuos que realizaban dos copiosas comidas al día presentaban un mayor peso, pliegues cutáneos más gruesos, mayores niveles de colesterol, y una mayor frecuencia de intolerancia a la glucosa, cuando se comparaban con individuos que comían tres o más veces al día de forma más liviana.

2.4.1.3 Preferencias Alimentarias

Las respuestas sensoriales al gusto, olor y textura de los alimentos condicionan las preferencias alimentarias. Sin embargo, tal como se ha descrito, los factores que influyen en el determinante de patrones de consumo alimentario son múltiples.

Además, estas preferencias no solo varían con la edad y el sexo, sino que ha encontrado que existe influencia genética en la selección de algunos macronutrientes sobre otros. Se postula que hay una mayor preferencia de los obesos por alimentos ricos en grasa especialmente los muy salados, pero esto puede variar según el sexo y probablemente este genéticamente determinado.

Aquellos genes que median el consumo de carbohidratos de sabor dulce ya han sido identificados, en cambio está pendiente identificación y caracterización de aquellos genes involucrados en la selección de alimentos ricos en grasa. (¹⁰).

2.4.1.4 Efecto Metabólico De Carbohidratos Y Grasas (Índice Glicémico-Insulínico De Los Alimentos)

La mayoría de los estudios dietéticos entregan información sobre el aporte de energía y nutrientes de la dieta, pero no sobre los tipos de preparaciones y sus componentes, tipo de grasa, índice glicémico de las comidas, combinaciones de alimentos, número y tiempos de comida por día.

Todas estas características son importantes, ya que pueden incidir directamente en el destino metabólico que seguirán los diversos sustratos energéticos. Uno de esos factores, es el índice glicémico (IG) de los alimentos, se sabe que cuando el valor del IG es alto.

Hay una mayor secreción de insulina que estimula la oxidación de la glucosa y el depósito de grasa, proceso que obviamente favorece a la aparición de obesidad. Frente a un estado de balance energético positivo. A menudo, los CHO altamente glicémico son consumidos en combinación con grasas, lo cual estimulará el depósito de casi la totalidad de la grasa incluida en la preparación.

Cuando se toma un alimento con carbohidratos se da un correspondiente aumento y un posterior descenso del nivel de glucosa en sangre, lo cual se conoce como respuesta glucémica. Dicho índice es un reflejo de la velocidad de la digestión y absorción de la glucosa, así como de los efectos de la acción de la insulina, que normaliza el nivel de glucosa en sangre (dicho nivel se denomina “glucemia”).

2.4.2 LA CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y EDUCATIVO RELACIONADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD.

La prevalencia de obesidad de la población de un país se incrementa paralelamente con su Producto Interior Bruto. Sin embargo, en los países no desarrollados o en transición los grupos socioeconómicos más privilegiados tienen un mayor riesgo de obesidad (¹¹).

Por el contrario, en los países desarrollados, son los grupos de nivel socioeconómico más bajo y las minorías las que presentan mayor riesgo, especialmente las mujeres, observando diferencias significativas en el IMC tanto en niños como en adultos.

Las desigualdades educacionales y económicas tienen que ver con la prevalencia de obesidad, siendo mayor cuanto menor es la educación y el nivel económico. El bajo nivel económico también se relaciona con el menor consumo de vegetales y frutas frescas, carne magra y pescado, que son alimentos caros y con menos energía (priorizando el consumo de alimentos densos en energía y poco costosos).

La alta densidad energética y el agradable sabor de grasas y azúcares se asocian con una mayor ingesta de energía y un mayor consumo asociado a la inactividad. Parte de este incremento en el consumo de energía en los niños se debe al efecto de la publicidad en televisión tanto de alimentos sólidos como Líquidos.

Las empresas transnacionales de alimentos y bebidas son las que realizan más anuncios en televisión, y de los productos anunciados, el 97,8% de los vistos por niños tienen alto contenido en grasa, azúcar y/o sodio. Las características de la obesidad podrían ser diferentes entre los individuos más pobres o más ricos del mismo país, o entre los individuos más pobres o más ricos de los países desarrollados o en desarrollo.

Encontramos más obesos entre las clases ricas de los países en desarrollo y entre las clases humildes de los países industrializados. Las dietas ricas en alimentos con alto contenido energético, y en concreto las dietas con alto contenido graso contribuyen decisivamente con la obesidad.

2.4.3 SEDENTARISMO, EN RELACIÓN AL SOBREPESO Y OBESIDAD.

La prevalencia de sedentarismo a nivel mundial es difícil de establecer por la disparidad de estudios y metodologías para su cuantificación, pero en una reciente revisión de estudios publicados se estimó en una de cada cincopersonas mayores de 15 años, exactamente con una prevalencia del 17,4%, siendo mayor en las mujeres. ⁽¹²⁾.

A pesar de su sencillez intuitiva, no se ha consensuado un concepto unánime de sedentarismo. En algunas publicaciones se toma la totalidad del gasto energético diario y se

deriva el sedentarismo como fracción entre el consumo energético realizado en actividades que requieren al menos 4 equivalentes metabólicos (MET) y el consumo energético total.

Otras lo centran en el gasto durante el tiempo libre, definiéndolo en función del cociente entre las actividades de ocio realizadas con gasto de 4 o más MET y la energía total consumida durante el tiempo de ocio. Pero, en la práctica clínica, los conceptos basados en el gasto energético son de difícil aplicación porque requieren cálculos laboriosos y la lucha contra el sedentarismo precisa un concepto de más fácil utilización.

En los estudios se suele emplear como definición, dada su mayor eficiencia, el concepto de sedentarismo basado en averiguar si el/la paciente realiza 30 minutos diarios de ocio activo (¹³).

Se cree que el incremento de la prevalencia de La obesidad, en especial en los países desarrollados, está relacionada con la progresiva reducción en la actividad física: tanto la laboral como la propia del tiempo libre, siendo esta última la más significativa en la sociedad rica, ya que es la más susceptible a variación.

Tienen una evidencia correlación directa con las tasas de sedentarismo y obesidad, como han demostrado numerosos estudios (surgeon general report 1996, NIH 2003, Bouchardcols 2000). Algunos trabajos han cuantificado este déficit de actividad física entre las 300 y 800 Kcal diarias, que podría equivaler al consumo energético producido por una marcha rápida de unas tres horas por jornada (schoeller y cols 1997). Aunque la obesidad puede tener cierto componente genético, parece ser una influencia es mucho menor que el sedentarismo aquí expresado (weyers y cols 1999).

Un estilo de vida sedentario es un importante factor de riesgo para ganar peso con la edad, pero más importante que esto es el hecho de que los obesos suelen ser sedentarios, y su exceso de masa corporal es uno de los grandes impedimentos para la actividad física.

El aumento en la prevalencia de obesidad, en la mayoría de los países se ha producido en forma paralela al aumento de sedentarismo. Se ha demostrado extensamente en la literatura que uno de los efectos deletéreos de la urbanización y la llamada modernización, es la disminución del ejercicio físico, que se ha producido en todos los segmentos de la sociedad.

De hecho, cuando se comparan poblaciones que han migrado hacia zonas urbanas con sus pares rurales se observa que las primeras tienen un mayor IMC. Esto se debe principalmente a los factores que engloba la urbanización, específicamente al dramático aumento del uso del automóvil, incluso para distancias cortas; el hecho de que los aparatos domésticos sean cada vez más “gasto eficientes” ; la mayor mecanización en los lugares de trabajo; y el hecho que los pasatiempos más populares se realizan sentados. La asociación entre sedentarismo y obesidad ha sido ampliamente demostrada.

Pero, aun conociendo estas consecuencias tan trascendentales, en nuestro entorno solo una quinta parte de la población hace ejercicio físico en su tiempo de ocio. Y si no podemos revertir esta situación, la tendencia continuará siendo a la baja y el sedentarismo se irá instalando cada vez más en la población, en todas las edades.

En las sociedades económicamente avanzadas en la que abunda el alimento y donde la tecnificación alivia las labores en el trabajo y en el hogar, el sedentarismo es el principal peligro para la salud. Lo que está en juego es mucho y muy importante.

Nuestras opciones de vida actuales y nuestras expectativas, casi de cualquier orden, van a depender del estado del cuerpo que soporta nuestra vida. La salud condiciona nuestras vidas, las personas, las familias y las de la comunidad en que vivimos (¹⁴).

2.5 VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional de un individuo se puede definir como el resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas, debiendo permitir la utilización de nutrientes mantener las reservas y compensar las pérdidas.

2.5.1 EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Los indicadores antropométricos y de composición corporal que más se utilizan actualmente en la práctica clínica en personas adultas de 18 a 65 años son:

- Peso
- Talla
- Índice de masa corporal

Peso corporal: es la fuerza con la que el cuerpo actúa sobre un punto de apoyo a causa de la atracción de la fuerza de la gravedad. Para efectos clínicos, el peso corporal se puede clasificar en:

Peso actual: peso real del individuo al momento de la realizar la medición.

Peso ideal: Peso definido por tablas de peso ideal según talla definido por el método de Hamwi:

Hombres: $\text{Peso Ideal (Kg)} = \frac{(\text{Talla (cm)} - 152)}{2.5} \times 2.7 + 48.2$

Mujeres: $\text{Peso Ideal (Kg)} = \frac{(\text{Talla (cm)} - 152)}{2.5} \times 2.3 + 45.5$

Talla: es la medida en centímetros entre el Vértex y el plano de apoyo del individuo.

Índice de masa corporal: el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet se calcula a siguiente fórmula: $\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m)}^2$.

Pese a que existe una gran cantidad de métodos para la evaluación de la obesidad, el más común en el ámbito clínico y la investigación epidemiológica es el índice de masa corporal (IMC), ya que tiene un costo mínimo, es de elaboración simple y su precisión es alta ⁽¹⁵⁾.

3.0 SISTEMA DE HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo.

Hi: El estilo de vida influye en la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los usuarios de 20-59 años que consultan en las UCSF Osicala, UCSF Anamorós y UCSF Santa Rosa de Lima.

Hipótesis nula.

El estilo de vida no influye en la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los usuarios de 20-59 años que consultan en las UCSF Osicala, UCSF Anamorós y UCSF Santa Rosa de Lima.

Hipótesis alterna.

El estilo de vida no saludable influye en la prevalencia de sobrepeso y obesidad principalmente en el área urbana más que en la rural de las unidades comunitarias de salud de los municipios en estudio.

3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

Usuarios de 20-59 años que consultan en las UCSF Osicala, UCSF Anamorós y UCSF Santa Rosa de Lima.

3.2 VARIABLES

Variable independiente: estilo de vida.

Variable dependiente.: condición de sobrepeso y obesidad.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Hi: El estilo de vida influye en la prevalencia de sobrepeso y obesidad.	V.I Estilo de vida	Estilo de vida no saludable: Forma general de vida basada en hábitos perjudiciales; alimentación inadecuada, inactividad física, sedentarismo.	Estilo de Vida Modificables	Estilo de vida asociados a la condición de sobrepeso y obesidad. Mediante la Aplicación de la Encuesta	Sedentarismo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menos de treinta minutos de actividad física por sesión. ✓ Menos de tres sesiones a la semana Dieta hipercalórica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Más de tres fritos al día. ✓ Dos o más bebida azucarada o refresco al día Condición socioeconómico <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menos del salario mínimo ✓ Más del salario mínimo Nivel educativo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ninguno, básico, técnico, bachillerato, universitario.
	V.D La prevalencia de sobrepeso y obesidad.	Prevalencia: Cuantifica la proporción de individuos de una población que padece una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado. Sobrepeso: el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla. Obesidad: se define como la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal.	Estilo de Vida No Modificables	Mediciones mediante las medidas antropométricas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peso ✓ Talla ✓ IMC

4.0 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el análisis y el alcance de resultado.

a) **Descriptivo:** porque permite describir el fenómeno de estudio, así como los factores relacionados, determinar la prevalencia y formular hipótesis causales, particularmente nos permitió determinar cómo influye el estilo de vida en la condición de sobrepeso y obesidad de los usuarios de 20 a 59 años de las UCSF de Osicala, Anamorós y Santa Rosa de Lima.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información.

b) **Prospectivo:** Ya que se registró la información en el momento que se genere, a través de las encuestas.

c) **Transversal:** Ya que se estudiaron variables; estilos de vida y la prevalencia de sobrepeso y obesidad, haciendo un corte en el tiempo, se ejecutó en un período comprendido entre julio y septiembre, sin hacer seguimiento posterior.

d) **Cuantitativo:** porque nos genera información numérica haciendo uso de herramientas como cuestionarios, encuestas, mediciones y otros equipos para recoger información numérica.

4.2 POBLACIÓN O UNIVERSO

La población que se tomará en cuenta son los usuarios de 20 a 59 años que consultan en las UCSF, Osicala, Anamorós y Santa Rosa de Lima, y cumplan criterios de inclusión y exclusión

4.3 MUESTRA

UNIDADES DE SALUD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
UCSF Osicala	25	25	50
UCSF Anamorós	25	25	50
UCSF Santa Rosa de Lima	25	25	50
TOTAL GENERAL	75	75	150

La población objeto de investigación se estableció considerando los siguientes criterios:

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION.

- ✓ Los Usuarios de ambos sexos que tengan entre 20 – 59 años de edad
- ✓ Los usuarios que pertenezcan al área geográfica de influencia de cada UCSF en investigación.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Todos aquellos usuarios que no estén de acuerdo a colaborar voluntariamente en la investigación.
- ✓ Condición de sobrepeso y obesidad debido a una patología de base; síndrome de Cushing, Hipotiroidismo, Síndrome de ovarios poliquísticos, etc.

4.4 TIPO DE MUESTREO

Se realizará un muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia.

Muestreo no Probabilístico: se seleccionó la muestra siguiendo criterios para fines de estudio.

Intencional o Por conveniencia: es probablemente la técnica de muestreo más común.

En el muestreo por conveniencia, las muestras fueron seleccionadas porque nos son accesibles. Los sujetos fueron elegidos simplemente porque son fáciles de reclutar. Es una técnica fácil, barata y la que menos tiempo lleva.

Los elementos que integran la muestra se decidieron según los objetivos de la investigación.

4.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Técnicas Documentales

Documental Bibliográfico: permitirá obtener información de libros y diccionarios con orientación médico-científico del tema investigación.

Documental Hemerográfica: mediante la cual se revisará la información de documentales y sitio web, relacionados con el tema de estudio.

Técnica Campo: se aplicara una encuesta a la población de estudio por parte de los integrantes del grupo investigador.

4.6 INSTRUMENTOS.

El instrumento para la recolección de datos será una encuesta 15 preguntas de tipo respuesta cerrada, dicho instrumento tendrá las secciones siguientes: 1) Datos generales, 2) Datos antropométricos, 3) sedentarismo, 4) dieta, 5) Nivel socioeconómico y educativo.

Además se utilizo instrumentos médicos para la obtención de la información: Báscula y Tallímetro, para medir peso y talla, así calcular el índice de masa corporal (IMC) con la siguiente fórmula: $IMC: \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{talla}^2}$.

4.7 PROCEDIMIENTO

4.7 1 PLANIFICACIÓN.

En el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y la Comisión Coordinadora del Proceso de Graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó docente asesor con el cual posteriormente en reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar en el que se realizaría la investigación. Además se inició la búsqueda de información sobre el tema a investigar.

Posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo, presentándose de forma escrita para lo cual se realizaron las correcciones señaladas por el asesor del proceso de graduación.

A continuación se realiza la elaboración del protocolo de investigación, contando con asesoría metodológica y estadística

Finalmente, se elaboró el presente documento que consiste en la presentación de la tesis de graduación.

4.7.2 EJECUCIÓN: Esta comprende las etapas siguientes:

4.7.2.1 Validación Del Instrumento

Previo a ejecución de la investigación se realizará la validación del instrumento a través de una prueba piloto que consistirá en la aplicación de 5 encuestas por cada uno de los que conforman el grupo, a los usuarios de las UCSF en investigación que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas para posteriormente modificarlas de acuerdo a los resultados.

4.7.2.2 Recolección De Datos.

A través de una encuesta se sondeó sobre la relación de los estilos de vida no saludables y la prevalencia de sobrepeso y obesidad se estudiaron 150 usuarios entre las UCSF de Osicala, Anamorós y Santa Rosa de Lima. La distribución fue de la siguiente manera: 25 usuarios de sexo femenino y 25 masculino de la UCSF Osicala; 25 usuarios de sexo femenino y 25 masculino de la UCSF Anamorós; 25 usuarios de sexo femenino y 25 masculino de la UCSF Santa Rosa de Lima, llevándose a cabo en los meses de Julio a Septiembre del año 2014.

4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La participación de los usuarios incluidos en la muestra fue voluntaria, explicándoles previa y claramente en qué consiste la investigación y los objetivos que se persiguen; así mismo se aclaró que se trata de una evaluación por completo anónima, conservando los preceptos de confidencialidad, respeto y privacidad.

5.0 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo, contempla los resultados obtenidos de la investigación realizada sobre “Influencia Del Estilo De Vida Como Factor Determinante En La Prevalencia Del Sobrepeso Y Obesidad En Los Usuarios De 20 A 59 Años De Edad Que Consultan En Las Unidades De Salud De Osicala, Morazán, Santa Rosa De Lima Y Anamorós, La Unión. En el Año 2014” cuyos resultados fueron obtenidos a través de una encuesta dirigida a los usuarios de diferentes unidades de salud en investigación.

Posteriormente se tabularon los datos obtenidos del instrumento de investigación los cuales se presentaron en tablas con su respectiva interpretación gráfica; además se analizaron e interpretaron los resultados para la prueba de hipótesis aceptándose la hipótesis de trabajo a través de la aplicación del programa estadístico SPSS versión 19.0

**5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS
OBTENIDOS DE LA GUÍA DE ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN EN
ESTUDIO.**

TABLA N° 1. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS

IMC	UNIDADES DE SALUD							
	UCSF SANTA ROSA DE LIMA		UCSF OSICALA		UCSF ANAMOROS		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
NORMAL	14	28.0	19	38.0	11	22.0	44	29.3
SOBREPESO	16	32.0	18	36.0	27	54.0	61	40.7
OBESIDAD	20	40.0	13	26.0	12	24.0	45	30.0
TOTAL	50	100.0	50	100.0	50	100.0	150	100.0

FUENTE: guía de encuesta dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS

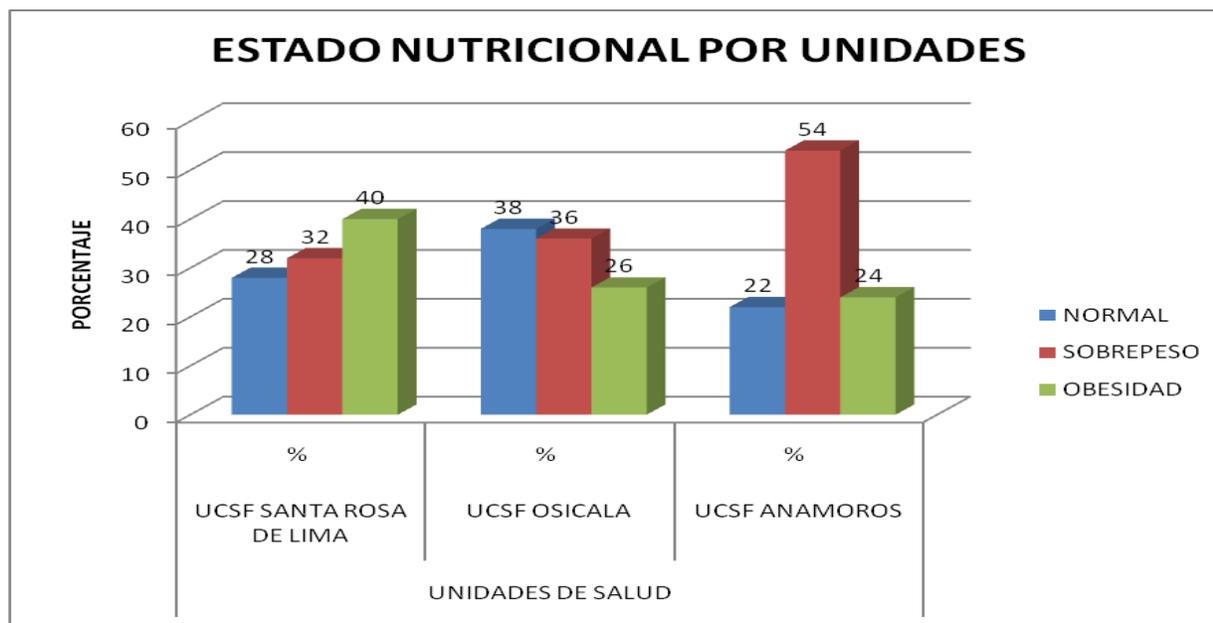
Los resultados de los datos obtenidos demuestran que la población en objeto de estudio que la UCSF de Anamorós un 54% tiene sobrepeso, un 24% están en obesidad y un 22% tienen un IMC normal.

En la UCSF Santa Rosa de Lima 40% están en obesidad, un 32% sobrepeso y un 28% están en los rangos normales de IMC.

En la UCSF de Osicala un 38% están en los rangos normales, un 36% sobrepeso y un 26% se encuentran en obesidad.

La presentación de los datos se exhiben tomando cada UCSF como un 100% para poder evidenciar donde hay mayor condición de normalidad y anormalidad (sobrepeso y obesidad) según el IMC.

GRÁFICO No 1



FUENTE: cuadro número 1.

INTERPRETACIÓN

De la población en estudio el mayor porcentaje de sobrepeso radica en UCSF Anamorós, seguido por Santa Rosa de Lima y Osicala respectivamente. En términos generales los estados de sobrepeso y obesidad se presentan en la mayoría de los usuarios en 70.7% (ver tabla no 1).

TABLA No 2. INDICE DE MASA CORPORAL CON RESPECTO AL SEXO

IMC	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
NORMAL	19	25.3	25	33.3	44	29.3
SOBREPESO	38	50.7	23	30.7	61	40.7
OBESIDAD	18	24.0	27	36.0	45	30.0
TOTAL	75	100.0	75	100.0	150	100.0

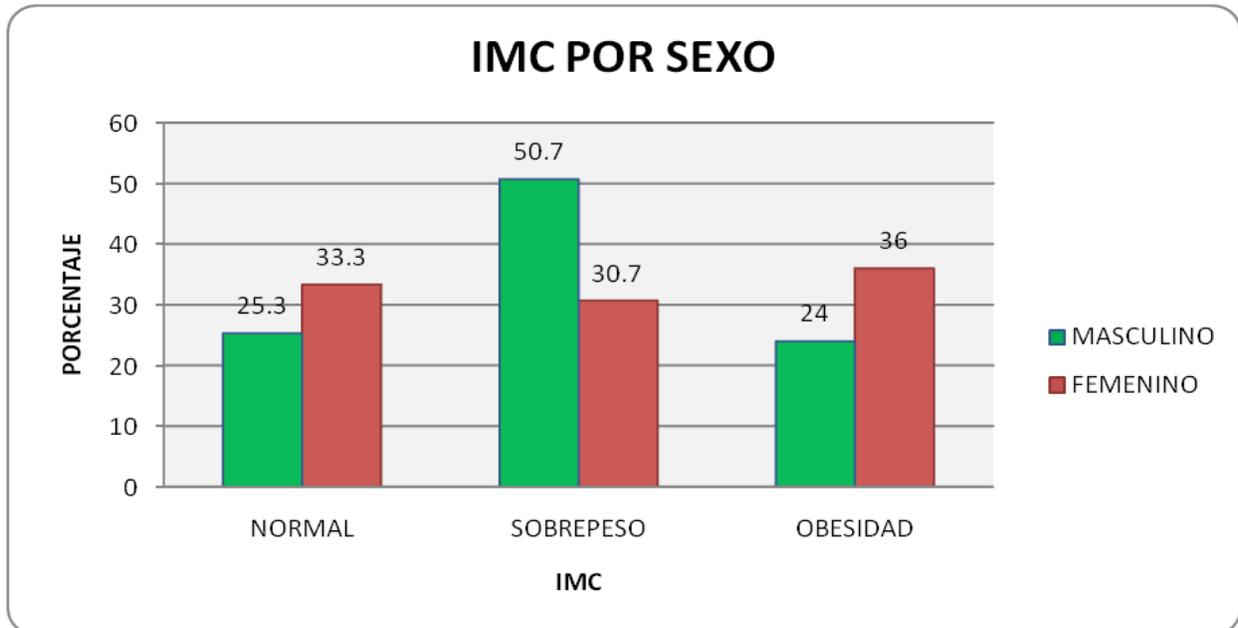
FUENTE: guía de encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS

Según la información obtenida el mayor porcentaje de sobrepeso corresponde a los hombres con un 50.7%, un 25.3% tiene un IMC normal y un 24% tiene obesidad.

Con respecto al sexo femenino un 36.0% tiene obesidad, un 33.3% es normal y un 30.7% tiene sobrepeso.

GRÁFICO No 2



FUENTE: cuadro número 2

INTERPRETACIÓN

Del total de la población en estudio la gran mayoría de usuarios presentan sobrepeso y obesidad en 70.7%. Esta situación se da en ambos sexos diferenciándose por el grado de malnutrición en el cual se encuentran, los hombres representan la mayoría la condición de sobrepeso y las mujeres obesidad.

TABLA No 3. ESTADO NUTRICIONAL CON RESPECTO AL RANGO DE EDADES

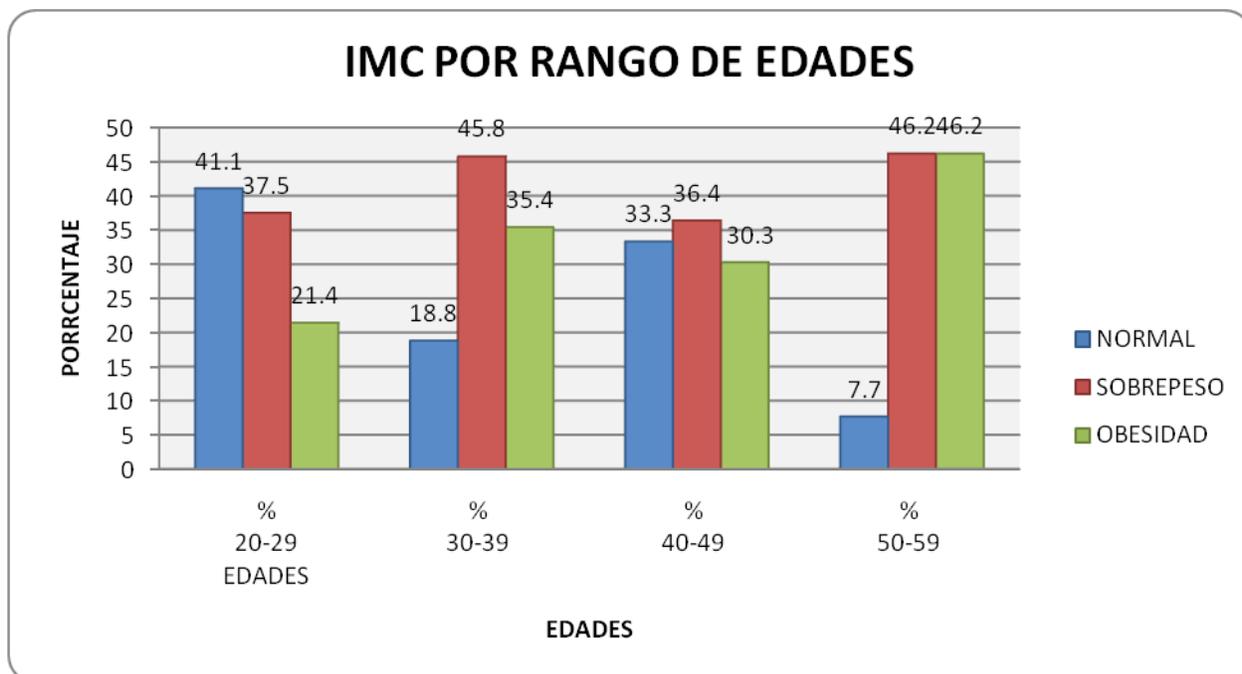
IMC	EADAES									
	20-29		30-39		40-49		50-59		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
NORMAL	23	41.1	9	18.8	11	33.3	1	7.7	44	29.3
SOBREPESO	21	37.5	22	45.8	12	36.4	6	46.2	61	40.7
OBESIDAD	12	21.4	17	35.4	10	30.3	6	46.2	45	30.0
TOTAL	56	100.0	48	100.0	33	100.0	13	100.0	150	100.0

FUENTE: guía de encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS.

Los resultados de los datos obtenidos que la población objeto estudio indican que el rango de edad entre 50-59 años, se ve más afectada con un de sobrepeso y obesidad en un 46.2% respectivamente, el rango de edad 20-29 años presentan un 41.1% estado nutricional normal. Mostrándose porcentajes similares en los diferentes estados nutricionales en el rango de edad de 40-49 años.

GRÁFICO No 3



FUENTE: cuadro número 3.

INTERPRETACIÓN

La población en estudio con mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad corresponden al rango de edad entre 50-59 años en cambio el rango de edad entre 20-29 años presentan un estado nutricional normal. Se puede observar que la tendencia de sobrepeso y obesidad aumenta con la edad.

TABLA No 4. ESTADO NUTRICIONAL CON RESPECTO A LA ZONA GEOGRÁFICA Y SEXO

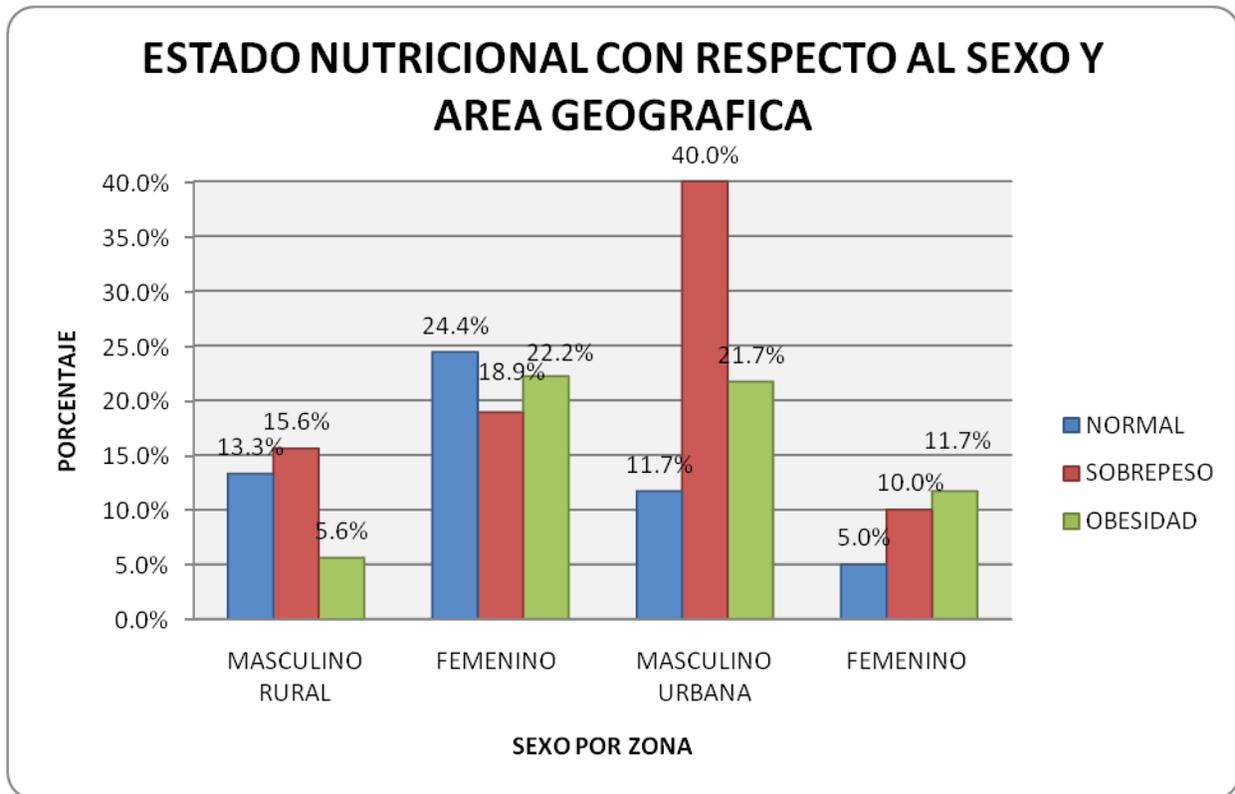
ZONA GEOGRAFICA Y SEXO		IMC							
		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
		FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
RURAL	MASCULINO	12	13.3	14	15.6	5	5.6	31	34.4
	FEMENINO	22	24.4	17	18.9	20	22.2	59	65.6
	Total	34	37.8	31	34.4	25	27.8	90	100.0
URBANA	MASCULINO	7	11.7	24	40.0	13	21.7	44	73.3
	FEMENINO	3	5.0	6	10.0	7	11.7	16	26.7
	TOTAL	10	16.7	30	50.0	20	33.3	60	100.0

FUENTE: guía de encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS

Los resultados de los datos obtenidos demuestran que la población objeto de estudio en el área urbana un 40% de sobrepeso y un 21.7% obesidad corresponde a hombres, en el área rural un 22.2 % la condición de obesidad la presentan las mujeres y un 18.9% presenta sobrepeso en la mencionada área. Es decir, que las condiciones del estado nutricional difieren en sexo según la zona geográfica, lo cual posiblemente se explique a partir de sus actividades que toman como rol según el patrón cultural.

GRÁFICO No 4



FUENTE: cuadro número 4.

INTERPRETACIÓN

Según se observa en la grafica los parámetros del estado nutricional están distribuidos de manera equitativa en ambos sexos en el área rural, no así en el área urbana el sobrepeso que se presenta en la mayoría de hombres se da con mayor frecuencia, además se visualiza de forma general que prevalece el sobrepeso en hombres y la obesidad en las mujeres.

TABLA No 5. ESTADO NUTRICIONAL Y SEDENTARISMO.

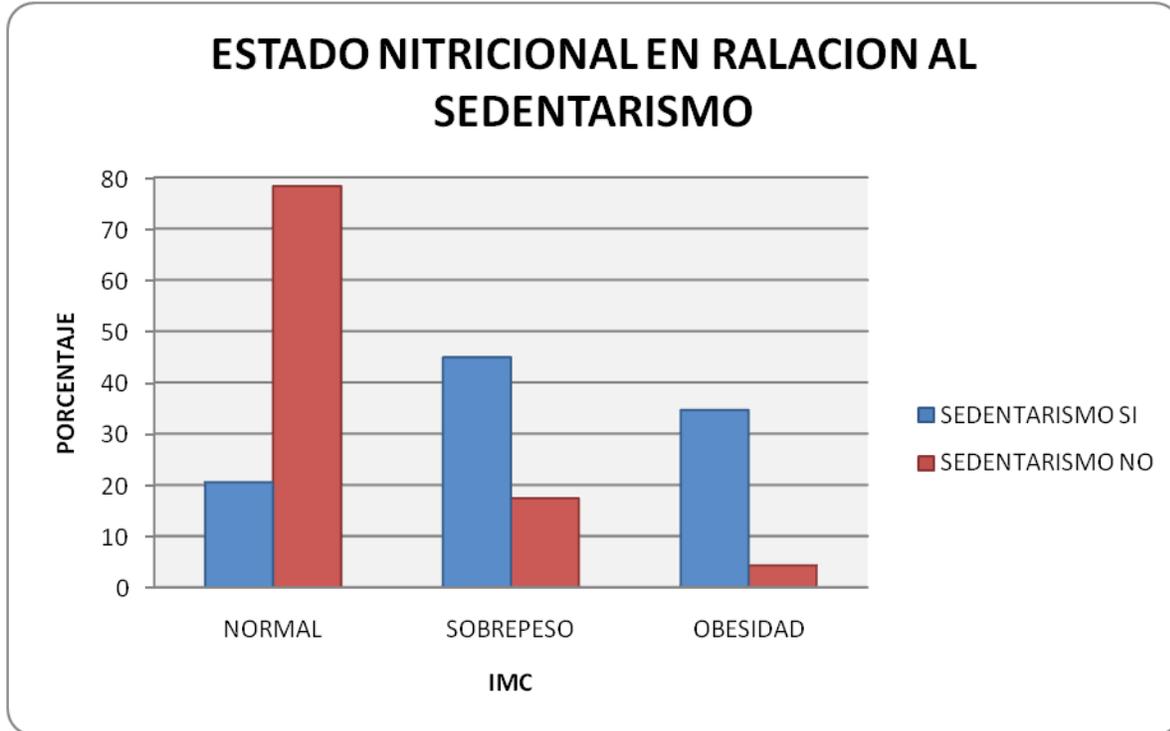
IMC	SEDENTARISMO					
	SI		NO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
NORMAL	26	20.5	18	78.3	44	29.3
SOBREPESO	57	44.9	4	17.4	61	40.7
OBESIDAD	44	34.6	1	4.3	45	30.0
TOTAL	127	100.0	23	100.0	150	100.0

FUENTE: guía de encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS

Según la información obtenida, la mayoría de la población que tiene un estilo de vida sedentario un 79.5% presenta la condición de sobrepeso y obesidad, en cambio un 78.3 de los encuestados que no están en la categoría de sedentarismo tiene un estado nutricional normal. Esta tabla además refleja que el 85% (127/150 X100) tienen un estilo de vida sedentario, grupo en el cual su transcendencia es creciente manteniéndose la mayoría de sobrepeso y obesidad.

GRÁFICA No 5



FUENTE: cuadro número 5.

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de la población en estudio que tienen la condición de sobrepeso y obesidad presentan niveles altos de sedentarismo, por el contrario es evidente que al presentar un estilo vida no sedentario el estado nutricional tiene la tendencia a la normalidad.

TABLA No 6. ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN A LA DIETA.

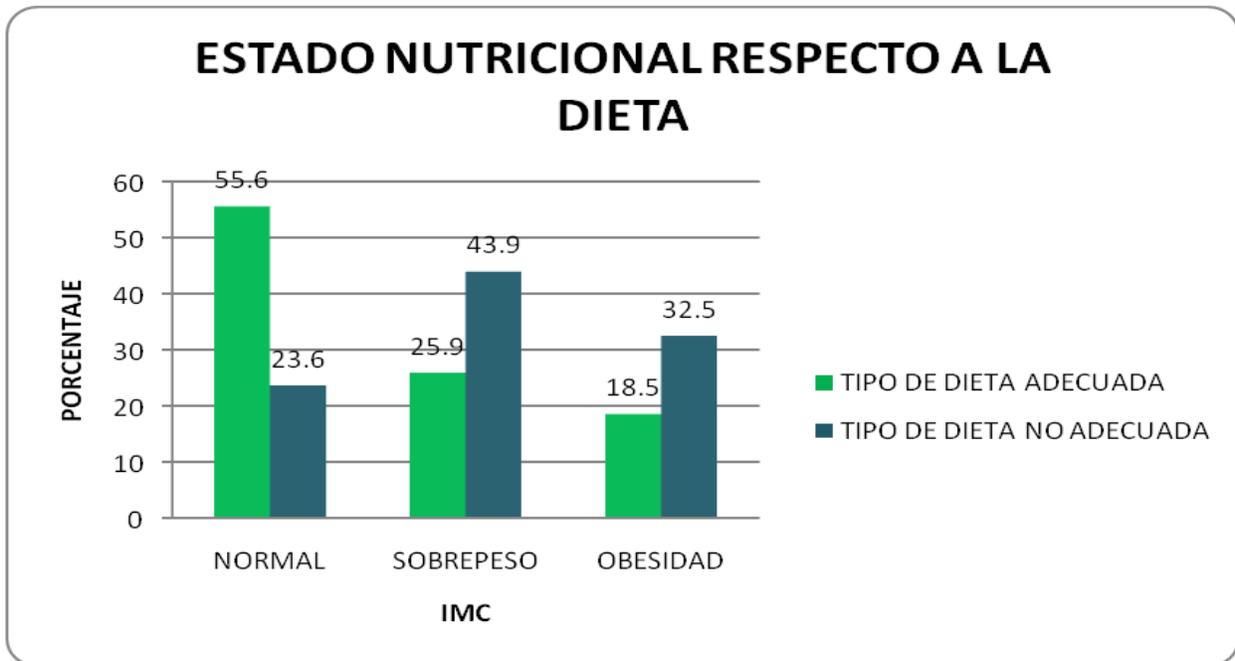
IMC	TIPO DE DIETA					
	ADECUADA		NO ADECUADA		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
NORMAL	15	55.6	29	23.6	44	29.3
SOBREPESO	7	25.9	54	43.9	61	40.7
OBESIDAD	5	18.5	40	32.5	45	30.0
TOTAL	27	100.0	123	100.0	150	100.0

FUENTE: guía de encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS

Según la información obtenida el mayor porcentaje de los encuestados un 76.4% que manifestó no tener una dieta equilibrada presenta la condición de sobrepeso y obesidad, por el contrario un 55.6% que refirió tener una adecuada dieta, presenta un estado nutricional con tendencia a la normalidad.

GRÁFICO No 6



FUENTE: cuadro número 6.

INTERPRETACIÓN

Del total de la población en estudio se evidencia que una dieta adecuada está estrechamente relacionada con un buen estado nutricional, sin embargo los estadios de sobrepeso y obesidad aumentan considerablemente cuando no se tiene una dieta adecuada.

TABLA No 7. ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO AL NIVEL EDUCATIVO

CUAL ES SU NIVEL EDUCATIVO	IMC							
	NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
NINGUNO	5	3.3	3	2.0	4	2.7	12	8.0
BASICO	22	14.7	39	26.0	30	20.0	91	60.7
BACHILLERATO	16	10.7	14	9.3	7	4.7	37	24.7
TECNICO	0	.0	2	1.3	1	.7	3	2.0
UNIVERSITARIO	1	0.7	3	2.0	3	2.0	7	4.7
TOTAL	44	29.3	61	40.7	45	30.0	150	100.0

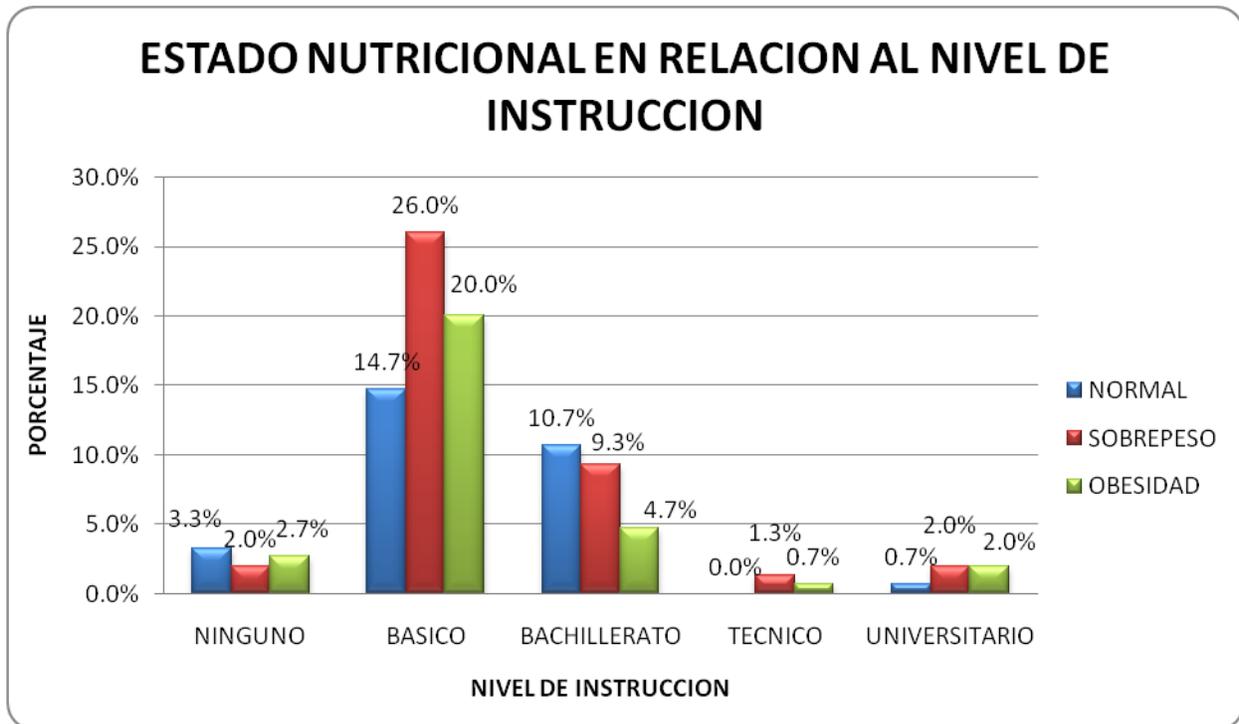
FUENTE: guía de encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS

Los datos reflejan que en el nivel educativo básico se presenta los niveles más significativos de sobrepeso y obesidad con un 46% de los casos, por el contrario cuanto mayor es el nivel de instrucción la tendencia a la normalidad aumenta con un 11.4 % incluidos bachillerato, técnico y universitario.

Además se puede evidenciar que la mayoría de la muestra en estudio se encuentra en sobrepeso, 40.7%, la cual tiene más posibilidad de pasar del estado sobrepeso a obesidad puesto que, su nivel educativo le condiciona para tener un buen grado de instrucción de la consecuencia inmediata de su estado nutricional.

GRÁFICO No 7



FUENTE: cuadro número 7.

INTERPRETACIÓN

De la población en estudio el nivel de instrucción donde predomina la condición de sobrepeso y obesidad es la educación básica, lo que refleja que las diferencias educacionales tienen que ver con la prevalencia de los estados antes mencionados, siendo mayor cuanto menor es la educación. Al contrario, cuando mayor es el nivel educativo se aproxima al estado nutricional normal.

TABLA No 8 ESTADO NUTRICIONAL RESPECTO LA CONDICION ECONOMICA

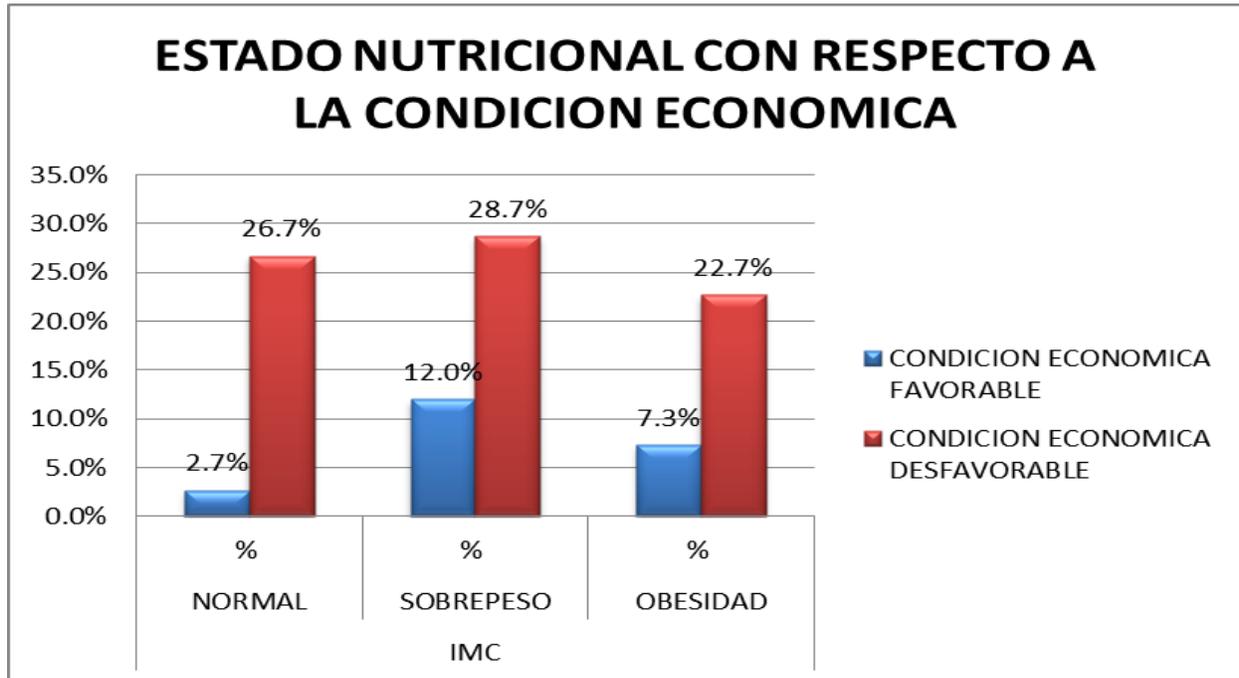
CONDICION ECONOMICA	IMC							
	NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
FAVORABLE	4	2.7	18	12.0	11	7.3	33	22.0
DESFAVORABLE	40	26.7	43	28.7	34	22.7	117	78.0
TOTAL	44	29.3	61	40.7	45	30.0	150	100.0

FUENTE: guía de encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS

Con respecto a la condición económica el sobrepeso y la obesidad representan un 51.4% en la población con un estatus económico desfavorable, (entendiéndose este como un ingreso mensual menor del salario mínimo) y con un 19.3% para el caso de los/a que tienen un estatus económico favorable. Cabe recalcar que el 26% aun cuando tiene condición económica desfavorable se encuentran con IMC normal.

GRÁFICO No 8



FUENTE: cuadro número 8.

INTERPRETACIÓN

La mayoría de la población en estudio presenta un estatus económico desfavorable, es decir, un ingreso mensual menor del salario mínimo, por lo tanto, El bajo nivel económico está presente de forma similar en las personas, según sus diferentes estados nutricionales.

TABLA No 9. ESTILO DE VIDA EN RELACIÓN AL SEXO

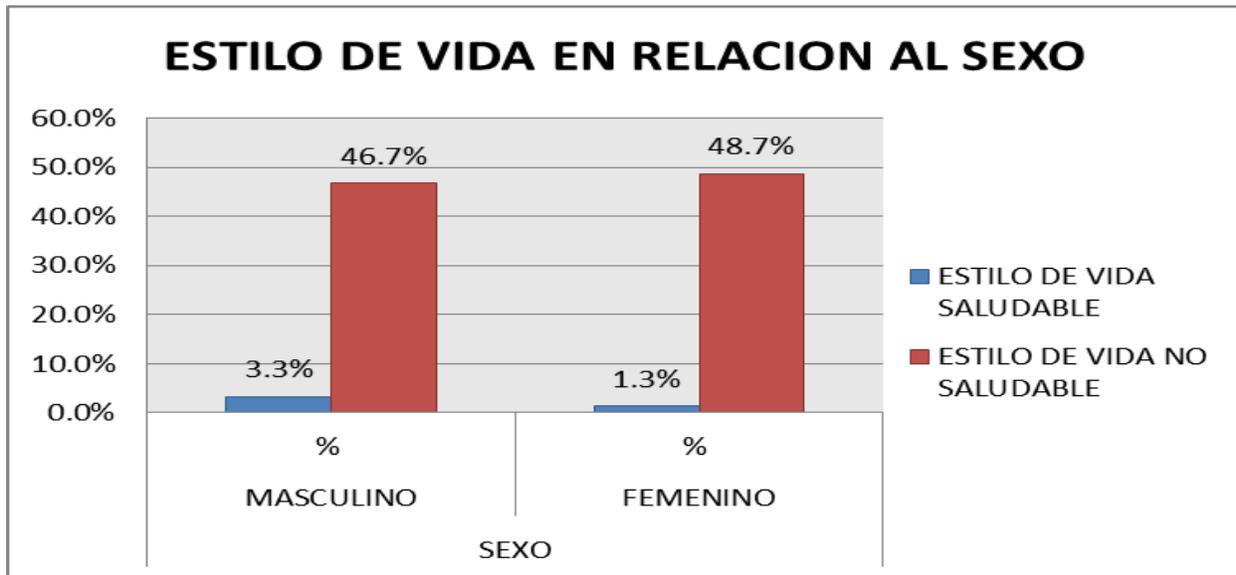
ESTILO DE VIDA	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
SALUDABLE	5	3.3	2	1.3	7	4.7
NO SALUDABLE	70	46.7	73	48.7	143	95.3
TOTAL	75	50.0	75	50.0	150	100.0

FUENTE: guía de encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS

El cuadro No 9 refleja un 48.7% que el sexo femenino practica en su mayoría un estilo de vida no saludable, el sexo masculino con un 46.7% también practican un estilo de vida insano, haciendo un total de 95.3% de la población tiene un estilo de vida no saludable en contraste con un 4.7% del total de la población tiene un estilo de vida saludable.

GRÁFICO No 9



FUENTE: cuadro número 9.

INTERPRETACIÓN

Podemos observar que la mayor parte de la población en estudio tiene un estilo de vida no saludable tanto el sexo masculino y femenino, con respecto a una minoría de esta que lleva un estilo de vida saludable sin una diferencia significativa entre hombres y mujeres.

TABLA No 10. ESTILO DE VIDA CON RESPECTO A LA EDAD

CUAL ES SU EDAD	ESTILO DE VIDA					
	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
20-29	2	1.3%	54	36.0%	56	37.3%
30-39	4	2.7%	44	29.3%	48	32.0%
40-49	1	.7%	32	21.3%	33	22.0%
50-59	0	.0%	13	8.7%	13	8.7%
TOTAL	7	4.7%	143	95.3%	150	100.0%

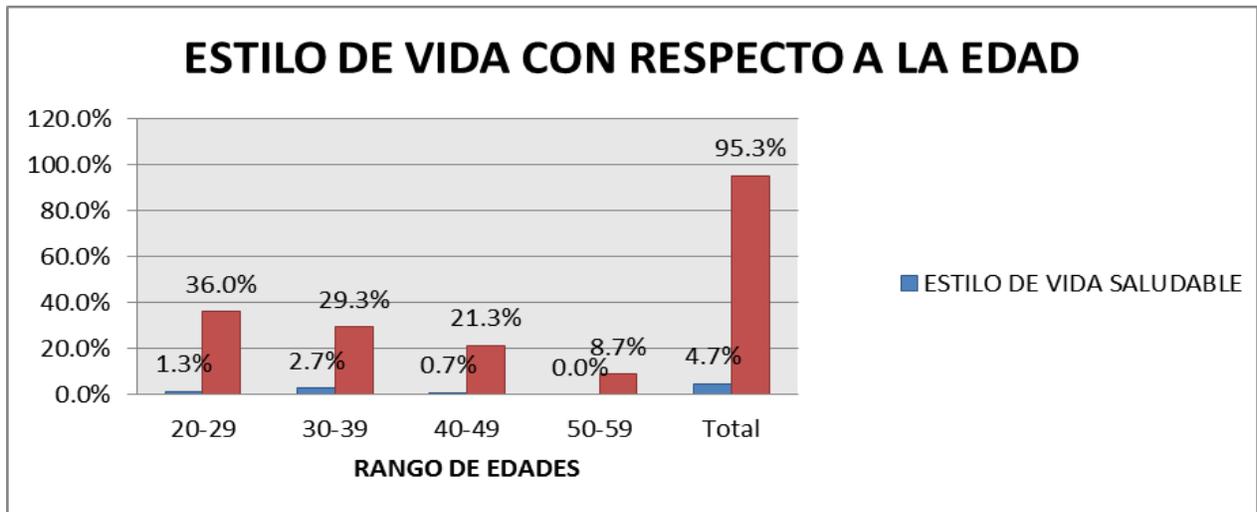
FUENTE: guía de encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS

Los datos reflejan que 36% de los encuestados entre las edades 20-29 años no tiene un estilo de vida saludable, un 29.3 % de las edades entre 30-39 años, un 21.3% entre las edades 40-49 años, un 8.7% entre 50-59 años no tienen un estilo de vida saludable.

Sin embargo un 4.7% incluidas todas las edades practican un estilo de vida saludable.

GRÁFICO No 10



Fuente: cuadro número 10

INTERPRETACIÓN

Según los datos obtenidos de la población en estudio en todos los rangos de edad predomina el estilo de vida no saludable, con mayor énfasis en las edades de 20 -29 años, y menor medida en las edades de 50-59 años, el estilo de vida saludable se practica mínimamente en la mayoría de las edades.

TABLA No 11. ESTADO NUTRICIONAL RESPECTO AL ESTILO DE VIDA

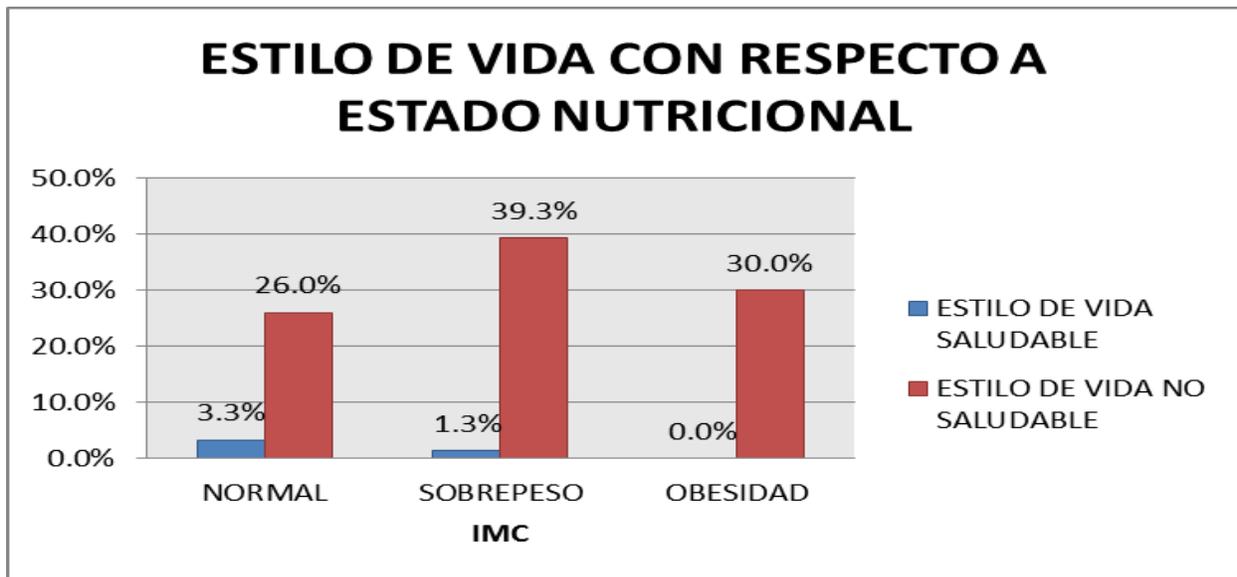
IMC	ESTILO DE VIDA					
	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	FRE	%	FRE	%	FRE	%
NORMAL	5	3.3	39	26.0	44	29.3
SOBREPESO	2	1.3	59	39.3	61	40.7
OBESIDAD	0	.0	45	30.0	45	30.0
TOTAL	7	4.7	143	95.3	150	100.0

FUENTE: guía de encuesta dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS

Los resultados datos obtenidos un 69.3% de las personas encuestadas tienen la condición de sobrepeso y obesidad en relación con estilo de vida no saludable, por el contrario un 3.3 % tienen un estado nutricional normal y estilo de vida saludable.

GRÁFICO No 11



FUENTE: cuadro número 11.

INTERPRETACIÓN

Un importante porcentaje de la población en estudio, la condición de sobrepeso y obesidad está estrechamente relacionado con un estilo de vida no saludable, además una minoría de los encuestados practican un estilo de vida saludable lo que se refleja en un estado nutricional normal.

CUADRO No 12. ESTILO DE VIDA SEGÚN LA ZONA GEOGRÁFICA.

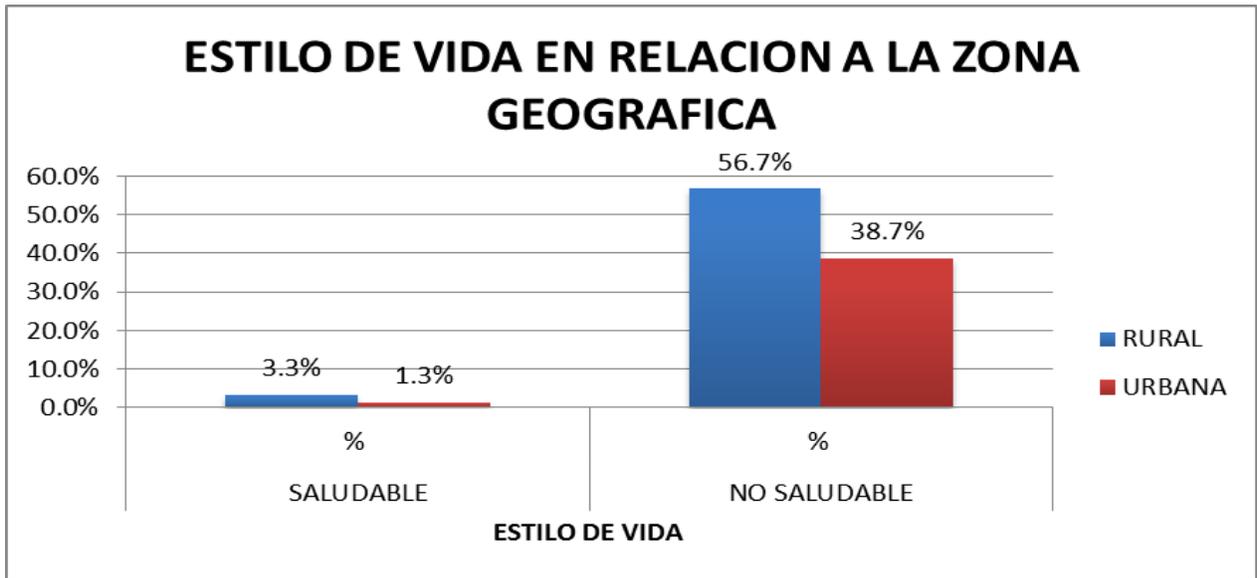
EN QUE ZONA GEOGRÁFICA VIVE	ESTILO DE VIDA					
	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
RURAL	5	3.3%	85	56.7%	90	60.0%
URBANA	2	1.3%	58	38.7%	60	40.0%
TOTAL	7	4.7%	143	95.3%	150	100.0%

FUENTE: cuadro número 12

ANÁLISIS

Los datos reflejan que en un 56.7% los usuarios de la zona rural practican un estilo de vida no saludable, solo un 3.3% tiene un estilo de vida saludable en el zona previamente mencionada, por el contrario un 38.7% de los encuestados de la zona urbana ejercen un estilo de vida insano y un 1.3% tienen un estilo de vida saludable, en general 95.3% de la población en independencia de su zona tienen un estilo de vida no saludable.

GRÁFICO No 12



FUENTE: cuadro número 12

INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos de la población de estudio se evidencia que tanto en la zona rural y urbana tienen un importante porcentaje que indica un estilo de vida no saludable, siendo más significativo en la zona rural, así como una pequeña parte de esta área practica un estilo de vida saludable.

5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

- 1) H_1 : El estilo de vida influye en la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los usuarios de 20-59 años que consultan en las UCSF Osicala, UCSF Anamorós y UCSF Santa Rosa de Lima.
- 2) Mediante el SPSS se obtuvo

IMC SEGÚN ESTILO DE VIDA

			IMC			Total
			NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	
ESTILO DE VIDA	SALUDABLE	Recuento	5	2	0	7
		Frecuencia esperada	2.1	2.8	2.1	7.0
	NO SALUDABLE	Recuento	39	59	45	143
		Frecuencia esperada	41.9	58.2	42.9	143.0
Total		Recuento	44	61	45	150
		Frecuencia esperada	44.0	61.0	45.0	150.0

VALOR CALCULADO CON LOS DATOS MUESTRALES

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	6.903 ^a	2	.032	.022 ^b	.019	.025

REGLA DE DECISIÓN

Si $X_c^2 > X_T^2$ entonces se acepta H_1 .

Si $X_c^2 < X_T^2$ entonces se rechaza H_1 .

DECISIÓN ESTADÍSTICA

Dado que $X^2_c = 6.9 > X^2_T = 5.99$ entonces se acepta H_1 la cual dice de la siguiente forma: El estilo de vida influye en la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los usuarios de 20-59 años que consultan en las UCSF Osicala, UCSF Anamorós y UCSF Santa Rosa de Lima.

DE HIPÓTESIS ALTERNA

H_a : El estilo de vida no saludable influye en la prevalencia de sobrepeso y obesidad principalmente en el área urbana más que en la rural de las unidades comunitarias de salud de los municipios en estudio.

Mediante el SPSS se obtuvo:

TABLA DE CONTINGENCIA

		ESTILO DE VIDA		TOTAL	
		SALUDABLE	NO SALUDABLE		
EN QUE ZONA GEOGRAFICA VIVE	RURAL	Recuento	5	85	90
		Frecuencia esperada	4.2	85.8	90.0
	URBANA	Recuento	2	58	60
		Frecuencia esperada	2.8	57.2	60.0
TOTAL		Recuento	7	143	150
		Frecuencia esperada	7.0	143.0	150.0

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	0.400 ^a	1	.527	.703	.417	

REGLA DE DECISIÓN

Si $X^2_c > X^2_T$ entonces se acepta H_a

Si $X^2_c < X^2_T$ entonces se rechaza H_a

DECISION ESTADÍSTICA

Dado que $X^2_c = 0.40 < X^2_T = 3.84$ entonces se rechaza la hipótesis alternativa la cual dice de la siguiente forma: El estilo de vida no saludable influye en la prevalencia de sobrepeso y obesidad principalmente en el área urbana más que en la rural de las unidades comunitarias de salud de los municipios en estudio.

6.0 DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito determinar los componentes del estilo de vida no saludable y su influencia en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los usuarios de 20-59 años de edad que consultan en la UCSF de Osicala, Anamorós y Santa Rosa de Lima, sobre todo, se pretendió relacionar cuales son aquellos eventos que más se presentaron en el grupo estudiado, es decir, como el sedentarismo se relaciona con los malos hábitos alimentarios (consumo excesivo de alimentos de alta densidad energética), de igual manera si el nivel de instrucción y situación socioeconómica tiene injerencia en practicar un estilo de vida no saludable, por ende, en la adquisición de trastornos nutricionales, particularmente el sobrepeso y la obesidad.

El estudio permitió determinar cómo estos componentes del estilo de vida no saludable, se comportaron en relación al sexo y la zona geográfica, además se identificó mediante la medición del IMC la prevalencia general de sobrepeso y obesidad de los usuarios que acuden a las unidades en estudio.

A continuación se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

De los resultados obtenidos en esta investigación se puede deducir que los componentes del estilo de vida no saludable (sedentarismo, dieta, nivel educativo y socioeconómico) influyen en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los usuarios de la UCSF en investigación.

En este estudio se confirma que el sedentarismo, dieta alta en calorías, nivel bajo de instrucción y las condiciones socioeconómicas individuales de los usuarios inciden de manera directa en la condición de estadios de sobrepeso y obesidad.

Es menester resaltar que en un 40.7% y en un 30% de la población en estudio en las diferentes centros de salud tienen una condición de sobrepeso y obesidad, es decir, que en un 70.7% de nuestra muestra no goza de un estado nutricional adecuado, por lo que se comprueba la hipótesis de trabajo.

Es importante señalar que en relación al sexo el 50.7% de los hombres tienen sobrepeso, no obstante el sexo femenino con un 36% manifiesta la mayor prevalencia de obesidad, y un 30.7% de sobrepeso.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2008, la prevalencia en mujeres de 15 a 49 años es de 25.6% de obesidad y 31.6% de exceso de peso, totalizando un 57.2%. En este estudio se evidencia similitudes en relación a la condición de sobrepeso del sexo femenino, sin embargo se ve mayormente afectada por la obesidad en comparación con el sexo masculino.

En un estudio sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles, realizado por el departamento de nutrición Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. España se encontró lo siguiente.

Al analizar la situación antropométrica del colectivo por franjas de edad, observamos que en el grupo de las mujeres la prevalencia de sobrepeso fue menor en la franja de los 18-29 años que en el resto, alcanzando las mayores cifras en el grupo de los 50-60 años; mientras que la prevalencia de obesidad fue menor en los grupos de 18-29 y 30-39 años. Para los “varones”, la prevalencia de sobrepeso fue menor en los grupos de 18-29 y 30-39 años, mientras que la de obesidad fue menor en la franja de los 18-29 años que en el resto de los grupos.

Según los resultados obtenidos en la investigación el rango de edad que mayormente se ve afectado por la condición de sobrepeso y obesidad es de 50 -59 años con un 92.4%. Lo que sustenta que este rango de edad, al igual que en el estudio previamente mencionado es el que mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad ostenta.

Puede deducirse que llevar un estilo de vida no saludable, desde edades temprana perjudica el estado nutricional con el tiempo.

Cabe señalar que en referencia al estado nutricional en relación al zona geográfica Según se observa en la gráfica (ver gráfico 4) los parámetros del estado nutricional están distribuidos de manera equitativa en ambos sexos en el área rural, no así en el área urbana el sobrepeso que se presenta en la mayoría de hombres se da con mayor frecuencia, además se visualiza de forma general que prevalece el sobrepeso en hombres y la obesidad en las mujeres.

Estudio de la universidad autónoma de Nuevo León sobre la obesidad y sedentarismo dio como resultado que la obesidad en general fue más común en la población urbana 41.5% y rural 28.2%, al comparar con los resultados obtenidos de la investigación se evidencia cierta similitud respecto a la prevalencia de obesidad en la área urbana con un 33.4% y de la área rural 27.8 %

Un estilo de vida sedentario es un importante factor de riesgo para ganar peso con la edad, pero más importante que esto es el hecho de que los obesos suelen ser sedentarios, y su exceso de masa corporal es uno de los grandes impedimentos para la actividad física. El mayor porcentaje de la población en estudio que tienen la condición de sobrepeso y obesidad presentan niveles altos de sedentarismo con un 85%

En cuanto a la dieta un 76.4% de la población en estudio manifiesto un consumo excesivo de alto contenido graso, consumidos de manera frecuente y en considerables cantidades a la semana, además del consumo de bebidas carbonatas y azucaradas de manera rutinaria.

En cuanto al nivel educativo y la relación con el sobrepeso y obesidad se encontró lo siguiente el nivel de instrucción donde predomina la condición de sobrepeso y obesidad es la educación básica, con un 46% lo que refleja que las desigualdades educacionales tienen que ver con la prevalencia de los estados antes mencionados, siendo mayor cuanto menor es la educación. Al contrario, cuando mayor es el nivel educativo se aproxima al estado nutricional normal.

La condición socioeconómico se estableció que La mayoría de la población en estudio presenta un estatus económico desfavorable, es decir, un ingreso mensual menor del salario mínimo, por lo tanto, El bajo nivel económico también se relaciona con el menor consumo de vegetales y frutas frescas, carne magra y pescado, que son alimentos caros y con menos energía (priorizando el consumo de alimentos densos en energía y poco costosos).

En conclusión La obesidad y el sobrepeso se presentan por lo general, por el sedentarismo, dieta inadecuada, la falta de ejercicio, un bajo nivel de instrucción y condición socioeconómica desfavorable que constituyen un estilo de vida no saludable el cual presenta en un 69.3% de la población estudiada.

7.0 CONCLUSIONES.

Al finalizar la investigación acerca de la influencia del estilo de vida en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los usuarios de 20-59 años que consultan en la UCSF de Osicala, Anamorós y Santa Rosa de Lima, en los meses comprendidos de julio a septiembre del corriente año, según como se presentaron los resultados de la misma, es decir, la tabulación, análisis e interpretación de los datos, aplicación de pruebas estadísticas, el grupo investigador concluye lo siguiente.

- A la luz de los resultados obtenidos se estable la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la UCSF de Osicala, Santa Rosa de Lima y Anamoros con un 70.7%, la distribución de estados nutricionales en función de las UCSF se mantienen similares una respecto a las otras.
- El sobrepeso predomina en el sexo masculino en un 50.7%, la obesidad es de 24%, en el sexo femenino un 36.0% tiene obesidad y un 30.7% tiene sobrepeso. Por lo que se termina que el sexo femenino es que más se ve afectado por la obesidad.
- El estadio de sobrepeso es de 40.7%, más frecuente que la obesidad con un 30% en la población en estudio en general.
- La mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad ocurre en el rango de edad 50-59 años con un 46.2% en ambos estadios.
- El sedentarismo se presenta en un 79.6% de la población en estudio, la dieta inadecuada, presentan en un 76.4% la combinación de estos componentes del estilo de vida no saludable se relaciona con la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad.

- El estilo de vida no saludable es contante en nuestra población en estudio un 69.3% de la población refirió no realizar ejercicio físico, tener una dieta inadecuada, un bajo de nivel de instrucción y condición socioeconómica desfavorable lo que se ve refleja en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los usuarios de la unidades de salud en investigación.

8.0 RECOMENDACIONES

Fundamentados en las conclusiones presentadas de la investigación influencia del estilo de vida factor determinante en la prevalencia del sobrepeso y obesidad en los usuarios de 20 a 59 años de edad que consultan en la en las unidades de salud de Osicala (Morazán), Santa Rosa de Lima, y Anamorós (la unión) en el año 2014, se plantean las siguientes recomendaciones:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

- Enfatizar que el sobrepeso y obesidad es un importante problema de salud pública, lo cual requiere esfuerzo sistemático para la prevención control y seguimiento de los casos.
- Contar con información oportuna y programas integrales que abarquen a todos los grupos etarios que se ven afectados por el sobrepeso y obesidad de manera primaria.

SISTEMA BASICO DE SALUD INTEGRAL DE ORIENTE

- Implementar un programa de capacitación continua dirigido al personal de salud sobre estilo de vida salud, afín que los conocimientos adquiridos se practiquen en los diferentes centros de salud.
- Elaborar y ejecutar planes de educación nutricional y actividad física para un estilo de vida saludable.

UNIDADES DE COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR

- Dar un seguimiento adecuado a los casos identificados de sobrepeso y obesidad.
- Promover una adecuada alimentación y actividad física a los usuarios que consultan las diferentes unidades de salud en estudio.
- Promover la creación de clubes para los usuarios con sobrepeso y obesidad
- Organizar eventos y taller para establecer patrones de alimentación saludable en los usuarios con sobrepeso y obesidad.
- Promover un estilo de vida saludable.

USUARIOS DE LAS UNIDADES DE SALUD COMUNITARIA FAMILIAR

- Seguir las recomendaciones brindadas por el personal de salud.
- Cambiar los hábitos alimentarios inadecuados por una dieta balanceada.
- Estimular la actividad física optima, afín de evitar el estilo sedentario.
- Concientizarse sobre la importancia para la salud de tener un estilo de vida saludable.

MEDICOS QUE LABORAN EN LA UNIDADES DE SALUD COMUNITARIA FAMILIAR.

- Enfatizar en evitar los hábitos alimentarios inadecuados especialmente aquellos relacionados directamente con la prevalencia de sobrepeso y obesidad encontrados en el estudio.
- Recordar que el sobrepeso y obesidad predispone a numerosas patologías que pueden desarrollarse a lo largo de la vida, por tanto es necesario implementar un estilo de vida saludable.
- Fomentar a través de consejería en la consulta un estilo de vida saludable encaminado a prevenir la condición de sobrepeso y obesidad.

9.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Márquez S, Vallejos N. Estilo de vida y actividad física. Madrid: Díaz de Santo; 2012 [consultado: 9 de junio 2014]. Disponible en: books.google.com/sv/books?isbn=84996953020/html/.
2. Gonzales Estamos gordos. El mundo. 15 de julio 2012; Sec.Nacionales: p 34.
3. Cáceres Y. Atención por obesidad se incrementa 33%. El diario de hoy. 1 de abril de 2013; Sec. Nacionales p.30.
4. Fauci. , braunwald, kasper, Hauser, longo, Jamenson, Loscalzo. Harrison principios de medicina interna. 17ª Ed: México d.f: mcgrahill; 2009.
5. Enciclopedia salud. Definición de prevalencia. Accesado 28 de noviembre del 2013. disponible en: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/prevalencia/>. Consultado el 15 de junio del 2014.
6. Instituto médico europeo de obesidad. Estadísticas de obesidad 2012. Accesado 29 de mayo 2014. Disponible en: <http://stopalaobesidad.com/2012/11/08/estaditicas-de-obesidad-2012/>
7. Figueroa j. Juárez a, rodríguez valencia t. evaluación del consumo de jugo de morindacitrifolia (noni) en la pérdida de peso en mujeres con problemas de sobrepeso u obesidad” [tesis]. San salvador: universidad evangélica. Facultad de medicina escuela de nutrición y dietética; 2011.
8. Albalá C, kain J, Burrows R, Díaz E. Obesidad un desafío pendiente. 1ª ed. : Santiago de chile. Editorial universitaria; 2006.
9. Román L, García L. Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. Madrid: Díaz de Santo S.A; 2012. 2012 [consultado: 14 de junio 2014]. Disponible en: books.google.com/sv/books?isbn=8499692931/html/.
10. Albalá C, kain J, Burrows R, Diaz E. op.cit. p94.
11. Fernández J. Actividad física en los jóvenes de Santiago de Compostela [Tesis Doctoral]. Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Medicina Y Odontología; 2012.

12. Fernández J. op.cit., p51.

13. Blanco J, Ortega F, Laín S, Ruiz V, Peris M, Santos J et al. Plan Integral para la actividad física y el deporte. *Actividad Física Y Salud*. 2009. Vol.1 Disponible en:<http://femede.es/documentos/Universidadv1.pdf>.

14. González j. actividad física, deporte y vida Beneficios, perjuicios y sentido de la actividad física y el deporte. España: Editorial Oreki; 2003.[Consultado: 19 de junio 2014]. Disponible en:books.google.com/sv/books?isbn=8488960492/html/.

15. Núñez F, Nonato I, Rabago C, Montero J, Aldana M, Mendoza M et al. *Sobrepeso y Obesidad Epidemiología Evaluación y Tratamiento*. 1ed: Barquera S, Tolentino S, Dommarco J editor. México: 2005.

Hernández S. Fernández c. Baptista p. *Metodología de la investigación*. Cuarta edición, Ed: México d.fmcgrahill; 2006.

Dieterich h. *nueva guía para la investigación científica decima octava edición*, Ed: México: ediciones equipo multidisciplinario “salud y comunidad” 2005.

Océano mosby, *diccionario de medicina*, 4 edición en español, Barcelona, España .editorial océano, 1504 págs.

Ricardo Campos R. *Ciencias de la salud*. 4 edición. México: Mc Graw Hill; 2001.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GUÍA DE ENCUESTA

No---

LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN LOS USUARIOS DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD DE OSICALA (MORAZAN), SANTA ROSA DE LIMA Y ANAMORÓS (LA UNIÓN) EN EL AÑO 2014.

OBJETIVO: Indagar los hábitos no saludables (sedentarismo, dieta, condición socioeconómica y educativo) de los usuarios de UCSF y su influencia en la condición de sobrepeso y obesidad.

INDICACIÓN: Tome su tiempo para responder las preguntas, conteste con tranquilidad teniendo en cuenta que no es una evaluación de desempeño, sino solamente un sondeo de conocimientos realizado de manera anónima y confidencial. Puede consultar en cualquier momento al equipo investigador todas sus dudas sobre las preguntas.

Datos generales

NOMBRE DE LA UCSF. _____

Datos generales

1- Sexo: Masculino _____ Femenino _____

2- Edad _____

3- Zona Rural: _____ Urbana: _____

Datos antropométricos

4- Peso _____ 5- Talla _____ 6- IMC _____

Estado nutricional

7- a) Normal _____ b) sobrepeso _____ c) obesidad _____

SEDENTARISMO

8- ¿Realiza usted algún tipo de actividad física en su tiempo libre?

Sí _____ No _____

9- ¿Cuántas sesiones por semana?

a) 1-3 Sesiones _____ b) más de 3 sesiones _____

10- ¿cuantos minutos por sesión?

Menos de 30 minutos _____ más de 30 minutos _____

DIETA.

11- ¿Consume usted comidas fritas?

SI _____ NO _____

12- ¿Cuántas veces por día?

a) 0 a 3 _____ b) 3 a 6 _____ c) más de 6 _____

13- ¿Cuántas bebidas azucaradas o frescos consumo al día?

a) No consume _____ b) más de 2 al día _____

CONDICIONES SOCIOECONÓMICO Y EDUCATIVO.

14- ¿Su aporte económico mensual es?

a) Menos del salario mínimo _____ b) más del salario mínimo _____

15- ¿cuál es su nivel educativo?

a). Ninguno _____ b). Básica _____ c). Bachillerato _____

d). Técnico _____ e). Universitario _____

ANEXO 2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERAL

MESES	febrero				Marzo				Abril				mayo				junio				Julio				Agosto				septiembre				octubre				noviembre				Diciembre							
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Reuniones con el coordinador del proceso de graduación.																																																
Elaboración del perfil de investigación y aprobación																																																
Inscripción del proceso de graduación																																																
Elaboración del protocolo de investigación																																																
Entrega de protocolo de investigación																																																
Presentación de protocolo (1ª. Defensa)																																																
Ejecución de la investigación																																																
Tabulación, análisis e interpretación de datos																																																
Redacción del informe final																																																
Entrega del informe final																																																
Ensayo de exposición																																																
Exposición de resultados y defensa de informe final																																																

ANEXO 3. TABLA CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR IMC

CLASIFICACIÓN	IMC (Kg/M2)
DESNUTRICIÓN	< 18.5
NORMAL	18.5-24.9
SOBREPESO	25.0-29.9
OBESIDAD	≥ 30

ANEXO 4. TABLA PESO POR TALLA

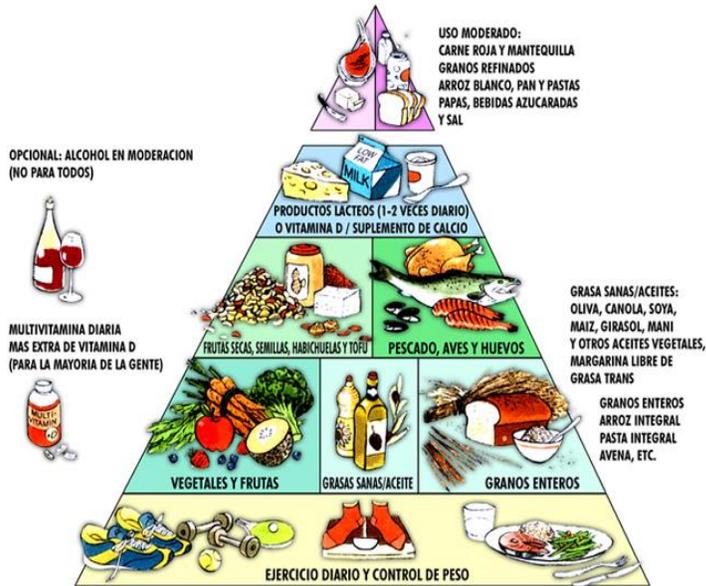
Altura (mts)	Peso en Kg																	www.klip7.cl			
	45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	102	105
1.50	20	21	23	24	25	27	28	29	31	32	33	35	36	37	39	40	41	43	44	45	47
1.53	19	21	22	23	24	26	27	28	29	31	32	33	35	36	37	38	40	41	42	44	45
1.56	18	20	21	22	23	25	26	27	28	30	31	32	33	35	36	37	38	39	41	42	43
1.59	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	30	31	32	33	34	36	37	38	39	40	42
1.62	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	29	30	31	32	33	34	35	37	38	39	40
1.65	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	39
1.68	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1.71	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
1.74	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1.77	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
1.80	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	31	32
1.83	13	14	15	16	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	30	31
1.86	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	29	30
1.89	13	13	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29
1.92	12	13	14	15	15	16	17	18	19	20	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	28
1.95	12	13	13	14	15	16	17	17	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	28
1.98	11	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27

ANEXO 5

FIGURA PIRAMIDE ALIMENTICIA

PIRAMIDE ALIMENTARIA

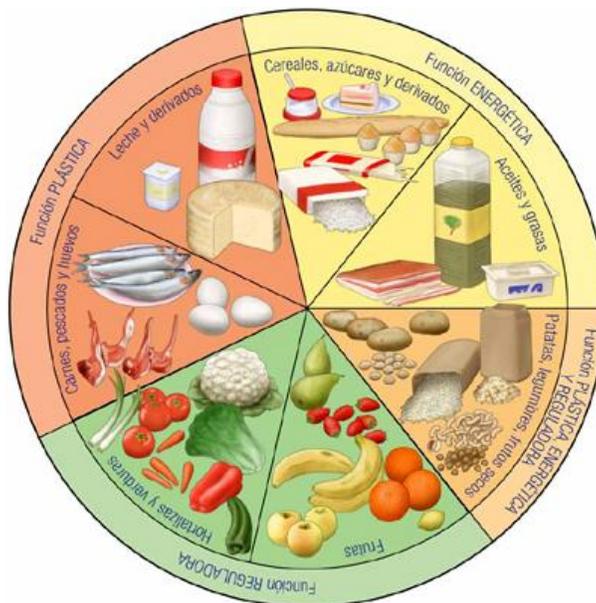
DEPARTAMENTO DE NUTRICION, ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE HARVARD



ADEMAS DE NO FUMAR LO MAS IMPORTANTE QUE DETERMINA UNA BUENA SALUD
ES LO QUE COMEMOS Y CUAL ACTIVOS SOMOS

ANEXO 6.

FIGURA RUEDA DE LOS ALIMENTOS



ANEXO 7

TABLA DE DISTRIBUCIÓN CHI CUADRADO

TABLA 3-Distribución Chi Cuadrado χ^2

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, v = Grados de Libertad

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0371	8,3834	7,8061	7,2832	6,8000	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301	10,2189	9,5245	8,9094	8,3505	7,8325	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6669	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3887	10,6564	10,0060	9,4136	8,8632	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	11,7807	11,0971	10,4732	9,8922	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7280	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314	13,7007	12,8987	12,1836	11,5298	10,9199	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	14,0111	13,2661	12,5838	11,9463	11,3403
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	15,1187	14,3451	13,6356	12,9717	12,3398
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4862	18,1508	17,1169	16,2221	15,4209	14,6853	13,9961	13,3393
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6930	19,3107	18,2451	17,3217	16,4940	15,7332	15,0197	14,3389
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,3689	18,4179	17,5646	16,7795	16,0425	15,3385
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146	20,4887	19,5110	18,6330	17,8244	17,0646	16,3382
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	20,6014	19,6993	18,9679	18,0860	17,3379
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004	22,7178	21,6891	20,7638	19,9102	19,0169	18,3376
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375	23,8277	22,7745	21,8265	20,9514	20,1272	19,3374
21	46,7963	43,7749	41,4009	38,9322	35,4789	32,6706	29,6151	27,6620	26,1711	24,9348	23,8578	22,8876	21,9915	21,1470	20,3372
22	48,2676	45,2041	42,7957	40,2894	36,7807	33,9245	30,8133	28,8224	27,3015	26,0393	24,9390	23,9473	23,0307	22,1663	21,3370
23	49,7276	46,6231	44,1814	41,6383	38,0756	35,1725	32,0869	29,9792	28,4288	27,1413	26,0184	25,0055	24,0689	23,1852	22,3369
24	51,1790	48,0336	45,5584	42,9798	39,3641	36,4150	33,1962	31,1325	29,5533	28,2412	27,0960	26,0625	25,1064	24,2037	23,3367
25	52,6187	49,4351	46,9280	44,3140	40,6465	37,6525	34,3816	32,2825	30,6752	29,3388	28,1719	27,1183	26,1430	25,2218	24,3366
26	54,0511	50,8291	48,2898	45,6416	41,9231	38,8851	35,5632	33,4295	31,7946	30,4346	29,2463	28,1730	27,1789	26,2395	25,3365
27	55,4751	52,2152	49,6450	46,9628	43,1945	40,1133	36,7412	34,5736	32,9117	31,5284	30,3193	29,2266	28,2141	27,2569	26,3363
28	56,8918	53,5939	50,9936	48,2782	44,4608	41,3372	37,9159	35,7150	34,0266	32,6205	31,3909	30,2791	29,2486	28,2740	27,3362
29	58,3006	54,9662	52,3355	49,5878	45,7223	42,5569	39,0875	36,8538	35,1394	33,7109	32,4612	31,3308	30,2825	29,2908	28,3361

ANEXO N° 8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Cantidad	Concepto	Precio Unitario \$	Precio Total en \$
2.00	Libretas block de apuntes	1.00	2.00
5.00	Lápiz de Carbón.	0.20	1.00
50.0	Etiquetas para carpetas	0.04	2.00
5.00	Lapiceros	0.20	1.00
2.00	Computadoras	450	900
5.00	Resmas de papel bon tamaño carta	5.00	25.0
18.00	Anillados de informe de investigación	2.00	36.0
6.00	Empastados del informe final	5.00	30.0
170	Fotocopias de encuestas.	0.03	5.10
1000	Fotocopias varias (revistas, bibliografías, etc.)	0.03	30.0
100	Horas médico (en base a salario de año social)	2.31	231
80	Horas de transporte colectivo	1.00	80.00
400	Horas de internet	1.00	400
6.00	C.D.	0.80	4.80
1.00	Impresora	50.0	50.0
100h	Telefonía celular	1.00	100.00
8.00	Tinta negra	25.0	200
2.00	Tinta de color	25.0	50.0
10%	De imprevistos	--	239.48
Total			2,394.84

Fuente de financiamiento: Cada uno del equipo investigador le corresponde **\$798.28**