



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE NUTRICIÓN

**TITULO: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL
EDUCATIVA EN MUJERES ADULTAS CLIENTES DEL CENTRO
ESTÉTICO ARIES, SAMBORONDÓN, 2016**

**TRABAJO DE TITULACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DE GRADO DE LICENCIATURA EN
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

AUTOR:

MÓNICA ESTHER NÚÑEZ GARCÍA

TUTOR:

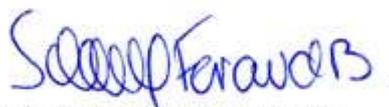
MSc. SCHENY FERAUD BOSISIO

SAMBORONDÓN, FEBRERO DEL 2016.

APROBACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente hago constar que he dirigido y leído el trabajo de investigación titulado **“Propuesta de Intervención Nutricional Educativa en Mujeres de 20 a 69 Años que asisten al Centro Estético Aries, Ubicado en el Cantón Samborondón”**, como requisito para la obtención del título en **Licenciatura en Nutrición y Dietética**, que ha realizado la estudiante MONICA ESTHER NUÑEZ GARCIA, portadora de la cédula de ciudadanía 0912334190 y código estudiantil UEES 2010370219. En virtud de ello, comunico que el trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para su presentación.

En la ciudad de Samborondón, a los 11 días del mes de mayo del 2017.



MSc. Scheny Feraud Bosisio

Docente de la Escuela de Nutrición, UEES

INDICE

RESUMEN.....	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA.....	1
1.1 Antecedentes	2
1.2 Planteamiento del problema	3
1.3 Interrogante de la investigación	6
1.4 Objetivos de la investigación	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
1.5 Justificación.....	7
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL.....	9
2.1. Definición de la obesidad	9
2.2. Epidemiología de la obesidad.....	9
2.3. Causas y factores de riesgos de la obesidad	11
2.4. Diagnóstico de la obesidad.....	15
2.5. Consecuencia y efectos del sobrepeso y la obesidad.....	16
2.6. Tratamiento de la obesidad	21
2.6. 1. Cambios en el estilo de vida.....	21
2.6. 2. Tratamiento farmacológico	22
2.6. 3. Tratamiento quirúrgico.....	23
2.7. Educación nutricional.....	24
CAPITULO III: METODOLOGÍA	25
3.1 Diseño de la investigación.....	25
3.2 Universo y muestra.	25
3.3 Criterios de Inclusión:	25
3.4 Criterios de exclusión:.....	25
3.5 Instrumentos de recolección de datos.....	25
3.6 Operacionalización de las variables.	26
3.7 Pasos de la investigación.....	27
3.8 Procesamiento y análisis de la información	28
CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	29
4.1 Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP)	29
4.1.1. Resultados de la sección sobre Conocimiento de nutrición del cuestionario (CAP).....	29
4.1.2. Resultados de la sección sobre Actitudes relacionadas a la nutrición del cuestionario CAP.31	
4.1.3. Resultados de la sección sobre Prácticas alimentarias de nutrición del cuestionario (CAP).33	
4.2 Resultados del Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA).....	37
4.3 Estado nutricional	41
CAPITULO V: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA NUTRICIONAL.....	38
5.1 Propuesta de intervención educativa	43
CONCLUSIONES.....	45

RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS.....	56
Anexo 1.....	56
Anexo 2.....	57
Anexo 3.....	62
Anexo 4.....	63
Anexo 5.....	65

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de las variables.....	27
Tabla 2: Frecuencia de consumo de alimentos.....	37
Tabla 3: Propuesta de intervención educativa.....	46

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Procesos metodológicos para recopilación de datos.....	28
Figura 2: Distribución de la población según los conocimientos en relación a los riesgos del sobrepeso y la obesidad.....	30
Figura 3: Distribución de la población según los conocimientos en relación a las causas del sobrepeso y la obesidad.....	31
Figura 4: Distribución de la población según los conocimientos en relación a la prevención del sobrepeso y la obesidad.....	32
Figura 5: Distribución de la población según las actitudes hacia un problema de salud o nutrición (Susceptibilidad y Severidad percibida).....	33
Figura 6: Distribución de la población según las actitudes hacia prácticas para una nutrición adecuada.....	34
Figura 7: Evaluación de las prácticas alimentarias que llevan al sobrepeso y obesidad.....	35
Figura 8: Evaluación de práctica de actividad física.....	36
Figura 9: Frecuencia de Consumo de Alimentos.....	38
Figura 10: Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal (IMC).....	38
Figura 11: Relación del Índice de Masa Corporal (IMC) de nutrición alimentaria con los rangos de edad.....	39

Figura 12: Relación del Índice de Masa Corporal (IMC) con el Conocimiento Actitudes Practicas (CAP) de nutrición alimentaria.40

Figura 13: Relación del Conocimiento Actitudes Practicas (CAP) de nutrición alimentaria y los rangos de edad.41

RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud, la obesidad se ha convertido en un grave problema de salud pública, puesto que en el año 2015 se estimó una mortalidad a nivel mundial entre 2.8 y 5 millones de personas. El principal factor de riesgo de esta patología metabólica es la alimentación inadecuada nutricionalmente y el sedentarismo. Se elaboró una propuesta de intervención educativa alimentaria y nutricional para mujeres de 20-69 años que asistieron al Centro Estético Aries, de Samborondón desde junio hasta agosto del 2016 para lo cual se utilizó una muestra de 32 mujeres, a quienes se les aplicaron los cuestionarios de Conocimiento, Actitud y Prácticas alimentarias (CAP) de la FAO-2014, Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA) y se evaluó el estado nutricional a través del Índice de Masa Corporal (IMC). Los resultados del cuestionario CAP muestran que el 72% conocen los riesgos de la obesidad. El 87.5% conocen las causas, y 94% saben como prevenir el sobrepeso y la obesidad. El cuestionario FCA evidenció que 60% consumen a diario verduras y frutas. Se comprobó que hay relación entre el estado nutricional, con el conocimiento, actitudes y practicas alimentarias y la frecuencia de consumo de alimentos. Puesto que el 59% de participantes con normopeso de las cuales el 22% están en el rango de edad entre 31 y 40 años presentaron en el CAP una puntuación de muy buena de igual manera se relacionó con la FCA, debido a que consumen todos los grupos de alimentos y realizan actividad física a diario.

Palabras clave: *Índice de Masa Corporal, patología metabólica, cuestionario CAP, cuestionario FCA.*

ABSTRAC

According to the World Health Organization, obesity has become a serious public health problem, since in the year 2015 estimated a worldwide mortality between 2.8 and 5 million people. The main risk factor for this metabolic pathology is nutritionally inadequate nutrition and sedentary lifestyle. A proposal for a food and nutrition education intervention for women aged 20-69 who attended the Aries Aesthetic Center in Samborondón from June to August 2016 was used for a sample of 32 women, who were given the Knowledge Questionnaires, Action and Food Practices (CAP) of FAO-2014, Frequency of Food Consumption (CFCA) and nutritional status was evaluated through the Body Mass Index (BMI) 72% are aware of the risks of obesity. 87.5% know the causes, and 94% know how to prevent overweight and obesity. The FCA questionnaire showed that 60% consumed a vegetable and fruit diary. It was found that there is a relationship between nutritional status, knowledge, attitudes and feeding practices and frequency of food consumption. Since 59% of the participants with the standards of which 22% are in the age range between 31 and 40 years presented in the CAP a very good score as it was related to the FCA, because they consume All food groups and perform physical activity on a daily basis.

Key words: *Body Mass Index, metabolic pathology, CAP questionnaire, FCA questionnaire.*

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015, ha definido la obesidad como la epidemia del siglo XXI por las dimensiones adquiridas a lo largo de las últimas décadas, su impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario (1). Desde el punto de vista clínico se define cuando el IMC (índice de masa corporal, cociente entre el peso y la estatura de un individuo al cuadrado) es igual o superior a 30 kg/m² (2). La obesidad y el sobrepeso en América Latina han crecido en los últimos años. Según La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la salud (OMS), estas enfermedades, han cobrado la vida de 5 millones de personas en Latinoamérica (2).

La obesidad se presenta como la patología metabólico-nutricional más frecuente en la actualidad, tanto en la edad adulta como en la infancia, más allá de sus particularidades clínicas y socioculturales (3). La obesidad es una enfermedad de origen multicausal, en los países en vías de desarrollo, se la relaciona estrechamente con los cambios económicos de la población, falta de educación de los padres, obesidad materna y la inseguridad alimentaria en el hogar como factores influyentes a la hora de definir un estilo de vida saludable para el grupo familiar (4). Profundizando un poco más en los hábitos alimenticios, tres cuartas partes de la población no planifica las comidas ni las cantidades de alimentos. Cabe indicar, que la educación juega un papel fundamental en la incidencia de la obesidad, cuya frecuencia disminuye al aumentar el nivel educativo (5).

Esta enfermedad se define como un exceso de grasa corporal y es particularmente riesgosa cuando se localiza centralmente. Esto ha derivado en la concepción actual de ubicar a la obesidad, en particular su forma central, junto con la diabetes mellitus tipo 2, ciertas dislipidemias, enfermedades óseas, alteraciones psicológicas y algunos tipos de cáncer, (colon, páncreas, mama, endometrio) (4).

Como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (6). Es indiscutible que la mejoría de la obesidad reduce los factores de riesgo de ECNT, e incrementa la calidad de vida, la salud psicológica y social (7).

Las autoridades de salud deben abordarlo con carácter prioritario con el objetivo de evaluar en su totalidad su magnitud e identificar los factores determinantes de acuerdo a cada región o país. Resulta de vital importancia desarrollar estrategias efectivas que permitan invertir la tendencia creciente del aumento de la obesidad en todo el mundo, y específicamente en Ecuador (8).

Es trascendental, por tanto, determinar como primer paso, los riesgos más importantes que llevan a esta enfermedad, para así poder actuar sobre ellos a través de planes de acción. Estos deben ir encaminados a promover hábitos y estilos de vida saludables, estimulando la práctica habitual de actividad física y una dieta adecuada como principales estrategias preventivas (2).

1.2 Planteamiento del problema

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción humana en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas

adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad (2). Según la encuesta nacional de salud y nutrición realizada en Ecuador en los años 2011-2013, (ENSANUT 2012), el 62.8% de las personas en edad adulta presentaban sobrepeso u obesidad (8). Según la representante de OPS en Ecuador, Gina Tambini, “la obesidad y el sobrepeso afecta al menos uno de cada dos adultos y ya hay algunos países donde es tres de cada cuatro”(2)

La etiología de la obesidad es multifactorial, incluye factores genéticos, (herencia genética, comportamiento del sistema nervioso, endocrino, metabólico) y factores ambientales como el estilo de vida (9). Los desórdenes biológicos también pueden ser causantes de la obesidad. La herencia tiene un papel importante, se plantea que los hijos de padres obesos tienen una probabilidad diez veces mayor de ser obesos que el resto de la población (10). Otras causas de obesidad secundaria son enfermedades hormonales y neurológicas, el papel de las bacterias en la colonización del intestino, la menopausia, el encamamiento prolongado, algunos medicamentos, etc. (11).

También influyen los factores culturales, sociales y el gasto energético el cual está altamente influenciado por el nivel de actividad física de cada individuo (12). Estos patrones de obesidad familiar estandarizados se repiten de padres a hijos (13), y causa tendencias metabólicas heredadas de acumulación de grasa (14). Para Mazza y colaboradores, entre los factores que pueden causar obesidad puede ser atribuido un 30 % a los factores genéticos, 40 % a los factores no heredables y 30 % a los factores meramente sociales, es decir, la relación entre factores genéticos y ambientales son del 30 % y 70 % respectivamente (15).

Los principales mecanismos ambientales que causan exceso de grasa corporal son una mayor ingesta de calorías y menor actividad física de la que el cuerpo precisa (16). Por lo que la obesidad se produce por exceso de energía, por la ruptura del equilibrio de entrada/salida de energía. Este delicado equilibrio entre la incorporación de calorías y su acumulación en forma de grasa con ausencia de gasto a través del ejercicio físico es la causa más frecuente de sobrepeso y obesidad. El aumento del consumo de energía genera mayor utilización de grasa, la obesidad es el principal factor etiológico de enfermedades como: artrosis, apnea del sueño, diabetes (fundamentalmente la tipo II), cáncer, enfermedades cardiovasculares, hígado graso no alcohólico, etc. (18); niveles altos de colesterol y de triglicéridos en la sangre (19). La asociación con otras enfermedades puede ser dependiente o independiente de la distribución del tejido adiposo. La obesidad central (u obesidad caracterizada por un radio cintura cadera alto), es un factor de riesgo importante para el síndrome metabólico (19).

La obesidad y sobrepeso aumenta en más del 50 % el riesgo de tener mayor prevalencia a la hipertensión arterial (21). Un IMC mayor de 32 está asociado con un doble riesgo de muerte (22). Quienes tienen sobrepeso enfrentan un pequeño incremento en la mortalidad o morbilidad, más aún, ser obeso es grave porque tiene muchas complicaciones de salud (23), debido a que existen alteraciones en la respuesta del organismo a la insulina con un aumento de la resistencia a esta hormona, que causa un estado pro inflamatorio y una tendencia incrementada a la trombosis (estado pro trombótico) (18).

Por lo antes expuesto, este estudio tuvo como propósito evaluar el estado nutricional en una muestra de 32 clientes mujeres entre 20 a 69 años del centro estético Aries para identificar sus factores de riesgo nutricional, considerando que la malnutrición incide en la génesis de enfermedades metabólicas, por lo que un enfoque preventivo tendrá un gran impacto social y médico, dado el carácter discapacitante de las enfermedades metabólicas, por lo que, contribuye en gran medida a mejorar la calidad de vida de forma individual y los indicadores de salud de forma general, brindando beneficios considerables tanto económicos como sociales al individuo, familia y estado.

1.3 Interrogante de la investigación

¿Existe relación entre el estado nutricional y el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas alimenticias, y la frecuencia de consumo de alimentos de las clientes del Centro Estético Aries?

1.4 Objetivos de la investigación

Objetivo general.

Proponer una intervención educativa alimentaria y nutricional para mujeres de 20-69 años que asisten al Centro Estético Aries, de Samborondón de junio a agosto del 2016 para prevenir la obesidad.

Objetivos específicos.

- Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas aplicadas a la alimentación por medio del cuestionario CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas alimentarias) de la FAO.

- Identificar el consumo habitual de alimentos por medio del Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA).
- Valorar el estado nutricional mediante medidas antropométricas de peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC).

1.5 Justificación

La obesidad es una enfermedad no trasmisible, constituye un grave problema de salud pública, por estar relacionada a enfermedades catastróficas entre las que se encuentran las enfermedades coronarias con el 7.82%, hipertensión arterial 7.05%, y diabetes mellitus 5.37%. Estos porcentajes suman el 20.24% de causas de muerte en Ecuador y es alto en comparación con enfermedades transmisibles no relacionadas con la obesidad como influenza, neumonía y VIH que juntas representan apenas 6.56% y el 6.48% corresponde a otras causas de muerte como accidentes de tránsito, homicidios y envenenamiento accidental (8).

Ecuador asignó desde el 2008 un presupuesto anual de 240 millones para salud pública, en la que están incluidas enfermedades epidemiológicas como la obesidad. Con un gasto per capital de 110 dólares (2).

Considerando la importancia de difundir las enfermedades que causa la obesidad, es elemental realizar investigaciones que permitan un diagnóstico temprano, para desarrollar medidas preventivas médicas y educativas. Este estudio tiene como propósito implementar acciones de prevención que están estrechamente ligadas a

la correcta identificación de los factores de riesgo. La prevención primaria incluye moldear, mejorar hábitos y estilos de vida para evitar la obesidad.

Considerando que muchas clientes del Centro Estético Aries creen que solo se necesita la aplicación de tratamientos reductores para solucionar el problema del sobrepeso o la obesidad. Sin embargo, mientras no se combine con hábitos de alimentación saludables y la práctica de ejercicio físico diario, el problema persistirá. Por lo expuesto la presente investigación con base a los resultados de este trabajo en el que se analizaron los hábitos alimenticios y actividad física obtenidos de tres indicadores: Conocimientos Actitudes y Prácticas alimentarias (CAP), Frecuencia de Consumo de Alimentos (FCA) y la valoración del estado nutricional de las participantes con base a su Índice de Masa Corporal (IMC), se diseñó la presente propuesta educativa nutricional dirigida a las clientes del Centro Estético Aries.

Los datos que aporta esta investigación sirven como insumo para fortalecer el manejo clínico y orientar la labor profiláctica entre este grupo de mujeres en particular y toda la población ecuatoriana en general e incentivar cambios de estilo de vida de manera permanente, condiciones que favorecen los tratamientos estéticos para lograr un peso adecuado, buena salud e imagen corporal.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. Definición de la obesidad

La OMS señala que la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a escala mundial y cada año mueren como mínimo 2,6 millones de personas a causa de este padecimiento. Aunque anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medianos (24). Dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles e incrementa el riesgo de muerte prematura y discapacidad (25).

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 12 al 20% en varones y del 20 al 30% en mujeres adultas (18). Clínicamente se define obesidad cuando el Índice de Masa Corporal (IMC), es igual o superior a 30 kg/m² (2).

2.2. Epidemiología de la obesidad

La evidencia epidemiológica y experimental confirma que la obesidad es un importante factor de riesgo de las principales enfermedades crónicas de gran prevalencia y trascendencia en los países desarrollados, como son la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, la diabetes *mellitus* tipo 2, entre otras enfermedades (26). Además, en la actualidad se considera que el sobrepeso y la obesidad han alcanzado magnitudes epidémica, que estarán entre los principales problemas de salud pública en el siglo XXI (27).

Cada año, como mínimo 2,8 millones de adultos fallecen por las consecuencias sobre la salud del sobrepeso o la obesidad. Asimismo, son responsables de entre el 7% y el 41% de ciertos tipos de cáncer, el 23% de los casos de cardiopatía isquémica y el 44% de los casos de diabetes, la cual afecta a actualmente a 347 millones de personas en todo el mundo (28).

En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años en el mundo tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. En general, en 2014 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. El 39% de los adultos de 18 o más años (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014 (2).

En los Estados Unidos se plantea que existen más de 91 millones de personas obesas o con sobrepeso, lo que constituye un problema de salud pública por su prevalencia, costos y carga en los servicios sanitarios. Las agencias del gobierno, así como la medicina privada han advertido durante años acerca de los efectos adversos para la salud asociados con el sobrepeso y la obesidad (29).

En España más del 13% de los varones y cerca del 16% de las mujeres en edades comprendidas entre 25 y 60 años presentan obesidad. Además, el 38% de la población española presenta sobrepeso, con grandes evidencias de una tendencia al aumento (30).

En Ecuador, Torres y colaboradores sugieren que la prevalencia de obesidad en la población mayor de 20 años es alrededor del 10% con un incremento de su prevalencia en relación a la edad y el sexo femenino, y del 40% de pre-obesidad, con aparente predominio masculino. Sugieren también que los estratos urbanos de bajos ingresos económicos tendrían una prevalencia mayor (31).

2.3. Causas y factores de riesgos de la obesidad

La obesidad constituye una enfermedad multifactorial, en el que la acumulación de grasa corporal como consecuencia final, se debe a la intervención de uno o más componentes que provocan dicho estado en el humano.

Actualmente, la reducción de los niveles de actividad física y un incremento de la ingesta son las dos causas principales de obesidad, favoreciendo un balance energético positivo. Influyen, no obstante, otros factores, que explican las diferencias interindividuales en términos de gasto energético y capacidad de almacenamiento de energía en respuesta a los nutrientes de la dieta (32).

Las principales causas de la obesidad son:

- Factores genéticos
- Excesiva e incorrecta alimentación asociada a la falta de ejercicio (escaso o gasto de energía) y sedentarismo
- Problemas de salud
- Factores psicológicos (33)

Factores genéticos

En estudios realizados con gemelos idénticos que se criaron en hogares distintos se ha demostrado que los genes tienen mucha influencia en el peso de una persona. El sobrepeso y la obesidad tienden a ser hereditarios. Sus probabilidades de tener sobrepeso son mayores si uno de sus padres o ambos tienen sobrepeso u obesidad (34).

Sus genes también pueden afectar la cantidad de grasas que usted almacena en el cuerpo y los lugares del cuerpo en los que acumula el exceso de grasa. Como las familias también comparten hábitos en cuanto a alimentación y ejercicio, existe relación entre los genes y el medio ambiente (34) .

Los niños adoptan los hábitos de sus padres. Así, un niño de padres con sobrepeso, que consuman alimentos con alto contenido de calorías y sean poco activos, probablemente llegará a tener sobrepeso también. Por otra parte, si la familia adopta hábitos saludables respecto a la alimentación y el ejercicio, disminuirán las probabilidades de que el niño llegue a tener sobrepeso u obesidad (35).

Desbalance entre ingesta y pérdida de calorías.

Para mantener un peso saludable, la energía que se ingiere y la que se gasta no tienen que estar exactamente balanceadas todos los días. Lo que sirve para mantener la salud es el balance a lo largo del tiempo. El sobrepeso y la obesidad se presentan con el paso del tiempo cuando usted ingiere más calorías que las que gasta (36).

Muchas personas no se mantienen físicamente activas. Una razón por lo que esto sucede es que muchas personas pasan horas frente al televisor y la computadora trabajando, haciendo tareas escolares y como pasatiempo. De hecho, pasar más de 2 horas diarias viendo televisión con regularidad se ha asociado con el sobrepeso y la obesidad. Las personas poco activas tienen más probabilidades de subir de peso porque no queman las calorías que consumen en los alimentos y bebidas. Un estilo de vida poco activo también eleva el riesgo de sufrir enfermedad de las arterias coronarias, presión arterial alta, diabetes, cáncer del colon y otros problemas de salud (33).

Problemas de salud

Algunos problemas hormonales pueden causar sobrepeso y obesidad, entre ellos el hipotiroidismo (actividad baja de la glándula tiroidea), el síndrome de Cushing y el síndrome del ovario poliquístico (37). El hipotiroidismo es una afección en la que la glándula tiroidea no produce suficiente hormona tiroidea. La falta de hormona tiroidea hace que el metabolismo sea más lento y causa aumento de peso. Además, produce cansancio y debilidad (38).

El síndrome de Cushing es una afección en la que las glándulas suprarrenales producen una cantidad excesiva de una hormona llamada cortisol. También puede presentarse síndrome de Cushing en personas que reciben tratamiento prolongado con dosis altas de ciertas medicinas, como la prednisona. Las personas con síndrome de Cushing aumentan de peso y tienen obesidad en la parte superior del cuerpo, cara redondeada, grasa alrededor del cuello, y brazos y piernas delgadas (39).

El síndrome del ovario poliquístico (llamado también poliquistosis ovárica) afecta a entre un 5 por ciento y un 10 por ciento de mujeres en edad de procrear (en edad de tener hijos). Las mujeres con síndrome del ovario poliquístico a menudo son obesas, tienen exceso de vello corporal y sufren trastornos reproductivos y otros problemas de salud. Estos problemas se deben a concentraciones altas de unas hormonas llamadas andrógenos(39).

Ciertas medicinas pueden provocar aumento de peso. Entre ellas se cuentan algunos corticoesteroides, antidepresivos y anticonvulsivantes. Estas pueden disminuir la velocidad en la que el cuerpo quema calorías, aumenta el apetito o hace que el cuerpo retenga más agua, todo lo cual puede conducir a un aumento de peso (33) .

Factores psicológicos

La tristeza y la ansiedad conducen a la ingesta descontrolada de alimentos que favorecen el sobrepeso, la mayoría de veces porque contienen triptófano, relacionado con la serotonina o "hormona de la felicidad" (40).

Se ha demostrado en investigaciones que la falta de sueño aumenta el riesgo de obesidad. El sueño mantiene un equilibrio saludable de la hormona que nos hace sentir hambre (la grelina) y de la que nos hace sentir satisfechos (la leptina). Cuando usted no duerme lo suficiente, la concentración de grelina aumenta y la de leptina disminuye, por lo tanto, siente más hambre que cuando ha descansado bien (40).

El sueño también afecta la forma en que el organismo reacciona a la insulina, la hormona que controla la concentración de glucosa (azúcar) en la sangre. La falta de sueño provoca una concentración de azúcar en la sangre más alta que la normal, con lo cual puede aumentar el riesgo de sufrir diabetes (41).

2.4. Diagnóstico de la obesidad

El parámetro más adecuado para evaluar o diagnosticar el sobrepeso y la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC). Este es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) (2).

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25: Sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30: Obesidad.

Aunque el IMC no es un excelente indicador de adiposidad en individuos musculados como deportistas y en ancianos, es el índice utilizado por la mayoría de estudios epidemiológicos y el recomendado por diversas sociedades médicas y organizaciones de salud internacionales para el uso clínico, dadas su reproducibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de la población (41).

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas

las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas (2).

El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo. También depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (2).

2.5. Consecuencia y efectos del sobrepeso y la obesidad

En la actualidad, la obesidad es ya considerada como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en occidente y su prevalencia está aumentando tanto en países desarrollados como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo. Sin embargo, algunos autores han llamado ya la atención sobre la necesidad de considerar que esta relación establecida entre obesidad y enfermedad varía en función de las poblaciones y debe tener en cuenta diferentes aspectos sociales y medioambientales ligados a distintos niveles de modernización (42).

Desde la perspectiva de género, los trastornos de la alimentación son la expresión más abierta, global y sintomática de la falta de habilidad de la mujer para regir su vida y para contrarrestar su curso traumático. Las mujeres son motivadas a autoevaluarse en términos de la cantidad de comida que consumen o que se niegan a sí mismas, y adquieren un sentido de justificación moral a través del control físico (43).

Esta actitud se encuentra tan profundamente enraizada en la conciencia social que uno de los principales requisitos para que una mujer sea atractiva o deseada se centra en su habilidad para negarse a sí misma el alimento. La investigación en este campo ha demostrado que no sólo un cuerpo delgado es más atractivo, sino que comer poco es más femenino (44).

La promesa de alcanzar la delgadez y la gran promoción que se hace para alcanzarla, invitan a someterse a dietas, aun a las personas que no tienen sobrepeso. Es importante señalar que la cultura de las dietas se encuentra al alcance de los niños y los preadolescentes; a las niñas, en particular, se les invita y se les recuerda continuamente el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez. La libertad para comer trae implícita la libertad para hacer dietas (45).

La autopercepción de la obesidad se relaciona con la propia insatisfacción por la forma del cuerpo y con poca autoestima, de lo que resultan los intentos para bajar de peso. Es por esto que se ha considerado a la obesidad premórbida como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (45)Cattarin y Thompson, en un estudio longitudinal de tres años, encontraron que la obesidad es un predictor de insatisfacción por la figura y el peso en las adolescentes. Los autores señalan que la apariencia física es un buen predictor del riesgo que corren de recibir retroalimentación negativa en relación con su cuerpo (46).

Según los hallazgos de Thompson y Cols, la crítica desempeña un papel mediador entre el peso corporal y la insatisfacción corporal. Esto significa que la obesidad

por sí misma y en conjunto con sus consecuencias sociales, como la crítica, contribuyen a desarrollar un malestar subjetivo por la apariencia física, y como los problemas que surgen por la imagen corporal son aspectos integrales de la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria y de la obesidad, resulta necesario comprender los aspectos teóricos y prácticos relacionados con las diferentes alteraciones de la imagen corporal, ya sea la insatisfacción o la percepción de la misma, para diseñar el tratamiento (47)

Pike y Rodin mencionan que hacer dietas rara vez es una conducta autónoma. Las mujeres jóvenes se sienten presionadas para que sean delgadas y por lo general hacen dieta en respuesta a las demandas sociales y a los estándares propios de su sexo, de tal forma que alejarse de este patrón de conducta las pone en riesgo de recibir críticas negativas de los demás (48).

Gracia señala como en los últimos cincuenta años este proceso de civilización del apetito se ha intensificado, lo que da como resultado cuatro fenómenos distintos pero estrechamente vinculados: el establecimiento del peso corporal ideal y las normas dietéticas; la construcción de la delgadez como un atributo de la salud y de la distinción social; el reconocimiento de la obesidad como una enfermedad; y la transformación de la salud y el cuerpo en factores socioeconómicos y, por lo tanto, en oportunidades de negocio (49).

Podemos añadir que los dos primeros fenómenos mencionados han influido también en gran manera en la creación de un patrón estético ideal “occidental” que ensalza la delgadez como modelo a seguir y que marca en nuestras sociedades

la pauta cultural de lo que es un cuerpo atractivo y de lo que no lo es. Dicho proceso, por su parte, favorece el conflicto de carácter social y psicológico en aquellos individuos que se apartan de la norma establecida (50).

El concepto de cuerpo establecido es muy difícil de conseguir y de mantener en el marco de unos estilos de vida como los que se dan actualmente en nuestros contextos urbanos e industrializados; y estas situaciones llevan a los sujetos a un estado patológico y culturalmente estigmatizado que es difícil de superar. (51)

Algunos elementos más vienen a sumarse a esta reflexión. Por un lado, y tal como ha señalado Gracia, nos encontramos hoy en día ante un proceso de responsabilización individual de la enfermedad y de sus costes sociales. En este sentido, vemos como el individuo que se ha apartado de la norma teniendo la posibilidad de elegir, recibe socialmente la responsabilidad de su propia enfermedad: de no haber hecho todo lo posible por estar a salvo de ella y, por lo tanto, de suponer un coste económico para la salud pública (52)

La posibilidad del individuo para elegir su tipo de alimentación marca, por lo tanto, el canon de comportamiento social (principalmente urbano), así como el desarrollo de las políticas de salud pública nutricional. Sin embargo, algunos expertos han puesto de manifiesto que las diferencias socioeconómicas, educacionales y de acceso a la información pueden limitar claramente la capacidad para elegir de manera adecuada (32)

Por otro lado, hoy en día es casi reiterativo recordar que, en las últimas décadas, los cambios económicos, laborales, sociales o demográficos han provocado modificaciones en la dieta y en los estilos de vida. Dichos eventos han afectado las bases mismas de nuestra forma de vivir y de alimentarnos (52) .

Estos cambios en la actualidad consisten en el incremento de la población urbana; aumento del sector económico terciario y, en consecuencia, menor ejercicio físico. También influyen la reducción de la familia y la incorporación al mundo laboral de todos los miembros adultos de la familia nuclear; lo que trae consigo modificaciones en la jornada laboral y mayores desplazamientos con menor tiempo para dedicar en las tareas domésticas como a la cocina. Lo anterior provoca enriquecimiento calórico y lipídico de las ingestas diarias; mayor ingesta de alimentos procesados industrialmente y rutinas cotidianas que favorecen el consumo de comida procesada, lipídica y barata así como mayor número de comidas fuera de casa, etc. (32).

Estos contextos cambiantes y en cierta medida desestructuradores han dado lugar a nuevas necesidades sociales, laborales e individuales y, en este mismo sentido, a nuevas pautas alimenticias a todos los niveles. Las sociedades obesogénicas (aquellas que presentan una tendencia creciente a la obesidad, entendida esta desde la perspectiva de la salud pública) son también un resultado de ello (53)

La morbilidad, desde un punto de vista médico, va más allá de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión o los problemas cardiovasculares (54) Supone también un factor de riesgo importante en la aparición de distintos tipos

de cánceres e influye en la planificación del tratamiento de los mismos por los riesgos quirúrgicos que conlleva (55).

La obesidad supone además un importante deterioro en la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud y parece existir una relación directamente proporcional entre el IMC y el grado de deterioro de la calidad de vida (56). Por consiguiente, las personas obesas se enfrentan hoy en día al reto de la pérdida de peso para mejorar, no solo sus problemas físicos y de salud, si no también numerosos aspectos psicosociales (57).

2.6. Tratamiento de la obesidad

Los tratamientos exitosos para bajar de peso consisten en fijarse metas y hacer cambios en el estilo de vida, como consumir menos calorías y mantenerse físicamente activo. Las medicinas y la cirugía para bajar de peso también son alternativas para algunas personas si los cambios en el estilo de vida no son suficientes (58).

2.6. 1. Cambios en el estilo de vida

Según las guías de la OMS fijarse metas que se puedan cumplir constituye un paso importante para disminuir de peso. Por otro lado, dentro de los cambios en el estilo de vida, concentrarse en balancear la energía que se ingiere con la que se gasta, consumir una alimentación adecuada y aprender a adoptar hábitos más saludables de estilo de vida son los principales a tener en cuenta (59).

En el tratamiento de la obesidad, una parte sustancial es la alimentación baja en calorías (dieta hipocalórica), lo cual determina una reducción del peso (60). Muchas veces los pacientes no siguen las recomendaciones dietarias y la evidencia publicada acerca del éxito alcanzado en los tratamientos para perder peso, muestra que son poco satisfactorios y no siempre cumplen con las expectativas de los pacientes de los cuales solo una parte completa los programas (61). Quienes pierden alrededor del 10% del peso inicial, al año 2/3 recupera el peso perdido y a los 5 años casi todos lo han recuperado. Existe acuerdo en que dicho incumplimiento predice pobres resultados, pero no hay consenso sobre lo que se considera adherencia en estos pacientes, como debe medirse, ni cuales son las metas a establecer en este sentido (62).

2.6. 2. Tratamiento farmacológico

Los fármacos para bajar de peso que han sido aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por su sigla en inglés) podrían ser una alternativa para algunas personas (61).

Si la persona no logra bajar una libra por semana después de 6 meses de hacer cambios en el estilo de vida, las medicinas podrían dar resultado. Solo debe usar medicación dentro de un programa que consista en dieta, actividad física y cambios de conducta (41).

Las medicinas para bajar de peso podrían ser adecuadas para adultos obesos (con un índice de masa corporal de 30 o más). Las personas que tienen un índice de masa corporal de 27 o más y quienes corren el riesgo de sufrir enfermedad

coronaria y otros problemas de salud también se pueden beneficiar de las medicinas para bajar de peso. Dentro de estas tenemos principalmente el Orlistat y el Clorhidrato de lorcaserina (61).

2.6.3. Tratamiento quirúrgico

La cirugía para reducir el peso podría ser una alternativa para personas con obesidad extrema (índice de masa corporal de 40 o más), cuando los otros tratamientos han fracasado. También es una alternativa para las personas que tienen un índice de masa corporal de 35 o más y que padecen enfermedades potencialmente mortales, como Apnea del sueño intensa, Cardiomiopatía por obesidad y Diabetes Mellitus grave de tipo 2 (63).

La cirugía para perder peso (también llamada cirugía bariátrica) ayuda a perder grandes cantidades de peso. Resulta más satisfactoria cuando se utiliza como parte de un cambio de estilo de vida saludable a largo plazo, incluyendo la dieta y el ejercicio. Luego de la cirugía, con frecuencia la pérdida de peso es rápida, y luego comienza a ser más lenta después de dos años. La pérdida de peso puede mantenerse por muchos años luego del tratamiento quirúrgico (64).

Existen básicamente dos tipos diferentes de cirugía para perder peso. La cirugía que reduce la cantidad de alimentos a ingerir que se denomina: Fijación de banda gástrica ajustable laparoscópica y la que, reduce la cantidad de alimentos que su organismo puede absorber. En esta última variante tenemos dos tipos, la Cirugía de bypass gástrico y la Derivación biliopancreática con desviación duodenal. Es

necesario señalar que pueden aplicarse a la misma ambas modalidades de cirugía (64).

2.7. Educación nutricional

La educación es un factor importante para la salud. Quienes tienen mayor predisposición a tener condiciones de salud desfavorables no son únicamente los más pobres, sino quienes tienen un menor nivel de educación, puesto que el conocimiento y desarrollo de competencias implica cambios en la conducta y en la calidad de vida (65).

En la actualidad se promueve la creación de una nueva cultura de la salud a través del desarrollo de competencias para el control y la modificación de los principales determinantes (causas y factores) que inciden en la salud de las personas, como son la alimentación correcta, la realización de actividad física, entre otras. Se pretende incidir en estos factores mediante acciones encaminadas a la promoción y educación que influyan en la salud individual, familiar y colectiva (66)

Asimismo, la educación nutricional se refiere a los procesos permanentes de enseñanza y de aprendizaje que permiten, mediante el intercambio y análisis de la información, cambiar actitudes en relación a la alimentación con el propósito de inducir comportamientos que preserven o cuiden la salud. De esta manera las charlas educativas constituyen una herramienta importante para la educación nutricional (67).

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la investigación.

En esta investigación se aplicó el esquema de cebolla de Saunders, Lewis y Thornhill (2009), con un enfoque mixto. Este estudio es de tipo descriptivo, con un diseño no experimental y de corte transversal.

3.2 Universo y muestra.

El universo está constituido por 80 clientes del Centro Estético Aries, ubicado en el cantón Samborondón, provincia de Guayas, y la muestra es de tipo conveniencia ya que uno de los criterios de inclusión es la firma del consentimiento informado el cual solo fue aceptado por 32 mujeres del total de la población.

3.3 Criterios de Inclusión:

Se incluyeron a todas las participantes que acudieron al Centro Estético Aries con edades comprendidas entre 20 y 69 años durante el período de junio a agosto del 2016 y que estuvieron de acuerdo con la participación voluntaria en la investigación a través de la firma de un consentimiento informado (Anexo1).

3.4 Criterios de exclusión:

Se excluyeron aquellas participantes que no estuvieron de acuerdo con ser parte de la investigación, que no cumplieran los criterios de la edad y las mujeres gestantes.

3.5 Instrumentos de recolección de datos.

Las herramientas que se utilizaron para recoger los datos fueron los siguientes:

- Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en nutrición (Anexo 2) (68).
- Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA) para evaluación dietética (Anexo 3) (69). Para la evaluación de los hábitos

alimenticios se tuvo en cuenta el país donde se efectúa la investigación realizando ciertas modificaciones en función de esto.

- Ficha antropométrica para evaluar el estado nutricional según peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC), se utilizó una báscula con tallímetro que tiene una capacidad de medición en peso máximo de 200 Kg., una precisión de 100 g. y medición de altura con escala de medida 75 a 200 cm, con precisión de 0.5 cm (Anexo 4).

3.6 Operacionalización de las variables.

Tabla 1: Operacionalización de las variables

Variables	Concepto	Categoría o escala	Tipo de variable
Edad	Hace mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Mujeres de: 20 a 30, 31 a 40, 41 a 50, 51 a 60 y 61 a 69 años.	Cuantitativa continua e interviniente
Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias	Conocimientos, actitudes y prácticas en temas relacionados a la alimentación saludable y la actividad física.	Escala: deficiente, regular, bueno y muy bueno.	Cualitativa independiente
Frecuencia de Consumo de alimentos	Número de veces que se realiza la ingesta de alimentos por semana.	Todos los días 5-6 veces semanales 3-4 veces semanales 1-2 veces semanales Menos de 1 vez por semana.	Cualitativa independiente
Peso	El peso es la suma de la composición corporal	Kilogramos	Cuantitativa continua interviniente
Talla	Es la distancia existente entre la planta de los pies a la parte superior del cráneo.	Metros o centímetros	Cuantitativa continua interviniente
Índice de masa corporal (IMC)	Índice de asociación entre el peso y la talla	Bajo peso <18,50 Normal 18,50- 24,99 Sobrepeso ≥25 Obeso ≥30 (Anexo 5)	Cuantitativa continua dependiente

3.7 Pasos de la investigación

El Centro Estético Aries es de propiedad de la autora, por lo que no se requirió permiso para la investigación.

- Técnica para pesar: la participante se colocó de pie con los talones separados sobre una báscula marca SECA, con la menor cantidad de ropa, descalza, en posición erguida y mirada hacia el frente. El peso se registró en kilogramos.
- Técnica para medir la talla: la participante se colocó de pie sobre el tallímetro en posición erguida y mirada hacia el frente, la cabeza orientada en el plano de Frankfurt. Se registró la estatura en metros.

Con estos datos se evaluó el IMC, se clasificó el estado nutricional según las directrices de la OMS y se completó la ficha referente a estos datos (Figura 1).



Figura 1: Procesos metodológicos para recopilación de datos.

3.8 Procesamiento y análisis de la información

Los datos fueron organizados en una base de datos de Microsoft Excel de la versión de Office 2016. Se procesaron los datos con estadística descriptiva enfocándose en frecuencia y porcentaje para el análisis univariado y bivariado

CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP)

4.1.1. Resultados de la sección sobre Conocimientos de nutrición del cuestionario CAP

Los resultados de los conocimientos de nutrición del cuestionario CAP muestran que de las 32 mujeres encuestadas 23 de ellas que corresponde al 72% conocen que la obesidad aumenta los riesgos de enfermedades crónicas. Respecto a que la obesidad reduce la calidad de vida 22 participantes que representan el 69% respondieron que si afecta y 9 participantes que corresponde al 28% respondieron que la obesidad causa muerte prematura (Fig. 2).

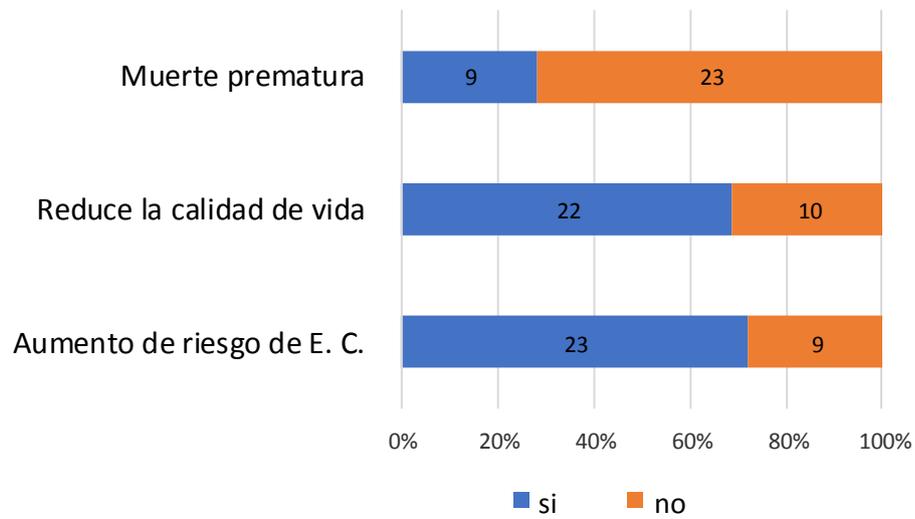


Figura 2: Distribución de la población según los conocimientos en relación a los riesgos del sobrepeso y la obesidad.

Al consultar a las participantes sobre los conocimientos en relación a las causas del sobrepeso y obesidad, 28 de ellas que representan el 88% respondieron que se debe al aumento excesivo de alimentos. 23 participantes que corresponde al 72% eligieron también que se debe a la falta o disminución de la actividad física (Fig.3).

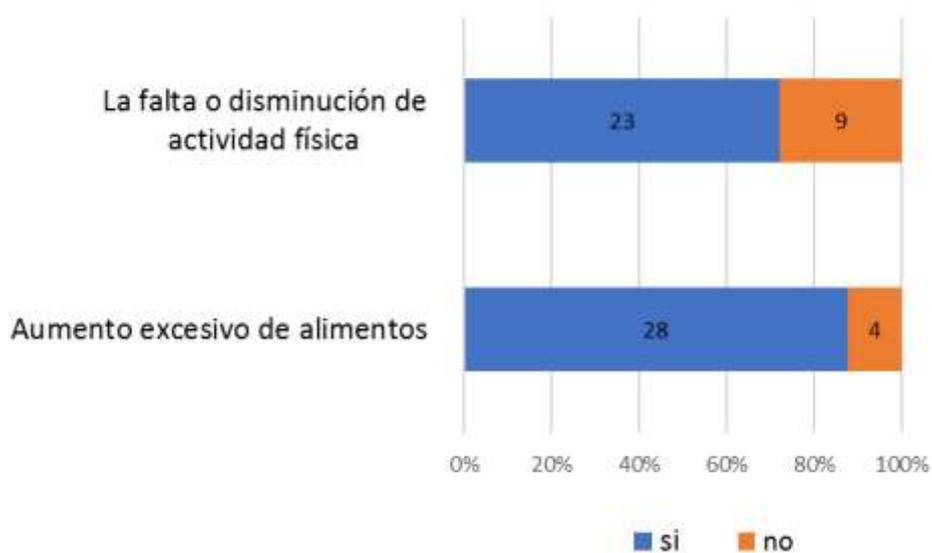


Figura 3: Distribución de la población según los conocimientos en relación a las causas del sobrepeso y la obesidad.

Respecto a la prevención del sobrepeso y la obesidad se demostró que la mayoría de participantes 30 que representan el 94% conocen que el aumento del nivel de actividad física previene el sobrepeso, mientras que 28 de las encuestadas que equivale al 88% conocen que la reducción de la ingesta de grasas y azúcares también previene esta enfermedad. La 50% de las participantes eligieron la opción de consumo de frutas y verduras con mayor frecuencia, como medida preventiva, así también 9 encuestadas equivalente al 28% eligieron consumir más leguminosas y cereales integrales. 7 participantes correspondiente al 22% seleccionaron la opción reducir el consumo de energía. (Fig.4).

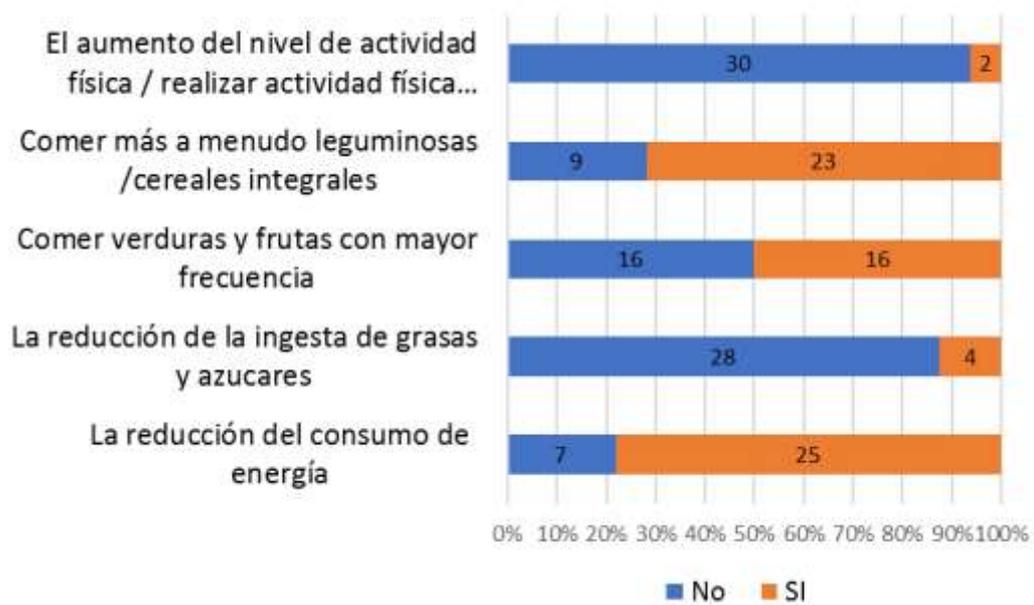


Figura 4: Distribución de la población según los conocimientos en relación a la prevención del sobrepeso y la obesidad.

4.1.2. Resultados de la sección sobre Actitudes relacionadas a la nutrición del cuestionario CAP.

Sobre la probabilidad de volverse obeso 19 participantes que corresponden al 59%, respondieron que es poco probable, 7 encuestadas equivalente al 22% señalaron que es probable y 6 de ellas correspondiente al 19% eligieron la opción que no saben o no están seguras. Esta probabilidad está relacionada con el conocimiento sobre la gravedad de ser obeso, la gran mayoría de las participantes el 97% respondieron que es grave (Fig.5).

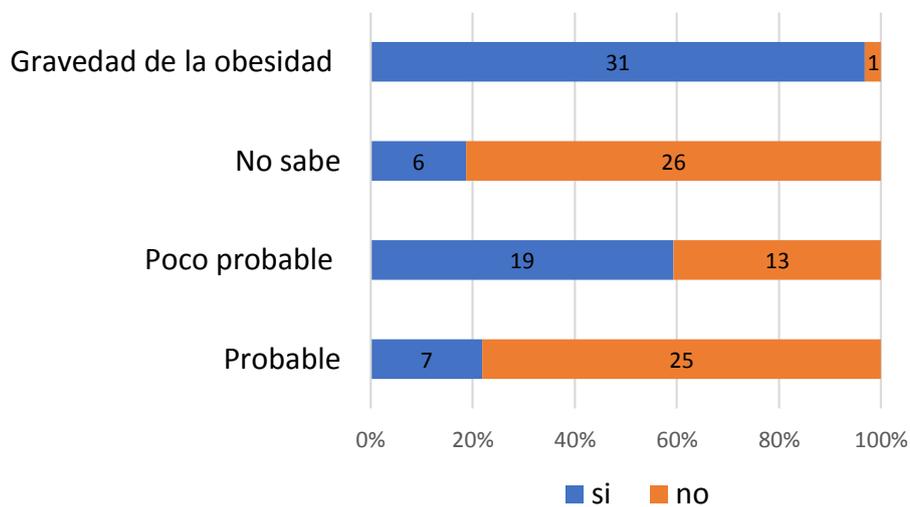


Figura 5: Distribución de la población según las actitudes hacia un problema de salud o nutrición (Susceptibilidad y Severidad percibida)

Respecto a la actitud relacionada con la práctica para una nutrición adecuada se relacionaron las variables de comer menos con hacer ejercicios y tener confianza en realizarlos.

Los resultados muestran que la mayoría de participantes 30 de ellas, equivalente al 94% respondieron como beneficio percibido que es bueno hacer ejercicios, mientras que 22 de las encuestadas que representan el 69% eligió la opción comer menos y 24 participantes correspondiente al 75%, respondió que tiene confianza en realizar ejercicios.

Estos resultados tienen relación con las barreras percibidas, ya que un alto número de participantes que representan el 59% respondieron que es fácil realizar esta práctica de comer menos y hacer ejercicios (Fig.6).

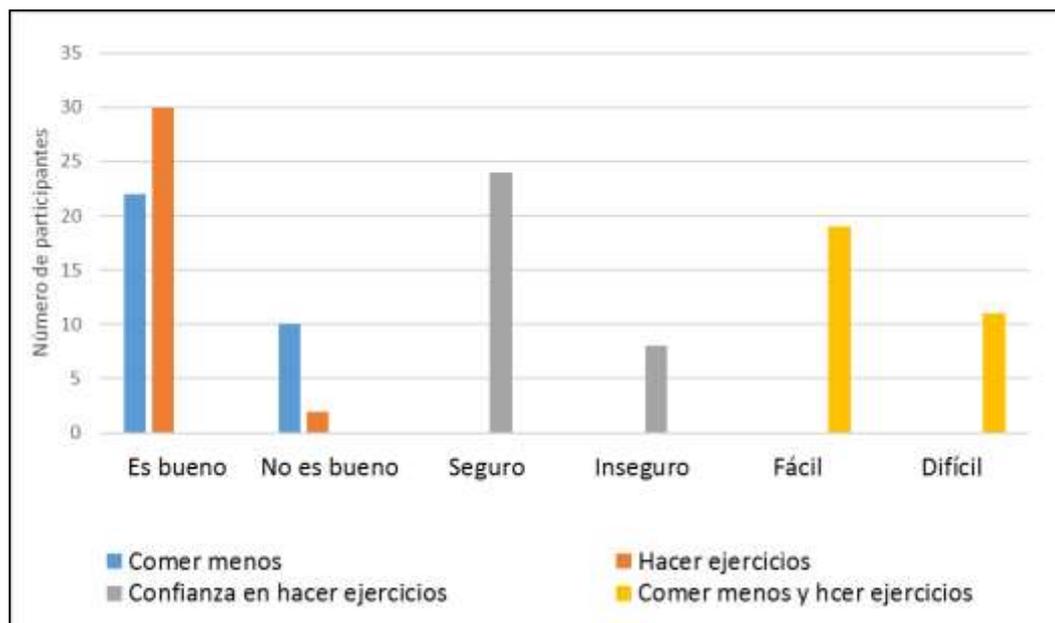


Figura 6: Distribución de la población según las actitudes hacia prácticas para una nutrición adecuada.

4.1.3. Resultados de la sección sobre Prácticas alimentarias de nutrición del cuestionario CAP.

En relación al modo de consumo frecuente de carnes o pollo 18 participantes que son el 56% respondieron que prefieren el tipo de cocción hervido, 10 de ellas que representan el 31% lo preparan horneado. 3 de las encuestadas que son el 10% señalaron que lo preparan frito y una de ellas eligió la opción otros y mencionó que lo consume a la plancha (Fig. 7).

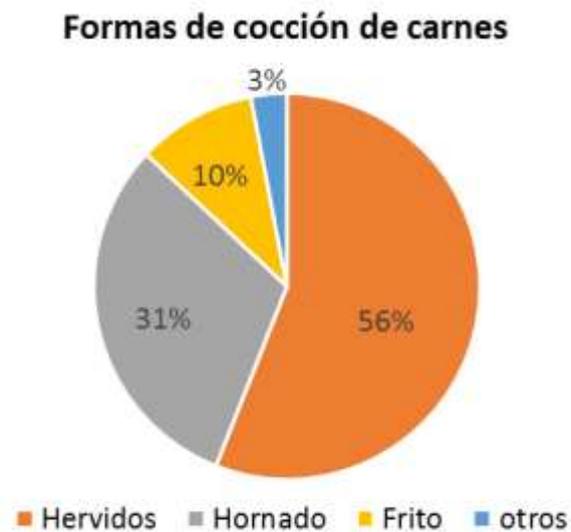


Figura 7: Evaluación de las prácticas alimentarias que llevan al sobrepeso y obesidad.

En cuanto a las prácticas de actividad física las participantes contestaron con qué frecuencia realizan ejercicios como caminar, correr, algún deporte, otras actividades que implican esfuerzo físico como cosechar y otros.

La práctica de algún deporte con la frecuencia de una vez por semana fue la opción elegida por 12 participantes que representan el 38%, mientras que 11 de ellas que son el 34%, seleccionaron la opción caminar a diario. Sin embargo, 8 que son el 25% de las encuestadas no realizan ninguna actividad física, 6 de ellas equivalente al 19% realizan otra actividad física y una mencionó que realiza la actividad de cosechar una vez por semana (Fig.8).

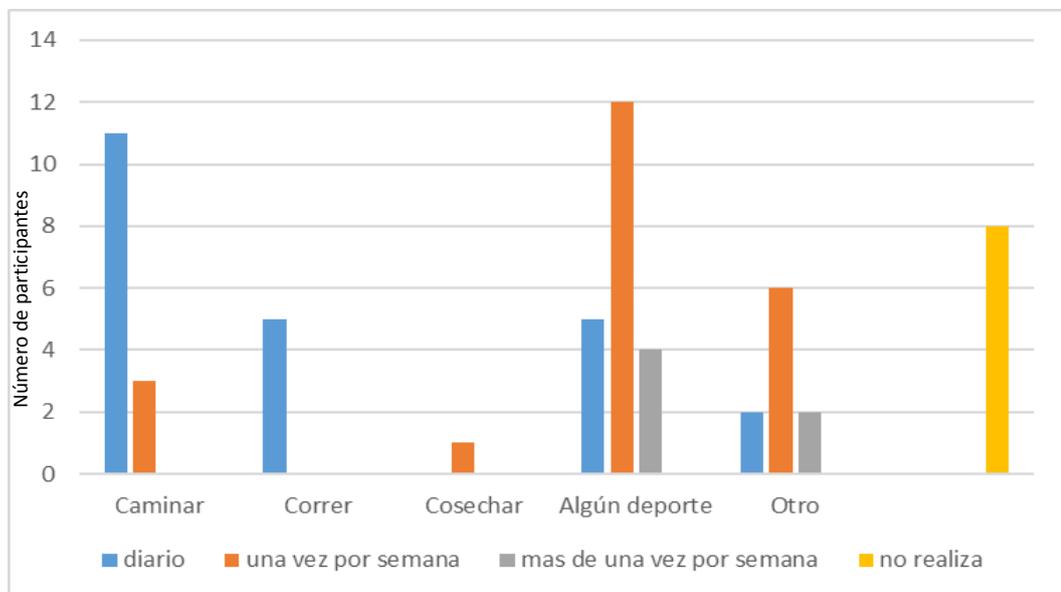


Figura 8: Evaluación de práctica de actividad física.

4.2 Resultados del Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA)

En relación con la frecuencia de consumo de alimentos se destacan las verduras y frutas con el 59% de las participantes que los ingieren a diario, el 25% consumen pastas y cereales, el 22% lácteos y derivados, el 19% carnes y huevo, el 9% golosinas. En este grupo de participantes se observó una tendencia de buenos hábitos alimenticios por la ingesta diaria de todos los alimentos esenciales. Sin embargo, como se aprecia en la tabla 2, otras participantes no ingieren estos alimentos a diario lo que refleja que existe un desbalance nutricional (Fig. 9).

Tabla 2: Frecuencia de consumo de alimentos.

Frecuencia de consumo	Todos los días		5-6 veces semanales		3-4 veces semanales		1-2 veces semanales		Menos de 1 vez/semana	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Pastas y cereales	8	25%	10	31%	10	31%	12	38%	5	16%
Vegetales y frutas	19	59%	4	13%	4	13%	5	16%	1	3%
Proteínas	6	19%	4	13%	7	22%	10	31%	5	16%
Lacteos y derivados	7	22%	2	6%	6	19%	7	22%	6	19%
Golosinas	3	9%	2	6%	2	6%	10	31%	14	44%

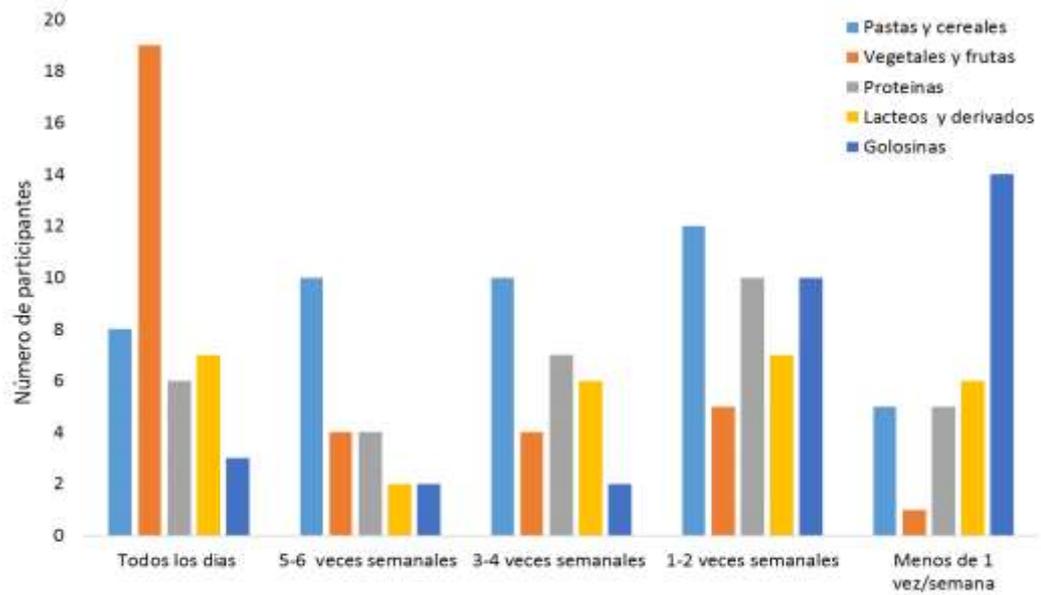


Figura 9: Frecuencia de Consumo de Alimentos.

4.3 Estado nutricional

Los resultados muestran que predominan las mujeres con normopeso (59%), seguido de aquellas con sobrepeso (35%) y finalmente las obesas (6%), (Fig. 10).

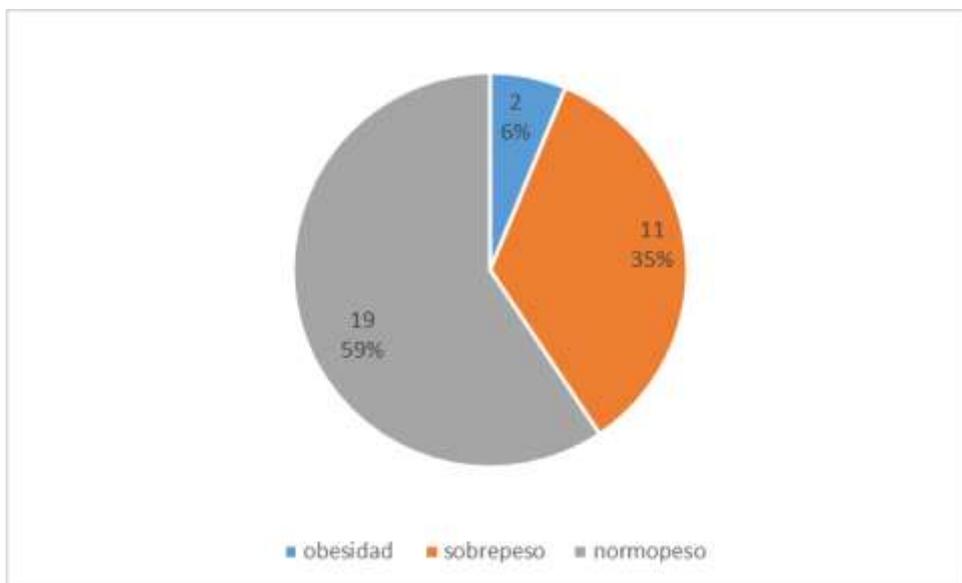


Figura 10: Estado Nutricional según el Índice de Masa Corporal (IMC).

Al relacionar las variables como IMC con edad se observó que la mayor cantidad de mujeres con sobrepeso están en el rango de edad mayor a 60 años. El segundo grupo se ubica en el rango de edad entre 31 y 40 años. En esta muestra se evidencia una correspondencia entre el nivel de conocimiento y el peso adecuado. Al relacionar los rangos de edad con el CAP se observa que el 22% de las mujeres entre 31 y 40 años presentan mejor resultado en el cuestionario CAP (Fig.11).

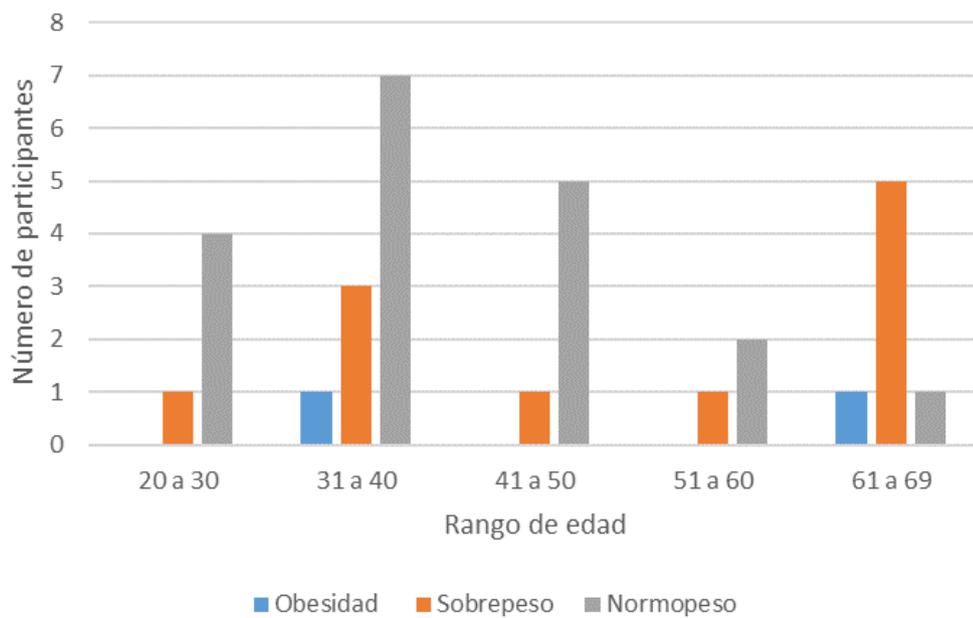


Figura 11: Relación del Índice de Masa Corporal (IMC) de nutrición alimentaria. con los rangos de edad.

El 41% de las participantes con normopeso obtuvieron el mejor puntaje CAP, mientras que las que presentan sobrepeso y obesidad tienen CAP entre deficiente y regular (Fig.12).

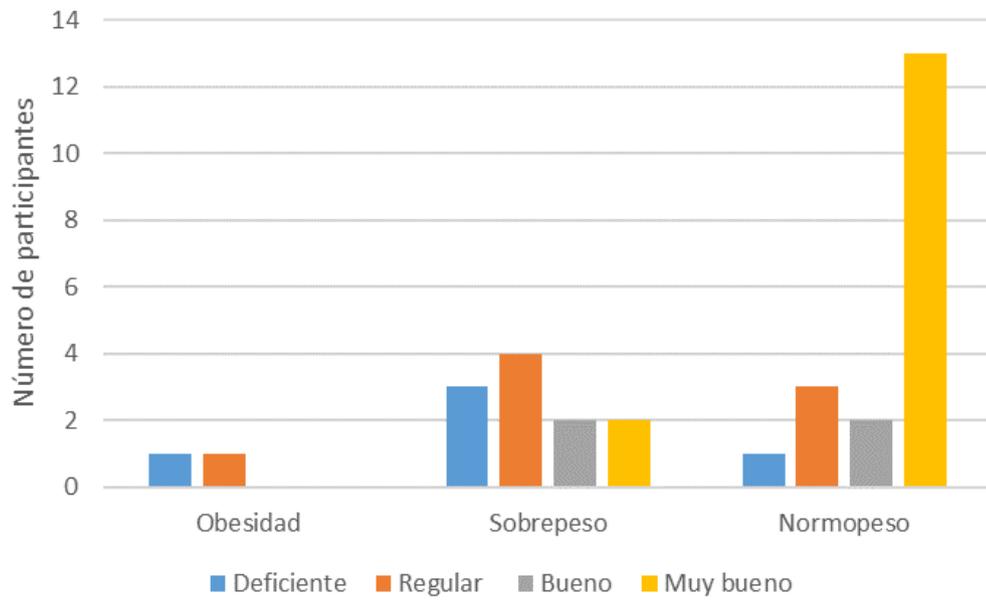


Figura 12: Relación del Índice de Masa Corporal (IMC) con el Conocimiento Actitudes Prácticas (CAP) de nutrición alimentaria.

Se evidenció una correspondencia entre el nivel de conocimiento y el peso adecuado. Al relacionar los rangos de edad con el CAP se observa que las mujeres entre 31 y 40 años que representan el 16% presentaron mejor resultado en el cuestionario CAP (Fig.13).

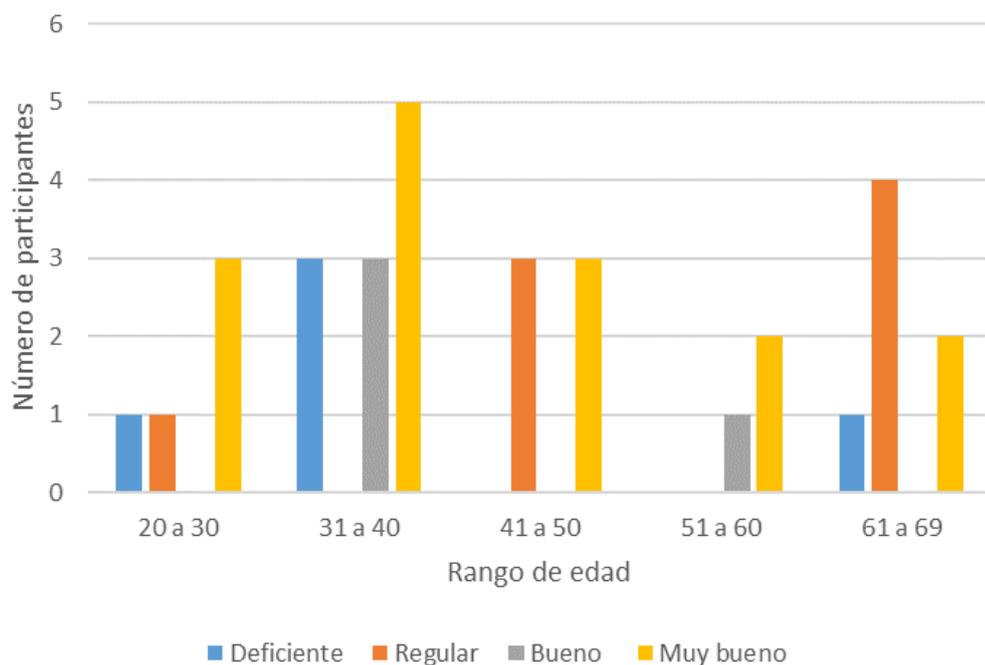


Figura 13: Relación del Conocimiento Actitudes Practicas (CAP) de nutrición alimentaria y los rangos de edad.

La ingesta calórica debe ir en correspondencia con el gasto calórico. Por lo tanto, las grasas no deberían superar el 30% de la ingesta calórica total para evitar un aumento de peso. Además, el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles disminuye al reducir el consumo de grasas saturadas (71). Por otro lado, limitar el consumo de azúcar libre de la ingesta calórica total forma parte de una dieta

saludable también. De manera general, el exceso de calorías procedentes de alimentos y bebidas contribuye al aumento de peso, provocando sobrepeso y obesidad (72).

Un informe de la OMS y la FAO publicado recientemente recomienda como objetivo poblacional la ingesta diaria de frutas y verduras (excluidas las patatas y otros tubérculos feculentos) para prevenir enfermedades crónicas como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes o la obesidad, así como para prevenir y mitigar varias carencias de micronutrientes, sobre todo en los países menos desarrollados (77). Además de las frutas y verduras la estrategia mundial de la OMS incluye la actividad física como una de las recomendaciones a tener en cuenta al elaborar las políticas y directrices dietéticas nacionales para la población (76).

Recientes estudios han demostrado que la inclusión de productos lácteos en las dietas de adelgazamiento consigue una mayor pérdida de peso y grasa corporal que la dieta hipocalórica sola. Asimismo, las leches fermentadas, como el yogur, tienen un mayor efecto reductor sobre la grasa localizada en la zona abdominal, que es la que presenta más riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. El calcio, especialmente si está contenido en productos lácteos, interfiere en la forma de absorber las grasas, favoreciendo la pérdida de peso. En todos los estudios clínicos en humanos se observa la misma relación inversa entre el incremento en la ingesta de calcio y la reducción de los índices de adiposidad (78)

Para perder peso un requisito es tener un balance de energía negativo, es decir, ingerir menos calorías de las que gastó. Cuando se realiza una dieta hipocalórica, el balance energético negativo resultante no solo produce una pérdida de grasa

corporal, también afecta a la masa muscular (75). La hipótesis de que el contenido de proteínas de una dieta hipocalórica podría tener influencia en la pérdida de peso y en la composición corporal ha sido probado en obesos y en deportistas (53). Existen importantes evidencias que un incremento del contenido proteico en la dieta puede mantener la pérdida de grasa corporal y al mismo tiempo reducir la pérdida de tejido muscular. Por lo que la combinación de dieta proteica y ejercicio parece ser particularmente eficiente (79).

El procedimiento médico basado en la dieta y el ejercicio físico es el primer paso en el tratamiento del sobrepeso y de la obesidad. La importancia del ejercicio físico en la pérdida de peso se debe fundamentalmente a los siguientes aspectos: Evita el desgaste de masa muscular en la etapa de pérdida de peso. Cuando se hace dieta por cada 4 kilos de peso perdidos, un kilo corresponde a músculo. El ejercicio físico impide la disminución del metabolismo basal y por lo tanto la recuperación del peso perdido, aumenta la autoestima, la sensación de bienestar, mejora la fuerza y flexibilidad. Es importante destacar el hecho demostrado de que la pérdida de peso basada exclusivamente en el ejercicio físico sin hacer dieta es difícil, ya que dicha pérdida se produce de forma muy lenta (75).

CAPITULO V: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA NUTRICIONAL

5.1 Propuesta de intervención educativa

En atención al gran problema de salud que representan el sobrepeso y la obesidad a nivel mundial, todo estudio direccionado en identificar estas condiciones en una comunidad resulta de vital importancia (2). La población en general, presenta una situación de riesgo nutricional. Todas las edades vitales tienen riesgo nutricional sin embargo las etapas más anabólicas como la niñez que se caracteriza por mayor velocidad y crecimiento están expuestas a mayor riesgo de obesidad y sobrepeso, el cual tiende a prevalecer en la adultez lo que aumenta el riesgo de manifestaciones clínicas de enfermedades metabólicas (3). Los estilos de vida actual han derivado en inadecuados hábitos alimentarios, y la falta de optimización de recursos económicos para alimentación son fuertes condicionantes de prácticas inadecuadas en alimentación y nutrición (5).

Los resultados de este trabajo muestran que la tendencia en las participantes del Centro Estético Aries es mantener un normopeso, sin embargo, éste, no siempre estuvo relacionado con una buena nutrición, además hay clientes que presentaron sobrepeso y obesidad. Debido a que la estética incluye tratamientos reductores es necesario implementar un programa de educación nutricional puesto que mantener el peso adecuado y buena salud es el resultado de una buena nutrición, práctica de ejercicios y tratamientos estéticos.

Por lo expuesto, la presente propuesta tiene como finalidad elaborar un programa de intervención nutricional educativa en el Centro Estético Aries, para contribuir a mejorar los hábitos alimenticios y evitar tratamientos de riesgos que hacen bajar de peso en poco tiempo, pero que causan el efecto conocido como rebote.

Población diana:

El programa de intervención nutricional educativa estará dirigido a la población de mujeres clientes del Centro Estético Aries, con énfasis en las personas que presentan sobrepeso y obesidad, para que estén más conscientes del alto riesgo que implica esta condición y su estrecha relación con hábitos alimenticios y estilos de vida.

Tabla 3: Propuesta de intervención educativa.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES	Nutrición: es la ingesta de alimentos suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular, en relación con las necesidades dietéticas del organismo, fundamentales para la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.		
	El ejercicio físico evita el desgaste de masa muscular en la etapa de pérdida de peso. Aumenta el metabolismo basal, aumenta la autoestima, la sensación de bienestar, mejora la fuerza y flexibilidad.		
GRUPOS DE ALIMENTOS	Cereales, leguminosas, frutas, verduras, carnes, lácteos y derivados, grasas		
NUTRIENTES	Son fundamentales para el crecimiento, la reproducción y la buena salud, y se obtienen de los macronutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas) y micronutrientes (vitaminas y minerales)		
OBJETIVO GENERAL	Elaborar un programa de intervención nutricional educativa dirigido a las clientes del Centro Estético Aries, ubicado en el cantón Samborombón.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA	INDICADORES
Incentivar hábitos de alimentación saludable en las participantes del programa nutricional	Charla 1: Importancia de la nutrición saludable.	MES 1	Asistencia de un promedio de diez participantes
	Charla 2: Los riesgos de tener sobrepeso y obesidad	MES 2	
Promover la importancia del ejercicio físico como complemento de un estilo de vida saludable	Charla 3: Importancia del ejercicio físico para combatir o prevenir la obesidad.	MES 4	Asistencia regular en un 80% de las actividades
	Charla 4: Técnicas para quemar calorías con ejercicio físico	MES 5	
Fomentar espacios de interacciones de experiencias sobre los resultados que han obtenido del programa nutricional	Reunión 1: Intercambio de experiencias prácticas en la nutrición saludable	MES 3	
	Reunión 2: Intercambio de experiencia en la práctica del ejercicio físico	MES 6	
	Seguimiento en redes sociales: Intercambio de información sobre los resultados del programa nutricional	MES 1	
	Charlas con especialistas en áreas afines (Psicología, Endocrinología, Cardiología, entre otras)	MES 3 Y 6	
PROGRAMACIÓN DE CHARLAS	Se realizarán con frecuencia mensual, con duración de 20 minutos		
E STRATEGIA	Se diseñarán afiches para colocarlos en sitios estratégicos del Centro Estético Aries y volantes con desprendibles en el que las clientes interesadas dejen sus datos, con los que se creará una base para mantener la comunicación y lograr que la mayoría de clientes que constituyen la muestra diaria se integren al programa.		
RECURSOS	Sala con equipos audiovisuales (proyector, computador, micrófono), sillas, mesas, material didáctico		
VIABILIDAD ECONÓMICA	El Centro Estético Aries cuenta con espacio y recursos propios para implementar el programa nutricional educativo.		
VIABILIDAD OPERATIVA	Se cuenta con un espacio para recibir a diez participantes, para garantizar el intercambio de experiencias del programa y poder hacer seguimiento y evaluar resultados.		
VIABILIDAD CIENTÍFICA	El programa contará con la dirección de un equipo técnico, liderado por un licenciado en nutrición, profesionales en preparación física, psicología, y se contará con invitados expertos en áreas relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinólogos, cardiólogos, gastroenterólogos y otras afines)		

CONCLUSIONES

Se evidenció que hay relación proporcional entre estado nutricional, con el conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias y con la frecuencia de consumo de alimentos. Porque el 59% de participantes con normopeso de las cuales el 22% están en el rango de edad entre 31 y 40 años presentaron en el CAP una puntuación de muy buena, de igual manera se relaciona con la FCA, debido a que consumen todos los grupos de alimentos y realizan actividad física a diario. La población estudiada demuestra de manera general que un elevado nivel de conocimientos en nutrición, contribuye a evitar el sobrepeso y la obesidad.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios más amplios que evidencien el comportamiento de la obesidad en una región o población determinada. Aportar con conocimientos nutricionales profesionales, con el fin de educar a las participantes y aclarar mitos sobre alimentación saludable, o información adquirida en medios de comunicación.

Invitar a todas las clientes del Centro Estético Aries, que presenten IMC igual o mayor a 30 kg/m².

Renovar las charlas según los temas de actualidad y ofrecer apoyo nutricional continuo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Obesidad y sobrepeso. 2015.
2. Mundial A, Mundial E, Estrategia L, Miembros E. Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. 57 Asam Mund la Salud. 2004;2002.
3. Aranceta J. Obesidad infantil: nuevos hábitos alimentarios y nuevos riesgos para la salud. Aliment Consum Y Salud. 2008;(2):216–46.
4. Smith GD, Brunner E. Socio-economic differentials in health: the role of nutrition. Proc Nutr Soc. 1997;56(1A):75–90.
5. Álvarez-Dongo D, Sánchez-Abanto J, Gómez-Guizado G, Tarqui-Mamani C. Sobrepeso y obesidad: Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29(3):303–13.
6. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2009;9:88.
7. Farhat T, Iannotti RJ, Simons-Morton BG. Overweight, Obesity, Youth, and Health-Risk Behaviors. Am J Prev Med. 2010;38(3):258–67.
8. Ministerio de Salud Pública Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Ecuador. 2013.
9. Soto H. Carga económica de la obesidad y sus comorbilidades en pacientes adultos en México. PharmacoEconomics Spanish Res Artic. 2015;12(4):115–22.
10. Sikorski, M, Luppá M. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health. A systematic review. BMC Public Health.

2011. |1471-2458.
11. Prados-Bo A. El papel de los probióticos en el manejo de la obesidad. *Nutr Hosp.* 2015;31(1):10–8.
 12. Farías MM, Silva C, Rozowski J. Microbiota intestinal : Rol en o besidad. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2011;38(1):228–33. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v38n2/art13.pdf>
 13. Leon R, Jimenez B GJ. Creencias de Estudiantes de Secundaria Españoles y Mexicanos sobre las Causas de la Obesidad. *Acta Investig Psicológica.* 2015;5(2):2062–2075.
 14. Regueras, L., Santosa A DC. Treatment of obesity in a hospital endocrinology clinic. Influence of parental body mass index. *An Pediatría.* 2015;83(7):297–303.
 15. Mazza C. Obesidad en pediatría: Panorama Actual. *SAOTA, Obes.* 2001;12(1):28–30.
 16. Serra-Majem L, Bautista-Castaño I. Etiology of obesity: two " key issues " and other emerging factors. *Nutr Hosp.* 2013;28(5):32–4332.
 17. Tur J. Multidisciplinary treatment of morbid obesity: medication, behavioral therapy, nutritional support, and physical activity. From question to reality in an investigator-initiated clinical trial. *Endocrinol Nutr.* 2011;58(6):299–307.
 18. Bray G. Medical consequences of obesity. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;89(6):2583–9.
 19. Grundy SM. Obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89(6):2595–600.
 20. Savino P. Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la

- nutrición. *Rev Colomb Cir.* 2011;26:180–95.
21. González Sánchez R, Llapur Milián R, Díaz Cuesta M, Illa Cos M del R, Yee López E, Pérez Bello D. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Lifestyles, blood Hypertens Obes Adolesc.* 2015;87(3):273–84.
 22. Manson, J, Willett , W, Stampfer M. Body weight and mortality among women. *N Engl J Med.* 2010;333(11):677–85.
 23. Hinojosa A. Relación entre obesidad y osteoporosis, en mujeres posmenopáusicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Acta Méd Peru.* 2011;24(3):342–78.
 24. M R. The Surgeon General’s call to action to prevent and decrease overweight and obesity. Washington; 2012. 118 p.
 25. Secretaria de Salud. Guía de la Práctica Clínica. Actualización. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Sobrepeso y Obesidad en el Adulto. D.F México; 2012.
 26. Sunyer P. Medical hazards of obesity. *Ann Intern Med.* 2011;119(7):665–70.
 27. Gutiérrez, L, Banegas, J RF. Increasing prevalence of overweight and obesity. *Int J Obes.* 2012;24(12):11–21.
 28. Lau, E, Carvalho, D, Pina, V, Barbosa J. Beyond gut microbiota: understanding obesity and type 2 diabetes. *Horm.* 2015;14(3):358–69.
 29. INH. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report. 2012. 228 p.
 30. Bes-Rastrollo M. Validación del peso e índice de masa corporal auto-declarados de los participantes de una cohorte de graduados universitarios.

Rev Esp Obes. 2013;3(6):3–7.

31. Torres, M, Ortiz, R, Siguencia , W, Benavidez, A, Añes R, Rojas J. Prevalencia de la obesidad en individuos adultos en las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Sindr cardiometabólico*. 2013;3(4):76–88.
32. Grabenhorst F, Schulte FP, Maderwald S, Brand M. Food labels promote healthy choices by a decision bias in the amygdala. *Neuroimage*. 2013;74:152–63.
33. Bencomo MN, Dugarte Fernández N, Berríos Rivas AT, Blanco MR. Factores de riesgo de obesidad y sobrepeso en el personal docente universitario. Barquisimeto Estado Lara. Venezuela. *Salud, Arte y Cuid*. 2011;4(2):20–31.
34. Ruiz ÁJ, Aschner PJ, Puerta MF, Alfonso-Cristancho R. Estudio IDEA (International Day for Evaluation of Abdominal Obesity): prevalencia de obesidad abdominal y factores de riesgo asociados en atención primaria en Colombia. *Biomédica*. 2012;32(4):610–6.
35. Castillo Suárez, Niurelkis Céspedes M, Cabrera Hernández Bethania K Rodríguez Oropesa KM, Aguero Argilagos E, Castro Leyva E, Morales Morales E, Tadeo Oropesa I. Factores determinantes de sobrepeso y obesidad en infantes de un círculo infantil. *Rev e Enfermedades Cardiovasc*. 2012;4(3):1–2.
36. Álvarez-Castaño LS, Goez-Rueda JD, Carreño-Aguirre C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2012;11(23):98–110.
37. Daza CH. La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud.

- Colomb Med. 2002;33(2):72–80.
38. Losada FL. Fisiopatología de la obesidad. Rev Colomb Endocrinol DIABETES Y Metab. 2015;18–25.
 39. González Jiménez E. Genes y obesidad: Una relación de causa-consecuencia. Vol. 58, Endocrinología y Nutrición. 2011. p. 492–6.
 40. Saderi N, Escobar C, Salgado-Delgado R. La alteración de los ritmos biológicos causa enfermedades metabólicas y obesidad. Vol. 57, Revista de Neurología. 2013. p. 71–8.
 41. Salas-Salvadó J, Rubio M a., Barbany M, Moreno B. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2007;128(5):184–96.
 42. Guthman J. Weighing in: Obesity, food justice, and the limits of capitalism [Internet]. Weighing in: Obesity, Food Justice, and the Limits of Capitalism. 2011. Available from:<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84860724308&partnerID=40&md5=74be6ade2f590bd00037591f91196945>
 43. Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, Krishna M, Davis MC, Keel PK, et al. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Am J Psychiatry [Internet]. 2013;170(8):917–25. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4120076&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 44. Kalra G, Christodoulou G, Jenkins R, Tsipas V, Christodoulou N, Lecic-Tosevski D, et al. Mental health promotion: Guidance and strategies. Eur Psychiatry. 2012;27(2):81–6.

45. Zanetti T. Epidemiology of eating disorders. In: *Eating Disorders and the Skin*. 2013. p. 9–15.
46. Cattarin JA, Thompson JK. A Three-Year Longitudinal Study of Body Image, Eating Disturbance, and General Psychological Functioning in Adolescent Females. *Eat Disord*. 1994;2(2):114–25.
47. García-Grau E, Fuste A, Mirso A, Saldara C, Bados A. Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females: A replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *Int J Eat Disord*. 2002;32(1):46–51.
48. Lantzouni E, Cox MH, Salvator A, Crosby RD. Mother-daughter coping and disordered eating. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(2):119–25.
49. Gracia-Arnaiz M. Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. *Appetite*. 2010;55(2):219–25.
50. Roenneberg T, Allebrandt K V., Merrow M, Vetter C. Social jetlag and obesity. *Curr Biol*. 2012;22(10):939–43.
51. Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. In: *Nutrition Reviews*. 2009.
52. Gracia-Arnaiz M. Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario. Vol. 49, *Salud Publica de Mexico*. 2007. p. 236–42.
53. Aguilar F. Social and cultural aspects on obesity: necessary reflections from public health. Vol. 34, *Obesidad y Sobrepeso*. 2015.
54. Finer N. Medical consequences of obesity. *Med (United Kingdom)*. 2015;43(2):88–93.
55. Engeland A, Tretli S, Akslen LA, Bjørge T. Body size and thyroid cancer

- in two million Norwegian men and women. *Br J Cancer*. 2006;95(3):366–70.
56. Langlois F, Vu TTM, Chassé K, Dupuis G, Kergoat M-J, Bherer L. Benefits of physical exercise training on cognition and quality of life in frail older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2013;68(3):400–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22929394>
57. Gudzone KA, Doshi RS, Mehta AK, Chaudhry ZW, Jacobs DK, Vakil RM, et al. Efficacy of commercial weight-loss programs: An updated systematic review. Vol. 162, *Annals of Internal Medicine*. 2015. p. 501–12.
58. Organización Mundial de la Salud. OMS | Obesidad y sobrepeso. 311. 2015. p. 1–4.
59. Oms. Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva N°311. 2012. p. 2.
60. Villagrán Pérez S, Rodríguez-Martín A, Novalbos Ruiz J, Martínez Nieto J, Lechuga Campoy J. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutr Hosp*. 2010;25(5):823–31.
61. Secretaría de Salud. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. *Guías Práctica Clínica, Actual 2012*. 2012;2–82.
62. Barrera-Cruz A, Avila-Jimenez L, Cano-Perez E, Molina-Ayala MA, Parrilla-Ortiz JI, Ramos-Hernandez RI, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Rev Medica del Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(3):344–57.
63. Carmen D, Cabrera EG, Ailyn D, Romero C, Carballosa IS, E DA, et al. Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en la infancia. *MediSur* [revista en la Internet]. 2009;7(1):61–9.

64. IMSS. Tratamiento quirúrgico del paciente adulto con obesidad mórbida. Guía Ref Rápida. 2009;Julio:17.
65. Marcos R. Estado nutricional y orientación nutricional. Pdf. 2008;7:870–902.
66. Canicoba M. Evaluación Nutricional. PDF. 2008;1:1–31.
67. Cárdenas AP, Vincha KRR, Vieira VL, Cervato-Mancuso AM. Escenarios de Educación Alimentaria y Nutricional en las Políticas Públicas de Brasil y Colombia. Rev Iberoam Salud y Ciudad. 2012;1:137–67.
68. Marias YF, Glasauer P. Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices. KAP Manual. 2014.
69. Carolina D. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en adolescentes concurrentes al colegio. Univ FASTA. 2013;
70. Figueroa D. Obesidad y Pobreza : marco conceptual para su análisis en latinoamérica. Saúde Soc São Paulo. 2009;18:103–17.
71. Song YM. Commentary: Varying relation of socioeconomic status with obesity between countries at different stages of development. Vol. 35, International Journal of Epidemiology. 2006. p. 112–3.
72. McLaren L. Socioeconomic status and obesity. Vol. 29, Epidemiologic Reviews. 2007. p. 29–48.
73. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana. WHO. 2015;394:1.
74. Brouns F. WHO Guideline: “Sugars intake for adults and children” raises some question marks. Agro Food Ind Hi Tech. 2015;26(4):34–6.
75. Luque GT, García-Martos M, Villaverde C, Garatachea N. Papel del ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la obesidad en adultos. Retos Nuevas tendencias en Educ Física, Deport y Recreación.

- 2010;18:47–51.
76. OMS. Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación. Organ Mund la Salud. 2009;46.
 77. Días G, Nieves J, López M. El Consumidor de Frutas y Verduras Ecológicas: Homo Est Temperatus. Organ Rurais Agroindustriais. 2009;11:57–70.
 78. Vélez Jiménez LM. Del saber y el sabor. Un ejercicio antropofilosófico sobre la gastronomía. Escritos. 2013;21(46):171–200.
 79. Calatayud Sáez F, Calatayud Moscoso del Prado B, Gallego Fernández-Pacheco JG. Efectos de una dieta mediterránea tradicional en niños con sobrepeso y obesidad tras un año de intervención. Pediatr Aten Primaria. 2011;13(52):553–69.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Quien suscribe:

Cedula de identidad: _____ Edad: _____

Otorgo mi consentimiento para participar en la investigación “ESTUDIO DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS PARTICIPANTES DEL CENTRO ESTÉTICO ARIES. SEPTIEMBRE 2014 AGOSTO 2015” propuesto por:

A propósito, declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente la conveniencia de este trabajo. Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento.

Firma del estudiado

Firma del investigador

Anexo 2

Cuestionarios CAP adaptables



Este documento es un extracto de la publicación de la FAO *Guía para medir conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición* (2014), comúnmente llamado manual CAP, disponible aquí: <http://www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm>

Explicarle al participante:

Le voy a hacer preguntas acerca del sobrepeso. Estamos haciendo estas preguntas a varias personas de la comunidad sin seleccionarlas haciendo alusión a su estado físico. Seleccionamos a personas delgadas y gorditas por igual. Por favor dígame si no entiende alguna pregunta para que se la clarifique. También dígame si tiene preguntas.

Prácticas

Pregunta P.1: Evaluación de las prácticas alimentarias que llevan al sobrepeso y la obesidad

1. ¿Consumió usted algunos de los siguientes alimentos ayer durante el día o la noche?

[Pastas y/o cereales]	<input type="checkbox"/> Sí	→ ¿Cuántas veces	al día?	_____
	<input type="checkbox"/> No		a la semana?	_____
			al mes?	_____
[Derivados lácteos]	<input type="checkbox"/> Sí	→ ¿Cuántas veces	al día?	_____
	<input type="checkbox"/> No		a la semana?	_____
			al mes?	_____
[Dulces u otras golosinas]	<input type="checkbox"/> Sí	→ ¿Cuántas veces	al día?	_____
	<input type="checkbox"/> No		a la semana?	_____
			al mes?	_____

2. ¿Cómo suele cocinar el pollo o las carnes para su familia?

-
- Fritos
 - Horneados
 - Hervidos
 - Otros
 - No sabe / No contesta

Pregunta P.2: Evaluación de prácticas de actividad física

¿Realiza alguna actividad física, es decir cualquier actividad en la que su cuerpo se mueva por periodos largos, por ejemplo, caminar, correr, cosechar, montar bicicleta, practica de ejercicios etc.?

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

En caso afirmativo: ¿Cuál?

- Caminar, *en caso afirmativo:* ¿Cuántos minutos al día? _____
- Correr, *en caso afirmativo:* ¿Cuántos minutos al día? _____
días a la semana? _____
días al mes? _____
- Cosechar, *en caso afirmativo:* ¿Cuántos minutos al día? _____
días a la semana? _____
días al mes? _____
- Algún deporte (*especificar*) _____
En caso afirmativo: ¿Cuántos minutos al día? _____
días a la semana? _____
días al mes? _____
- Otro (*especificar*) _____
En caso afirmativo: ¿Cuántos minutos al día? _____
días a la semana? _____
días al mes? _____
- No sabe / No contesta

Conocimiento

Pregunta C.1: Riesgos del sobrepeso y la obesidad

¿Cuáles son los riesgos a la salud que pueden ocurrir cuando una persona está gordita?

Aumento del riesgo de enfermedades crónicas (como el corazón / enfermedad cardiovascular, presión arterial alta y diabetes, derrames cerebrales, ciertos tipos de cáncer (otros: dificultades respiratorias, problemas músculo-esqueléticos crónicos, problemas de piel e infertilidad)

- Reduce la calidad de vida
- Muerte prematura
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Número de respuestas correctas __ __

Pregunta C.2: Las causas del sobrepeso y la obesidad

¿Por qué las personas están obesas (gorditas)?

Aumento excesivo en el consumo de alimentos ricos en energía con alto contenido de grasa y / o azúcar

- La falta o disminución de actividad física
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Número de respuestas correctas __ __

Pregunta C.3: Prevención del sobrepeso y la obesidad

¿Cómo se puede prevenir el sobrepeso y la obesidad?

Por:

- La reducción del consumo de energía (alimentos y bebidas con menor aporte energético)
- La reducción de la ingesta de grasas y azúcares
- Comer verduras y frutas con mayor frecuencia
- Comer más a menudo leguminosas / cereales integrales
- El aumento del nivel de actividad física / realizar actividad física regularmente
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Número de respuestas correctas __ __

Actitudes

- **Actitudes hacia un problema de salud o nutrición**

Sobrepeso u obesidad

Susceptibilidad percibida

¿Qué tan probable cree que usted sea o se vuelva gordo u obeso?

- 1. Poco probable
- 2. No lo sé/ No estoy segura
- 3. Probable

¿Me podría decir por qué razones **es poco probable**?

Severidad percibida

¿Qué tan grave para la salud cree que sea ser gordo/gordito u obeso?

- 1. No es grave
- 2. No lo sé/ No estoy segura
- 3. Grave

- **Actitudes relacionadas con las prácticas para una nutrición adecuada**

Comer menos (por ejemplo, tener porciones más pequeñas, comer despacio y seguir las señales de hambre- saciedad, comer menos grasas y azúcares, etc.)

Beneficios percibidos:

¿Qué tan bueno crees que es comer menos?

- 1. No es bueno
- 2. No lo sé/ No estoy seguro/a
- 3. Es bueno

¿Me podría decir por qué razones **no es bueno**?

Barreras percibidas:

¿Qué tan difícil es para usted comer menos?

- 1. No es difícil
- 2. Regular/ No lo sé/ No estoy seguro/a
- 3. Difícil → ¿Me podría decir por qué razones **es difícil**?

Hacer ejercicio o alguna actividad física (por ejemplo, caminar 30 minutos todos los días, practicar un deporte o bailar 60 minutos por semana, etc.)

Beneficios percibidos:

¿Qué tan bueno es hacer ejercicio?

- 1. No es bueno
- 2. No lo sé/ No estoy seguro/a
- 3. Es bueno

¿Me podría decir por qué razones **no es bueno**?

Barreras percibidas:

¿Qué tan difícil es para usted hacer ejercicio?

- 1. No es difícil
- 2. Regular/ No lo sé/ No estoy seguro/a
- 3. Difícil → ¿Me podría decir por qué razones **es difícil**?

Confianza en sí mismo:

¿Siente usted la confianza de hacer alguna actividad física, como caminar 30 minutos al día, correr o hacer un deporte?

- 1. Si/Seguro
- 2. Regular/No lo sé
- 3. No/Inseguro → ¿Me podría decir por qué razones?

Anexo 3

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE INGESTA DE ALIMENTOS

Completa la siguiente frecuencia de consumo. Marca con una cruz la opción que corresponda según el tipo de alimento y la cantidad indicada del mismo

Alimento	Todos los días	5-6 veces semanales	3-4 veces semanales	1-2 veces semanales	Menos de 1 vez por semana
ARROZ, PAN, PASTAS, CEREALES (MEDIO PLATO PLANO)					
TOMATE, BERENJENA, VEGETALES DE HOJA MARRÓN, REMOLACHA, CEBOLLA, ZANAHORIA, COL, LECHUGA Y OTRAS VERDURAS (MEDIO PLATO PLANO)					
FRUTAS FRESCAS (UN VASO MEDIANO)					
LECHE (UNA TAZA)					
YOGUR (UNA TAZA)					
QUESO (UNA CUCHARADA AL RAS)					
HUEVO ENTERO (1 UNIDAD)					
CARNE- HÍGADO (1 BISTEC)					
POLLO (1 PIERNA Y CADERA O MEDIA PECHUGA)					
PESCADO (1 FILETE)					
DULCES Y HELADOS (UNA UNIDAD O UNA RACIÓN)					

Anexo 4

ENCUESTA SOBRE VALORACIÓN NUTRICIONAL

Peso_____ Talla_____ IMC_____

Estado Nutricional:

Bajo peso_____

Normopeso_____

Sobrepeso_____

Obeso_____

Anexo 5

Tabla de IMC para adultos de la OMS

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18.5 - 24,99	18.5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00