

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería



Influencia de la obesidad de la mujer adulta en la calidad de vida y percepción del estado de salud general. Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa, 2024.

Tesis presentada por la Bachiller:

Reyes Salas, Karen Fabiola

ORCID: 0009-0004-6658-4990

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Asesora:

Mg. Delgado Velarde, Shirley Rocío

ORCID: 0000-0002-7038-1203

Arequipa – Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 21 de Septiembre del 2023

Dictamen: 001269-C-FENFER-2023

Visto el borrador del expediente 001269, presentado por:

2014250372 - REYES SALAS KAREN FABIOLA

Título:

**INFLUENCIA DE LA OBESIDAD DE LA MUJER ADULTA EN LA CALIDAD DE VIDA Y PERCEPCIÓN
DEL ESTADO DE SALUD GENERAL, CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR, AREQUIPA, 2024.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29526835 - BORJA VIZCARRA MARIA DEL PILAR SOFIA
DICTAMINADOR**



**29269913 - CARDEÑA VALVERDE MIRTA ELENA
DICTAMINADOR**



**42232864 - ESPINOZA HUASHUA ANGELICA MARIA
DICTAMINADOR**



Influencia de la obesidad de la mujer adulta en la calidad de vida y percepción del estado de salud general. Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa, 2024.

ORIGINALITY REPORT

5%	7%	3%	1%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	revistas.proeditio.com	1%
	Internet Source	
2	dev.scielo.org.pe	1%
	Internet Source	
3	www.doccity.com	1%
	Internet Source	
4	ruc.udc.es	1%
	Internet Source	
5	www.helpage.es	1%
	Internet Source	
6	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca	1%
	Student Paper	

Exclude quotes	Off	Exclude matches	< 1%
Exclude bibliography	Off		

DEDICATORIA

A mi Padre, por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, quien ha velado por mí durante este arduo camino para convertirme en una profesional, quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional.

A mi madre, que desde el cielo guía mis pasos para poder seguir adelante con mis proyectos.

A mi hermana, que siempre estuvo conmigo apoyándome y alentándome a seguir siempre adelante.

A mis profesores, gracias por su tiempo, su apoyo, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

Agradezco a mi Padre, que fue el motivo y el impulso para estudiar esta carrera, que me crio con valores y me enseñó a ser humilde en todo momento, que me ayudó a creer en mis sueños, a jamás rendirme a pesar de las circunstancias.

A mi asesora, quien me acompañó en todo el proceso de realización de este trabajo de investigación.

A cada una de mis jurados, por darme los conocimientos necesarios para haber logrado culminar con la Tesis.

RESUMEN

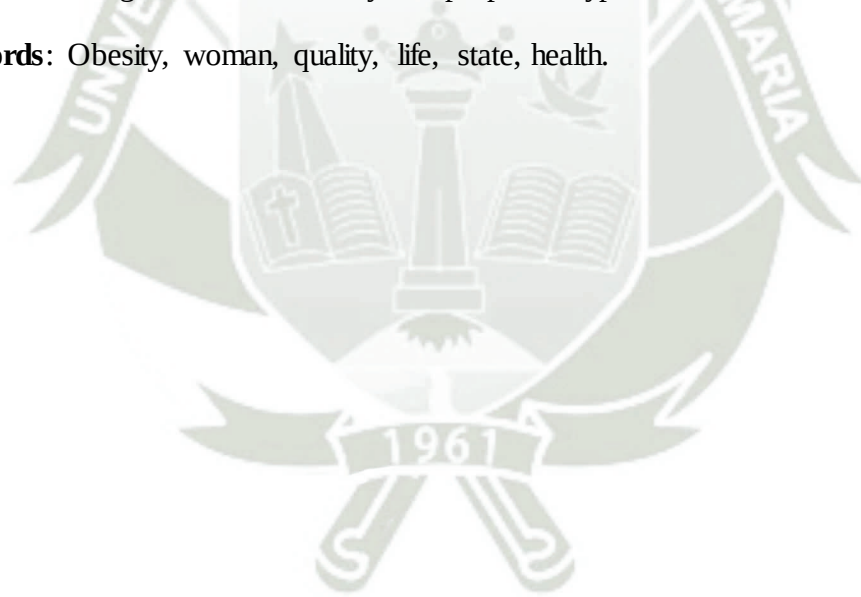
El estudio realizado tuvo como objetivo establecer la influencia de la obesidad de la mujer adulta en la calidad de vida y percepción del estado de salud general. La investigación se realizó con un tipo de estudio descriptivo, relacional y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 80 mujeres adultas con obesidad que cumplieron los criterios de inclusión. Las técnicas utilizadas fueron la observación y la encuesta y como instrumentos se empleó la Ficha de Recolección de Datos, el Cuestionario de Calidad de Vida SF36 V2 y el Cuestionario de Salud: EUROQOL – EQ-5D-3L. Entre los resultados destaca que el tipo de obesidad que presentan las mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar es tipo I en el 73,75%. La calidad de vida de las mujeres adultas obesas es regular en 70% y la percepción del estado de salud general es regular en 55%. Es de destacar que la dimensión en la que más mujeres la consideran como un problema grave en la percepción de su estado de salud es la ansiedad /depresión. La Prueba Chi cuadrado determinó que el tipo de obesidad influye de forma significativa en la calidad de vida y percepción del estado de salud general de las mujeres, habiendo logrado comprobar la hipótesis planteada.

Palabras clave: Obesidad, mujer, calidad, vida, estado, salud.

ABSTRACT

The study aimed to establish the influence of obesity in adult women on the quality of life and perception of general health status. The research was carried out with a type of descriptive, relational and cross-sectional study. The study population consisted of 80 obese adult women who met the inclusion criteria. The techniques used were observation and the survey, and the Data Collection Form, the SF36 V2 Quality of Life Questionnaire and the Health Questionnaire: EUROQOL – EQ-5D-3L were used as instruments. Among the results, it stands out that the type of obesity presented by adult women treated at the Mariano Melgar Health Center is type I in 73.75%. The quality of life of obese adult women is regular in 70% and the perception of general health status is regular in 55%. It is noteworthy that the dimension in which more women consider it a serious problem in the perception of their state of health is anxiety/depression. The Chi square test determined that the type of obesity has a significant influence on the quality of life and perception of the general health status of women, having been able to verify the proposed hypothesis.

Keywords: Obesity, woman, quality, life, state, health.



ÍNDICE GENERAL

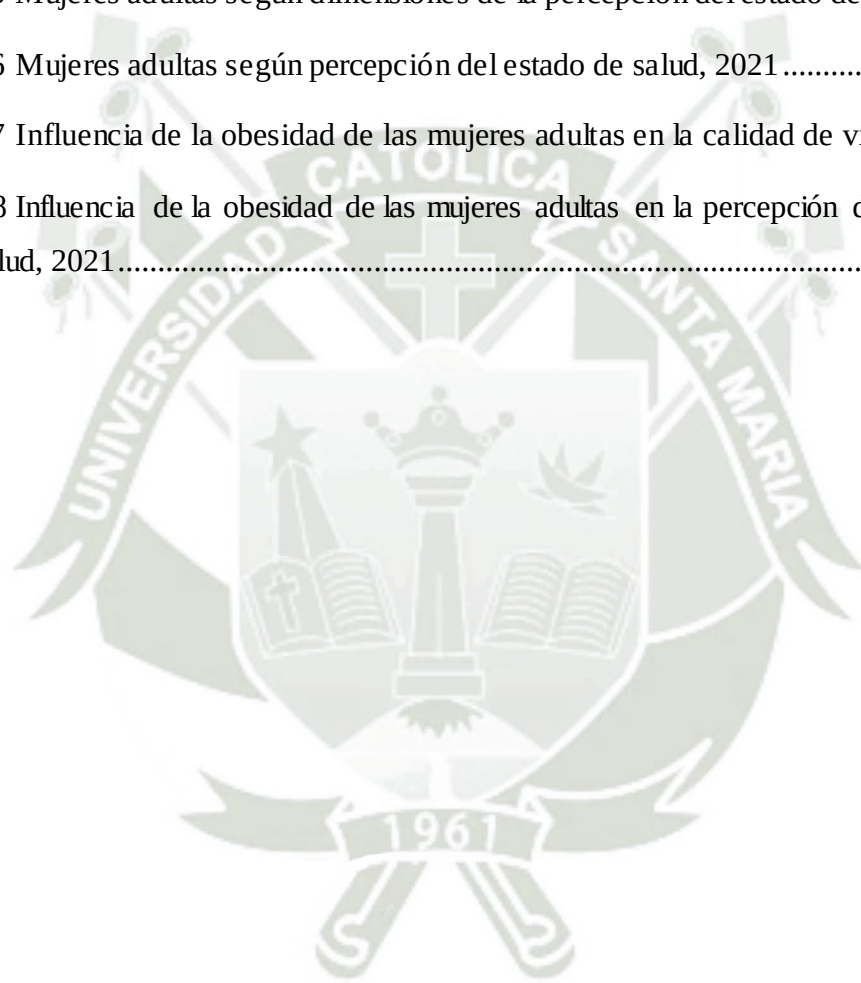
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1. Problema de Investigación	4
1.1. Enunciado del Problema	4
1.2. Descripción del Problema	4
1.2.1. Operacionalización de Variables	4
1.2.2. Interrogantes Básicas	5
1.2.3. Tipo de problema	5
1.3. Justificación	6
2. Objetivos.....	7
3. Marco Teórico	8
3.1. Obesidad.....	8
3.1.1. Conceptos	8
3.1.2. Clasificación de la obesidad	8
3.1.3. Epidemiología	10
3.1.4. Repercusiones clínicas de la obesidad	12
3.1.5. Repercusiones familiares, sociales, laborales y económicas de la obesidad	17
3.1.6. Tratamiento de la obesidad	18
3.1.7. Prevención de la obesidad	25
3.1.8. Intervención de enfermería en personas con obesidad y en los niveles de prevención	26
3.2. Calidad de Vida.....	28
3.2.1. Concepto	28

3.2.2.	Dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud	29
3.2.3.	Componentes de la calidad de vida	30
3.2.4.	Repercusiones de la obesidad en la calidad de vida	31
3.3.	Estado de Salud General	32
3.3.1.	Conceptos	32
3.3.2.	Indicadores del estado de salud general.....	33
3.3.3.	Factores que influyen en la percepción del estado de salud general	34
3.3.4.	Repercusiones de la obesidad en la percepción del estado de salud general.....	35
3.4.	Modelo de Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem	37
4.	Antecedentes Investigativos	41
4.1.	Internacionales	41
4.2.	Nacionales	42
4.3.	Locales	42
5.	Hipótesis	43
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		44
1.	Técnica	45
2.	Instrumentos	45
2.1.1.	Cuestionario de Calidad de Vida SF36 V2	45
2.1.2.	Cuestionario de Salud: EUROQOL – EQ-5D-3L	47
3.	Campo de Verificación.....	48
3.1.	Ubicación Espacial.....	48
3.2.	Ubicación Temporal.....	48
3.3.	Universo y Muestra	48
3.3.1.	Universo.....	48
3.3.2.	Criterios de inclusión:.....	48
3.3.3.	Criterios de exclusión:	48

4. Estrategia de Recolección de Datos	49
4.1. Organización	49
4.2. Recursos	50
4.2.1. Humanos	50
4.2.2. Institucionales	50
4.2.3. Materiales	50
4.2.4. Financieros.....	50
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	51
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	69
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	70
ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	71
ANEXO 3 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF36 V2	72
ANEXO 4 CUESTIONARIO DE SALUD – EQ-5D-3L.....	76
ANEXO 5 CARTA DE PRESENTACION	77
ANEXO 6 INFORME DEL CENTRO DE SALUD	78
ANEXO 7 MATRIZ DE DATOS	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Mujeres adultas según edad, 2021	52
Tabla 2 Mujeres adultas según tipo de obesidad, 2021	53
Tabla 3 Mujeres adultas según dimensiones de la calidad de vida, 2021	54
Tabla 4 Mujeres adultas según calidad de vida, 2021	55
Tabla 5 Mujeres adultas según dimensiones de la percepción del estado de salud, 2021 ...	56
Tabla 6 Mujeres adultas según percepción del estado de salud, 2021	58
Tabla 7 Influencia de la obesidad de las mujeres adultas en la calidad de vida, 2021	59
Tabla 8 Influencia de la obesidad de las mujeres adultas en la percepción del estado de salud, 2021	60



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Mujeres adultas según tipo de obesidad, 2021	53
Gráfico 2 Mujeres adultas según calidad de vida, 2021	55
Gráfico 3 Mujeres adultas según percepción del estado de salud, 2021	58



INTRODUCCIÓN

Es un hecho conocido que la obesidad es un problema de tipo energético en el cual existe una falta de equilibrio, ocasionado por la falla en el balance energético que se convierte en un balance positivo, en el cual la ingesta de energía es mayor que la pérdida. El aporte de energía proviene de una sola fuente, que son los alimentos, mientras que la pérdida está dada por el metabolismo basal, la termogénesis y la actividad física. De todos estos componentes, los únicos que pueden ser sujetos a las variaciones de la voluntad son la ingesta y la actividad física (1).

En las últimas décadas la población viene presentando una serie de cambios en los patrones alimenticios debido a la ocurrencia de los denominados cambios transicionales, los mismos que afectan a todo el mundo modificando los estilos de vida, sobre todo en lo referente a la forma de alimentarnos y al mismo tiempo a la limitación de la actividad física, en cuanto a la primera, a lo largo del tiempo están ocurriendo muchos cambios trascendentes como la disminución importante de la ingesta de fibra dietaria y el incremento en el consumo de azúcar, sal y grasas a predominio saturada, así como la ingesta de alimentos con alto contenido energético a expensas de las grasas saturadas y alto contenido de carbohidratos que incrementan la densidad energética de los alimentos, denominándose esta dieta conocida como afuente (2).

En segundo lugar, existe mucha evidencia de que la actividad física en estos 50 últimos años ha venido disminuyendo en forma alarmante, justamente debido a los cambios que se están viviendo con los avances de la tecnología, actualmente se facilitan mucho las tareas cotidianas con un incremento en el ahorro de energía de las labores del hogar, del trabajo; así también, hay cada vez menos trabajos que demanden una pérdida de energía, existiendo gran dependencia en el transporte motorizado, lo que se ve reflejado en una menor predisposición a caminar o utilizar la bicicleta como medio de transporte (3).

De tal forma, que los cambios alimentarios unidos al mayor sedentarismo de la población, propician el incremento de la obesidad; en tal sentido, un estudio revela que en el Perú la obesidad presenta prevalencias preocupantes y que de alguna manera son parecidas a las de la región, mostrando incremento de la obesidad desde la infancia, por ejemplo en menores de cinco años, las prevalencias en países como Chile son de 8,2%, Perú, 9,3%, México 10,2%, Argentina 10,4% y Colombia 5,2%, en escolares de 6 a 9 años, Chile presenta 13,1%, Perú 14,8%, México 17,4%, Colombia 5,2% y Brasil (mujeres 11,8 y varones 16,6%). En

adolescentes, Chile 6,6%, Perú 7,5%, México 12,1%, Colombia 3,4% y Brasil, mujeres 4 y varones 5,8% (1,4).

En el caso de los adultos las prevalencias peruanas de obesidad muestran que de 20 a 29 años es de 9,9%, de 30 a 59 años 23,1% y de 60 años a más es de 11,9% (5). En un estudio del Instituto Nacional de Estadística e Informática mediante las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar, se reportó 13,2% de obesidad, mientras que en el año 2015 la prevalencia de obesidad fue 20,9% en las mujeres comprendidas entre 15 y 49 años (6).

En el Centro de Salud Mariano Melgar, se ha observado que en efecto muchas de las mujeres adultas que acuden al establecimiento, presentan obesidad en grados diversos y ellas mismas refieren presentar muchos problemas de salud ocasionados por la obesidad o agravados por la misma, además, refieren tener problemas en la vida laboral, social, relación de pareja y otros, que nos lleva a pensar que la obesidad además de afectar la percepción del estado de salud general, también se asocia a mala calidad de vida, siendo estas las razones que nos motivan al desarrollo de la presente investigación. El estudio se realizó con una población de 80 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, a quienes se aplicaron los instrumentos de recolección de datos. El presente estudio está organizado en capítulos; el primer capítulo, presenta el planteamiento teórico de la investigación, en el que se describe el problema de investigación, se analizan las variables de estudio, interrogantes básicas, tipo de investigación, justificación, objetivos, así como el marco teórico que aporta sustento teórico – bibliográfico al tema de estudio; se presentan también los antecedentes investigativos y la hipótesis. El segundo capítulo, está referido al Planteamiento Operacional, se presentan las técnicas, instrumentos, campo de verificación, población y muestra y la estrategia de recolección de datos. En el tercer capítulo, se presentan y analizan los resultados de la investigación a través de tablas estadísticas, finalmente las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y los anexos respectivos (3).



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado del Problema

Influencia de la obesidad de la mujer adulta en la calidad de vida y percepción del estado de salud general. Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa, 2021.

1.2. Descripción del Problema

- CAMPO : Ciencias de la Salud.
- AREA : Enfermería.
- LINEA : Nutrición y Dieta - Salud de la Mujer.

1.2.1. Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Variable Independiente Obesidad de la mujer adulta	Edad Peso Talla Índice de Masa Corporal	20 a 29 años 30 a 59 años Kilogramos Metros peso(kg)/talla(m2): Obesidad tipo I: 30 – 34,9 Obesidad tipo II: 35 – 39,9 Obesidad tipo III o mórbida: 40 a más
Variable Dependiente Calidad de vida	Funcionamiento físico Rol físico Rol emocional Dolor corporal Salud mental y vitalidad Funcionamiento social Salud general	Mala calidad de vida: 0 – 34 puntos Regular calidad de vida: 35 – 68 puntos Buena calidad de vida: 69 – 100 puntos

Percepción del estado de salud general	Movilidad Cuidado personal Actividades usuales Dolor / molestia Ansiedad / depresión	Buen estado de salud general: 15 – 25 puntos Regular estado de salud general: 26 – 35 puntos Mal estado de salud general: 36 – 45 puntos
---	--	--

1.2.2. Interrogantes Básicas

- ¿Qué tipo de obesidad presentan las mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar?
- ¿Cómo es la calidad de vida de las mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar?
- ¿Cuál es la percepción de las mujeres adultas con obesidad acerca de su estado de salud general?
- ¿Cómo influye la obesidad de la mujer adulta en la calidad de vida y percepción del estado de salud general?

1.2.3. Tipo de problema

- Tipo : De Campo
- Nivel : Descriptivo relacional de corte transversal.

1.3. Justificación

Se ha señalado anteriormente que la obesidad es un problema que se está incrementando de forma alarmante a nivel mundial. En el Perú, un reciente estudio del Instituto Nacional de Salud, revela que el sobrepeso y la obesidad son grandes males que afectan al Perú, con prevalencias cercanas al 70% de adultos, entre mujeres y varones, afectando al 42.4% de jóvenes, al 32.3% de escolares, al 33.1% de adultos mayores y finalmente al 23.9% de adolescentes. El mismo estudio refiere que el 29% de las personas en el país consumen comida chatarra al menos una vez a la semana y en el caso de las frituras 87.1% las consume con la misma frecuencia; el 20.2% de personas a nivel nacional y 33.6% en la sierra consumen excesivamente sal; y menos del 50% de peruanos logra consumir la mínima cantidad de fibra en sus alimentos, hechos que unidos a la falta de actividad física y sedentarismo de la mayoría de la población, condicionan la alta y creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad (7).

De acuerdo a la información anterior, podemos resaltar que el presente estudio tiene relevancia científica por la magnitud del problema ocasionado por la obesidad tanto para la sociedad en su conjunto como para los sistemas de salud. Se considera pertinente la realización del presente estudio, debido a que existen pocos estudios que abordan la problemática de la obesidad en establecimientos de Atención Primaria de Salud, asimismo, se ha elegido trabajar con mujeres, porque esta población es más vulnerable a presentar obesidad debido a influencias de tipo hormonal y estilos de vida más sedentarios en comparación a los varones, sin embargo, la obesidad en la mujer se asocia a muchos problemas de salud incluso de gravedad como el cáncer de mama, infertilidad, malos resultados obstétricos y perinatales, así como también mala calidad de vida. El estudio también permitirá que se realicen futuras investigaciones sobre el tema (1).

La relevancia social del estudio se basa en el incremento de la obesidad en las mujeres de casi todos los grupos etarios, la misma que determina que se presenten múltiples problemas de salud que son causados de forma directa o indirecta por la obesidad, y estos a su vez inciden de forma negativa en el bienestar general, calidad de vida, salud mental, salud reproductiva, salud sexual, y en muchos otros aspectos. Además la obesidad y sus consecuencias acortan la esperanza de vida de las personas que la padecen y actualmente existe mayor evidencia de que la obesidad es un factor predictor importante de mala calidad de vida, puesto que la mayoría de personas

obesas que solicitan atención médica por este problema, lo hacen justamente por el deterioro de la calidad de vida y de la percepción general del estado de salud, a pesar de que muchas veces no sean conscientes de ello; la imposibilidad de llevar a cabo el estilo de vida que quieren, puede ser una consecuencia tan grave como cualquier otro aspecto relacionado con la morbilidad de la enfermedad (8).

El trabajo es de actualidad, porque en la coyuntura actual en que nos encontramos atravesando por la pandemia de COVID 19, se ha encontrado a nivel mundial, que la obesidad es un factor asociado a la mortalidad y mayor grado de severidad de la enfermedad, es por ello que a nivel nacional, las personas obesas han sido incluidas en el grupo de población vulnerable frente a la enfermedad, lo cual está trayendo como consecuencia problemas laborales, desempleo, aumento de la pobreza para las personas con obesidad y sus familias, además de estereotipos negativos frente a la obesidad. Las estadísticas de mortalidad a causa de la COVID 19 revelan que el 85,5% de fallecidos son personas obesas, lo cual supone una alta carga epidemiológica, que requiere ser abordada de manera científica y multidisciplinaria por los profesionales de la salud, para ayudar a controlar y prevenir este problema, porque se espera que en un futuro cercano, las empresas e incluso las instituciones públicas, podrían tener reparos para contratar personas con obesidad dada la mayor vulnerabilidad que estas personas presentan en caso de enfermarse, lo cual supone mayores costos para los empleadores y el Estado. El estudio es viable porque se dispone de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para su ejecución. Finalmente, nos motiva el deseo de obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería a través del desarrollo de la presente investigación (9).

2. Objetivos

- Identificar el tipo de obesidad que presentan las mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar.
- Precisar la calidad de vida de las mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar.
- Determinar la percepción de las mujeres adultas con obesidad acerca de su estado de salud general.
- Establecer la influencia de la obesidad de la mujer adulta en la calidad de vida y percepción del estado de salud general.

3. Marco Teórico

3.1. Obesidad

3.1.1. Conceptos

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal, esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. La obesidad se define como un IMC de $\geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$ (10).

3.1.2. Clasificación de la obesidad

La obesidad se clasifica en clase 1 (IMC 30-34,9 kg.m^{-2}), clase 2 (IMC 35-39,9 kg.m^{-2}) y clase 3 (IMC $\geq 40 \text{ kg.m}^{-2}$). La obesidad de clase 3 se puede subclasificar en obesidad mórbida (IMC 40-49,9 kg.m^{-2}), superobesidad (IMC 50-59,9 kg.m^{-2}) y supersuperobesidad (IMC $\geq 60 \text{ kg.m}^{-2}$) (10).

La clasificación de sobrepeso y obesidad para adultos, tanto hombres como mujeres, establecida por la Organización Mundial de la Salud, marca un índice de masa corporal de 30 kg/m^2 como el umbral para la obesidad, manteniendo los valores normales de IMC entre 18,5 y $24,9 \text{ kg/m}^2$ y los de sobrepeso entre 25 y $29,9 \text{ kg/m}^2$. No obstante, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad introduce modificaciones significativas a esta clasificación, destacando la subdivisión del rango de sobrepeso en dos categorías, con el sobrepeso de grado II considerado como preobesidad, y la adición de un nivel de obesidad severa o grado IV para pacientes con un IMC de 50 kg/m^2 en adelante, quienes requieren consideraciones especiales para procedimientos de cirugía bariátrica. Además, en cuanto a la distribución de la grasa corporal, se reconocen dos tipos principales de obesidad según la localización del tejido adiposo (11).

3.1.2.1. Obesidad abdominovisceral o viscerportal, (tipo androide)

La obesidad con acumulación predominante de grasa en la parte superior del cuerpo, afectando cuello, hombros y la zona superior del abdomen, es un factor de riesgo claro para el desarrollo de enfermedades como diabetes tipo 2, aterosclerosis, hiperuricemia e hiperlipidemia, siendo estas últimas una consecuencia de la resistencia a la insulina. Para determinar la obesidad abdominovisceral se utilizan varios parámetros: el índice cintura-cadera, que compara el perímetro de la cintura con el de la cadera, con valores críticos superiores a 0.8 en mujeres y 1 en hombres; la circunferencia de la cintura, considerada preocupante si supera los 100 cm, medida con una cinta métrica alrededor del borde superior de las crestas ilíacas en una postura erguida, sin ropa y en estado relajado, leyendo la medida al final de una expiración normal; y el diámetro sagital, que indica la cantidad de grasa visceral al aumentar el diámetro anteroposterior del abdomen en posición supina, con un valor normal de hasta 25 cm (11).

3.1.2.2. Obesidad femoroglútea (tipo ginecoide)

Se caracteriza por presentar adiposidad en glúteos, caderas, muslos y mitad inferior del cuerpo. El tejido adiposo fémoro glúteo tiene predominio de receptores alfa 2 adrenérgicos, por lo tanto, presenta una actividad lipoproteínlipasa elevada. En este es mayor la lipogénesis y menor actividad lipolítica. La circunferencia de la cadera se correlaciona negativamente con los diferentes factores de riesgo (11,12).

3.1.3. Epidemiología

La prevalencia y el impacto de la obesidad son desproporcionadamente más altos en las mujeres que en los hombres y están aumentando rápidamente; Una encuesta de salud realizada en Inglaterra en el año 2017 informó que la prevalencia de la obesidad en las mujeres aumentó del 15% en 1994 al 29% en 2017, con un aumento concomitante de la obesidad de clase 3 del 1% al 5% durante el mismo período (12). La obesidad en las mujeres predispone a comorbilidades que incluyen: cardiovasculares; endocrinas; y enfermedades musculoesqueléticas, al tiempo que aumenta el riesgo de infertilidad, depresión y malignidad, incluidos el cáncer de mama y de endometrio (13). La obesidad es una de las principales causas de muerte prevenible y representa una gran proporción del gasto sanitario anual, donde las mujeres representan un 31% más de gasto que los hombres (14).

En el Perú, al inicio del presente milenio, los estudios epidemiológicos reportaban prevalencias de sobrepeso de 30% y de obesidad, de 15% en población de 15 años y más; la Encuesta demográfica y de Salud familiar ENDES del INEI, desde el año 2014, ofrecen datos epidemiológicos para monitorear las tendencias del sobrepeso y la obesidad, en los cuales se muestra una tendencia lenta pero sostenida al crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, sobre todo en Lima Metropolitana y el resto de la costa (15). En el 2019 un estudio reporta que, de los pacientes diabéticos, el 73,5% presentan exceso de peso, de esta la obesidad se encuentra en el 33,6%. En población general las prevalencias son de obesidad en 37,6% de las mujeres y el 27,8% de los hombres (16).

3.1.3.1. Factores que contribuyen al incremento de la obesidad en las mujeres

Los factores biológicos y sociales contribuyen al aumento de la prevalencia de la obesidad en las mujeres. Los mecanismos neurohormonales complejos se emplean en la homeostasis energética para garantizar reservas de energía adecuadas y la acumulación de grasa corporal total puede ser una adaptación fisiológica para satisfacer las demandas del embarazo y la lactancia. También se deben mencionar a los cambios epigenéticos que se producen en respuesta a factores ambientales los mismos que pueden dar lugar a cambios a largo plazo en la expresión génica que influyen en la homeostasis energética en las generaciones posteriores (17).

Los factores sociales y ambientales contribuyen en gran medida a la obesidad. La obesidad es más prevalente entre las personas adineradas en los países de ingresos bajos y medios, pero esto se desplaza hacia el grupo socioeconómico pobre en los países de ingresos altos (18). Este cambio entre clases socioeconómicas se ha atribuido a la industrialización, la urbanización y las alteraciones nutricionales asociadas con el aumento de la riqueza nacional. A pesar de que representa una interacción compleja entre la riqueza individual y nacional, durante las últimas décadas los países en desarrollo han experimentado una transición del trabajo agrícola al trabajo asalariado, lo que al parecer ha contribuido a disminuir la actividad física entre las mujeres más que entre los hombres. Además, el alto estatus social y la prosperidad están asociados con la inactividad física en parte a través del aumento de la propiedad del hogar, por ejemplo, tener vehículos o lavadoras y disponibilidad de recursos para aumentar el consumo de alimentos. En los países desarrollados se observa que la mayoría de ocupaciones son sedentarias, y la prevalencia de la obesidad en las mujeres obedece sobre todo a factores dietéticos y de estilo de vida (19). Por ejemplo, el costo más alto de los alimentos y las dificultades para acceder a alimentos saludables, combinados con un mayor uso o prevalencia de consumo en restaurantes de comida rápida, suponen un gran desafío para que la población pueda mantener una dieta saludable. Otro reto importante es lograr que la población cumpla con realizar la cantidad recomendada de ejercicio físico. Se debe facilitar el acceso a senderos para caminar, parques y centros recreativos, los

cuales son escasos en muchos países o ciudades e incluso en algunos lugares su uso puede ser favorecido y en otros prohibido por razones de seguridad personal (20).

Por otro lado, la carga cada vez mayor de comorbilidades relacionadas con la obesidad en el grupo socioeconómico bajo puede ser soportada por los sistemas de salud pública y requiere intervenciones dirigidas a esta población específica, que típicamente involucran iniciativas nacionales como campañas de las instituciones de salud o empresas de productos alimentarios, cadenas de gimnasios, entre otros que buscan promover la pérdida de peso (21). Los médicos y enfermeros pueden ayudar a iniciar y mantener modificaciones en el estilo de vida y estrategias de pérdida de peso mediante la realización de discusiones regulares y seguimiento en cada visita clínica, además de técnicas de entrevistas motivacionales para desarrollar un compromiso con una vida saludable. Cada interacción representa una oportunidad, y los enfermeros juegan un papel importante durante la atención de los pacientes debiendo sugerir la optimización nutricional y el asesoramiento para la pérdida de peso como parte de las actividades educativas promocionales (20).

3.1.4. Repercusiones clínicas de la obesidad

3.1.4.1. Mortalidad

En estudios recientes ha quedado establecido que el impacto de la obesidad sobre la mortalidad es casi tan importante como el del tabaquismo. La obesidad contribuye al desarrollo de una lista muy larga de enfermedades que de manera independiente acortan la esperanza de vida, dentro de ellas se debe resaltar a la diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diferentes tipos de cánceres como el cáncer de mama, endometrio, colon, esófago, páncreas, riñón. La obesidad por sí misma, y junto con todas las comorbilidades que produce, aumentan la mortalidad de manera significativa, habiéndose estimado que la reducción de la esperanza de vida en las mujeres obesas es de por lo menos cinco años (22).

3.1.4.2. Obesidad y riesgo cardiometabólico

No cabe duda de que la obesidad causa resistencia a la insulina y por medio de este mecanismo empiezan a desarrollarse numerosas morbilidades conexas como la hipertensión arterial (HTA), dislipoproteinemia, disminución de la tolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hígado graso no alcohólico, cáncer, todos los cuales de forma conjunta aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares y de la mortalidad. De acuerdo al estudio de Garmendia, Pando, Ronceros y Hernández (23), se considera obesa con riesgo cardiometabólico a la mujer que presentaba alguna de las siguientes alteraciones: PA > 135/80, HDL < 45 mg/dL, Triglicéridos > 150 mg/dl, LDL > 130 mg/dl, Glucosa $\geq$ 100 mg/d y colesterol No HDL > 160 mg/dL, de acuerdo a ello se considera que una mujer obesa para ser considerada cardiometabólico normal debe tener presión arterial, glucosa y perfil lipídico normales, semejante al postulado de Hansen y col. (24). Según estos criterios en el estudio de Garmendia y cols, sólo el 9,52% de personas obesas son cardiometabólicamente normales, todo el resto tienen un alto riesgo cardiometabólico. Por ello, se afirma con total certeza que, la obesidad es una condición patológica que tiene una enorme repercusión en la salud debido a las alteraciones metabólicas y cardiovasculares que ocasiona y sobre todo porque estas alteraciones evolucionan de forma silenciosa durante mucho tiempo, y esto obliga a la necesidad de que se realicen programas preventivo promocionales para ayudar a disminuir la obesidad generando conciencia en la población sobre la gravedad y consecuencias de esta enfermedad (23).

3.1.4.3. Obesidad y riesgo cardiovascular

La obesidad es un indudable factor de riesgo independiente de insuficiencia cardíaca (ICC), la misma que en diversos países ha adquirido proporciones de epidemia, la Organización Mundial de la Salud calcula que más de mil millones de adultos en todo el mundo tienen sobrepeso y, de ellos, 300 millones son clínicamente obesos. La incidencia y la prevalencia de la obesidad y la insuficiencia cardíaca son tan altas que es muy frecuente encontrar los dos trastornos en un mismo paciente. En el estudio de Villar, Madrona, Sadek, Simón, Tarraga L y Tarraga, se ha encontrado que la insuficiencia cardíaca se presenta en un 15-35% de personas obesas y en el 30-60% de personas con sobrepeso. Se ha encontrado pues una relación directa entre la obesidad y un riesgo mucho más alto de enfermedades cardiovasculares (ECV) y mortalidad en comparación a la población general no obesa. En el estudio de Villar y cols, refieren que la obesidad y el sobrepeso son variables muy predictivas de una posterior insuficiencia cardíaca clínica, se ha encontrado que la obesidad causa anomalías en la función diastólica y sistólica, lo que se asocia a mayor riesgo de muerte de los pacientes con insuficiencia cardíaca establecida, existe también una paradoja que muestra que el IMC está en relación inversa con la mortalidad a largo plazo en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Pero a pesar de dicha paradoja, el IMC no es el único factor convencional de riesgo de enfermedad cardiovascular, puesto que se ha encontrado que las concentraciones elevadas de lipoproteínas de baja densidad, y del colesterol total, se asocian a una ventaja de supervivencia en la insuficiencia cardíaca, y para estudiar estos hallazgos sistemáticos en diversos factores de riesgo de la ECV en los pacientes con insuficiencia cardíaca se emplea el término de epidemiología inversa (25).

La obesidad se asocia a varias enfermedades cardiovasculares y no sólo se asocia a enfermedad coronaria, sino también a alteraciones del ritmo cardíaco y la función ventricular, en esta asociación intervienen múltiples mecanismos, y no sólo a través de la hipertensión, la diabetes mellitus o la dislipemia, en tales circunstancias resulta muy valioso el manejo adecuado de la obesidad que a pesar de que es difícil, cuando se realiza de forma

integral y razonable, incluso pequeñas pérdidas de peso y de graduaciones en el IMC resultan en cambios favorables en los niveles de hipertensión arterial, dislipidemia, resistencia a la insulina, mejora de la tolerancia a la glucosa y otros indicadores que demuestran que el tratamiento de la obesidad siempre resulta favorable (23).

3.1.4.4. Obesidad y dislipidemia

Las alteraciones lipídicas asociadas a la obesidad que resultan más características son: elevación de los triglicéridos y disminución de HDL-colesterol. Se ha encontrado que la prevalencia de hipercolesterolemia es mayor conforme se va incrementando el IMC, sobre todo en mujeres. Los niveles de colesterol son más altos en las mujeres que tienen obesidad de predominio central, considerando como tal un índice cintura /cadera $>$ de 0,8 en mujer o $>$ 1 en varón. La prevalencia de niveles bajos de HDL ($<$ 35 mg/dL en varones y $<$ 45 mg/dL en mujeres) también está relacionado con el IMC. Pero un cambio de 1 unidad en IMC permite disminuir en 0,69 mg/dl el HDL para mujeres y de 1,1 en varones (23).

3.1.4.5. Obesidad y diabetes

El sobrepeso y la obesidad son los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, porque de acuerdo a lo ya manifestado anteriormente, el aumento del Índice de Masa Corporal, se asocia a una mayor resistencia a la insulina que a su vez genera alteración de la tolerancia a la glucosa y esto desencadena en diabetes mellitus (23).

3.1.4.6. Obesidad y trastornos reproductivos

Se ha demostrado que la obesidad guarda una asociación muy estrecha con la infertilidad. En el estudio de Manrique citan un estudio en 597 mujeres diagnosticadas de infertilidad en siete clínicas de Estados Unidos y Canadá que demostró que las mujeres obesas (IMC superior o igual a 27 kg/m²) tenían un riesgo relativo de infertilidad por anovulación de 3,1 comparadas con mujeres con peso normal (26).

También se ha encontrado que el IMC mayor o igual a 32 kg/m² a los 18 años es un factor de riesgo para infertilidad por alteraciones ovulatorias, con un riesgo relativo de 2,7 comparado con mujeres con IMC de 20 kg/m². También

existe asociación entre el síndrome del ovario poliquístico y la obesidad, se estima que alrededor del 50% de las mujeres con síndrome del ovario poliquístico tienen sobrepeso u obesidad y la mayoría de ellas tienen un fenotipo abdominal. Los mecanismos patogénicos que asocian el exceso de grasa corporal y las alteraciones del sistema reproductor femenino no son bien conocidos. Las mujeres obesas, sobre todo las que tiene obesidad abdominal, presentan resistencia a la insulina e hiperinsulinemia y este aumento de insulina a nivel del tejido ovárico puede favorecer el exceso de síntesis de andrógenos. Además, se ha observado que las mujeres obesas tienen menores cifras de las globulinas transportadoras de hormonas sexuales, de la hormona del crecimiento y de las proteínas transportadoras del IGF-I, y un incremento de las concentraciones de leptina. En mujeres embarazadas la obesidad se asocia a un incremento en la frecuencia de hipertensión, diabetes gestacional, embarazo múltiple, anemia y muerte fetal. La prevalencia de hipertensión se multiplica por 10 en embarazadas obesas, siendo también mucho más frecuentes en ellas la tasa de malformaciones congénitas, sobre todo en defectos del tubo neural. Las mujeres obesas también presentan mayores dificultades en el manejo del parto y esto lleva a que las tasas de inducción y cesáreas sean mayores con los consecuentes riesgos y complicaciones derivados de estos procedimientos (22,26).

3.1.4.7. Obesidad y cáncer

En la mujer obesa el riesgo de carcinoma endometrial, mama, ovario, cérvix, vesícula y vías biliares es mayor si se compara con mujeres de peso normal. La obesidad incrementa de forma significativa el riesgo de cáncer de colon, encontrando que la prevalencia de cáncer de colon en mujeres con IMC > 29 kg/m² era el doble que en aquellas con < 21 kg/m², también se encontró que la relación era más fuerte cuando se evaluaba el índice cintura cadera y la prevalencia de pólipos en colonoscopia, lo que indica que, otra vez, la obesidad central supone un mayor riesgo. También se ha encontrado que la obesidad se relaciona directamente con la mortalidad por cáncer de mama, sobre todo en mujeres postmenopáusicas. La obesidad está inversamente relacionada con la incidencia de cáncer de mama en premenopausia, pero el “beneficio” desaparece a partir de 10 años de la menopausia. En las mujeres

postmenopáusicas la grasa es la principal fuente de estrógenos, el factor de riesgo modificable más importante para cáncer de mama en postmenopáusicas. Se ha encontrado que la ganancia de peso en la edad adulta se relaciona con el riesgo de cáncer de mama en postmenopausia, especialmente en mujeres que no recibieron tratamiento hormonal sustitutivo. Un aumento de más de 9 kg a partir de los 18 años duplica el riesgo de cáncer. En cuanto al cáncer de endometrio, el riesgo es tres veces mayor en mujeres con IMC < 30 y también la ganancia de peso en la edad adulta supone un aumento del riesgo (27).

3.1.5. Repercusiones familiares, sociales, laborales y económicas de la obesidad

La obesidad es una enfermedad que se asocia a numerosas repercusiones de tipo familiar, social, laboral y económica, desde el punto de vista psicológico, se ha comprobado que produce depresión, trastorno de ansiedad generalizado, trastornos de la conducta alimentaria, así también aislamiento y disminución de la autoestima, esto repercute de forma negativa en la esfera de las relaciones personales, familiares y académicas. Las mujeres obesas, tienden a aislarse porque tienen miedo de ser criticadas y objeto de burlas tanto por parte de su familia como por el círculo social de amigos, compañeros de trabajo, y otras personas de su entorno. Además, es indudable que en la sociedad moderna existen numerosos estereotipos negativos hacia las personas obesas y esto contribuye a agravar el aislamiento que estas personas se imponen con lo cual también aumenta la predisposición a la depresión y caer en conductas adictivas como el consumo de alcohol, tabaco y sobre todo la ansiedad genera más impulso o ansias por comer, generándose un círculo vicioso que no hace más que contribuir a la ganancia de peso. Las mujeres obesas que se aíslan suelen pasar muchas horas frente al televisor con conductas totalmente sedentarias e ingiriendo alimentos chatarras ricos en calorías que incrementan más el peso corporal. Las consecuencias sociales también son importantes porque dificulta a las personas encontrar trabajo o pareja, también se asocia a mayores costos para la familia, la sociedad y el sistema de salud, no sólo en relación a la muerte y la carga de enfermedades, sino por la discapacidad que genera la obesidad y la calidad de vida que tienen estas personas. Las mujeres obesas de un estatus social más bajo están expuestas de manera desproporcionada a adversidades y

niveles más altos de estrés social que, a su vez, aumentan la susceptibilidad a las enfermedades a través de conductas nocivas y una respuesta fisiológica prolongada al estrés (28).

3.1.6. Tratamiento de la obesidad

Existen pocos estudios que demuestran que la pérdida de peso en pacientes obesos causa un impacto significativo sobre la tasa de mortalidad, la mayoría de estas disminuciones significativas son en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Sin embargo, existe evidencia de que la pérdida de peso del 5-10% se asocia a una mejoría en los factores de riesgo cardiovasculares y en el perfil metabólico de las personas. O Por ello lo más importante en el tratamiento de la obesidad no es tanto la reducción del peso sino más bien en los beneficios obtenidos al disminuir las comorbilidades favoreciendo una mejor calidad de vida. Los objetivos de pérdida de peso deben plantearse para cada paciente y consensuados con ellos. En primer lugar, es necesario que se aborden las razones que motivan a la mujer a querer bajar de peso y en caso que no sea su motivación, los profesionales deben incidir en la importancia de la pérdida de peso para que sienta motivación y se adhiera al tratamiento de forma más responsable de manera que se pueda alcanzar el éxito y objetivos esperados, caso contrario, las personas sienten que las medidas planteadas son irreales y se frustran lo que conlleva al consiguiente abandono del plan de tratamiento. La estrategia más razonable es la pérdida de peso del 5-10% en un periodo de 6-12 meses, porque se ha observado que una disminución del 7% del peso en los pacientes con glucemia alterada en ayunas disminuye la progresión a diabetes en un 58%. Las medidas terapéuticas incluyen un plan de alimentación, actividad física, educación, cambio de conducta, tratamiento de comorbilidades y en algunos pacientes se requiere medicación o cirugía (29).

3.1.6.1. Plan de alimentación

La elección del régimen dietético más efectivo se presenta como el tema más polémico, coincidiendo los expertos en la necesidad de adoptar una dieta hipocalórica como pilar básico del tratamiento, aunque persiste el debate sobre qué tipo de dieta resulta más eficaz, tanto en la distribución de macronutrientes como en el total calórico diario. Las estrategias para mejorar la baja adherencia a las dietas a medio y largo plazo son limitadas. El régimen alimenticio ideal debería ser equilibrado, agradable, sostenible a lo largo del tiempo y promover beneficios que trasciendan la mera pérdida de peso. Un plan alimenticio prudente sugiere una reducción del consumo calórico diario de entre 500 y 1000 calorías por debajo de lo que el paciente consume normalmente, siguiendo ciertas recomendaciones establecidas (29).

- Proteínas: 15-20%
- Aumentar el aporte de fibra (20-40 gramos diarios), para alcanzar mayores niveles de saciedad y reducir el índice glucémico.
- Hidratos de carbono: 50-60%
- Grasas: menor al 30%, a predominio de mono y poliinsaturadas (con menos del 7% de saturadas)
- Evitar hablar de alimentos permitidos y prohibidos, ya que lleva a cometer transgresiones, aumenta la ansiedad, sensación de fracaso y estrés.
- Fraccionar en 4 comidas (con o sin colaciones, de acuerdo al gusto y posibilidades del paciente).
- Limitar el consumo de azúcares refinados y alcohol (28).

Este enfoque dietético facilita una pérdida de peso semanal de entre 0.5 y 1 kilogramo, alcanzando una reducción del 5 al 10% del peso inicial después de seis meses de tratamiento. La dieta hipocalórica tradicional se caracteriza por proporcionar un total calórico diario inferior a las necesidades del paciente, manteniendo un aporte mínimo de 800 calorías al día (entre 800 y 1500 Kcal), y se considera equilibrada en cuanto a la distribución de los nutrientes esenciales.

- Grasas: 25-30% del VCT
- Proteínas: 10-20% del VCT
- Hidratos de carbono: 50-60% del VCT (29).

Este tipo de plan permite un buen descenso a largo plazo, pero, como todas las dietas, se suele recuperar una parte de lo perdido si no se logran que los cambios en los hábitos alimentarios sean permanentes y si no se implementa la actividad física (28).

La dieta de muy bajo valor calórico aporta menos de 800 Kcal por día y deben cumplir con un aporte mínimo diario de:

- 50 gramos de hidratos de carbono;
- 0.5 gr/kg/día de proteínas de alto valor biológico;
- Aceites con ácidos grasos esenciales (debido a que el aporte de grasas es escaso) (29).

Una característica de esta dieta es que provoca un descenso de peso importante en un corto plazo con una franca mejoría de los factores de riesgo. Su principal limitación es que es difícil de mantener de forma sostenida a través del tiempo, y como se ha señalado antes, la obesidad es una enfermedad crónica que puede tener mejoría con la adherencia a los planes de alimentación y actividad física, pero si estos cambios no se mantienen a lo largo del tiempo, fácilmente se recuperan los kilos perdidos e incluso ese denominado efecto rebote puede causar mayor ganancia de peso que la inicial (28).

Por ello, las recomendaciones para seguir este tipo de dieta son muy específicas y se dirigen principalmente a personas con obesidad mórbida que presentan factores de riesgo cardiovascular o como preparación para la cirugía bariátrica. Dado que esta dieta puede provocar deficiencias de vitaminas y minerales, así como un significativo catabolismo proteico, no se aconseja su práctica por periodos mayores a 16 semanas. Es imprescindible complementarla con suplementos de vitaminas y minerales. Queda desaconsejada para pacientes con un IMC menor a 25, mujeres embarazadas, adolescentes, personas con diabetes tipo 1 o con historial de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedades catabólicas, insuficiencia renal o hepática, o trastornos psiquiátricos (29).

Las dietas disarmónicas se distinguen por alterar las proporciones estándar de macronutrientes, entre las que destacan la dieta cetogénica, con un 40% de las calorías provenientes de grasas y un 30% de proteínas, reduciendo los carbohidratos al 30%, lo que induce una rápida pérdida de peso por la eliminación de agua durante la cetosis, y la dieta hiperproteica, donde el aporte proteico supera el 30% del valor calórico total, generando saciedad pero provocando deshidratación y pérdida de calcio a través de la orina (28).

Aunque el impacto de estos regímenes en el manejo de la obesidad es objeto de debate, estudios indican que después de seis meses, las dietas bajas en carbohidratos resultan en una mayor pérdida de peso de 4 kg en comparación con las dietas bajas en grasas, sin embargo, investigaciones de mayor duración no muestran diferencias significativas entre ambos grupos a largo plazo. Esto sugiere que el éxito de una dieta radica más en la adherencia sostenida que en la composición específica de macronutrientes, por lo que la elección del plan alimenticio debe ajustarse a las preferencias y necesidades individuales de cada paciente (29).

3.1.6.2. Tratamiento conductual

La meta es lograr transformaciones duraderas mediante la modificación de los patrones alimenticios, fomento del ejercicio físico y gestión de los elementos del entorno que incentivan el consumo excesivo de alimentos. Para ello, es esencial emplear diversas estrategias que doten al paciente de las herramientas, motivación y apoyo necesarios para el proceso, lo que implica un compromiso temporal significativo tanto del médico como del paciente. Determinar la disposición al cambio es crucial, ya que reduce el alto índice de fracasos comúnmente asociado a estos esfuerzos.

- Educación nutricional.
- Aumento de la actividad física.
- Apoyo social: el tratamiento conductual (grupal o individual) tiene mayor eficacia que el clásico que utiliza sólo dietoterapia y fármacos, siendo, además, un pilar fundamental en el mantenimiento del peso perdido a largo plazo.
- Manejo del estrés.
- Resolución de problemas, aprender a decir NO.
- Reestructuración cognitiva: reforzar cada logro obtenido y trabajar sobre los pensamientos negativos como la culpa y la baja autoestima.
- Comer lentamente: posibilita la aparición de las señales fisiológicas de saciedad.
- Control de estímulos: permite identificar situaciones que favorecen la ingesta permitiendo cortar el círculo vicioso de bajada y subida de peso. Por ejemplo, no realizar otra actividad mientras se come, porque permite concentrarse en la ingesta y comer más lento.
- Automonitoreo: permite generar conciencia de los disparadores de cada ingesta y las cantidades y frecuencia de las mismas mediante registros alimentarios. Es una de las estrategias más utilizadas en los pacientes que logran mantener el peso en el tiempo (29).

3.1.6.3. Actividad física

La actividad física produce mayor gasto calórico, ayuda a suprimir el apetito, mejora la ansiedad, contrarresta el declive metabólico producido por la dieta, permite minimizar la pérdida de masa magra y reduce la morbilidad asociada al exceso de peso. Es muy importante, sobre todo en la fase de mantenimiento del peso. La actividad debe ser aeróbica, de intensidad moderada y progresiva, teniendo como objetivo llegar a trabajar 45-60 minutos diarios. Se recomienda la caminata a paso ligero o en cinta caminadora por lo menos 45 minutos por día (29).

3.1.6.4. Tratamiento farmacológico

Este tratamiento puede ser adecuado para algunas pacientes con el objetivo de ayudar en la pérdida de peso y prevenir su recuperación, pero es fundamental que se combine con modificaciones en el estilo de vida. La autorización de la FDA para su uso está sujeta al cumplimiento de criterios específicos.

- Incapacidad de mantener el peso por métodos no farmacológicos o recaídas recurrentes.
- IMC mayor a 27 kg/m² asociado con comorbilidades
- IMC mayor a 30 kg/m²

Los medicamentos autorizados para el tratamiento de la obesidad incluyen Orlistat, un potente inhibidor irreversible de las lipasas digestivas que disminuye la absorción de las grasas de la dieta en un 30%. Los fármacos simpaticomiméticos, como la Fentermina, Dietilpropion y Mazindol, actúan como supresores del apetito y se recomienda su uso solo por cortos períodos debido al riesgo de dependencia y abuso. La Lorcaserina, aprobada recientemente por la FDA, es un inhibidor selectivo del receptor 2C de serotonina que reduce el apetito sin causar efectos cardiovasculares, mostrando una eficacia comparable a la del Orlistat pero con menos efectos secundarios, que incluyen cefalea, náuseas y estreñimiento (29).

3.1.6.5. Cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica busca mejorar la calidad de vida y controlar a largo plazo las enfermedades relacionadas con la obesidad mórbida en pacientes que no han logrado una pérdida de peso significativa con tratamientos convencionales como la dieta, el ejercicio y la farmacoterapia. Este tipo de cirugía es efectiva para mantener la pérdida de peso a largo plazo y tiene beneficios adicionales como la mejora de la presión arterial, los niveles de colesterol y el control de la diabetes. Se recomienda para pacientes con un IMC igual o superior a 40 kg/m², o igual o superior a 35 kg/m² si presentan comorbilidades, y que no hayan respondido al tratamiento convencional supervisado. La selección de pacientes es crucial para excluir aquellos con patologías psiquiátricas, adicciones y endocrinopatías, y se requiere una evaluación psicológica para determinar su capacidad de adherirse y comprender el tratamiento. Las técnicas quirúrgicas más comunes son las restrictivas, como la banda gástrica ajustable y la gastroplastía vertical en manga, que limitan la ingesta de alimentos al reducir el tamaño del estómago. Aunque estas técnicas son efectivas y presentan una baja tasa de complicaciones, produciendo una pérdida del 50% del exceso de peso, no son adecuadas para personas con hábitos de ingesta de dulces o picoteo frecuente, ni para quienes sufren de reflujo gastroesofágico o esofagitis, debido a que pueden ser fácilmente saboteadas (28).

El bypass gástrico en Y de Roux se considera el estándar de referencia ("Patrón de oro") en la cirugía bariátrica, ya que combina la restricción de la ingesta de alimentos mediante la creación de un pequeño estómago conectado directamente al yeyuno, lo que provoca una sensación de saciedad temprana y malabsorción. Este procedimiento también influye hormonalmente, reduciendo los niveles de Ghrelina y Péptido inhibidor gástrico, dos hormonas que estimulan el apetito, siendo adecuado para pacientes con un IMC entre 40 y 59 kg/m². Permite una pérdida de peso del 60-70% del exceso, mejora notablemente las comorbilidades y la calidad de vida, con un riesgo de complicaciones manejable. Por otro lado, la derivación biliopancreática implica una gastrectomía parcial para dejar un estómago más grande que en el bypass, combinada con una derivación del sistema digestivo que reduce el

tiempo de absorción de alimentos, generando una mayor malabsorción. Es especialmente efectiva en pacientes con un IMC superior a 60 kg/m², logrando una reducción del peso de entre el 70 y el 85% con mayor permanencia en el tiempo. La selección de la técnica quirúrgica depende de la experiencia del cirujano y de las características individuales del paciente, teniendo una tasa de mortalidad temprana menor al 1% en manos experimentadas. Es crucial un enfoque multidisciplinario que incluya apoyo psicológico y nutricional tanto antes como después de la operación (29).

3.1.7. Prevención de la obesidad

El Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, instaurado en 2016, subraya que es posible prevenir la obesidad transformando el actual entorno propenso a ella en uno que fomente el consumo de alimentos nutritivos y el incremento de la actividad física. Destaca la importancia de la promoción de la salud y la prevención a través de estrategias de comunicación, educación, y la regulación de la oferta y demanda de productos, como medios más efectivos para disminuir la morbilidad vinculada a la obesidad. El programa busca desarrollar intervenciones orientadas a fomentar estilos de vida saludables y establecer políticas para cambiar el contexto que promueve la obesidad. Se enfoca en identificar los factores determinantes del aumento de sobrepeso y obesidad, tales como la abundante disponibilidad de alimentos procesados ricos en sal, grasas saturadas y azúcares añadidos; la publicidad y la información engañosa; el seguimiento de dietas inadecuadas; la falta de actividad física; y las desigualdades en la calidad y accesibilidad de los servicios de salud relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Este programa integra diversas acciones dirigidas a abordar estos factores clave a través de múltiples ejes de actuación (30).

- Promoción y regulación de alimentos procesados saludables.
- Promoción de dieta saludable.
- Prevención y control del sobrepeso y obesidad.
- Educación de profesionales de la salud.
- Vigilancia y control de factores del sobrepeso y obesidad.

- Acciones de comunicación masiva.
- Priorización de áreas de investigación.
- Servicios de salud: epidemiología/vigilancia de servicios de salud, calidad de atención, fortalecimiento de redes de atención.

Se ha desarrollado el programa "Menos Sal+Vida" con el objetivo de reducir el consumo de sal entre la población y, con ello, disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales (31).

Además, existe el programa "Comé Rico, comé saludable", que promueve la difusión de métodos para preparar alimentos de manera saludable (32).

3.1.8. Intervención de enfermería en personas con obesidad y en los niveles de prevención

3.1.8.1. Prevención primaria

La mayoría de las intervenciones que debe realizar los enfermeros se basan en la educación sanitaria sobre alimentación, ejercicio físico y hábitos de vida saludables, esta educación debe realizarse a las madres de niños pequeños porque los hábitos alimenticios y la historia de sobrepeso u obesidad suele iniciarse desde la infancia, sin embargo, en todos los grupos etáreos se debe incidir en la educación promoviendo la adopción de hábitos de alimentación saludables y la promoción de la actividad física, señalar también cuáles son factores de riesgo de la obesidad e incidir en ellos. También se debe orientar a las personas acerca del balance energético calórico con resultados más positivos. También se deben realizar intervenciones que aborden los factores de riesgo de obesidad, y deben también realizarse entrevistas motivacionales para incentivar la fuerza de voluntad de las mujeres con el fin de perder peso planteándose objetivos a corto y largo plazo como estímulo anímico. Otras estrategias que se deben aplicar están orientadas al manejo del estrés, de la ansiedad y la educación conductual para el cambio de hábitos alimenticios. Cuando se emplean técnicas motivacionales y de modificación de hábitos de nutrición y actividad física se logran obtener resultados mucho más favorables. Se sugiere que las intervenciones para abordar la obesidad se guíen por un diagrama de flujo, estrategia que ha demostrado científicamente

su eficacia al analizar las causas reales de esta condición, ya sea por falta de voluntad, fuerza o conocimiento. Considerando que cada persona es única y presenta diferentes factores que contribuyen a la obesidad, es crucial identificar la causa específica de la enfermedad en cada caso para diseñar y optimizar intervenciones que logren resultados confiables y positivos. Además, se ha comprobado la efectividad de utilizar herramientas digitales para la educación sanitaria en línea, especialmente aquellas que combinan el uso de estas tecnologías con el soporte remoto de profesionales de enfermería (33).

3.1.8.2. Prevención secundaria

Se basa en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, en tal sentido, resulta importante que en el trabajo diario de los enfermeros se identifiquen a las personas que presentan sobrepeso y obesidad, pero sobre todo en el primer grupo se deben dar la educación sanitaria con mayor énfasis para evitar que estas personas progresen a la obesidad. Es necesario que los enfermeros además de brindar la educación sanitaria a la que se ha hecho mención anteriormente, derive a las pacientes a la consulta médica, para que sea el médico quien indique los exámenes necesarios a efectos de tener una información más precisa de cada caso, sobre todo en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento oportuno de las comorbilidades que se presentan asociadas a la obesidad, además de indicar los exámenes de laboratorio y otras pruebas diagnósticas que sean pertinentes. A partir de los resultados que se obtengan puede ser necesario que la mujer ya no se deba seguir siendo atendida en atención primaria, porque cuando la obesidad es mayor y representa un alto riesgo para la salud de la persona, ésta debe ser derivada a la atención hospitalaria especializada: al servicio de endocrinología, de medicina interna o incluso directamente a cirugía bariátrica. En tal sentido, los enfermeros tienen la importante función de detectar aquellos casos potencialmente peligrosos e intentar resolverlos mediante las intervenciones indicadas. También es necesario que se aumenten los conocimientos de enfermería de los riesgos que conlleva la obesidad, la forma como debe ser abordada y la manera de prevenirla. De este modo, los profesionales podrían mejorar la calidad de las intervenciones y se obtendrían mejores resultados (33).

3.1.8.3. Prevención terciaria

Consiste en la rehabilitación de las personas que han tenido o se encuentran en tratamiento de la obesidad, resaltando siempre la cronicidad de la enfermedad y el alto riesgo de que las personas puedan volver a subir de peso después de las intervenciones iniciales, si estas no se conservan a lo largo del tiempo, se debe realizar la retroalimentación constante para que no cese la motivación por mejorar su condición de salud, justamente el éxito de las primeras intervenciones constituyen elementos motivadores que impulsan en las pacientes el deseo de continuar con la pérdida de peso, situación que es más evidente con la cirugía bariátrica, por los cambios radicales que obtienen en su peso corporal, IMC, comorbilidades, apariencia física y autoimagen (33).

3.2. Calidad de Vida

3.2.1. Concepto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida (CV) como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (34). La concepción de la calidad de vida es subjetiva, multidimensional y abarca un amplio rango de dominios de vida, entre los cuales la salud es uno de los determinantes más importantes. Además de ser una evaluación médica objetiva, la calidad relacionada con la salud de vida (CVRS), que típicamente combina los dominios físicos, psicológicos y sociales de salud, es más reconocido como un resultado central en las estrategias de salud, destacando el hecho de que la salud está profundamente entrelazada con la perspectiva de los pacientes. En consecuencia, el uso de la evaluación de la CVRS es particularmente relevante y está cada vez más extendida en la práctica clínica, predominantemente para el envejecimiento de la población y para la expansión inherente de la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT), que incluyen enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus e hipertensión (34, 35).

La misma Organización Mundial de la Salud, tiene otra definición anterior de la calidad de vida que afirma: es el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida (36).

3.2.2. Dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud

La calidad de vida tiene su máxima expresión en los adultos y se observan en tres dimensiones:

- a. Dimensión física, es la percepción del estado físico o de la salud ausente de enfermedad. Estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- b. Dimensión psicológica, es la percepción del estado cognitivo y afectivo, creencias personales y aptitudes.
- c. Dimensión social, es la percepción de las relaciones sociales en la vida (36).

Por su parte Grossy, citado por Cornejo, señalan que debido a la necesidad de establecer medios diferenciados de calidad de vida se describen tres dimensiones:

- a. Objetiva, es el conjunto de condiciones de vida fijas que son necesarias para alcanzar niveles de calidad óptimos.
- b. Subjetiva evaluativa, consiste en que la persona debe evaluar su grado de satisfacción de acuerdo con las condiciones de vida que posee.
- c. Subjetiva apreciativa, el sujeto evalúa su grado de bienes y/o felicidad (37).

3.2.3. Componentes de la calidad de vida

En los estudios citados por Cornejo, mencionan varios componentes de la calidad de vida entre los que se incluyen la salud, bienestar social, educación y seguridad ciudadana; mientras que Blanco y Chacón, citado por Cornejo, señalan también cuatro componentes: trabajo, educación, sanidad y vivienda. También son pertinentes los componentes o factores de la calidad de vida propuestos por Grimaldo, según cita Cornejo, y en los que figuran: salud, familia, comunicación, religión, economía. Las condiciones objetivas fijan la calidad de vida, siendo que la acción de los medios de comunicación sobre todo de la televisión, cobran importancia porque representan un medio de transmisión de ideales de la calidad de vida y muestran modelos a los que se llega por medio del consumo. La discrepancia del modelo y realidad genera la incapacidad de muchos ciudadanos para lograr sus expectativas alcanzados en ellos, lo que induce a la falta de realización personal, por ejemplo, para muchas personas poder tener ropa de marca, o el carro de último modelo es la forma como pueden demostrar su éxito personal, que da lugar a la insatisfacción con su nivel de la calidad de vida, se ha señalado también que la situación socioeconómica se asocia a una calidad de vida más alta porque estas personas pueden satisfacer de mejor manera las demandas básicas que muchas personas con estatus socio educativo y socioeconómico más bajo, no pueden tener porque casi siempre presentan una vivienda menos confortable y menores recursos económicos con los cuales acceder a las cosas o situaciones que ellos considerarían importantes (37).

3.2.4. Repercusiones de la obesidad en la calidad de vida

Como se ha mencionado, la evaluación de la calidad de vida, además de ser una evaluación médica objetiva, se relaciona con la salud, es por ello que la misma OMS la define como calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), siendo que típicamente se combina los dominios físicos, psicológicos y sociales de salud, es más reconocido como un resultado central en las estrategias de salud, destacando el hecho de que la salud está profundamente entrelazada con la perspectiva del paciente. Es por ello que, la evaluación de la CVRS es particularmente relevante y está cada vez más extendida en la práctica clínica, resulta especialmente importante en el contexto del envejecimiento de la población y para el abordaje integral de personas que presentan enfermedades no transmisibles (ENT), como es el caso de la obesidad entre las que se incluyen enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus e hipertensión (38).

La obesidad incide de forma negativa en la calidad de vida porque las personas que la padecen ven mermada no sólo su percepción de su estado de salud, sino que además están expuestas a una mayor prevalencia e incidencia de enfermedades muy diversas, muchas de las cuales disminuyen aún más la calidad de vida, y también se asocian a una mayor mortalidad o a la muerte más temprana, siendo por ello un objetivo básico en los programas de salud pública. La acumulación de grasa corporal, predominantemente dentro de la región abdominal, está claramente asociado con una enfermedad inflamatoria crónica de bajo grado estado y un estado redox deteriorado, siendo ambos las principales vías patológicas involucradas en el desarrollo de enfermedades no transmisibles y también se asocia a trastornos de depresión y ansiedad que empeoran aún más la calidad de vida. Además, se sabe que tanto el sobrepeso como la obesidad son condiciones que pueden acelerar el envejecimiento y exacerbar el riesgo de complicaciones durante el mismo y de que el envejecimiento por sí mismo sea más difícil de sobrellevar, porque las mujeres obesas adultas mayores presentan mayor riesgo de caídas, de fracturas de cadera, de deterioro cognitivo, de problemas en la piel, de discapacidad por inamovilidad temprana pérdida de la capacidad funcional, entre otras complicaciones. Además de su papel en la etiología de estas afecciones médicas comunes, el sobrepeso y la obesidad tienen profundas consecuencias físicas, sociales y psicológicas adversas. que pueden

afectar negativamente a la CVRS y perjudicar la vida cotidiana, lo que parece ser un resultado cada vez más importante para los pacientes y los médicos, así como para los responsables de la formulación de políticas. Como resultado, la calidad de vida se ha convertido en un punto final valioso evaluado tanto en epidemiología como en estudios intervencionistas de control del peso en voluntarios con sobrepeso y obesidad. La medición de la CVRS es la percepción subjetiva de la propia salud, donde se pregunta a los pacientes para calificar varios aspectos de su vida. Numerosos estudios han demostrado que, en la autoevaluación, las medidas de salud son importantes predictores de mortalidad en diversas poblaciones. Además, se ha demostrado una correlación negativa entre el IMC y Puntuaciones SF-36 y también una mejora de la CVRS correlacionada con la pérdida de peso en personas con sobrepeso (35).

3.3. Estado de Salud General

3.3.1. Conceptos

La palabra salud proviene del latín *salus*, es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser considerado a nivel subjetivo u objetivo (39). El término salud se contrapone al de enfermedad y es objeto de una gran atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (40). Desde sus orígenes, el concepto de la percepción de salud y la calidad de vida no sólo se refieren a la no aparición de enfermedades o afecciones, sino que va más allá porque se considera como un estado integral de los seres humanos. El concepto de salud general está formado por cuatro áreas: física, que se entiende como un óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, porque tiene que ver con el cuerpo; mental, que está referido a la forma como se maneja la vida diaria y la forma como nos relacionamos con los demás en diferentes ambientes o esferas de la vida que incluyen la escuela, familia, trabajo, amigos, etc.), también tiene que ver con la manera como las personas equilibran sus deseos, habilidades, ideales, valores, etc.; emocional, el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; y espiritual, que incluye la reflexión en las creencias personales (39).

La percepción de cada persona es subjetiva, selectiva y temporal. Es subjetiva, porque las reacciones ante un mismo estímulo varían de un individuo a otro; selectiva porque es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual según lo que desea percibir; temporal, puesto que es un fenómeno a corto plazo. El estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud de la población y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo (41). Los indicadores sociales que se emplean para medir la salud están referidos a la forma como las personas interactúan con otras personas y con las instituciones sociales. Las redes y el apoyo social son factores importantes para atenuar situaciones de estrés, así como la incidencia de enfermedades físicas y mentales. Para Antonio Abellán la autopercepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, incluso más que el número de enfermedades diagnosticadas. Los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas (42).

3.3.2. Indicadores del estado de salud general

La clasificación de los indicadores se divide en indicadores positivos y negativos y esta referida a la forma en que estos indicadores se relacionan con el concepto de salud, tanto de forma directa o inversa. Los indicadores se consideran positivos cuando mantienen una relación, asociación o correlación directa con el estado de salud (41).

Cuanto mayor es su magnitud, mejor será el estado de salud de las personas que conforman esa población, un ejemplo de indicador positivo es la esperanza de vida al nacer, los indicadores se consideran negativos cuando mantienen una relación, asociación o correlación inversa con el estado de salud, cuanto mayor sea su magnitud, peor será el estado de salud de las personas de esa población. Como ejemplos de indicadores negativos se puede mencionar la tasa de mortalidad de la población adulta, la razón de mortalidad materna, la tasa de incidencia del SIDA, la tasa de incidencia de los diferentes tipos de cánceres entre otras (42).

3.3.3. Factores que influyen en la percepción del estado de salud general

La percepción del estado de salud es una expresión de la sensación de bienestar individual, y puede ser considerada como una forma de medir el nivel de bienestar en una población que a su vez recibe la influencia del ambiente, la organización social y las propias acciones de los individuos; entre los factores que pueden ejercer una mayor influencia en la percepción del estado de salud general, se tiene a los estilos de vida, las representaciones sociales en las personas frente a la salud, es decir, que es lo que las personas perciben como estar saludables o tener salud, por ejemplo, para muchas personas tener algunos o muchos kilos de sobrepeso, puede ser considerado como que están más saludables y que gozan de mejor salud, mientras que para otras personas, el sobrepeso, así sea muy mínimo, es un factor de malestar emocional, discomfort e insatisfacción (44).

Otro factor que influye en la percepción del estado de salud general es la presencia de enfermedades, estas sobre todo son particularmente importantes, porque se agrega el reconocimiento de las experiencias y sentimientos individuales, así como la concepción que algunos tienen de ellas, los mismos que no pueden ser separados del conjunto de los fenómenos macro sociales. Otros factores son más subjetivos e implican la conjunción de los efectos de condiciones fisiológicas, las habilidades funcionales, la capacidad de establecer relaciones afectivas sólidas y armónicas, el bienestar psicológico y el apoyo social. Asimismo, los aspectos psicosociales también pueden ser elementos que se asocian al bienestar emocional o por el contrario pueden causar la exacerbación de signos y síntomas, con respecto a otras personas que comparten la misma situación contextual o de factores de riesgo (43).

También se deben mencionar los aspectos socioculturales como la religión o la influencia de la condición socioeconómica, que tiene sin lugar a dudas una gran repercusión en la percepción del estado de salud, por citar un ejemplo, se puede decir, que atravesar una enfermedad crónica como por ejemplo la obesidad, puede verse de forma diferente para una persona que tiene mayores ingresos económicos, porque podrían tener, - si así lo desea claro está-, mejores posibilidades de tratar esta enfermedad, recurrir a médicos especializados, comprar medicamentos que favorecen la pérdida de peso, inscribirse a gimnasios

donde podrá someterse a regímenes de actividad física monitorizados y someterse también a cirugía bariátrica, a diferencia de una persona obesa que no cuente con los recursos económicos necesarios para recurrir a estos tratamientos, quedando supeditada a los cambios en los estilos de vida relacionados a la alimentación saludable y la práctica de actividad física, los cuales muchas veces no logran los efectos esperados, sobre todo en el caso de la obesidad mórbida, produciéndose el abandono de las medidas terapéuticas (44).

3.3.4. Repercusiones de la obesidad en la percepción del estado de salud general

La forma en que se percibe la figura corporal, así como las condiciones de sobrepeso, la obesidad y los patrones alimenticios, están marcados por una variedad de factores sociales y culturales. Entre estos, la familia juega un rol crucial en el establecimiento de hábitos, conocimientos y costumbres relacionados con la alimentación. Los aspectos psicológicos o emocionales también tienen un impacto significativo, ya sea provocando una ingesta excesiva de alimentos o afectando los procesos metabólicos; adicionalmente, el entorno obesogénico, típico de los países desarrollados, contribuye a un balance energético positivo en las personas, favoreciendo así el aumento de peso (44).

Se indica que la obesidad afecta las percepciones del estado de salud general a través de patrones bioculturales, que se basan tanto en estímulos del entorno físico como en sensaciones experimentadas. Estos estímulos y sensaciones se filtran, organizando y descartando los indeseados para conservar únicamente aquellos que son interpretativos y asignándoles importancia según las normas culturales e ideológicas aprendidas desde la infancia. La percepción de la imagen corporal incluye varios componentes: el perceptual, que abarca el tamaño, peso y forma del cuerpo; el cognitivo-afectivo, que involucra las actitudes y sentimientos hacia el propio cuerpo; y el conductual, que comprende las acciones derivadas de estos aspectos (45).

Investigaciones sobre la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y la autopercepción corporal han mostrado consistentemente una discordancia entre ambos. Las personas con un peso normal o delgadez suelen sobrestimar su peso, mientras que aquellos con sobrepeso u obesidad tienden a subestimarlos, fenómeno que se observa tanto en mujeres como en hombres. Esta

subestimación del sobrepeso disminuye la percepción sobre la seriedad de esta condición, reduciendo así las posibilidades de emprender acciones hacia un peso saludable. La correcta percepción de la imagen corporal está cobrando importancia debido a su conexión con las prácticas alimenticias y las conductas pro salud. Por tanto, se resalta la importancia de entender cómo las personas con sobrepeso y obesidad se ven a sí mismas y cómo perciben su salud, ya que esto puede contribuir a la creación de nuevas estrategias que promuevan la conciencia sobre la importancia de mantener un peso saludable (44).

Considerar el sobrepeso y la obesidad como enfermedades implica reconocerse como enfermo, entendiendo la enfermedad como un desequilibrio en los niveles biológico, físico y mental. Por otro lado, las concepciones populares sobre la enfermedad sostienen que para considerarse enfermo debe existir un deterioro y daños estructurales con síntomas y causas evidentes, es decir, experimentar y notar cambios perjudiciales en el cuerpo. La percepción del exceso de peso como un problema se ve reforzada por los síntomas, molestias y la presencia de enfermedades asociadas al peso. Cuando las personas con obesidad no experimentan síntomas, molestias ni alteraciones en pruebas de laboratorio, frecuentemente no consideran su sobrepeso como un problema, siguiendo la lógica de si no se siente, no existe. Esta percepción cambia radicalmente cuando se diagnostican enfermedades vinculadas al exceso de peso, como la diabetes, hipertensión arterial, eventos cardiovasculares, problemas de movilidad o cáncer relacionado, momento en el cual la gravedad del sobrepeso se hace evidente y surge el deseo de buscar tratamiento (45).

3.4. Modelo de Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem

Dorothea E. Orem desarrolló la teoría del déficit de autocuidado, una teoría general que integra tres teorías interrelacionadas: la teoría de autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. El autocuidado se define como una actividad reguladora esencial que cada persona debe ejercer intencionalmente para preservar su vida, salud, desarrollo y bienestar, constituyendo así un sistema de acciones. Esta teoría aborda los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y actividad de autocuidado, fundamentales para comprender las necesidades y restricciones de las personas que requieren cuidados de enfermería. El autocuidado, como regulador del ser humano, se distingue de otras formas de regulación del funcionamiento y desarrollo humano, y debe ser aprendido y practicado de manera consciente y continua, ajustándose a las necesidades regulatorias específicas de cada individuo en diferentes etapas de vida, estados de salud y condiciones ambientales. Según Orem, la enfermería se conceptualiza como una serie de acciones sistematizadas llevadas a cabo por profesionales de enfermería para asistir a aquellos con limitaciones en su salud que enfrentan problemas de autocuidado o cuidado dependiente (46).

La teoría general del déficit de autocuidado establece una relación entre la necesidad de autocuidado terapéutico y la capacidad de acción de autocuidado en el ser humano, donde las habilidades de autocuidado, esenciales para responder a dicha necesidad, pueden ser insuficientes o inadecuadas para cubrir total o parcialmente los requerimientos de cuidado necesarios. Los humanos poseen una notable capacidad de adaptación a los cambios personales o ambientales; sin embargo, pueden enfrentarse a situaciones donde las demandas superan su capacidad de respuesta, momento en el cual puede ser necesaria la asistencia de diferentes fuentes, incluyendo el apoyo de familiares, amigos y profesionales de la salud. Dorothea E. Orem define al "agente de autocuidado" como la persona que provee o ejecuta el cuidado necesario. Aquellos que gestionan su propio cuidado son considerados agentes de autocuidado, poseyendo una "agencia de autocuidado" que es la capacidad para llevar a cabo su cuidado personal. Mientras algunas personas tienen una agencia de autocuidado bien desarrollada, capaces de satisfacer sus necesidades de salud, en otros, como los niños, esta aún se encuentra en desarrollo. Existen casos donde, a

pesar de tener una agencia de autocuidado desarrollada, factores como el miedo y la ansiedad pueden obstruir la capacidad de solicitar ayuda necesaria (47).

El autocuidado comienza con la conciencia sobre el propio estado de salud, un proceso que implica el uso del pensamiento racional para integrar la experiencia personal, las normas culturales y las conductas aprendidas, con el objetivo de evaluar el estado de salud y decidir sobre él. Para ello, es esencial tener el deseo y el compromiso de seguir un plan de cuidado. Sin embargo, existen barreras para el autocuidado, que surgen cuando la persona no posee suficiente conocimiento sobre sí misma o no tiene interés en adquirirlo, lo que puede dificultar la capacidad de hacer juicios sobre su salud o determinar cuándo es necesario buscar ayuda y consejo externo. El aprendizaje y la práctica continuada del autocuidado son aspectos cruciales de la función humana, implicando el aprendizaje y la aplicación de conocimientos para llevar a cabo acciones de autocuidado, que pueden ser tanto internas como externas. La distinción entre las acciones internas y externas se hace a través de la observación y la recopilación de datos, tanto objetivos como subjetivos, del agente de autocuidado, proporcionando una base para evaluar la efectividad de las estrategias de ayuda en el autocuidado (46).

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo (47).

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para (46).

1. Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.

2. Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.
3. Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas (47).

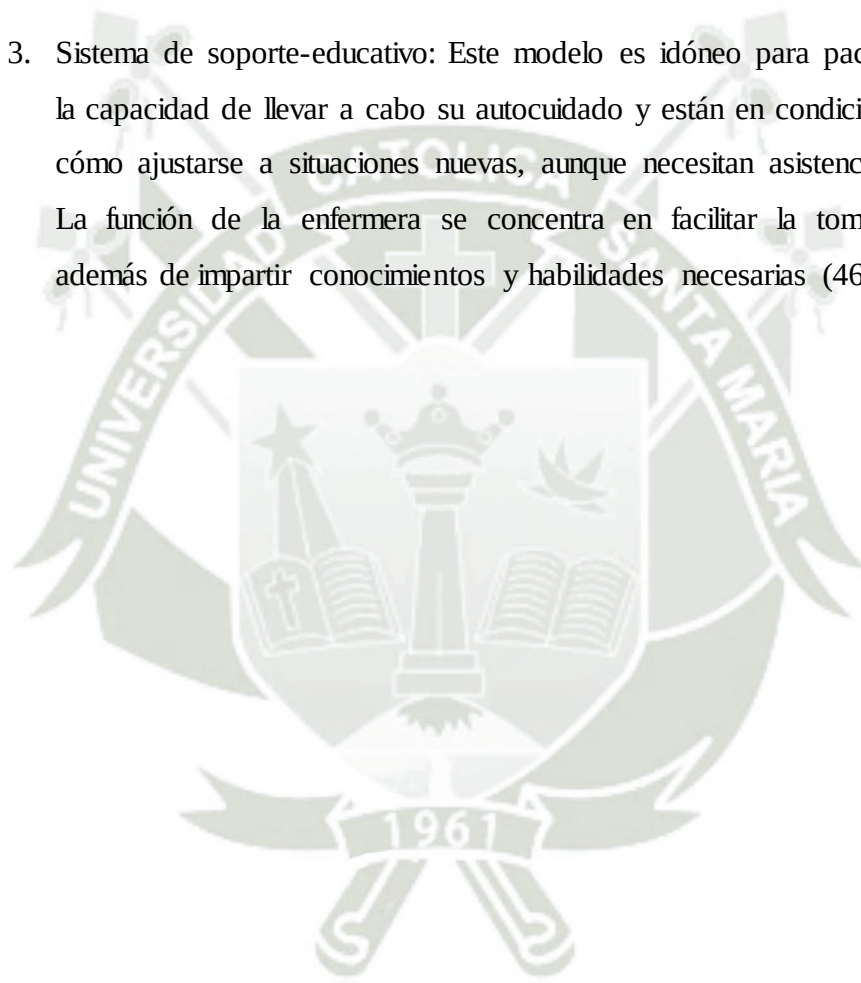
Determinar y satisfacer las necesidades propias de aprendizaje de autocuidado se fundamenta en las creencias, hábitos y prácticas culturalmente arraigados del grupo social al que pertenece una persona. De acuerdo con Dorothea E. Orem y su teoría del déficit de autocuidado, existe una relación entre la necesidad terapéutica de autocuidado del ser humano y la capacidad de llevar a cabo dichas actividades, donde a veces las habilidades desarrolladas no son suficientes para satisfacer todas o algunas de estas necesidades. Esta teoría engloba desde aquellos pacientes que necesitan asistencia completa de enfermería para realizar todas sus actividades de autocuidado, como es el caso de un cuadripléjico, hasta aquellos que pueden participar activamente en su propio cuidado con apoyo, como por ejemplo en el baño o en la recuperación postoperatoria de una cirugía bariátrica, donde el paciente debe aprender a realizar actividades de autocuidado con cierta ayuda (46).

Ante un déficit de autocuidado, los profesionales de enfermería pueden intervenir a través del Sistema de Enfermería, que se clasifica en tres tipos: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. Estos sistemas reflejan el nivel de involucramiento que el paciente puede tener en la gestión de su propio cuidado, ya sea para llevar a cabo el autocuidado de manera independiente, regular el cuidado terapéutico recibido o incluso rechazarlo. Según Dorothea E. Orem, es posible que una persona o grupo transite entre estos sistemas según las necesidades del momento, o incluso que se combinen varios sistemas simultáneamente, dependiendo de las circunstancias específicas del cuidado requerido (47).

1. Sistema completamente compensatorio: Este sistema se implementa cuando el profesional de enfermería asume el rol compensatorio principal para el paciente, encargándose de cumplir con las necesidades de autocuidado universales del

paciente hasta que este sea capaz de retomar su autocuidado o aprender a manejar sus incapacidades.

2. Sistema parcialmente compensatorio: A diferencia del sistema completamente compensatorio, este requiere una menor intervención por parte del profesional de enfermería. Aquí, el enfermero o enfermera ofrece soporte mientras el paciente participa activamente en su cuidado, tomando decisiones y ejecutando acciones relacionadas con su autocuidado.
3. Sistema de soporte-educativo: Este modelo es idóneo para pacientes que tienen la capacidad de llevar a cabo su autocuidado y están en condiciones de aprender cómo ajustarse a situaciones nuevas, aunque necesitan asistencia de enfermería. La función de la enfermera se concentra en facilitar la toma de decisiones, además de impartir conocimientos y habilidades necesarias (46).



4. Antecedentes Investigativos

4.1. Internacionales

Janjetic, Mariana y cols. Chile 2020, Calidad de vida y su relación con la percepción de estrés y el perfil antropométrico en mujeres adultas, incluyeron 128 mujeres (52,3% premenopáusicas y 47,7% posmenopáusicas), concluyeron que el 56,3% tiene calidad de vida buena y muy buena, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 60,2%, existe asociación inversa de la calidad de vida con el IMC en los dominios físico y psicológico (48).

Rayane, Silvia y cols. Brasil, 2020, Evaluación de la calidad de vida en usuarios del centro de referencia de la obesidad, Rio de Janeiro, participaron 58 personas con obesidad y concluyen, que la mayoría presentan mala calidad de vida sobre todo en los dominios de aspecto físico, capacidad funcional, estado general de salud, dolor, vitalidad, aspectos sociales y emocionales, además se encontró que a mayor IMC la calidad de vida es peor (49).

Cordero, María Laura, Cesani, María Argentina 2019, Calidad de vida relacionada a la salud, sobrepeso y obesidad en contextos de fragmentación socioterritorial de la Provincia de Tucumán (Argentina), llegaron a la conclusión de que el sobrepeso y, especialmente la obesidad, comprometen la calidad de vida relacionada con la salud, siendo las dimensiones más afectadas las relacionadas con el bienestar físico y psicosocial (autopercepción y autonomía) (50).

4.2. Nacionales

López, Sandra. Lima, 2019, Hipertensión arterial en personas con obesidad y su impacto económico en el Perú en el año 2017, concluye que la prevalencia de hipertensión arterial y obesidad en el Perú en el 2017 fue de 7.8% y 19.7% respectivamente, la prevalencia de hipertensión arterial en personas obesas fue de 18.9% (51).

Tarqui, Carolina, y cols Lima, 2017, Análisis de la tendencia del sobrepeso y obesidad en la Población Peruana, concluyen que la tendencia del sobrepeso y obesidad se incrementa en todos los grupos etarios a excepción de los menores de 5 años. En los hombres se incrementa el sobrepeso y obesidad en todas las edades excepto en los niños y en las mujeres en todas las edades menos en niñas y en el grupo entre 20-29 años, en personas en situación de pobreza extrema, la obesidad se incrementa en los jóvenes, adultos y adultos mayores (52).

4.3. Locales

Chávez, Sergio. Arequipa, 2020, Las obesidades en Arequipa: un estudio sobre la normalización de los hábitos obesogénicos, concluyen que las mujeres tienen más propensión a desarrollar obesidad, esta se incrementa cuando son madres debido a la sobrecarga de responsabilidades maternas que deben adoptar. De acuerdo a la forma como tanto las madres como los padres asumen e interiorizan los roles paternales contribuye a que las madres normalicen sus hábitos y dejen de dar prioridad al cuidado de su salud individual a largo plazo. Además, se encontró que conforme aumenta la edad mayor es el riesgo de obesidad, y que la familia desempeña un rol fundamental en la formación de hábitos alimenticios que siendo saludables puedan evitar el desarrollo de la obesidad (53).

Navarro, Viviana. Arequipa, 2020, Nivel de autoestima, e insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes adolescentes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con sobrepeso u obesidad Arequipa 2020, concluyen que existe relación estadísticamente significativa entre el sobrepeso u obesidad con el nivel de autoestima, los adolescentes que no presentaban ninguna de estas condiciones presentaban autoestima de media hacia alta, mientras que los adolescentes con sobrepeso u obesidad tenían un nivel de autoestima de media y baja. Se encontró relación entre el sobrepeso u obesidad con el nivel de la aceptación de la imagen corporal en los adolescentes, presentando estos una preocupación sobre su imagen corporal. El sexo predominante en los adolescentes con sobrepeso u obesidad fue el femenino (54).

5. Hipótesis

Dado que la obesidad es un problema de salud pública de gran relevancia por lo que se considera la pandemia del siglo XX, la misma que tiene graves repercusiones porque incrementa la morbilidad y mortalidad de las personas que la padecen.

Es probable que la obesidad de las mujeres adultas influya de forma significativa en una mala calidad de vida y percepción de un regular estado de salud general.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica

- Para la variable independiente se utilizó como técnica la observación.
- Para las variables dependientes se aplicó la técnica de la encuesta.

2. Instrumentos

El instrumento empleado para la variable independiente fue la Ficha de recolección de datos, creada por la investigadora. Este instrumento se utilizó para obtener información sobre edad, peso, estatura e IMC de las mujeres que participaron en el estudio. Dicha herramienta no requirió validación al ser empleada únicamente para la recolección de datos generales y estandarizados, como el IMC.

Para las variables dependientes se aplicaron los siguientes instrumentos:

2.1.1. Cuestionario de Calidad de Vida SF36 V2

Este cuestionario consta de 36 ítems que evalúan ocho áreas de la calidad de vida en base a dos grandes indicadores, que a su vez resumen los componentes físico y mental de la escala, los indicadores son los siguientes (55).

- Funcionamiento físico (FF): objetivo de valorar cómo la enfermedad limita las actividades físicas del individuo.
- Rol físico (RF): determina el efecto de la salud física en el desempeño laboral y en las actividades cotidianas.
- Dolor corporal (DC): mide las restricciones que el paciente experimenta debido al dolor asociado a su condición de salud.
- Salud general (SG): aprecia cómo el individuo percibe su estado de salud general y su susceptibilidad a empeorar.
- Vitalidad (VT): cuantifica el nivel de fatiga o energía presente en el individuo.
- Funcionamiento social (FS): considera en qué medida problemas físicos o emocionales inciden en la interacción social habitual.
- Rol emocional (RE): mide cómo las dificultades emocionales afectan el ámbito laboral y las actividades diarias.

- Salud mental (SM): esta dimensión valora el bienestar emocional general, incluyendo estados de ánimo como la depresión o la felicidad.
- Resumen del componente físico (RCF): compendia los aspectos físicos evaluados por la SF-36V2: FF, RF, DC y SG.
- Resumen del componente mental (RCM): reúne los aspectos mentales evaluados por la SF-36V2: VT, FS, RE y SM (56).

Para la calificación del instrumento, cada una de las escalas de la SF-36V2 tiene un rango de 0 a 100, en la que 100 es el mejor puntaje posible, siendo las categorías finales las siguientes:

- Mala calidad de vida: 0 – 34 puntos
- Regular calidad de vida: 35 – 68 puntos
- Buena calidad de vida: 69 – 100 puntos

Además, se debía considerar si existe una diferencia entre el resultado del componente físico (RCF) y el resultado del componente mental (RCM) > 3 puntos, lo cual también es indicativo de la afectación en la calidad de vida (55, 56).

Para el presente estudio se aplicó la versión del instrumento que fue validada en el estudio de Yepes y cols, en el que determinaron que la confiabilidad del instrumento medida a través del Coeficiente alfa de Cronbach es de 0,87; asimismo en el estudio de Castro que encontró una confiabilidad según el Coeficiente alfa de Cronbach de 0,85, resultados que demuestran que se trata de un instrumento de alta confiabilidad (57).

2.1.2. Cuestionario de Salud: EUROQOL – EQ-5D-3L

Para valorar la percepción sobre el estado de salud general se utilizó el cuestionario EQ5D3L. El EQ-5D-3L es una herramienta genérica diseñada para aplicarse a una amplia gama de enfermedades y condiciones de salud. Su propósito es describir y valorar la salud del individuo, realizar comparaciones con grupos de referencia (tanto con otros pacientes como con la población general) y monitorear la evolución de la salud de los pacientes en el tiempo. Busca medir el estado de salud de forma sencilla y general, apoyando tanto la evaluación clínica como la implementación de intervenciones. Este instrumento consta de dos partes y dos componentes principales: un sistema descriptivo, que mide la percepción de la salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades habituales, dolor/molestias y ansiedad/depresión), cada una con tres niveles de severidad (1 – sin problemas, 2 - problemas moderados, 3 - problemas graves). Los niveles en cada dominio se califican en una escala de 1 a 3, de no tener problemas a tener incapacidades o problemas graves, respectivamente. El total de puntos de las respuestas proporciona un puntaje global que luego se compara con un baremo establecido (58).

Buen estado de salud general	15 – 25 puntos
Regular estado de salud general	26 – 35 puntos
Mal estado de salud general	36 – 45 puntos

El instrumento fue validado en el estudio de Gozar, quien encontró que su confiabilidad evaluada mediante el Coeficiente alfa de Cronbach es de 0,89, lo cual denota una alta confiabilidad (58).

3. Campo de Verificación

3.1. Ubicación Espacial

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Mariano Melgar, situado en la calle Ica 303, dentro del distrito de Mariano Melgar, perteneciente a la provincia y al departamento de Arequipa.

3.2. Ubicación Temporal

El estudio se realizó durante los meses de Mayo del año 2021 al mes de Febrero del 2022.

3.3. Universo y Muestra

3.3.1. Universo

Estuvo conformado por las mujeres de 20 a 59 años que presentaban obesidad y que fueron atendidas en el centro de salud, cuales sumaban aproximadamente 80 pacientes por mes. Se trabajó con el 100% de mujeres que fueron atendidas durante el lapso de un mes y que cumplían los criterios de inclusión.

3.3.2. Criterios de inclusión:

- Mujeres con edades comprendidas entre los 20 a 59 años, que presentaban obesidad definida por el $IMC \geq 30$.
- Mujeres que aceptaron participar en el estudio.

3.3.3. Criterios de exclusión:

- Mujeres menores de 20 años y adultas mayores.
- Mujeres que habían sido sometidas a tratamiento quirúrgico de la obesidad.
- Mujeres con alteraciones mentales o sensoriales.

4. Estrategia de Recolección de Datos

4.1. Organización

- El proyecto se entregó a la Facultad de Enfermería para su evaluación, calificación y aprobación por parte del Jurado Dictaminador. Una vez obtenida la aprobación, se gestionó la autorización con el Director del Centro de Salud para llevar a cabo la investigación en ese lugar.
- Se estableció un acuerdo con el personal de enfermería del Consultorio de Enfermería sobre las fechas y horas disponibles para la evaluación antropométrica de las pacientes.
- Se seleccionaron las unidades de estudio basándose en los criterios de inclusión establecidos. Tras explicarles el objetivo de la investigación y obtener su consentimiento, se procedió con la medición del peso, la estatura y el IMC de cada una, seguido de la aplicación individual de los cuestionarios.
- Concluida la recopilación de datos, se creó una base en Excel para organizar la información obtenida mediante los cuestionarios. Luego, se llevó a cabo el análisis estadístico de los datos utilizando el software SPSS. La prueba de Chi cuadrado se utilizó para determinar la significancia de las variables estudiadas. Los hallazgos se muestran en diversas tablas y gráficos.

4.2. Recursos

4.2.1. Humanos

- **La investigadora:** Srta. Reyes Salas, Karen Fabiola
- **Asesora:** Shirley Rocio Delgado Velarde.

4.2.2. Institucionales

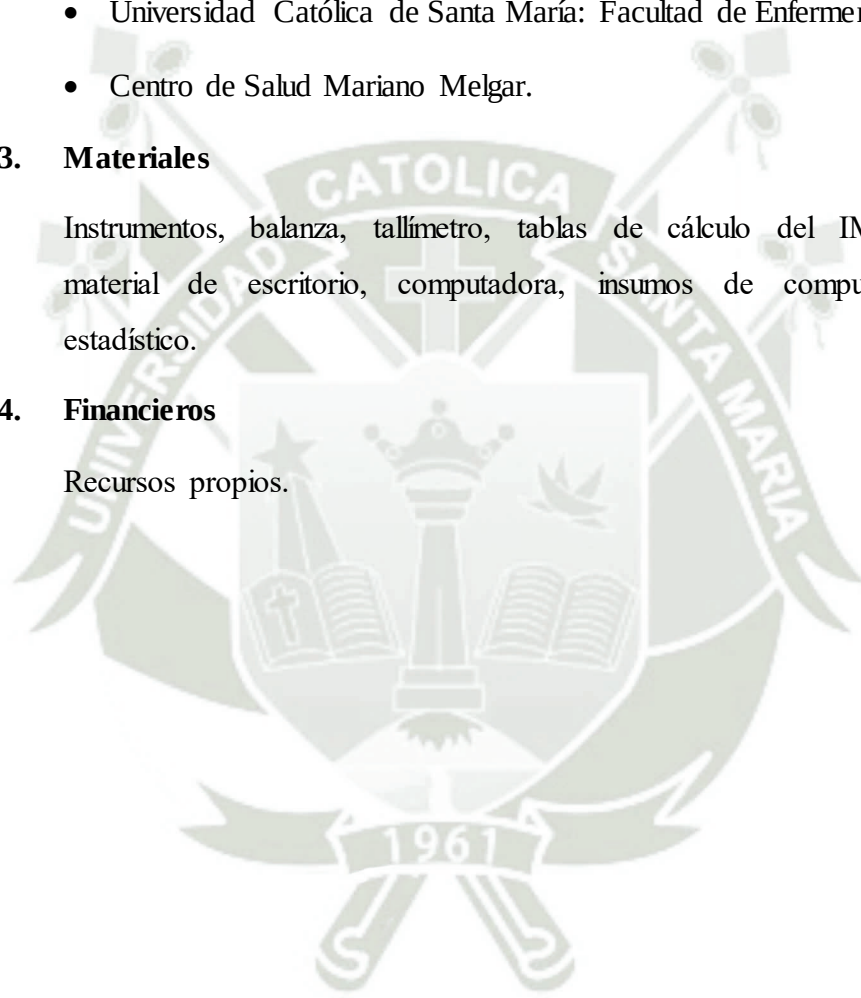
- Universidad Católica de Santa María: Facultad de Enfermería.
- Centro de Salud Mariano Melgar.

4.2.3. Materiales

Instrumentos, balanza, tallímetro, tablas de cálculo del IMC, calculadora, material de escritorio, computadora, insumos de computadora, paquete estadístico.

4.2.4. Financieros

Recursos propios.





CAPÍTULO III RESULTADOS

Tabla 1
Mujeres adultas según edad, 2021

EDAD (años)	Nº	%
20 – 29	30	37,50
30 – 59	50	62,50
TOTAL	80	100

Se observa que, el 62,50% de las mujeres adultas tienen edades de 30 a 59 y el 37,50% entre 20 y 29 años.

Se deduce que en más de la mitad de las mujeres adultas con obesidad tipo 1, tienen edades entre los 30 a 59 años.

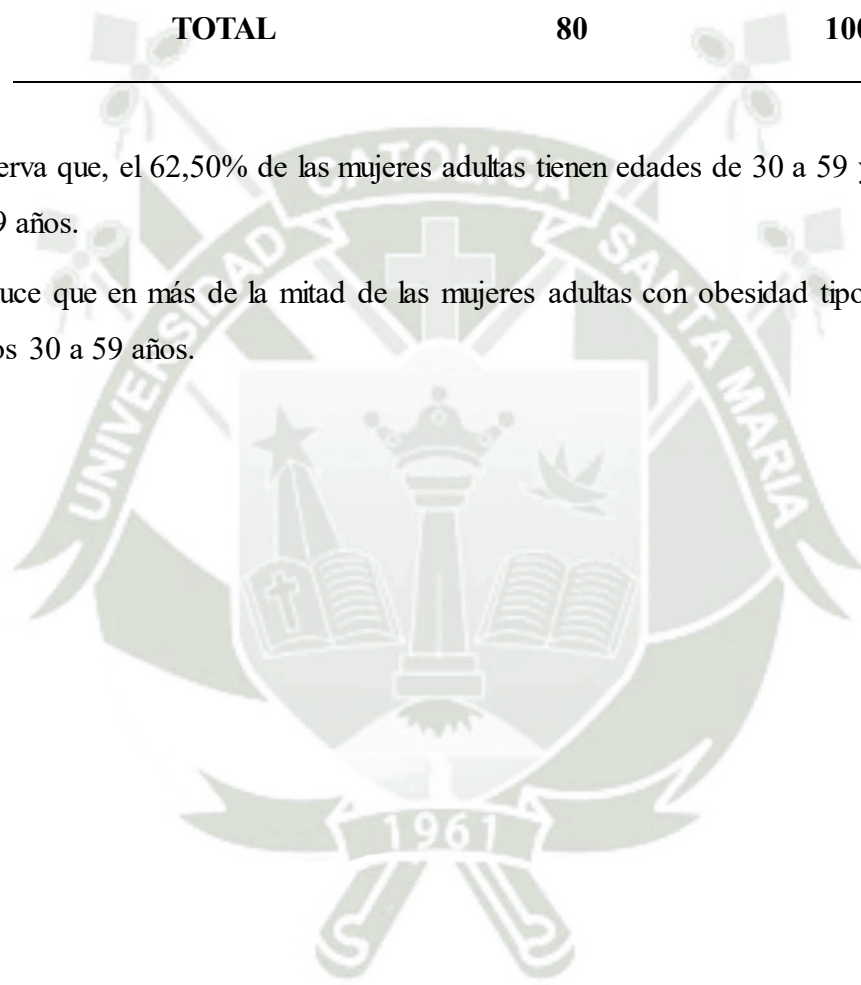


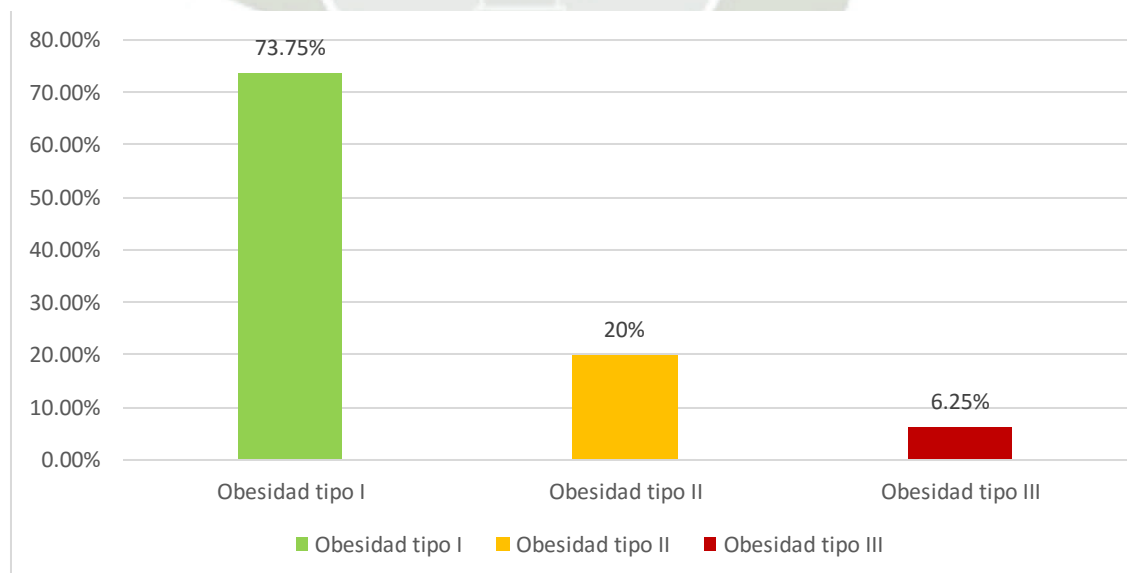
Tabla 2
Mujeres adultas según tipo de obesidad, 2021

TIPO DE OBESIDAD	Nº	%
Obesidad tipo I	59	73,75
Obesidad tipo II	16	20,00
Obesidad tipo III	5	6,25
TOTAL	80	100

Se observa en la tabla, que el 73,75% de mujeres tienen obesidad tipo I, el 20% obesidad tipo II y el 6,25% obesidad tipo III.

Se deduce que la mayoría de las mujeres presentan obesidad tipo I, la misma que corresponde al Índice de Masa Corporal entre 30 a 34,9.

Gráfico 1
Mujeres adultas según tipo de obesidad, 2021



En el gráfico se aprecia que el mayor porcentaje de mujeres presentan obesidad tipo I.

Tabla 3
Mujeres adultas según dimensiones de la calidad de vida, 2021

Nivel	Dimensiones de la calidad de vida													
	Funcionamiento físico		Rol físico		Dolor corporal		Rol emocional		Salud mental y vitalidad		Funcionamiento social		Salud general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mala	8	10,00	18	22,50	18	22,50	15	18,75	25	31,25	18	22,50	22	27,50
Regular	23	28,75	58	72,50	38	47,50	58	72,50	54	67,50	59	73,75	57	71,25
Buena	49	61,25	4	5,00	24	30,00	7	8,75	1	1,25	3	3,75	1	1,25
Total	80	100	80	100	80	100	80	100	80	100	80	100	80	100

Se observa en la tabla que, en la dimensión de funcionamiento físico, el 61,25% tiene buena calidad de vida; en la dimensión de rol físico, el 72,50% tienen calidad de vida regular y en la dimensión del dolor corporal que experimentan las mujeres que tienen obesidad, el 47,50% tiene regular calidad de vida. De lo que se deduce que, las dimensiones de la esfera física como el rol físico y dolor corporal, la calidad de vida es regular y en el funcionamiento físico es buena. En las dimensiones de rol emocional, el 72,50% tiene regular calidad de vida, mientras que, en la dimensión de salud mental y vitalidad, el 67,50% de mujeres tienen calidad de vida regular. De lo que se deduce que, tanto en la salud mental, como el rol emocional, la calidad de vida de mujeres con obesidad es regular. En la dimensión de funcionamiento social, el 73,75% tienen regular calidad de vida y en la dimensión de salud general, el 71,25% tiene calidad de vida regular. De lo que se deduce que la dimensión social en más de la mitad de mujeres presenta una calidad de vida regular, esto se debe a que se ha encontrado que las dimensiones que presentan mayor porcentaje de nivel regular son el funcionamiento social, rol físico, el rol emocional, la salud mental y la vitalidad, menores porcentajes, pero siempre comprendidos en el nivel regular se encuentra el dolor corporal y el funcionamiento físico. Estos resultados concuerdan con el estudio de Rayane y cols quienes encontraron que la mayoría de mujeres presentaban mala calidad de vida sobre todo en los dominios de aspecto físico, capacidad funcional, estado general de salud, dolor, vitalidad, aspectos sociales y emocionales, también encontraron que conforme era mayor el IMC la calidad de vida era peor (49). En el estudio de Cordero y Cesani, encontraron que principalmente la obesidad afectaba la calidad de vida, con mayor medida en el bienestar físico y psicosocial (50).

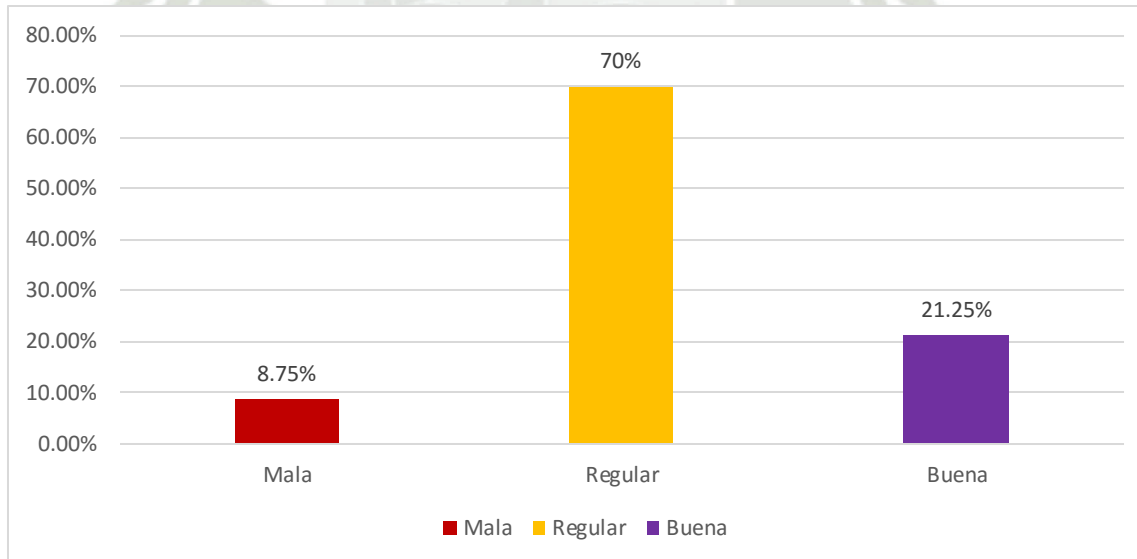
Tabla 4
Mujeres adultas según calidad de vida, 2021

CALIDAD DE VIDA	Nº	%
Mala	7	8,75
Regular	56	70,00
Buena	17	21,25
TOTAL	80	100

En la tabla se observa que, que el 70% de mujeres tienen calidad de vida regular, el 21,25% buena calidad de vida y mala el 8,75%.

De lo que se deduce que la calidad de vida para la mayoría de mujeres es regular.

Gráfico 2
Mujeres adultas según calidad de vida, 2021



Se aprecia en el gráfico que la mayoría de mujeres presentan calidad de vida regular.

Tabla 5
Mujeres adultas según dimensiones de la percepción del estado de salud, 2021

Dimensiones de la percepción del estado de salud										
Nivel	Movilidad		Cuidados personales		Actividades habituales		Dolor / malestar		Ansiedad /depresión	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No hay problema	11	13,75	50	62,50	11	13,75	11	13,75	16	20,00
Problema moderado	56	70,00	27	33,75	57	71,25	57	71,25	35	43,75
Problema grave	13	16,25	3	3,75	12	15,00	12	15,00	29	36,25
TOTAL	80	100	80	100	80	100	80	100	80	100

En la tabla se observa que, según la evaluación de la percepción del estado de salud general de las mujeres adultas, en la dimensión de movilidad, el 70% tiene problemas moderados y en la dimensión de cuidados personales, el 62,50% no tiene problemas. De lo que se deduce que, las mujeres perciben la afectación de la movilidad como un problema moderado y en los cuidados personales no presentan problema.

En la dimensión de actividades habituales, el 71,25% tiene problemas moderados; en la dimensión de dolor / malestar, el 71,25% tiene problemas moderados, mientras que en la dimensión de ansiedad /depresión, el 43,75% tiene problemas moderados.

Se deduce que la dimensión de ansiedad – depresión constituye el porcentaje más alto como problema grave pues se presenta en el 36,25%; asimismo, el 43,75% de mujeres que presentan problema moderado en cuanto a la percepción de su estado de salud general, tienen ansiedad – depresión. Estos resultados, concuerdan con los hallazgos de otros estudios como el de Naranjo y cols, quienes refieren que de acuerdo a como las personas perciben el sobrepeso y la obesidad como una enfermedad, estos se empiezan a asumir como enfermos y por ende cambia la percepción de su estado de salud, situación que obedece al desajuste

en la armonía a un nivel biológico, físico y mental y además, de acuerdo a ideas populares de la enfermedad que supone que para que las personas se perciban enfermos es necesario que exista desgaste y daños a las diferentes estructuras corporales en función de una serie de síntomas y causas, en otras palabras, de presentar alteraciones y percibir las en el organismo, es allí cuando, los síntomas, molestias y otras enfermedades que son resultado del exceso de peso hacen que este sea percibido como un problema, pero de forma contraria, cuando las personas que tiene obesidad, no tienen síntomas, molestias o alteraciones laboratoriales propias de la condición de la obesidad, tanto el sobrepeso como la obesidad no se perciben como un problema, porque en apariencia no existe si es que no ocasiona molestias y por tanto, las personas no buscan atención y la obesidad se va perpetuando y agravando, situación contraria ocurre, cuando las personas obesas ya perciben las consecuencias del exceso de peso y se les diagnostica enfermedades asociadas como diabetes, hipertensión arterial, cáncer, infarto u otras, es en ese momento cuando empiezan a percibir la real magnitud de la obesidad en su estado de salud y buscará tratamientos que promuevan la pérdida de peso (46).

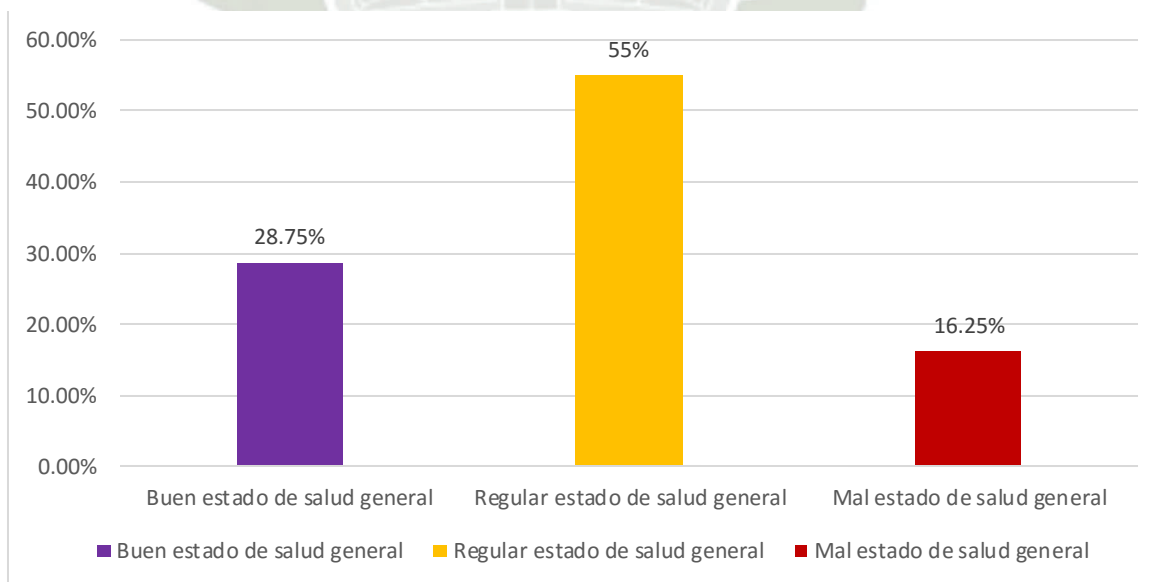


Tabla 6
Mujeres adultas según percepción del estado de salud, 2021

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD	Nº	%
Buen estado	23	28,75
Regular estado	44	55,00
Mal estado	13	16,25
TOTAL	80	100

En la tabla se observa que, el 55% de mujeres perciben que su estado de salud es regular, en 28,75% es bueno y el 16,25% lo perciben malo.

Se deduce que en más de la mitad de las mujeres adultas que presentan obesidad tipo I, su estado de salud es regular.

Gráfico 3
Mujeres adultas según percepción del estado de salud, 2021


En el gráfico destaca que la mayoría de mujeres tienen percepción regular de su estado de salud.

Tabla 7
Influencia de la obesidad de las mujeres adultas en la calidad de vida, 2021

TIPO DE OBESIDAD	CALIDAD DE VIDA						TOTAL	
	Mala		Regular		Buena		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Tipo I	2	3,39	42	71,19	15	25,42	59	100
Tipo II	2	12,50	12	75,00	2	12,50	16	100
Tipo III	3	60,00	2	40,00	0	0,00	5	100

$$X^2 = 8,0880 \quad p = 0,025$$

En la tabla se observa que, el 71,19% de mujeres que tienen obesidad tipo I, tienen calidad de vida regular, el 25,42% buena calidad de vida y el 3,39% mala. En las mujeres con obesidad de tipo II, el 75% tienen regular calidad de vida, 12,50% mala y el 12,50% tienen buena calidad de vida. En las mujeres con obesidad tipo III, el 60% tiene mala calidad de vida y el 40% regular. Se deduce que, las mujeres que tienen obesidad tipo I tienen calidad de vida regular; en las mujeres con obesidad de tipo II, la mayoría tienen regular calidad de vida y en las mujeres con obesidad tipo III, predomina la mala calidad de vida. La Prueba de Chi cuadrado demuestra que existe influencia significativa del tipo de obesidad en la calidad de vida, es decir, que cuando la obesidad es mayor, las mujeres tienen mala calidad de vida, resultado que permite comprobar la hipótesis del estudio. Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Romain y cols, quienes demostraron la existencia de una correlación negativa entre el Índice de Masa Corporal y las puntuaciones obtenidas en el SF – 36, es decir, que las personas con mayor IMC tienen peor calidad de vida y también encontraron que la pérdida de peso se correlaciona con la mejora en las dimensiones de la calidad de vida (35).

Janjetic y cols, mencionan que existe asociación inversa entre la calidad de vida y el IMC, es decir que, a mayor IMC, la puntuación en la evaluación de la calidad de vida es menor, sobre todo en los dominios físicos y psicológicos (48). Resultados similares fueron reportados por Rayane y cols, quienes encuentran que, a mayor IMC las personas tienen peor calidad de vida, siendo los dominios físicos, capacidad funcional, estado general de salud, dolor, vitalidad y el aspecto socioemocional los más afectados (49). Cordero y Cesani, también encontraron que la obesidad compromete la calidad de vida relacionada con la salud (50).

Tabla 8

**Influencia de la obesidad de las mujeres adultas en la percepción del estado de salud,
2021**

TIPO DE OBESIDAD	PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD						TOTAL	
	Buen estado de		Regular estado		Mal estado			
	salud		de salud		de salud			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo I	19	32,20	35	59,32	5	8,48	59	100
Tipo II	4	25,00	8	50,00	4	25,00	16	100
Tipo III	0	0,00	1	20,00	4	80,00	5	100

$$X^2 = 4,3086 \quad p = 0,041$$

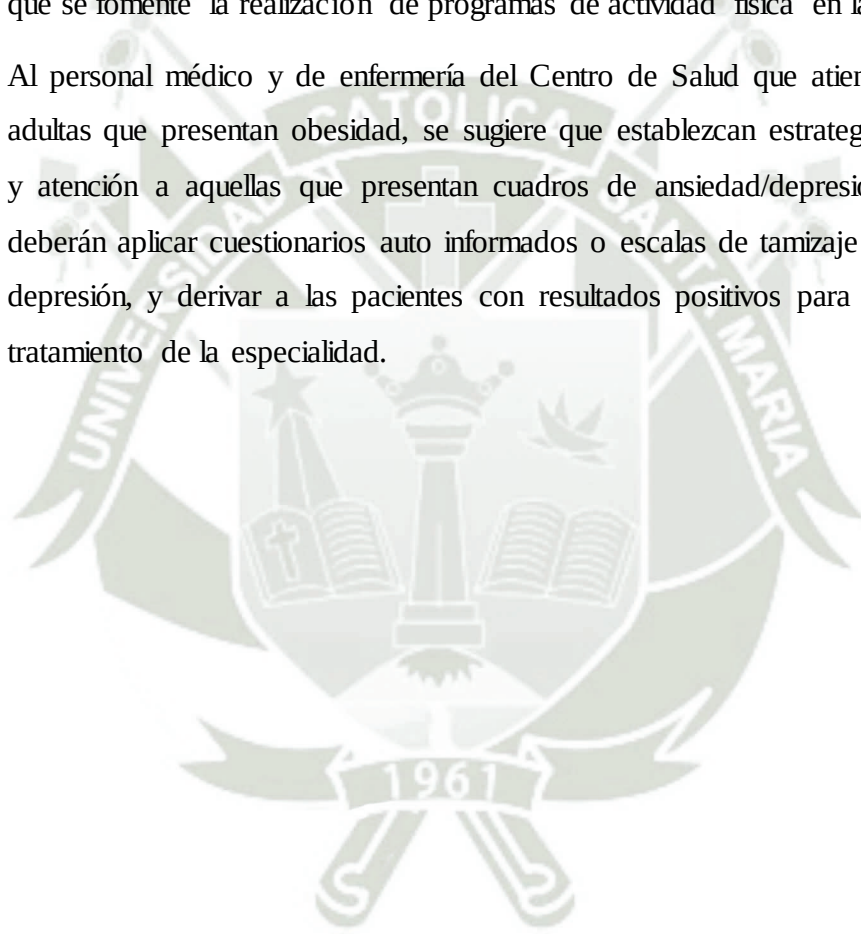
Se observa en la tabla que, el 59,32% de mujeres que tienen obesidad tipo I, tienen percepción de su estado de salud regular, el 32,20% tienen buen estado de salud y el 8,48% mal. En las mujeres con obesidad de tipo II, el 50% tienen percepción de un estado de salud regular, el 25% bueno y 25% malo. En las mujeres con obesidad tipo III, el 80% tiene percepción de que su estado de salud es malo y el 20% regular. Se deduce que, la mayoría de mujeres con obesidad tipo I, tienen percepción de su estado de salud regular; en las mujeres con obesidad de tipo II, la mayoría tiene estado de salud regular y en las mujeres con obesidad tipo III, predomina el estado de salud malo. La Prueba de Chi cuadrado demuestra que, existe influencia significativa del tipo de obesidad en la percepción del estado de salud, es decir, que un mayor grado de obesidad hace que las mujeres tengan mal estado de salud, resultado que permite comprobar la hipótesis planteada. De acuerdo a la literatura, existe evidencia de que la obesidad influye en la forma como las personas perciben su estado de salud general, situación que se debe a la presencia de patrones bioculturales, dado que dependiendo de la comunidad y características culturales e ideológicas en las que las personas se desarrollan, se le da mayor o menor importancia al sobrepeso, incluso como característica de status y de mejor condición social, mientras que en otras sociedades, se idealizan más los cuerpos y figuras esbeltas, como indicador de mejor estado de salud y belleza, es por ello, que en el abordaje del problema de la obesidad y sus repercusiones, es preciso considerar los aspectos culturales e idiosincrásicos, siendo necesario resaltar que la obesidad es una enfermedad, que en algunas personas puede tener mayor tiempo de evolución hasta que se desarrollen complicaciones como las enfermedades crónicas resultantes de la misma y la afectación en la calidad de vida y percepción del estado de salud general, pero que inexorablemente, sino se trata y se alcanza un peso adecuado, con la consiguiente reducción del ÍMC, las consecuencias de la obesidad serán manifiestas (45).

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** El tipo de obesidad que presentan las mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar es tipo I en casi las tres cuartas partes. Cabe precisar que el IMC es de 30 a 35 en más de las tres cuartas partes. La edad de las mujeres estuvo comprendida entre 30 a 59 años en más de la mitad.
- SEGUNDA:** La calidad de vida de las mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar es regular en más de la mitad. Al evaluar las dimensiones de la variable, se encuentra que la calidad de vida en el funcionamiento físico es buena, pero en todas las demás dimensiones como el rol físico, rol emocional, dolor corporal, salud mental y vitalidad, funcionamiento social y salud general es regular.
- TERCERA:** La percepción de las mujeres adultas con obesidad acerca de su estado de salud es regular en más de la mitad. Según las dimensiones en las que se evalúa la variable, se encontró que en la movilidad predomina la percepción de problema moderado, en los cuidados personales, la mayoría de mujeres no presentan problema; en las dimensiones de actividades habituales y dolor /malestar, casi las tres cuartas partes presentan problema moderado; mientras que en la dimensión de ansiedad/depresión, se halló que constituyen el mayor porcentaje de personas que tienen problema grave. Es decir, que la ansiedad y depresión son alteraciones en la percepción del estado de salud que la mayoría de mujeres, lo consideran como un problema grave.
- CUARTA:** La obesidad de la mujer adulta influye de forma significativa en la calidad de vida y percepción del estado de salud de las mujeres, por tanto, se comprueba la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección del Centro de Salud Mariano Melgar, se sugiere que se dé mayor énfasis al desarrollo de actividades de prevención de la obesidad y sus efectos nocivos para la salud y la calidad de vida en la población.
2. A la enfermera jefe del Centro de Salud Mariano Melgar, se sugiere que continúen realizando actividades de educación sanitaria acerca de los riesgos inherentes al sobrepeso u obesidad y además, coordinar con la Municipalidad distrital de manera que se fomente la realización de programas de actividad física en la jurisdicción.
3. Al personal médico y de enfermería del Centro de Salud que atiende a las mujeres adultas que presentan obesidad, se sugiere que establezcan estrategias de evaluación y atención a aquellas que presentan cuadros de ansiedad/depresión, para lo cual, deberán aplicar cuestionarios auto informados o escalas de tamizaje de la ansiedad y depresión, y derivar a las pacientes con resultados positivos para una evaluación y tratamiento de la especialidad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pajuelo-Ramírez, Jaime. La obesidad en el Perú. En Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Facultad de Medicina, 2017. p. 179-185.
2. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana para la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicancias para las políticas públicas. Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. Washington DC, 2015.
3. Fox, K. R., et al. Physical activity and obesity. Obesity reviews, 2007, vol. 8, no Suppl. 1, p. 115-121.
4. Rivera, Juan Ángel, et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. The lancet Diabetes & endocrinology, 2014, vol. 2, no 4, p. 321-332. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php>
5. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Dirección Ejecutiva y de Vigilancia Nutricional. Informe Técnico: Estado nutricional en el Perú por etapas de vida: 2012 - 2013. Lima 2015.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2017. Lima.
7. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Cerca del 70% de adultos peruanos padecen de obesidad y sobrepeso. Lima, 2019. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/>
8. Govantes Y. Ortiz R, Manes L, Rosabal F, Carvajal Y, Pérez K. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con obesidad. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2016;8 (2):48-60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs>
9. Ministerio de Salud. Estadísticas acerca de la mortalidad por COVID – 19. Lima, 2020.
10. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud: Obesidad. Ginebra, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>
11. Salas-Salvadó, Jordi, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Medicina clínica, 2007, vol. 128, no 5, p. 184-196.

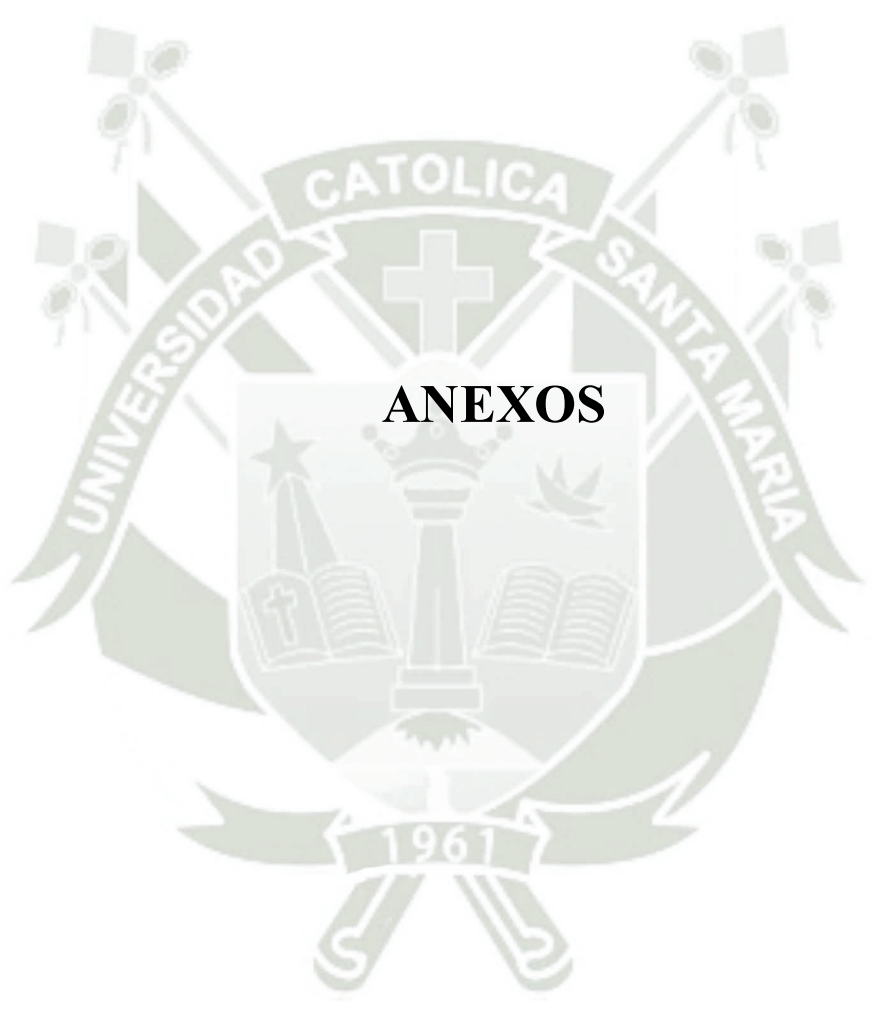
12. Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor F, Bales VS, et al. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors. JAMA 2017; 289: 76-9.
13. Calle EE, Rodríguez C, Walter-Thumbond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. N Engl J Med 2015; 348: 1625-38.
14. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004; 291: 1238-45.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Capítulo 1. Programas de enfermedades no transmisibles. Lima Perú 2020. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/boletin/boletin_202039.pdf
16. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico del Perú. Volumen 28 SE 40. Lima, 2019. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019>
17. Penny SJ. Biología, obesidad y salud: implicaciones de la investigación en biociencias emergentes. Bioenergética 2018; 2: 106.
18. Templin T, Cravo T, Thomson B, Dieleman J, Bendavid E. La transición del sobrepeso y la obesidad de los ricos a los pobres en los países de ingresos bajos y medios: una encuesta de datos de hogares de 103 países. PLoS Medicine 2019; 16: e1002968.
19. Silvestris E, de Pergola G, Rosania R, Loverro G. La obesidad como disruptor de la fertilidad femenina. Biología Reproductiva y Endocrinología 2018; 16: 22.
20. Katz A. CE: cáncer relacionado con la obesidad en mujeres: una revisión clínica. Revista Estadounidense de Enfermería 2019; 119 : 34 - 40.
21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes. 2020
22. Seoane, D. Soderlund. Consecuencias de la obesidad en la reproducción y en el embarazo. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 2016, vol. 21, no 2, p. 65-71.
23. Garmendia F, Pando R, Ronceros G, Hernández M. Frecuencia y características de obesos con y sin riesgo cardiometabólico. An Fac med. 2018;79 (1):11-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i1.14586>

24. Hansen L, Netterstrøm MK, Johansen NB, Rønn PF, Vistisen D, Husemoen LLN et al. Metabolically Healthy Obesity and Ischemic Heart Disease: A 10-Year Follow-Up of the Inter99 Study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017; 102 (6): 1934-1942. Disponible en: <https://doi.org/10.1210/jc.2016-3346>.
25. Villar MJ, Madrona F, Sadek I, Simón A, Tarraga L, Tárraga PJ. Riesgo de la obesidad en pacientes con Insuficiencia Cardíaca. *JONNPR.* 2020;5 (4):379-91. Disponible en: [10.19230/jonnpr.3258](https://doi.org/10.19230/jonnpr.3258).
26. Manrique H. Impacto de la obesidad en la salud reproductiva de la mujer adulta. *Rev. peru. ginecol. obstet.* 2017; 63 (4): 607-614. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304
27. Sepúlveda J, Quintero R. Obesidad y cáncer: fisiopatología y evidencia epidemiológica. *Revista médica Risaralda.* 2016; 22 (2): 91-97. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid
28. Yang, Yang Claire, et al. Young adult risk factors for cancer: Obesity, inflammation, and sociobehavioral mechanisms. *American journal of preventive medicine*, 2017, vol. 53, no 3, p. S21-S29.
29. Decarlíni M, Díaz M. Tratamiento integral del sobrepeso y obesidad. En: *Cardiología* Capítulo 106. P. 500. Argentina, 2017. Disponible en: <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.106.pdf>
30. Castellano A, Temporelli K, Chaz M. Prevención de la Obesidad: Un Análisis Económico de los Trastornos Alimentarios. 21ª Conferencia Anual de la Asociación Latinoamericana e Ibérica de Derecho y Economía (ALACDE). Universidad del Pacífico, Lima, Perú, 2017. Disponible en: https://www.up.edu.pe/UP_Landing/alacde2017/papers/32-Prevencion
31. Ministerio de Salud de Argentina. Programa “Menos Sal + Vida”. Argentina, 2017. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php>
32. Ministerio de Salud de Argentina Programa “Comé Rico, comé saludable”. Argentina, 2017. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php>
33. Gutiérrez S. Intervenciones de enfermería en adultos con obesidad. Revisión sistemática. Universitat de Lleida. España, 2019. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/66616/sgutierrezp.pdf>

34. Organización Mundial de la Salud. Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment. Position paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med. 1995, 41, 1403–1409
35. Romain C, Chung L, Marín E, Rubio J, Gaillet S, Laurent C, Morillas J, Martínez A, Alcaraz P, Cases J. Sixteen Weeks of Supplementation with a Nutritional Quantity of a Diversity of Polyphenols from Foodstuff Extracts Improves the Health-Related Quality of Life of Overweight and Obese Volunteers: A Randomized, Double-Blind, Parallel Clinical Trial. *Nutrients*. 2021; 13 (2): 2. | MEDLINE | ID: mdl-33540841 Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/>
36. Organización Mundial de la Salud. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper series on social determinants of health-paper 2. Geneva 2010. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants. Cornejo W. Calidad de vida. *Rev. enferm. vanguard*. 2016; 4 (2): 56-75.
37. Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable diseases. World Health Organization. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
38. Barbero, A. Herranz; De Mesa, Ma R. López; San Julián, C. Azcona. Influencia del exceso de peso en la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes. En *Anales de Pediatría*. Elsevier Doyma, 2015. p. 131-138.
39. Razo M, Díaz CR, López MP. Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Rev CONAMED* 2018; 23(2): 58-65. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/>
40. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes. ¿Cómo define la OMS la salud? Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
41. Guardiola P. La percepción. Murcia: Universidad de Murcia. (2017). Disponible en: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
42. Abellán A. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol*. 2017; 13 (5): 340-342. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10500/1/g-13-5-007.pdf>

43. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos. Washington, DC – 2018. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php>
44. Peñata CA, Berbesi D, Segura Á. Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. *Hacia promoc. salud.* 2017; 22 (1): 56-69. Disponible en: [10.17151/hpsal.2017.22.1.5](https://doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.5)
45. Matus L, Nisadó P, Álvarez G, Nazar D, Mondragón R. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas Estudios Sociales. 2016; 24 (47): 380-409. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. Hermosillo, México. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/417/41744003014.pdf>
46. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Revisión bibliográfica. *Gaceta Médica Espirituana.* 2017; 19 (3): 2 – 11. Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2017/gme173i.pdf>
47. Mainieri JA. Prevenir la enfermedad es la mejor estrategia para mejorar la salud. *Acta Med Costarric.* 2014; 53 (1). Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci>
48. Janjetic M. y cols. Calidad de vida y su relación con la percepción de estrés y el perfil antropométrico en mujeres adultas. *Rev. chil. Nutr.* 2020; 47 (2): 217-223. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1115491>
49. Rayane S, Trevisani J, Sá C. Avaliação da qualidade de vida em usuários do Centro de Referência em Obesidade (CRO), Rio de Janeiro. *Demetra (Rio J.).* 2020; 15 (1): e39815. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1096034>.
50. Cordero ML, Cesani M. Calidad de vida relacionada a la salud, sobrepeso y obesidad en contextos de fragmentación socioterritorial de la provincia de Tucumán (Argentina). *Nutr. clín. diet. hosp.* 2019; 39 (1):146-155. Disponible en: [10.12873/391cordero](https://doi.org/10.12873/391cordero)
51. López S. Hipertensión arterial en personas con obesidad y su impacto económico en el Perú en el año 2017. [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. Universidad Ricardo Palma. Lima, 2019. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/>

52. Tarqui C. y cols. Análisis de la tendencia del sobrepeso y obesidad en la población peruana. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. 2017; 21 (2): 312. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14306/renhyd.21.2.312>
53. Chávez S. Las obesidades en Arequipa: Un estudio sobre la normalización de los hábitos obesogénicos. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Sociología]. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, 2020. DOI <http://hdl.handle.net/20.500.12404/16609>
54. Navarro V. Nivel de autoestima, e insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con sobrepeso u obesidad, Arequipa 2020. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2020.
55. Cadarso et al. Calidad de vida relacionada con la salud y su relación con la adherencia a la dieta mediterránea y la actividad física en universitarios de Galicia. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 2017, vol. 37, no 2, p. 42-49.
56. Castro J. Factores predictores de calidad de vida en pacientes con hepatopatías crónicas. Departamento de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa – Febrero 2018. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2018.
57. Yepes Barreto, Ismael De Jesús; Carmona Meza, Zenen; Múnera Contreras, María Nicol. Calidad de vida en pacientes con hepatitis C crónica en Colombia. *Revista colombiana de Gastroenterología*, 2017, vol. 32, no 2, p. 112-119.
58. Gozar R. Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca crónica. [Tesis para optar el Título de Especialista en Fisioterapia Respiratoria]. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, 2019.



ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ..., declaro mi participación voluntaria en este estudio investigativo, liderado por la señorita Karen Fabiola Reyes Salas. Me han informado adecuadamente sobre el propósito del estudio, el cual es evaluar cómo la obesidad en mujeres adultas afecta su calidad de vida y percepción del estado de salud general. He recibido explicaciones claras sobre los cuestionarios que debo completar y he tenido la oportunidad de aclarar todas las dudas e inquietudes que he tenido al respecto. Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin necesidad de justificar mi decisión. Asimismo, se me ha asegurado que la información que proporcione será tratada con confidencialidad y destinada exclusivamente para los fines de este estudio de investigación. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el estudio de Investigación: Influencia de la obesidad de la mujer adulta en la calidad de vida y percepción del estado de salud general. Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa, 2021, contestando las preguntas de los cuestionarios considerando que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Arequipa.....de febrero del 2021.

Nombre:

DNI :

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Edad.....

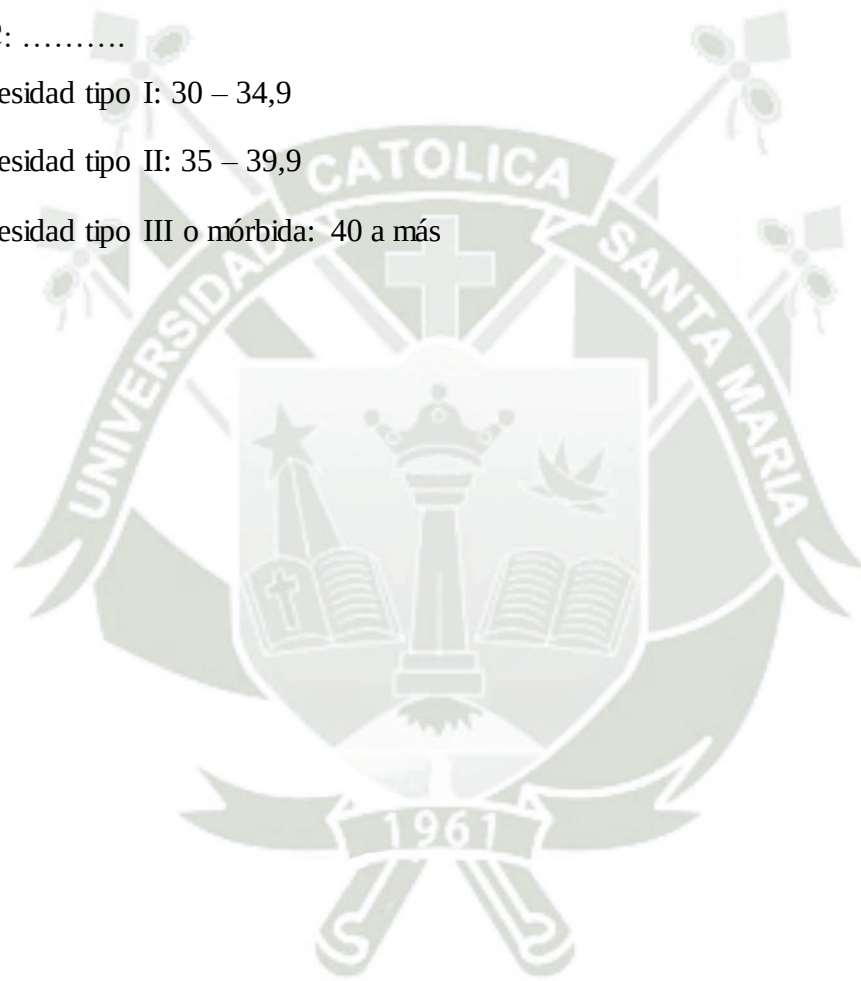
2. Peso.....Kg Talla.....m

3. IMC:

() Obesidad tipo I: 30 – 34,9

() Obesidad tipo II: 35 – 39,9

() Obesidad tipo III o mórbida: 40 a más



ANEXO 3

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF36 V2

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, escriba la mejor respuesta posible. No deje preguntas sin responder. 1.- En general, diría Ud. que su Salud es:

Excelente () Muy buena () Buena () Regular () Mala ()

2.- Comparando su Salud con la de un año atrás, Como diría Ud. que en general, está su Salud ahora?

Mucho mejor () Algo mejor () Igual () Algo peor () Peor ()

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿Su estado de Salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. Cuanto lo limita? Marque el círculo que corresponda.

Actividades	Sí, muy limitada	Sí, un poco limitada	No, no limitada
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.			
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la escoba, caminar más de 1 hora			
c) Levantar o cargar la bolsa de las compras			
d) Subir varios pisos por las escaleras			
e) Subir un solo piso por la escalera.			
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.			
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km).			
h) Caminar varias cuadras.			
i) Caminar una sola cuadra.			
j) Bañarse o vestirse.			

4.- Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de su salud física?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad					
Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer.					
Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad.					
Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.					

5.- Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de problemas emocionales (sentirse deprimido o con ansiedad)?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.					
Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.					
Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.					

6. Durante el último mes, ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera () Un poco ()
Moderadamente () Bastante ()
Mucho ()

7.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo en el último mes?

Ninguno () Muy poco () Leve ()
Moderado () Severo () Muy severo ()

8.- Durante el último mes ¿Hasta qué punto el dolor ha interferido con sus tareas normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

De ninguna manera () Un poco () Moderadamente ()
Bastante () Mucho ()

9.- Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido Ud. durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. Cuanto tiempo durante el último mes:

Actividades	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
Se sintió muy animosa?					
Estuvo muy nerviosa?					
Estuvo muy decaída que nada lo anima?					
Se sintió tranquila y calmada?					
Se sintió con mucha energía?					
Se sintió desanimada y triste?					
Se sintió agotada?					
Se ha sentido una persona					

feliz?					
Se sintió cansada?					

10.- Durante el último mes ¿Cuánto de su tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, como por ejemplo; visitar amigos o familiares?

Siempre () La mayor parte del tiempo () Algunas veces ()

Pocas veces () Nunca ()

11. Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente Falso
Me enfermo con más facilidad que otras personas.					
Estoy tan saludable Como cualquier persona.					
Creo que mi salud va a empeorar.					
Mi salud es excelente.					

Nota: Cadarso et al, (55).

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE SALUD – EQ-5D-3L

Escriba con una cruz (X), en el cuadrado de cada uno de los siguientes grupos, indicando cuál de las afirmaciones describe mejor el estado de su salud hoy en día.

Indicador	Ítem	1 No hay problema	2 Problema moderado	3 problema grave
Movilidad	No tengo problemas en andar			
	Tengo problemas en andar			
	Estoy limitado/a me quedo en la cama			
Cuidados personales	No tengo problemas con mis cuidados personales			
	Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme			
	Tengo incapacidad para lavarme o vestirme sola.			
Actividades habituales (Trabajo, estudios, actividades domésticas, actividades en familia o los quehaceres)	No tengo problemas en desempeñar mis actividades habituales			
	Tengo algunos problemas en desempeñar mis actividades habituales			
	Soy incapaz de desempeñar mis actividades habituales			
Dolor / malestar	No tengo dolores o malestar			
	Tengo dolores o malestar moderado			
	Tengo dolores o malestar extremo			
Ansiedad / depresión	No estoy ansiosa o deprimida			
	Estoy moderadamente ansiosa o deprimida			
	Estoy extremadamente ansiosa o deprimida			

Nota: Gozar, (58).

ANEXO 5

CARTA DE PRESENTACION



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS
MUJERES Y LOS HOMBRRES"

"Año Del Fortalecimiento De La Soberanía Nacional"



Arequipa 3 de mayo del 2021

OFICIO Nº 011-2021-GRA/GRS/GJ-BSAC-D-MRS.MM

Dra. Sonia Naiter Chavez

Decana de la Facultad de Enfermería

De la Universidad Católica de Santa María

PRESENTE.-

ASUNTO: Aceptación de Aplicación de Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y hacer de su conocimiento que se acepta la aplicación de su investigación de Proyecto de tesis "Influencia de la Obesidad de la Mujer Adulta en la Calidad de Vida y Percepción del Estado de Salud General Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2020" presentado por la bachiller Karen Fabiola Reyes Salas.

Sin otro particular aprovecho del presente para reiterarle mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



WPC/mef
Dra. Wladimir Pajá Cullor
Decana de la Facultad de Enfermería
Universidad Católica de Santa María

WPC/mef

Con copia CC

Se adjunta

1 Doc. _____ firmas

remisionemagpo@ushfawcspc.puc.pe

AREQUIPA SOMOS TODOS

Calle 100 302 urbanización San Lorenzo
Cajón de Maricao Arequipa
T. 084 485450 - 485451 - 485452 - 485453

ANEXO 6
INFORME DEL CENTRO DE SALUD

 "DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES"
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA"



CONSTANCIA

El Médico Jefe de la Micro Red de Salud Mariano Melgar, de la Red de Salud Arequipa Caylloma, Gerencia Regional de Salud Arequipa, hace constar que don (ña):

KAREN FABIOLA REYES SALAS, ha Procedido a la recolección de datos a través de una cedula de encuesta "Mujeres adultas entre las edades de 20 a 59 años en el Centro de Salud Mariano Melgar del mes de junio del 2021"

Se expide el presente documento a solicitud de la interesada.

Arequipa 07 de febrero del 2022


Dr. Wladimir S. Pardo Calle
Médico Jefe de Micro Red de Salud Mariano Melgar
Calle 1800

WPC/ mcd

informacionmelgar@saludarequipa.gob.pe

AREQUIPA SOMOS TODOS

Calle 1800 urbanización San Lorenzo
Distrito de Arequipa - Arequipa
T: 054-009443 - 054-000 - 054-00077 - 054-000

ANEXO 7

MATRIZ DE DATOS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	1335	1336	1337	1338	1339	1340	1341	1342	1343	1344	1345	1346	1347	1348	1349	1350	1351	1352	1353	1354	1355	1356	1357	1358	1359	1360	1361	1362	1363	1364	1365	1366	1367	1368	1369	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	1387	1388	1389	1390	1391	1392	1393	1394	1395	1396	1397	1398	1399	1400	1401	1402	1403	1404	1405	1406	1407	1408	1409	1410	1411	1412	1413	1414	1415	1416	1417	1418	1419	1420	1421	1422	1423	1424	1425	1426	1427	1428	1429	1430	1431	1432	1433	1434	1435	1436	1437	1438	1439	1440	1441	1442	1443	1444	1445	1446	1447	1448	1449	1450	1451	1452	1453	1454	1455	1456	1457	1458	1459	1460	1461	1462	1463	1464	1465	1466	1467	1468	1469	1470	1471	1472
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

[illegible]

