

Universidad Católica de Santa María
Escuela de Postgrado
Maestría en Salud Pública



**RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD Y
CAPACIDAD DE AGENCIA DEL AUTOCUIDADO EN MUJERES
ADULTAS OBESAS. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA
ALEGRE. AREQUIPA, 2017.**

Tesis presentada por el Bachiller
Campos Umpire, Gamaliel Ricardo
Para optar el Grado Académico de
Maestro en Salud Pública

Asesora:
Dra. Escobedo Vargas, Jannet

Arequipa – Perú
2018

Arequipa, 02 de mayo del 2018

Dr.

HUGO TEJADA PRADELL

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA DE
AREQUIPA.

PRESENTE

ASUNTO: Informe de Levantamiento de Observaciones de Tesis.


Señor Director:

Por medio del presente hago llegar a su Despacho el dictamen sobre el Levantamiento de Observaciones de la Tesis titulada: "RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE AGENCIA DEL AUTOCAUIDADO EN MUJERES ADULTAS CON OBESIDAD. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2017", con el que pretende optar el Grado Académico de Maestro en Salud Pública el Bachiller GAMANIEL RICARDO CAMPOS UMPIRE:

Se han levantado las observaciones, por lo que está en condiciones de proceder a la sustentación.

Es cuanto informo a Ud. para que se haga de conocimiento del Bachiller.

Atentamente,



Mg. Ruperto Dueñas Carpio
DOCENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA POSTGRADO

Arequipa, Abril 26, 2018

Sr.Dr.
Hugo Tejada Pradell
Director de la Escuela de Postgrado
Universidad Católica de Santa María de Arequipa.
CIUDAD.

INFORME DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS DE MAESTRIA

BORRADOR DE TESIS RELACION DEL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE AGENCIA DEL AUTOCUIDADO EN MUJERES ADULTAS CON OBESIDAD. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA. 2017.

BORRADOR presentado por el Bachiller **GAMALIEL RICARDO CAMPOS UMPIRE**

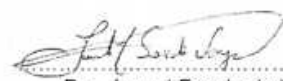
Para optar el Grado Académico de **MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

Por el presente, es grato dirigirme a Ud. a fin de hacerle llegar el Resultado del Dictamen según su solicitud, el cual es el siguiente :

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado Borrador se da el **DICTAMEN FAVORABLE.**

Para los fines consiguientes.

Atentamente,



Dra. Jannet Escobedo Vargas
Docente Dictaminadora

c.c. Archivo OD



DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : DR. HUGO TEJADA PRADELL
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

De : Dr. Patricio Gonzalo Azálgara Lazo
Dictaminador de Borrador de Tesis

Expediente : 2018000016899 **Boleta N° :** 079

Bachiller : CAMPOS UMPIRE, Gamaliel Ricardo

Maestría : Salud Pública

Borrador : Relación del conocimiento y la capacidad de agencia del autocuidado en mujeres adultas con obesidad. Centro de Salud Alto Selva Alegre. Arequipa, 2017

En concordancia con lo dispuesto por la Dirección de la Escuela de Postgrado, se ha procedido a revisar desde una perspectiva metodológica el Borrador de Tesis presentado, señalándose las siguientes observaciones:

- a) Tener en cuenta las anotaciones de la *cubierta* (del borrador y del proyecto), *resumen*, *abstract* y páginas 6, 7, 15, 18, 29, 70, 71 y 73.
- b) Enunciado: Sugiero redactarlo de la sgte. manera: "Relación entre conocimiento sobre obesidad y capacidad de agencia del autocuidado en mujeres adultas obesas. Centro de Salud Alto Selva Alegre. Arequipa, 2017" (corrigiendo en ambas cubiertas, resumen, abstract, tercera interrogante, tercer objetivo, tercera conclusión y consentimiento informado).
- c) Resultados: Revisar la tabla y gráfico 3: la talla mínima no podría ser mayor que la media.
- d) Recomendaciones: Puede sugerirse también otros estudios.
- e) Bibliografía: Parece haber revistas en la primera parte (revisar y, de ser el caso, ubicarlas en *hemerografía*).
- f) Proyecto:
 - a. Cuadro de coherencias: revisar los códigos de la columna *ítems* de la primera variable (algunos parecen no concordar con los subindicadores; incluir el ítem 15).
 - b. El *baremo* del primer instrumento está incompleto.

Procede, sin necesidad de nuevo dictamen, el trámite del Borrador de Tesis, con el compromiso del alumno de subsanar las observaciones.

Arequipa, 16 de abril de 2018.



Dr. Patricio Gonzalo Azálgara Lazo
Dictaminador de Borrador de Tesis

cc. Archivo



*A mis Padres **Benigno y Ruth**
con amor y respeto*

*A mi Hermana **Jamillet**
por su compañía incondicional*

*A mis abuelitos maternos
Selmira y Florencio
A mis abuelitos paternos
Rómulo y Maximiana
Por su apoyo y cariño*

*A mis tíos **Heladio† y Lelia†**
Gracias por el ejemplo*



“Las personas sólo cambian cuando se dan cuenta del potencial que tienen para cambiar la cosas”

Paulo Coelho

INDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO UNICO: RESULTADOS	01
1. DATOS GENERALES	02
2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD	04
3. AGENCIA DE AUTOCUIDADO	05
4. RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD Y AGENCIA DE AUTOCUIDADO	06
5. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	08
CONCLUSIONES	11
RECOMENDACIONES	12
PROPUESTA	13
BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXOS	23
Nº 1. PROYECTO DE TESIS	24
Nº 2. INSTRUMENTOS	81
Nº 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	85
Nº 4. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	87

RESUMEN

La presente investigación se tituló: RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD Y CAPACIDAD DE AGENCIA DEL AUTOCUIDADO EN MUJERES ADULTAS OBESAS. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2017. Cuyas variables fueron: Conocimiento sobre obesidad y autocuidado de la salud y Capacidad de agencia del autocuidado. El principal **objetivo** fue: Establecer si existe relación entre el conocimiento sobre obesidad y capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas obesas que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa-2017. **Material y métodos:** El estudio se realizó en el periodo de noviembre a diciembre 2017, es de nivel relacional, se consideró como universo a pacientes adultas obesas atendidas en los diversos programas del Centro de Salud. Con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, la muestra queda conformada por 72 mujeres adultas obesas. Como técnica se utilizó la Encuesta en modalidad de Cuestionario y los instrumentos fueron: Para la primera variable, el formulario de preguntas usando el cuestionario estructurado por el autor de la investigación, que consta de 24 ítems con 2 y 4 alternativas de respuesta; y para la segunda variable, el formulario de preguntas usando la escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) de 20 ítems con 5 alternativas de respuestas, validados por expertos. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento sobre obesidad que tienen las mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre de la ciudad de Arequipa, es regular (65.3%). La capacidad de agencia de autocuidado es baja (70.8%). La prueba estadística ha determinado que no existe relación entre el conocimiento sobre obesidad y capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas obesas que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre de la ciudad de Arequipa, en razón a que si bien tienen un nivel de conocimiento regular su agencia de autocuidado es baja.

Palabras claves: Conocimiento – Agencia de Autocuidado - Obesidad.

ABSTRACT

The present investigation was entitled: RELATION OF KNOWLEDGE AND AGENCY CAPACITY OF SELF-CARING IN ADULT WOMEN WITH OBESITY. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2017. The following variables were: Knowledge about obesity and self-care of health and Self-care agency capacity. The main **objective** was: To establish if there is a relationship between knowledge and the capacity of self-care agency in adult women with obesity who come to the Alto Selva Alegre Health Center, Arequipa-2017.

Material and methods: The study was carried out in the period from November to December 2017. It is of a relational level. It was considered as universe to obese adult patients attended in the different programs of the Health Center. With the application of inclusion and exclusion criteria, the sample is made up of 72 adult women with obesity. As a technique, the Survey was used as a questionnaire and the instruments were: For the first variable, the questionnaire form using the questionnaire structured by the author of the research, which consists of 24 items with 2 and 4 response alternatives; and for the second variable, the questionnaire using the scale of assessment of the self-care agency (ASA) of 20 items with 5 alternative answers, validated by experts.

Conclusions: The level of knowledge about obesity of adult women who attend the Alto Selva Alegre Health Center in the city of Arequipa, is regular (65.3%). The self-care agency capacity is low (70.8%). The statistical test has determined that there is no relationship between knowledge and self-care agency capacity in adult women with obesity who go to the Alto Selva Alegre Health Center in the city of Arequipa, because although they have a level of knowledge Regulating your self-care agency is low.

Keywords: Knowledge - Self-care Agency - Obesity.

INTRODUCCIÓN

La obesidad en la actualidad, se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a la población, sin distinguir de edad, sexo, lugar de procedencia, en fin, nadie está exento de padecer este aumento de masa corporal, por la deficiente cultura alimenticia que existe en nuestro país.

A lo largo de los años, con la evolución de la sociedad, la alimentación se ha convertido en la principal fuente de muchas enfermedades, que producto de la obesidad, hacen que se sigan presentando como la diabetes, hipertensión arterial, entre otros.

Se ha elegido trabajar con las mujeres adultas que presentan obesidad, en razón a que existe mayor incidencia en la presencia de obesidad en la población femenina, por factores como la edad, nivel de instrucción, ocupación, hábitos alimenticios deficientes.

Las razones de por qué las mujeres son más obesas que los varones, es porque ellas pasan mayor tiempo en la casa; llevan una vida más sedentaria y son quienes preparan los alimentos: “Y aún las mujeres que combinan su trabajo con el hogar, utilizan en gran frecuencia el automóvil, trabajan frente a una computadora y no tienen una vida tan dinámica”.¹

Una parte importante para evitar que la mujer obesa tenga repercusiones psicológicas y sociales, es necesario que realice un adecuado autocuidado de salud, para que contribuyan a mantener una buena salud y evitar posibles complicaciones futuras a su salud.

Se presenta el presente estudio, organizado según en el esquema establecido por la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María de la ciudad de Arequipa.

¹ Cano D. Obesidad mórbida más frecuente en las mujeres. México: Salon 180.com; 2016. [Consultado 25 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/obesidad-morbida-mas-frecuente-en-las-mujeres>.



**CAPITULO UNICO:
RESULTADOS**

1. DATOS GENERALES

TABLA N° 1

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EDAD

Edad	Fr.	%
De 30 a 40 años	12	16.7
De 41 a 50 años	34	47.2
De 51 a más años	26	36.1
Total	72	100.0

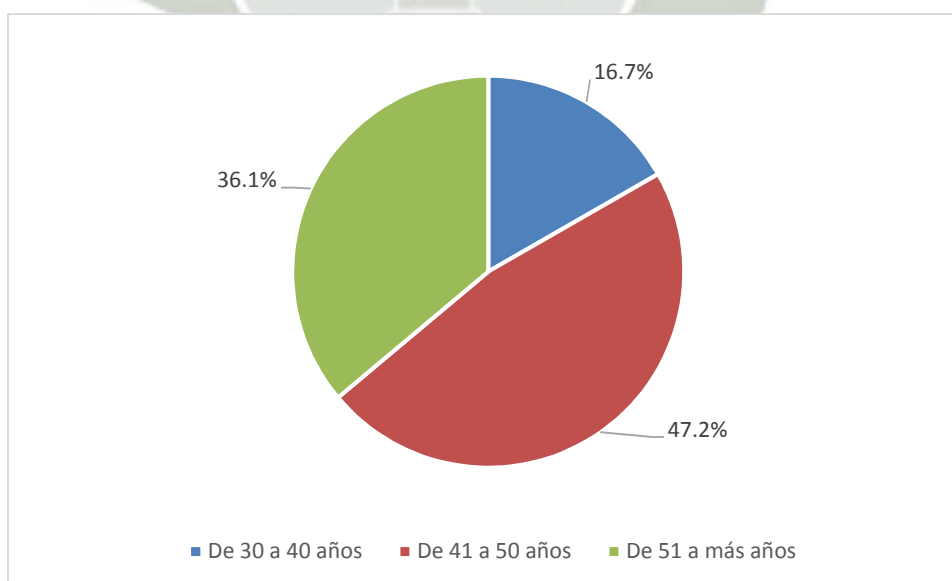
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

En la tabla 1, podemos observar que el 47.2% de la población en estudio tiene edades comprendidas entre los 41 a 50 años; el 36.1% de 51 a más años y el 16.7% tienen de 30 a 40 años.

Lo que evidencia, que la mayoría de las mujeres adultas obesas, son adultas maduras, según la escala de la OMS.

GRÁFICO N° 1

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EDAD



Fuente: Tabla 1

TABLA N° 2

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Edad	Fr.	%
Primaria	15	20.8
Secundaria	43	59.7
Técnico Superior	4	5.6
Superior	10	13.9
Total	72	100.0

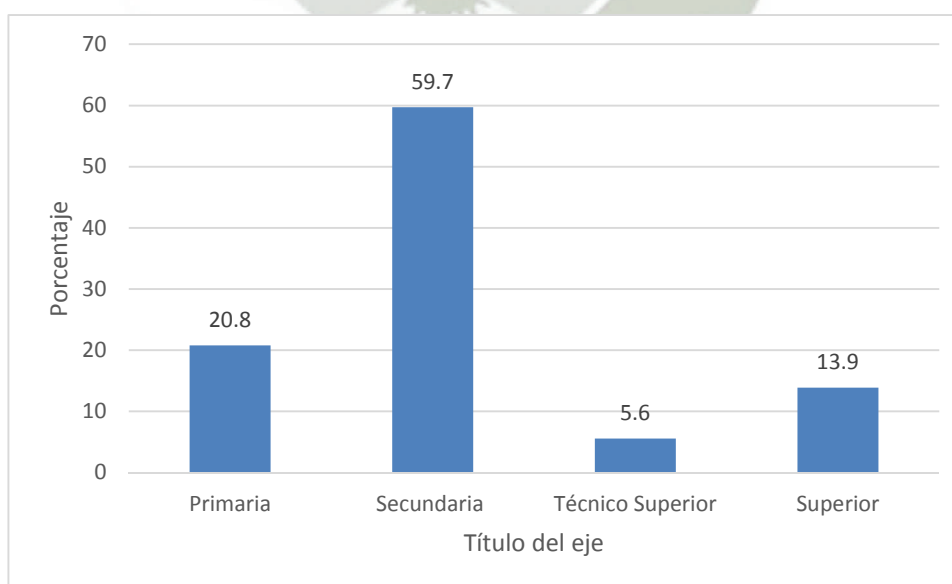
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

En la tabla 2, podemos observar que el 59.7% de la población en estudio tiene un nivel de instrucción secundaria; el 20.8% tienen estudios primarios; el 13.9% tienen estudios de nivel superior y el 5.6% tienen estudios técnicos superiores.

Lo que evidencia, que más de la mitad de la población tienen estudios de nivel secundario.

GRÁFICO N° 2

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Tabla 2

2. NIVEL DE CONOCIMIENTO

TABLA N° 3

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD Y AUTOCUIDADO DE LA SALUD

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	5	6.9
Regular	47	65.3
Bueno	20	27.8
Total	72	100.0

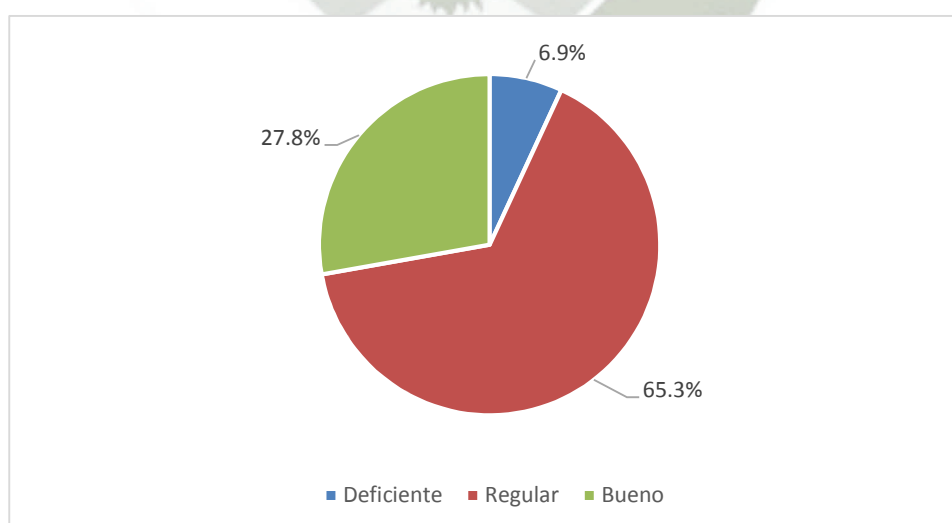
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

En la tabla 4, podemos observar que el nivel de conocimiento que poseen las mujeres adultas obesas es en un 65.3% regular y 27.8% tienen un conocimiento bueno y sólo el 6.9% presenta conocimiento deficiente sobre el tema.

Por lo que podemos que, más de la mitad de la población en estudio presenta un nivel de conocimiento regular.

GRÁFICO N° 3

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD Y AUTOCUIDADO DE LA SALUD



Fuente: Tabla 3

3. AGENCIA DE AUTOCUIDADO

TABLA N° 4

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Nivel de Autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
Muy Baja	2	2.8
Baja	51	70.8
Buena	19	26.4
Total	72	100,0

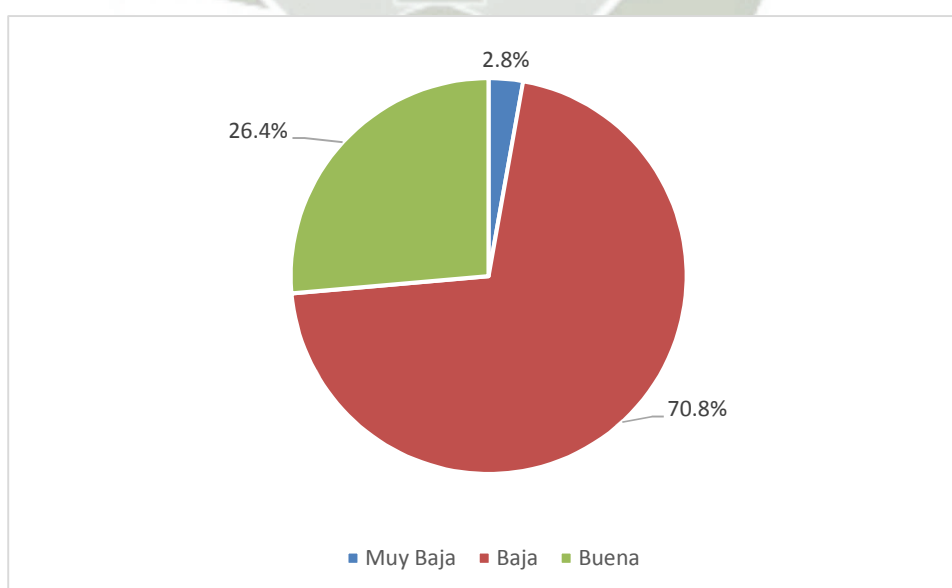
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

En la tabla 5, podemos observar que el nivel de autocuidado que poseen las mujeres adultas obesas, en un 70.8% es baja y 26.4% tienen un autocuidado bueno y sólo el 2.8% presenta autocuidado muy bajo.

Por lo que podemos que, más de la mitad de la población en estudio presenta un nivel de autocuidado bajo.

GRÁFICO N° 4

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO



Fuente: Tabla 4

4. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD Y AGENCIA DE AUTOCUIDADO

TABLA N° 5

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD Y AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

AUTOCUIDADO	CONOCIMIENTO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Muy Baja	0	0.0	1	1.4	1	1.4	2	2.8
Baja	3	4.1	31	43.1	17	23.6	51	70.8
Buena	2	2.8	15	20.8	2	2.8	19	26.4
Muy buena	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	5	6.9	47	65.3	20	27.8	72	100.0

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

$$x^2=4.30 \text{ NS } (x^2_{5\%}=9.49) \quad \text{gl} = 4$$

$$P>0.05$$

En la tabla 6, se puede observar que la población en estudio que presentan un autocuidado bajo, tienen un nivel de conocimiento regular (43.1%) y bueno (23.6%).

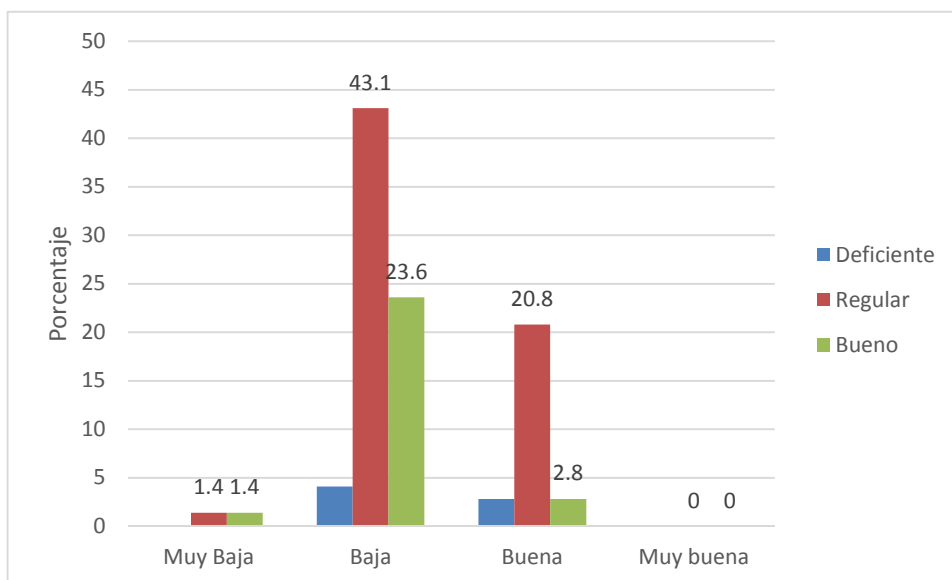
La población en estudio que presenta un autocuidado bueno, tienen un nivel de conocimiento regular (20.8%)

De lo que se deduce, que dos terceras partes la población en estudio presentan un autocuidado bajo y poseen un nivel de conocimiento regular y bueno.

La prueba estadística del chi cuadrado indica que el autocuidado actúa en forma independiente del nivel de conocimiento que posee la población en estudio; por consiguiente, se encuentra que no existe relación.

GRÁFICO N° 5

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD Y AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO



Fuente: Tabla 5



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La obesidad es considerada un problema de salud pública, según lo establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), que lo ha denominado como el exceso de grasa corporal que afecta a la salud y al bienestar, como consecuencia de un balance energético positivo mantenido en el tiempo. Se debe tener en cuenta que es importante que la persona con obesidad tome conciencia y ponga en práctica el autocuidado de salud, apoyando la misma en una buena alimentación, la práctica de ejercicios y afianzamiento de conocimientos sobre lo que la obesidad significa en su vida, más aún considerando que la presente investigación se ha considerado sólo a mujeres.

Los resultados encontrados nos han permitido indicar que la edad de la población en estudio en un 47.2% tiene edades comprendidas entre los 41 a 50 años; el 36.1% de 51 a más años y el 16.7% tienen de 30 a 40 años. Lo que evidencia, que la mayoría de las mujeres adultas obesas, son adultas maduras, según la escala de la OMS.

Saavedra (40), realizó su investigación sólo en mujeres, obteniendo el promedio de edad fue de 36.92 años y de escolaridad de 9.1 años; 34% tuvo al menos un familiar directo con hipertensión (HTA) y 48% con diabetes mellitus (DM). Seis por ciento de los entrevistados padecen DM y 12% HTA. El 33% se clasificó con obesidad de acuerdo a la Norma peruana MINSA.

En la tabla 2, podemos observar que el 59.7% de la población en estudio tiene un nivel de instrucción secundaria; el 20.8% tienen estudios primarios; el 13.9% tienen estudios de nivel superior y el 5.6% tienen estudios técnicos superiores. Lo que evidencia, que más de la mitad de la población tienen estudios de nivel secundario.

En la tabla 3, podemos observar que el nivel de conocimiento que poseen las mujeres adultas obesas es en un 65.3% regular y 27.8% tienen un conocimiento

bueno y sólo el 6.9% presenta conocimiento deficiente sobre el tema. Por lo que podemos decir que, más de la mitad de la población en estudio presenta un nivel de conocimiento regular.

En la tabla 4, podemos observar que el nivel de autocuidado que poseen las mujeres adultas obesas, en un 70.8% es baja y 26.4% tienen un autocuidado bueno y sólo el 2.8% presenta autocuidado muy bajo. Por lo que podemos manifestar que, más de la mitad de la población en estudio presenta un nivel de conocimiento regular.

En la tabla 5, se puede observar que la población en estudio que presentan un autocuidado bajo, tienen un nivel de conocimiento regular (43.1%) y bueno (23.6%). La población en estudio que presenta un autocuidado bueno, tienen un nivel de conocimiento regular (20.8%) De lo que se deduce, que en menos de las tres cuartas partes la población en estudio presentan un autocuidado bajo y poseen un nivel de conocimiento regular. La prueba estadística del chi cuadrado indica que el autocuidado actúa en forma independiente del nivel de conocimiento que posee la población en estudio; por consiguiente, se encuentra que si existe una relación indirecta. Resultados que difieren con el estudio realizado por **Roman** (39), que encontró que las mujeres adultas obesas tienen un nivel de conocimiento bajo, tienen una capacidad de agencia de autocuidado insuficiente, estos resultados nos indican que existe relación entre las variables.

Asimismo, **Ramírez** (37), en su investigación encontró que el 80% de las mujeres obesas desconocen el autocuidado que deberían de tener, así como también el tiempo de alimentación saludable, y solo un 20% tienen un nivel de conocimiento medio, se puede decir que no se evidencia mujeres que posean un nivel de conocimiento alto sobre la obesidad y sobre todo en su autocuidado.

Como punto concordante, tenemos que **Saavedra** (40) en su investigación halló que las capacidades del autocuidado y la percepción del estado de salud no son diferentes en personas adultas con y sin obesidad.

Generar autocuidado, es parte esencial en la recuperación de la salud de las personas que presentan casos de obesidad, si fortalecemos el nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre este tema, esto ayudará a que exista una mejor agencia de autocuidado.



CONCLUSIONES

- PRIMERA** : El nivel de conocimiento sobre obesidad que tienen las mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre de la ciudad de Arequipa, es regular (65.3%)
- SEGUNDA** : La capacidad de agencia de autocuidado que tienen las mujeres adultas obesas que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre de la ciudad de Arequipa es baja (70.8%)
- TERCERA** : La prueba estadística ha determinado que no existe relación entre el conocimiento sobre obesidad y capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas obesas que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre de la ciudad de Arequipa, en razón a que si bien tienen un nivel de conocimiento regular su agencia de autocuidado es baja.

SUGERENCIAS

En atención a los resultados obtenidos se ha visto por conveniente sugerir lo siguiente:

1. A nivel Institucional

- A la Dirección del Centro de Salud Alto Selva Alegre, se programe la realización de Campañas de Salud, que logren descartar la presencia de obesidad y sobrepeso en la población adulta del distrito de Alto Selva Alegre.
- A la Municipalidad Distrital de Alto Selva Alegre, que en coordinación con los Centros de Salud de su distrito, implemente la realización de Charlas Educativas, para evitar el incremento de la presencia de casos de obesidad grado 1 y grado 2.

2. A nivel Profesional

- Al Equipo Multidisciplinario del Centro de Salud Alto Selva Alegre, que se comprometen en brindar a las pacientes detectadas con obesidad, consejos nutricionales, que ayuden a mejorar su actual estado de salud y evitar futuras complicaciones e incluso la muerte.

3. A nivel Personal

- A las mujeres adultas obesas, participantes de la presente investigación, se les recomienda tomar en consideración los consejos nutricionales brindados por los profesionales de la salud y participar de las Charlas, Talleres y otros proyectos que desarrollen los Centros de Salud del distrito.

4. A nivel Académico

- A los profesionales en salud, que realicen otros estudios sobre los factores asociados a la obesidad, para incrementar los conocimientos de las personas que lo padecen.

PROPUESTA

PROGRAMA EDUCATIVO: “*TARJETA ROJA A LA OBESIDAD*”

1. JUSTIFICACIÓN

En consideración a los resultados obtenidos en la presente investigación, podemos evidenciar que existe un regular nivel de conocimiento sobre la enfermedad, pero que su agencia de autocuidado es bajo; lo que ha demostrado que pueden tener conocimientos teóricos sobre lo que es y las consecuencias que pueden provocar en nuestra salud, pero al momento de poner en práctica el autocuidado existe deficiencias en la aplicación del mismo.

Considerando que la obesidad, es aquella enfermedad que se considera multifactorial, debido a que existentes diversos factores que influyen en su presencia, es que buscamos identificar los riesgos biológicos, conductuales y ambientales, para poder lograr que las mujeres obesas puedan conseguir disminuir su peso corporal, y que practique hábitos más saludables para su salud.

Se aplicará el presente programa educativo tomando en consideración los aspectos demográficos, culturales, estructura socioeconómica y nivel de instrucción de la población, en razón a que la mayoría de la población de estudio tiene edades de 41 a más años.

Por lo que se hace de necesidad la realización de la presente propuesta.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Disminuir la prevalencia de obesidad en mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Alto Selva Alegre.
- 2.2. Propiciar en las mujeres adultas obesas la práctica de alimentación saludable.

2.3. Lograr que las mujeres adultas obesas puedan planificar un menú semanal saludable.

2.4. Lograr que las mujeres obesas practiquen ejercicio físico.

3. CONTENIDOS EDUCATIVOS

En la intervención educativa dirigida a las mujeres obesas se desarrollarán los siguientes contenidos:

- Pirámide de alimentos
- Alimentos que deben consumirse con mayor y menor frecuencia
- Rueda de alimentos
- Alimentos ricos en grasas
- Dieta equilibrada
- Comida en familia
- Agua y bebidas azucaradas
- Mitos y verdades sobre los alimentos
- Canasta de la compra equilibrada
- Recetas saludables
- Estructura de un menú semanal saludable
- Pirámide de actividad física
- Estilo de vida
- Importancia de hábitos alimentarios saludables
- Importancia de la realización de ejercicio físico
- Enfermedades que ocasiona una mala alimentación y una falta de ejercicio físico: Obesidad

4. ESTRATEGIAS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

El programa educativo se va a desarrollar en el Centro de Salud Alto Selva Alegre, el cual es dirigido a las mujeres adultas obesas. Se dividirá en 6 sesiones.

Las estrategias de intervención serán grupales en su mayoría, aunque también utilizaremos la estrategia comunitaria.

- **Estrategia grupal**, en razón a que hay evidencia de que las intervenciones grupales estigmatizan menos a las mujeres obesas, que las intervenciones individuales. Además, favorecen el intercambio de ideas entre los miembros del grupo y mejoran la adquisición de conocimientos. Este tipo de estrategia las vamos a utilizar en todas las sesiones desde la 1ª hasta la 6ª.
- **Estrategia comunitaria**, porque cualquier tema a tratar adquiere gran importancia cuando se dirige a la sociedad.

5. ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA EDUCATIVA

5.1. Metodología a emplear

- Charla coloquio
- Grupo de discusión
- Técnica para romper el hielo
- Tormenta de ideas
- Visualización
- Taller de alimentación saludable
- Juego interactivo en grupo
- Juego individual
- Técnica de reflexión
- Taller ejercicio físico y demostración

5.2. Materiales educativos

- Videos: “Enfermedades que produce la obesidad”, “La Obesidad, un problema de salud pública”, “Cómo prevenir la obesidad”.
- Información y documentos mediante los cuales la enfermera elaborará las diapositivas para las charlas
- Diapositivas
- Guía de alimentación saludable

6. SESIONES DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Sesiones	Contenidos a desarrollar	Duración
Primera	<p>Bienvenida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problema de obesidad infantil y enfermedades que causa - Pirámide de alimentos - Rueda de alimentos - Mitos y verdades sobre alimentos - Importancia de hábitos alimentarios saludables - Pirámide de actividad física - Importancia de la realización de ejercicio físico 	<p><u>Enfermera y Nutricionista</u> Charla: 25 min Video: 5 min Grupo de discusión: 20 min Charlas: 40 min Aclaración de dudas</p>
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentos ricos en grasas - Dieta equilibrada - Mitos y verdades sobre los alimentos - Agua y bebida azucaradas 	<p><u>Enfermera y Nutricionista</u> Cuestionario Hábitos alimentarios: 15 min Técnica de romper el hielo: 15 min Tormenta de ideas: 20 min</p>
Tercera	<ul style="list-style-type: none"> - Pirámide de alimentos - Alimentos que deben consumirse con mayor y menor frecuencia - Rueda de alimentos 	<p><u>Enfermera y Nutricionista</u> Taller “Pirámide de alimentación saludable”: 40 min. Juego interactivo. “Semáforo de los alimentos”: 20 min. Taller: “Rueda de alimentos”: 40 min. Evaluación: 10 min</p>
Cuarta	<ul style="list-style-type: none"> - Comida en familia - Estilo de vida - Estructura de un menú semana saludable - Importancia de la realización de ejercicio físico 	<p><u>Enfermera y Nutricionista</u> Charla coloquio: 30 min Reparto de documentación impresa: 5 min Charla: 30 min Reflexión crítica: 15 min</p>
Quinta	<ul style="list-style-type: none"> - Canasta de la compra equilibrada - Recetas saludables - Sesión demostrativa de preparación de alimentos 	<p><u>Enfermera, Nutricionista y Chef</u> Elección del menú a cocinar Reparto de información de consejos para una compra saludable: 5 min Compra saludable: 30 min Taller gastronómico: 75 min.</p>
Sexta	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades que ocasiona una mala alimentación y una falta de ejercicio físico: Obesidad <p>Clausura</p>	<p><u>Enfermera y Nutricionista</u> Video “Obesidad” : 7 min Tormenta de ideas: Despedida y agradecimiento por participar en el programa</p>

7. DIRIGIDO

A mujeres adultas obesas atendidas en el Centro de Salud Alto selva Alegre.

8. RESPONSABLE

Jefe Médico del Centro de Salud Alto selva Alegre.

Nutricionista del Centro de Salud Alto selva Alegre.

El Investigador

9. PRESUPUESTO

Recursos Humanos	Cantidad	Costo
Enfermero	1	400.00
Nutricionista	1	400.00
1 Cheff	1	200.00
Subtotal		1000.00
Recursos Materiales		
- Copias de material informativo sobre los temas del Programa Educativo.	100	200.00
- Carteles informativos	4	40.00
- Mesas	25	50.00
- Sillas	100	100.00
- Cuestionarios impresos para valorar los hábitos alimentarios	100	40.00
- Pizarra, con rotulador	1	15.00
- Cartulinas de colores	50	25.00
- Pegamento	100	10.00
- Rotuladores de colores	300	30.00
- Hojas impresas con alimentos	100	30.00
- Lapiceros	100	40.00
- Lápices de grafito	100	40.00
- Alimentos necesarios para la elaboración de los menús.		400.00
- Papel bond	1 Paquete	21.00
- Otros (Preparación de comida saludable y utensilios)		150.00
Subtotal		1191.00
TOTAL		2191.00

BIBLIOGRAFÍA

1. Alligood, M; Modelos y Teorías de Enfermería. Séptima Edición. España: Editorial Elsevier S.L.; 2011.
2. Canales F, Alvarado L, Pineda E. Metodología de la Investigación, México: Editorial Lumisa, S.A.; 2005.
3. Colliere MF. Promover la vida. México (DF): Interamericana; 2003.
4. González-Barranco, J. Obesidad. 2ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2011.
5. Gracia, M. Paradojas de la alimentación contemporánea. Barcelona: Icaria; 2007.
6. Hessen, J. Teoría del Conocimiento. 3ra edición. España: Editorial Esfinge; 2003.
7. Marriner Tomey, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 6ta edición. España: Editorial Elseiver-Mosby; 2007.
8. Potter, P. Teorías de Enfermería, 5ta Edición. España: Editorial Elsevier; 2005.
9. Potter, Patricia. Fundamentos de Enfermería. Vol. 1. 5ta edición. España: Editorial Elsevier; 2005.
10. Santa Cruz, J. Teoría del conocimiento. 1ra edición. México: Editorial El Ateneo; 2008.
11. Uribe, Tulia. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. México: El Ateneo; 2007.

HEMEROGRAFÍA

12. Asociación Peruana de Estudio de la Obesidad y Arteroesclerosis. Estadísticas de prevalencia de obesidad. Lima, 2014.
13. Barquera, S; Rivera-Dommarco, JA; Gasca-García, A. Políticas y programas de alimentación y nutrición en México: Salud Pública Mex; 2001; 43: 1-14.
14. Bastarrachea, R; Cole, Shelley; Comuzzie, A. Genómica de la regulación del peso corporal: mecanismos moleculares que predisponen a la obesidad. España: MedClin (Barc); 2004;123(3):104-17.
15. Bastarrachea-Sosa, R; Laviada-Molina, H; Vargas-Ancona, L. La obesidad y enfermedades relacionadas con la nutrición en Yucatán. España: Rev Endocrinol Nutr; 2001;9(2):73-76.
16. Chavarría, AS. Definición y Criterios de Obesidad. España: NutrClin; 2002; 5(4):237.
17. Dickerson, L; Carek, P. Drug therapy for obesity clinical pharmacology. Am Fam Physician 2000;61(8):2131-43.
18. Drew, A; Anderson, P; Thomas, A; Walden, D. Treating obesity patient. Sugesting of primary care practice. Arch Fam Med 1999;(8):156-7.
19. Frühbeck, G; Diez-Caballero, A; Gómez-Ambrosi, J, Cienfuegos, J; Salvador, J. Preventing Obesity: Doctors underestimate obesity. BMJ 2003; 326:102-3.
20. Gallegos, CE. Validez y confiabilidades de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Autocuidado. Desarrollo Científico Enferm. 1998; 6 (9): 260-266.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Datos del censo de población del 2014. Lima. 2015.

22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Sistema de Consulta de Principales Indicadores Demográficos, Sociales y Económicos (en español). Perú: Censos Nacionales 2007, XI de Población y VI de Vivienda.
23. Kaufer, M. Tratamiento dietético de la obesidad. Cuadernos de Nutrición México; 2010;13(1):17-32.
24. Landeros, O; Gallegos, C. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad. México, 2005.
25. Lifshitz, A; Halabe, J; Ramiro, M; López-Barcena, J. El Internista. Medicina interna para internistas. 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2006.
26. Lugones-Botell M, Ramírez-Bermúdez M. Arte y Obesidad. Apuntes sobre el tema. Rev Cubana Med Gen Integr 2007;23(2):1-4.
27. Lukaski, HC. Methods for the assessment of human body composition: traditional and new. Am J Clin Nutr 1987;46:537-55.
28. Luna, José Ángel; Baeza, María Nieves; Chávez, Silvia; Morales, María Teresa; Olguín, María Ester; Valentín, Cesar. Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad que asisten a una unidad de medicina familiar. Rev CONAMED. Suplemento de enfermería 2010; 1 15 supl 1: 11-16.
29. Molnar, Gabriel. Evaluación educativa: Conceptos y definiciones. Argentina. 2008.
30. Morín, R; Lonngi, G. Farmacoterapia de la obesidad. 1ª ed. México: LitoGrapo, 2005;pp:27-55.
31. Norma Oficial para el manejo integral de la obesidad. NOM-174-SSA1-1998. Cuadernos de Nutrición. 2000; 23(5):501-508.
32. Orem, D. Conceptos de enfermería en la práctica. México (DF): Masson Salvat; 2003.

33. Orem, DE. Soins infirmiers: les concepts et la pratique. 3a ed. Montreal: Décarie Éditeur inc; 1987.
34. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución 57.17 de 22 de mayo de 2004. Ginebra.
35. Padilla, G; Roselló, M; Guzmán, S; Aráuz, A; Solórzano, N. Percepción del peso corporal y estrategias utilizadas para controlarlo, en adultos costarricenses. Rev. costarric. Salud Publica;16(31):48-54, dic. 2007.
36. Ponce, María Luisa; Rivera, Alberto. Prácticas alimenticias de mujeres de la tercera edad de una población urbana y percepción sobre obesidad y salud. Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México: Vol 12, No. 1 – 2, 2011.
37. Ramírez Cerna Ana. Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en mujeres sopesas del asentamiento humano San Pablo II, San Juan de Lurigancho 2008.
38. Rivera, Prólogo. En: Rivera J, Barquera S, eds. Sobre peso y obesidad. Panorama epidemiológico. Evaluación clínica y tratamiento. México: Edu Marketing, 2002:VI.
39. Roman Salazar Gabriela. Relación entre el Conocimiento y la Capacidad de Autocuidado en Mujeres Adultas con Obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa; 2017.
40. Saavedra Quispe S. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad, en el Hospital Sabogal Sologuren. Lima; 2007.
41. Sullivan, M; Karlsson, J; Sjostrom, L; Backman, L, et al. Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study ob obesity. Baseline evaluation of

health and psychological functioning in the first 1743 subjects examined. Int J Obes Relat Metab Disord 1993;17(9):503-12.

42. Zahid, A. Genetic aspects of human obesity: a review. [Aspectos genéticos de la obesidad humana]. Chicago: J Pak Med Assoc.; 2003; 53:563-8.

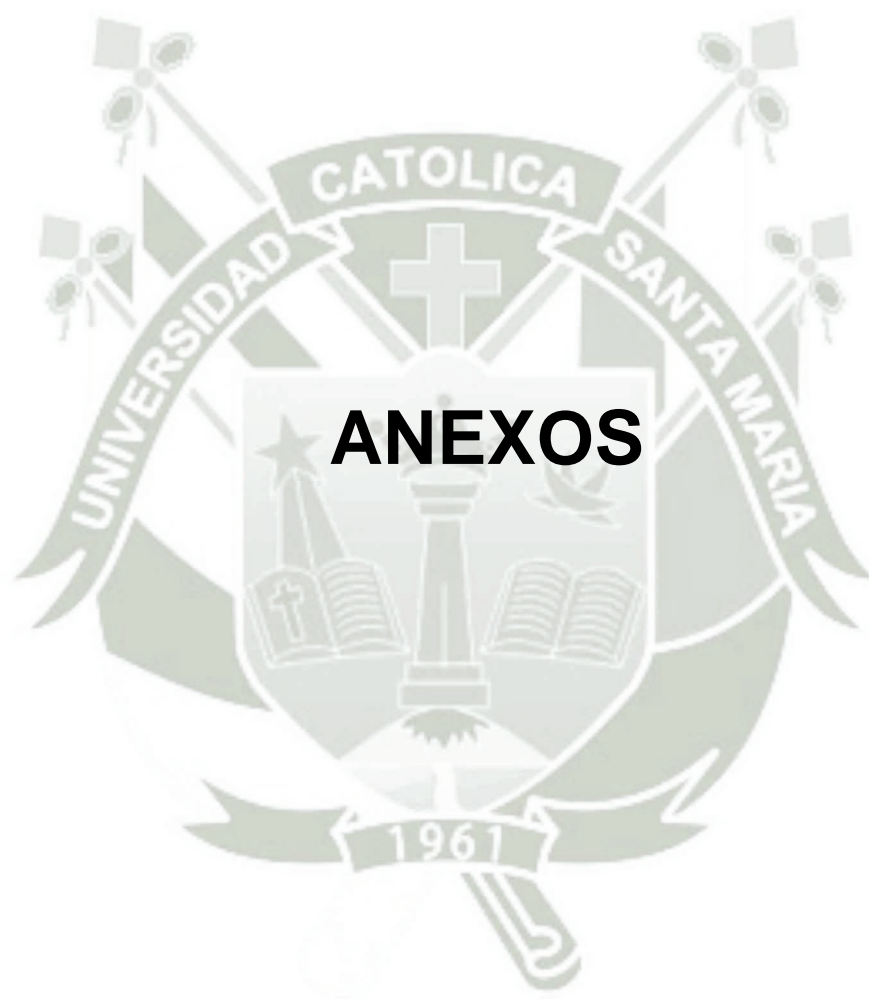
VIRTUAL

43. Aguayo Enrique. El concepto de persona en la filosofía de Mauricio Beuchot. [Recuperado 13 de agosto 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.itammx/estudios/estudio/letras41/notas1.html>.

44. Cano D. Obesidad mórbida más frecuente en las mujeres. México: Salon 180.com; 2016. [Consultado 25 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/obesidad-morbida-mas-frecuente-en-las-mujeres>

45. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and treatment of Overweight and Obesity Adults. The Evidence Report: National Institute of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Dirección [Recuperado 22 de setiembre 2017]. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/obgdlns.pdf>.

46. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud. La salud de los adultos [en línea]. [Recuperado 7 de julio 2017]. Disponible en: http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf.





Universidad Católica de Santa María
Escuela de Postgrado
Maestría en Salud Pública



**RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD Y
CAPACIDAD DE AGENCIA DEL AUTOCUIDADO EN MUJERES
ADULTAS OBESAS. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA
ALEGRE. AREQUIPA, 2017.**

Proyecto de Tesis presentado por el Bachiller

Campos Umpire, Gamaliel Ricardo

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Salud Pública

Asesora:

Dra. Escobedo Vargas, Jannet

Arequipa – Perú
2017

I. PREÁMBULO

Perú se ha convertido en una nación con deficientes patrones dietéticos, como resultado de nuestros inadecuados estilos de vida, la ausencia de información ha determinado que hoy en día existan mayor riesgo a presentar obesidad, lo que predisponen o condiciona la presencia de otras enfermedades, así tenemos que el aumento de masa corporal no se ha considerado como una señal de alerta y sólo se toma conciencia cuando la persona adulta obesa presenta alguna complicación que limita o incapacita el desarrollo diario de sus actividades. La realidad radica en la forma en que la obesidad es el principal elemento decisivo en la presencia de neoplasias respiratorias, dermatológicas, gastrointestinales, osteoarticulares, mentales, ginecológicas e incluso en ciertas neoplasias benignas y malignas. Las circunstancias confirman la aparición anual de corpulencia del 21.3% tanto en niños como en niños y adultos.²

Si bien es cierto que presentar obesidad tienen repercusiones mentales y sociales, debemos comprender que en hombres y mujeres existe una reacción diferente frente a esta condición. En este caso, nos hemos centrado en el estudio de mujeres adultas obesas, porque ellas son más vulnerables ante las burlas y humillaciones que hacen otras personas. Hay factores que determinan la presencia de obesidad, pero lo que realmente favorece su incremento, es que no se presenta un autocuidado adecuado, como en caso de que se va diluyendo la información que el profesional de Enfermería brinda a las mujeres adultas obesas que van atenderse al Centro de Salud de Alto Selva Alegre, parte de las estrategias que se desarrollan están en brindar información cuando se identifica a mujeres adultas obesas, darles consejos nutricionales, explicarles que el incremento de peso podría traer complicaciones como la diabetes, la hipertensión arterial, entre otros.

² MINSA. Oficina de Estadística. Lima – Perú. 2011

Por lo tanto, se considera importante ampliar en la investigación la conexión actual entre la información y el límite de la organización de autocuidado de las mujeres adultas con obesidad, cuyos resultados tendrán en cuenta los cambios útiles para la protección del bienestar de esta población.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD Y CAPACIDAD DE AGENCIA DEL AUTOCUIDADO EN MUJERES ADULTAS OBESAS. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2017.

1.2. Descripción

1.2.1. Campo, Área y Línea de Investigación

- a. **Campo** : Ciencia de la Salud.
- b. **Área** : Salud Pública.
- c. **Línea** : Conocimiento y Capacidad en el Autocuidado.

1.2.2. Análisis de variable.

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
V. Independiente Conocimiento sobre obesidad y autocuidado de la salud (conjunto de conocimientos sobre el proceso evolutivo del a obesidad y sobre el manejo del cuidado personal)	1. Obesidad	1.1. Significado 1.2. Factores de riesgo 1.3. Causas 1.4. Tratamiento 1.5. Aspecto emocional
	2. Autocuidado de la salud	2.1. Significado 2.2. Presencia de enfermedades 2.3. Alimentación 2.4. Importancia del tratamiento

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>V. Dependiente Capacidad de agencia del autocuidado (actividades que realiza la persona para proveerse cuidado personal)</p>	Interacción social	- Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre
		- No me importa si noto que mis amigos se incomodan por mi obesidad
		- Mi familia busca que deje de ser obesa
	Interacción personal	- Revisa sus hábitos para mantener la salud.
		- Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantener mi salud .
		- Quiero dejar de ser sedentaria y no lo logré
		- Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que puede mantener mi
		- Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mi familia y siempre me apoyan
		- Acepto mi obesidad y no deseo cambiarla
		- Cuando obtengo información sobre mi salud y la obesidad pido explicaciones sobre lo que no entiendo
	Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	- He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.
		- A medida que he notado que subo de peso, voy haciendo ajustes para mantener mi salud.
		- Para lograr el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios
	Consumo suficiente de alimentos	- Soy capaz de evaluar que tanto me ayudaría en mi vida social y laboral el bajar de peso
		- A pesar de mis limitaciones por la obesidad soy capaz de cuidarme y lucir como a mí me gusta
		- Reviso si las formas de alimentación que practico habitualmente son buenas
	Actividad y reposo	- Yo puedo buscar mejores formas para alimentarme que las que tengo ahora
		- Yo sé que debe comer pequeñas porciones de comida
		- Si tiene problemas para movilizarse o desplazarse pide ayuda.
		- Me falta ánimos necesarios para empezar a hacer ejercicios diariamente
- Aumento mi actividad física para lograr bajar de peso		
- Pienso en hacer un poco de ejercicio durante el día pero no llego a hacerlo		
- Durante el día trato de organizar mis actividades para dedicarme al menos		
- Puedo dormir lo suficiente como para sentirme bien		
- Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidar más mi alimentación y hacer ejercicio		

1.2.3. Interrogantes básicas

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre obesidad y sus repercusiones en las mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa, 2017?
- b. ¿Cuál es la capacidad de agencia del autocuidado en mujeres adultas obesas que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa, 2017?
- c. ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre obesidad y la capacidad de agencia del autocuidado en mujeres adultas obesas que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa, 2017?

1.2.4. Tipo y nivel del problema

- Tipo** : De campo.
Nivel : Descriptivo, correlacional
Diseño : Retrospectivo

1.3. Justificación

El presente estudio es de **actualidad** debido al incremento alarmante de la obesidad en la población peruana, lo que determina que se considera como un grave problema de salud pública y una epidemia a nivel mundial.³

La **relevancia social** de este estudio para el profesional de enfermería radica en realizar estudios que valoren la capacidad de agencia de autocuidado en personas que viven con obesidad, es una herramienta útil para la promoción de la salud y prevención de eventos asociados a esta

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución 57.17 de 22 de mayo de 2004.* Pág. 4-5.

enfermedad, situaciones de alteración de la salud que generan deterioro de la calidad de vida, que conllevan a un alto costo tanto económico como social y que requiere de un abordaje integral desde la disciplina de enfermería.

Asimismo, el estudio es de **utilidad y trascendencia** para los profesionales de enfermería porque dará pautas para el diseño y operacionalización de programas de promoción del autocuidado de la salud y prevención de la obesidad. Asimismo, permitirá identificar oportunamente la capacidad que tiene el individuo para comprometerse con su autocuidado, y los factores de riesgo que pueden interferir esa capacidad; de esta manera, la enfermera facilita y apoya al individuo en la comprensión de la "toma de conciencia" para lograr el estado de bienestar deseado, en este caso de la apariencia y bienestar corporal de las mujeres adultas con diagnóstico de obesidad.

Desde el punto de **vista científico**, el aporte del estudio es relevante ya que será un estímulo para la realización de investigaciones posteriores sobre el tema.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. El Conocimiento

2.1.1. Concepto

"El conocimiento es la capacidad de cambiar la información y los datos en actividades efectivas". Según la Organización Mundial de la Salud, citada por Potter, "el conocimiento es la comprensión lograda a través de la participación, la percepción o el estudio"⁴⁻⁵

2.1.2. Tipos de Conocimiento

- a. **Conocimiento científico:** es el hecho encontrado a través del procedimiento de investigación, en vista de cada una de esas confirmaciones que nos llevan a preguntar en la realidad para adquirir una verdad con seguridad. Se obtiene a través de la investigación en las diferentes ciencias.
- b. **Conocimiento empírico:** Es toda esa información que el hombre gana debido a las diferentes necesidades que se le presentan a lo largo de la vida cotidiana y que se adquiere a través de vivencias y experiencias, y de la misma manera se transmite a través de asociaciones con la sociedad.
- c. **Conocimiento vulgar:** También llamado aprendizaje crédulo, la coordinación es el método para conocer, externa o claramente, se obtiene mediante el contacto coordinado con cosas o individuos que nos rodean. El hombre lo aprende medio donde se desarrolla, se transmite de generación en generación.

2.1.3. Origen del Conocimiento

El conocimiento tiene su origen en las siguientes corrientes filosóficas:

⁴ Saavedra Quispe Sandra. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad, en el Hospital SabogaL Sologuren. Lima; 2007.p. 15-16

⁵ Santa Cruz, J. Teoría del conocimiento. México: El Ateneo; 2008. p. 45.

- a. **Racionalismo:** Es la convención epistemológica que sostiene que el principal impulsor de la información reside en el pensamiento, en la razón. Afirma que una información es realmente tan extrema, cuando tiene una necesidad inteligente y una legitimidad general. Platón expresa que el aprendizaje genuino debe ser reconocido por la propiedad de las notas de la necesidad sensible y de la legitimidad inclusiva. El realismo está guiado por el pensamiento decidido, por la información perfecta, mientras que la experimentación comienza en hechos concretos.
- b. **Empirismo:** Ante la teoría del realismo, la observación sostiene que el pensamiento, la razón, es la guía principal de la información, la experimentación confía en que la principal fuente de aprendizaje humano es la participación. Por inducción, no hay nada del patrimonio anterior de la razón.
- c. **Apriorismo:** Es un momento de ejercicio de intermediación entre el realismo y la experimentación: un priorismo. Que, además, considera que la razón y la experiencia son el resultado del aprendizaje. Sin embargo, varía desde el intelectualismo, ya que establece una conexión entre la razón y la experiencia, hacia un camino opuesto al de él. En la inclinación anterior, se mantiene que nuestra percepción proviene de los componentes anteriores que son autónomos de la experiencia. "El intelectualismo enmarca sus ideas de experiencia; el apriorismo rechaza tal conclusión y establece, hasta el punto de que el factor subjetivo se origina en la razón y no en un hecho".

2.1.4. Evaluación del Conocimiento

La evaluación "es un proceso dinámico, consistente y metódico, concentrado en los ajustes de conducta y ejecución a través de los cuales verificamos los logros conseguidos por los objetivos

propuestos".⁶ La evaluación hace concebible el cambio de la actividad instructiva.

Otra definición demuestra que la evaluación se caracteriza como, "para mostrar el beneficio de algo, para evaluar, para reconocer o para calcular el beneficio de algo. En esta línea, más que exactitud, lo que la definición busca es construir un sistema cuantitativo o enfoque subjetivo: caracterizar una estima, un juicio, sobre algo o alguien, dependiendo de una razón específica, recopilar datos, influir en un juicio con ella desde una investigación y, posteriormente, establecer una elección".⁷

Más técnicamente se define como:

- "La fase del procedimiento instructivo que pretende confirmar, metódicamente, hasta qué punto los objetivos propuestos con anticipación se han logrado, entendiendo la capacitación como un procedimiento deliberado, fue para lograr cambios duraderos y positivos en la conducta de los sujetos, coordinados a la luz de los destinos caracterizados de una manera sólida, exacta, social e independiente digna".
- "Evaluación es la demostración que consiste en emitir un juicio de estima, a la luz de una disposición de datos sobre el avance o los efectos posteriores de un hombre, para establecer una opción".

2.2. CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Se considera que el cuidarse, cuidar y ser cuidado son capacidades normales básicas e indispensables para la vida de los individuos y de la sociedad, por ser inherentes a la supervivencia del ser humano. A través de la atención se promueve y desarrolla todo aquello que hace vivir a las personas. Esta es la forma en que la mente habla de una disposición de

⁶ Hessen, J. Teoría del Conocimiento. 3ra Ed. España: Esfinge; 2003. p. 12.

⁷ Ibid.

demostraciones de vida que significa influir en ella para que se mantenga continua y se desarrolle. El autocuidado son todas aquellas acciones o actividades que realiza la persona para proveerse cuidado a sí misma.⁸

2.2.1. El autocuidado a través de la Historia

A lo largo de la historia se ha tratado de entender el tipo de cuidado, su significado, se busca perfeccionarlo y asumir responsabilidad por él, ha surgido un desarrollo social en un legado de prácticas, costumbres, convicciones, mentalidades, representaciones e información de lo que se trata una cultura de cuidado, en el que la historia, la ciencia y la cultura han asumido una parte crítica en su avance, ya que han contribuido al desarrollo de este legado y han proporcionado orientación para el cuidado de la vida y la salud.⁹

Los griegos trataban con una visión necesaria de lo que debería ser simplemente el cuidado, ya que acentuaban la necesidad de tomar en cuenta el cuerpo y el espíritu. Para ellos, la autoestima incluía la mente del cuerpo, los regímenes de bienestar, las actividades físicas sin sobreabundancia y la satisfacción deliberada de las necesidades. Además, incorporó las contemplaciones, las lecturas, las notas que se tomaron de los libros o las discusiones escuchadas y la impresión de las realidades que se conocían aún y que deben apropiarse de ellas sorprendentemente mejor. Para los griegos, el cuidado del cuerpo se hacía por temor a la abundancia, a la economía de la administración, a los agravantes, a la consideración detallada de los quebrantos y a considerar los componentes, por ejemplo, la estación, el clima, el sustento y el estilo de vida, de hechos que podrían molestar al cuerpo y, a través de él, al espíritu. Como debería ser obvio, esta cultura comienza a dar significado a la discreción como un tipo de auto-mente.

⁸ Molnar G. Evaluación educativa: Conceptos y definiciones. Argentina: Teseo; 2008. p. 56.

⁹ Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. México: El Ateneo; 2007. p. 23.

Por otra parte, los avances lógicos y mecánicos, en particular los identificados con la prescripción, afectaron adicionalmente la idea y los métodos para avanzar en la consideración. Para comprender mejor este impacto, es importante presentar las ideas que el dialecto inglés creó en relación con el pensamiento de la atención. Esto conceptualizó dos tipos de atención de tipo alternativo: denominaron cuidado estándar aquellos identificados con los elementos de protección y congruencia de la vida y la recuperación de la consideración de aquellos identificados con la necesidad de curar todo lo que bloqueaba la vida.

Entrando en el campo farmacéutico, entre las razones que afectaron la idea y las prácticas de cuidado y autocuidado se puede decir lo siguiente: 1) el medicamento delineó un marco de salud para curar la infección y no para avanzar en el bienestar y 2) con la división el modelo biomédico del cuerpo y sus capacidades y la partición entre cuerpo y alma, comenzaron a confundir lo que tenía un lugar con la clase de cuidado con lo que tenía un lugar con la clasificación de medicinas, hasta el punto de utilizar los términos que te salgan bien y consideración como palabras equivalentes.

Por lo tanto, desde hace poco, el término mente cubre todo lo intrínseco a la dolencia, (por ejemplo, exámenes médicos y la aplicación y supervisión de medicamentos para curar) consignando un segundo plano todos los cuidados cruciales típicos para avanzar en la vida y prevenir la enfermedad.¹⁰

2.2.2. Requisitos para el Autocuidado

Son los objetivos que deben lograrse mediante los tipos de acciones calificadas de autocuidado estos objetivos pueden dividirse en tres categorías:¹¹

¹⁰ Molnar G. Op. Cit. p. 22.

¹¹ Ibid. p. 23.

A. Requisitos universales del autocuidado

Son comunes para cada persona e incorporan el apoyo del agua, la nutrición, la eliminación, el movimiento y el descanso, la interacción solitaria y social, la aversión al error y el avance del trabajo humano.

Las categorías de los autocuidados universales son:

- a. Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- b. Apoyo de una adecuada admisión de agua.
- c. Apoyo de admisión de alimentación adecuada.
- d. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación.
- e. Equilibrio entre actividades y descanso.
- f. Equilibrio entre la soledad y la comunicación.
- g. Ser normal con las reglas del grupo.

B. Requisitos de Autocuidado para el desarrollo

Se distinguen de los anteriores, ya que apoyan el procedimiento de la vida y el desarrollo, y anticipan condiciones que obstaculizan el desarrollo o alivian sus pertenencias. Las categorías de autocuidado son las siguientes:

- a. El embarazo.
- b. La lactancia.
- c. La infancia.
- d. La adolescencia.
- e. La edad adulta.
- f. La menopausia y la andropausia.
- g. El envejecimiento.
- h. La muerte.

C. Requisitos del Autocuidado en el caso de desviación de la Salud

La enfermedad y las heridas no solo influyen en las estructuras particulares y los instrumentos fisiológicos o mentales, sino también en la rectitud del trabajo humano. En el momento en que un ajuste de salud produce un agregado o aumenta la confianza en los demás debido a la necesidad de mantener la vida o la prosperidad, el individuo pasa de la situación de operador de cuidado personal a la de paciente o beneficiario de cuidado. La prueba de una desviación del bienestar provoca la necesidad de descubrir qué se debe hacer para restablecer lo típico.

En el caso de que las personas con desviaciones del bienestar puedan ser capaces de administrar un marco de autocuidado, también pueden tener la capacidad de aplicar el aprendizaje terapéutico aplicable a su propio cuidado (la información reparadora debe ser comprendida como capacitación para el bienestar).

Las clasificaciones de autocuidado derivadas de las desviaciones del bienestar son las siguientes:

- a. Enfermedades bajo diagnóstico y tratamiento médico.
- b. Dependencia total o parcial ocasionada por estados de salud.
- c. Las condiciones que limitan la movilidad física.
- d. Medidas terapéuticas de asistencia señaladas por los médicos.
- e. La sintomatología de enfermedad, la enfermedad en sí que hace el no poder funcionar normalmente.

2.2.3. Promoción del Autocuidado

El avance del autocuidado es una técnica esencial para la búsqueda de la prosperidad básica en la vida diaria y de esta manera lograr el mejoramiento humano. De esta manera, el autocuidado es una

capacitación que incluye líneas de desarrollo en las que cada individuo debe trabajar día a día para tener un avance agradable y ajustado. Estas líneas de desarrollo que fomentan un avance indispensable se identifican con la medición del ser emocional, física, estética, académica y trascendental, a través del mejoramiento de las capacidades emocionales, psicológicas y sociales.¹²

a. Principios para la implementación: El autocuidado posee unos principios que se deben tener en cuenta en su promoción:¹³

- Es una demostración de vida que permite a las personas resolver temas de su propio comportamiento. En esta línea, es un procedimiento voluntario del individuo para sí mismo.
- Debe ser una lógica de la vida y una obligación individual conectada personalmente con la vida cotidiana y los encuentros vividos de la población en general, sin embargo, mientras tanto debe fundarse en una red formal e informal de apoyo emocional, por ejemplo, el sistema social y de salud.
- Es una práctica social que sugiere un nivel específico de aprendizaje y elaboración de información y que ofrece ascender a intercambios y conexiones interindividuales.¹⁴

b. Estrategias del autocuidado: Para que las personas acepten el autocuidado como una rutina diaria en lo que respecta a la vida y el bienestar, es importante incorporar los procedimientos acompañantes en su avance:

- Desarrollar la confianza de los individuos y crear niveles de fortalecimiento o refuerzo como técnicas que cambian el disfraz

¹² Lugones-Botell M, Ramírez-Bermúdez M. Arte y Obesidad. Apuntes sobre el tema. Cuba: Gen Integr; 2007. pp. 1-4

¹³ Molnar, Gabriel. Ob. Cit. p. 34.

¹⁴ Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud. La salud de los adultos. Lima; 2015. p. 12

de la debilidad, respaldan la sensación de control individual y crean capacidades de activación individuales y agregadas para cambiar las condiciones individuales y sociales para el bienestar. Por otra parte, al aumentar la confianza, se ponderan las prácticas de autoafirmación, autoevaluación, autoconocimiento y autoarticulación de puntos de vista que respaldan mejoras indispensables.

- Involucrar el intercambio de información, que permite reconocer, descifrar y comprender los fundamentos y elementos del universo de las vidas de los individuos a través de la revelación y comprensión de su razonabilidad, lo que significa, tener la capacidad de verbalizarlo con lógica y recomponer una visión edificada de la enfermedad y la salud que se convierta en prácticas sólidas.
- Explore y comprenda las explosiones que existen entre el aprendizaje, las mentalidades y los archivos, y organice actividades y prepare recomendaciones que hagan que la cordialidad entre discernimiento y conducta sea adecuada.
- Los trabajadores de la salud deben esperar que la autoestima sea un asunto regular, a la luz del hecho de que al vivir constantemente, el avance del autocuidado sería compartir sus propios encuentros. En la medida en que el personal de salud viva con bienestar, estarán en una situación para promocionar la salud de los demás.
- Contextualizar la mente propia, es decir, una direccionalidad como lo indican los atributos de sexo, etnicidad y ciclo de vida humana. Comprenda que cada individuo tiene una biografía, con varias apreciaciones, convicciones, aprendizaje e inspiraciones.

- Generar procesos participativos; la promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud. El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales. Los conocimientos aprendidos a través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones del diario vivir.
- El agente de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud con lo cual identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables e inocuas y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para transformarla.¹⁵

2.3. Obesidad

2.3.1. Conceptualización y Epidemiología

Se define a la obesidad como una alteración de evolución crónica, no curable, que se refleja con aumento de peso provocado por la excesiva acumulación de tejido graso, como consecuencia del desequilibrio entre la energía ingerida y el gasto de tal energía. Es resultado de la interacción entre el genotipo y el ambiente implica factores sociales y conductuales, culturales, psicológicos, metabólicos, hormonales y genéticos.

La obesidad se constituye en un problema de salud pública, que se relaciona con la presencia de alta comorbilidad: hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipidemia, diabetes tipo 2, síndrome

¹⁵ Instituto Nacional de Salud Pública. Ob. Cit. p. 14.

metabólico, apnea del sueño, síndrome de hipoventilación, osteoartritis, infertilidad, enfermedad venosa de los miembros inferiores, reflujo gastroesofágico, incontinencia urinaria, entre otras, cuya relación es directamente proporcional a la obesidad.¹⁶

En el Perú los niveles de sobrepeso y obesidad ya son un problema de salud pública, preocupante por que existe una incidencia en menores de 9 años que se duplicó en solo 6 años. El 18,3% de mayores de 15 años son considerados obesos. El consumo de alimentos ultraprocesados y comida rápida creció en 107% y 256% en la última década.

Los resultados de la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en 2016, revelan que el 35,5% de los peruanos mayores de 15 años tienen sobrepeso. En el caso de la obesidad, el indicador llega hasta el 18,3%.

Ambos problemas también tienen una creciente incidencia entre los niños. Entre 2008 y 2014, el sobrepeso y la obesidad se incrementaron en 66% en niños y niñas de cinco a nueve años de edad, de acuerdo con los datos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (Cenan) del Instituto Nacional de Salud.

Entre 2007 y 2014, en adolescentes de 10 a 19 años, el sobrepeso pasó de 12,9% a 18,5%. En el caso de la obesidad, la incidencia era de 4,9%, pero se elevó hasta 7,5%. El incremento general en este grupo poblacional fue de 46% en solo siete años.

Saby Mauricio Alza, Decana nacional del Colegio de Nutricionistas del Perú afirma que “El sobrepeso y la obesidad ya son un problema de salud pública. En nuestro país ni siquiera hemos terminado de vencer

¹⁶ Norma Oficial para el manejo integral de la obesidad. NOM-174-SSA1-1998. Cuadernos de Nutrición; 2000; 23(5):501-508

los problemas de malnutrición por defecto, como la desnutrición, y ya estamos con los problemas de malnutrición por exceso”¹⁷

2.3.2. Etiología de la obesidad.

La obesidad es una enfermedad multifactorial compleja que aparece debido al impacto intuitivo de los componentes sociales, ecológicos, mentales, metabólicos, celulares y moleculares.¹⁸

Entre las variables asociadas con el comienzo de la obesidad se encuentran algunas terminadas que el individuo no tiene control; por ejemplo, la herencia. Uno de los componentes más esenciales es la fusión de las damas en la acción laboral de la nación, que requiere disminuir el tiempo pasado en el hogar y despertar el interés por la comida rápida en restaurantes y en diferentes lugares fuera del hogar. Además, la sustitución del régimen de alimentación esencial ha fusionado sustentos con una gran cantidad de grasa y una alta admisión de vitalidad.

Los medios de comunicación instigan la utilización irracional de "alimentos chatarra" y, además, la inclinación de los sabores dulces y el aumento en la utilización de golosinas.

Otro factor esencial es la expansión de formas de vida inactivas en nuestros órdenes sociales, afectados por la urbanización de vastas comunidades urbanas que nos impulsa a depender del transporte mecanizado y de las reducciones de las zonas destinadas a la acción física. Por así decirlo, vivimos en un público general de globalización, industrialización e innovación que ha provocado cambios radicales en la forma de vida.

¹⁷Romero L. Perú: niveles de sobrepeso y obesidad ya son un problema de salud pública Perú: La República; 27 de Junio 2017. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/1053729-peru-niveles-de-sobrepeso-y-obesidad-ya-son-un-problema-de-salud-publica>

¹⁸ Lifshitz A; Halabe J; Ramiro M; López-Barcena, J. El Internista. Medicina interna para internistas. 3ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2006. p. 82.

Está arraigado que el peso y las dolencias metabólicas son causadas por una intrincada disposición de elementos ecológicos hereditarios.

Las últimas investigaciones demuestran que, en la guía hereditaria de la resistencia, hay más de 200 cualidades o locus de marcadores con potencial de impacto por cambio o ruptura en el comienzo de la fortaleza. Se evalúa que del 40 al 70% de la inconstancia en peso se identifica con el fenotipo hereditario.^{19 - 20} Estas observaciones se demuestran con investigaciones realizadas en: a) gemelos, b) estudios de adopción, c) análisis de familias y d) detección de genes predisponentes, que se asocian con una fuerte evidencia del componente genético de la obesidad.

Las secuelas de numerosos exámenes han supuesto que la obesidad es una enfermedad multifactorial, con una conexión imperativa de la inclinación hereditaria y los componentes naturales. Para que la corpulencia se muestre a sí misma, no solo se requiere una situación que la favorezca, sin embargo, existen algunas cualidades asociadas con el control de las diferentes vías metabólicas de la termogénesis, el hambre, la saciedad y el anabolismo.²¹⁻²²

A pesar de que las cualidades se relacionan con la fluctuación corporal de la grasa humana, se piensa poco en ellas. No se había reconocido ninguna calidad hasta el momento en que se encontró el Ob en ratones.²³

Los concentrados en ratones obesos demuestran que la calidad Ob, la hormona para la que codifica, la leptina y su receptor, son factores

¹⁹ Frühbeck G; Díez-Caballero, A; Gómez-Ambrosi, J, Cienfuegos, J; Salvador, J. Preventing Obesity: Doctors under estimate obesity. Washington D.C.. BMJ; 2003; 326:102-3.

²⁰ Bastarrachea, R; Cole, Shelley; Comuzzie, A. Genómica de la regulación del peso corporal: mecanismos moleculares que predisponen a la obesidad. España: MedClin. 2004; 123(3):104-17.

²¹ Lugones-Botell M, Ramírez-Bermúdez M. Op. Cit. p. 3

²² Bastarrachea-Sosa, R; Laviada-Molina, H; Vargas-Ancona, L. La obesidad y enfermedades relacionadas con la nutrición en Yucatán. RevEndocrinolNutr 2001;9(2):73-76

²³ Instituto Nacional de Salud Pública. Op. Cit. p. 74

imperativos en la dirección del deseo y el consumo de vitalidad. Esta cualidad se encuentra en el cromosoma 6 de los ratones y en el cromosoma 7q de las personas.

La leptina, una hormona emitida por el adipocito, está constituida por 167 aminoácidos, con un peso subatómico de 16 kDa; círculos en el suero sanguíneo en forma libre o unido a proteínas. Su capacidad es obstaculizar la actividad neurofisiológica del neuropéptido Y, un neurotransmisor cuya actividad genera hambre, disminuye la termogénesis, expande los niveles de insulina y cortisol en plasma. La leptina funciona como una bandera que el tejido graso envía al hipotálamo para disminuir el hambre. La calidad de la leptina se comunica en el tejido adiposo, el epitelio gástrico y la placenta. Sus fijaciones séricas se asocian con la sustancia muscular versus grasa.

La regulación del equilibrio energético a corto plazo es un componente de control que incluye, principalmente, indicaciones de saciedad, cuya capacidad es impedir el hambre; posteriormente, permite el inicio y el final de la ingestión en un período relacionado con una cena.²⁴

Entre las indicaciones de saciedad se encuentran: neuromecánica (distensión gástrica e intestinal que justifica una impresión de finalización física), neuroendocrina (colecistocinina, bombesina y glucagón que disminuyen el ansia y, en consecuencia, la admisión de sustento), neurobiotecnología (oxidación corrosiva) grasas insaturadas y glucógeno hepático contenido, demostrativo del estado metabólico del tejido) y la química orgánica de la dieta (convergencia de aminoácidos y glucosa en sangre: signos aferentes de los resultados de la asimilación).²⁵

Se han propuesto dos modelos que regulan la ingestión:

²⁴ Frühbeck, G; Díez-Caballero, A; Gómez-Ambrosi, J, Cienfuegos, J; Salvador, Op. Cit. p. 23.

²⁵ Loc.cit.

- La glucostática de Meyer demuestra que expresó que la ingestión de sustento se inició con un rápido requerimiento de vitalidad y, por lo tanto, la saciedad se reflejó al satisfacer esa necesidad. Recomendó que la partícula que dirigía la saciedad fuera la glucosa.
- El modelo lipostático de Kennedy, que planteaba un factor de adiposidad, el cual sería responsable de detectar las variaciones en el peso corporal, con la finalidad de que el organismo redujera o incrementara la ingestión en función de la reserva energética de grasa. Los átomos considerados como factores de adiposidad son leptina e insulina. El cuerpo está en un estado de vitalidad ajustada cuando la ingesta es comparable al uso calórico y el peso corporal es constante. En el momento en que hay un exceso positivo, el foco de leptina aumenta y la reacción compensatoria invierte este estado, disminuyendo el hambre y expandiendo el consumo de vitalidad; sin embargo, en el caso de que sea negativo, la agrupación de leptina disminuye, potencia el ansia y disminuye el uso de vitalidad.²⁶

2.3.3. Índice de masa corporal

El índice de masa corporal es una técnica básica y ampliamente utilizada para evaluar la extensión de la proporción de grasa corporal. El IMC fue creado por el analista y antropometrista belga Adolphe Quetelet. Esto se determina separando la pesadez del sujeto (en kilogramos) por el cuadrado de su altura (en metros), por lo que se comunica en kg / m^2 .

La OMS (Organización Mundial de la Salud) construye una definición que por lo general se usa con las evaluaciones correspondientes, concurrida en 1997, distribuida en 2000 y balanceada en 2010: el IMC menor de 18.5 está por debajo del peso típico.

²⁶ Frühbeck, G; Díez-Caballero, A; Gómez-Ambrosi, J, Cienfuegos, J; Salvador, Op. Cit. p- 25.

IMC de 18,5-24,9 es peso normal

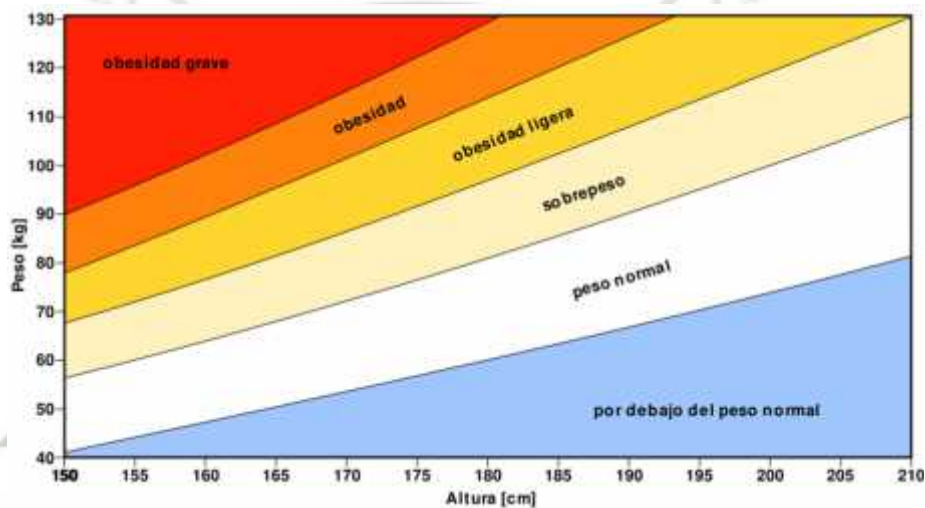
IMC de 25,0-29,9 es sobrepeso.

IMC de 30,0-34,9 es obesidad clase I.

IMC de 35,0-39,9 es obesidad clase II.

IMC de 40,0 o mayor es obesidad clase III, severa (o mórbida).

IMC de 35,0 o mayor en la presencia de al menos una u otra morbilidad significativa es también clasificada por algunas personas como obesidad mórbida.



- **Circunferencia de cintura:** El IMC no considera los contrastes entre la grasa y el tejido magro; ni reconoce tipos distintivos de adiposidad, algunos de los cuales podrían estar relacionados más íntimamente con el riesgo cardiovascular
- La mejor información de la ciencia del tejido graso ha demostrado que la corpulencia focal (la escritura masculina o la manzana componen el peso) tiene una conexión con la enfermedad cardiovascular, que solo con el IMC.²⁷

²⁷ Kaufer, M. Tratamiento dietético de la obesidad. Cuadernos de Nutrición. México: 2010;13(1):17-32

- La circunferencia de cintura absoluta (>102 cm en hombres y >88 cm en mujeres) o el índice cintura-cadera ($>0,9$ para hombres y $>0,85$ para mujeres) son usados como medidas de obesidad central.
- **Grasa corporal:** Un método electivo para decidir el peso es medir el nivel de relación entre el músculo y la grasa. Especialistas e investigadores en su mayoría coinciden en que un hombre con más del 25% de músculo frente a la grasa y una mujer con más del 30% de músculo frente a la grasa son obesos. Sea como fuere, es difícil medir la relación músculo a grasa con precisión. La técnica más reconocida ha sido medir individuos sumergidos, sin embargo, el pesaje sumergido es un método restringido a laboratorios con hardware único. Las técnicas menos difíciles para estimar el músculo frente a la grasa son la estrategia de pliegues cutáneos, en la que se estima una compresión de la piel para decidir exactamente el espesor de la capa de grasa subcutánea; o el examen de impedancia bioeléctrica, en su mayoría realizado por maestros clínicos. Su uso estándar es desalentador. Otras medidas de grasa corporal incluyen la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la absorciometría de rayos x de energía dual²⁸
- **Factores de riesgo y morbilidades asociadas:** la cercanía de los factores de riesgo y enfermedad relacionados con la obesidad se utilizan igualmente para desarrollar una determinación clínica. La coronariopatía, la diabetes tipo 2 y la apnea del descanso son factores de riesgo que constituyen un riesgo para la vida que podría demostrar un tratamiento clínico para la obesidad. El tabaquismo, la hipertensión, la edad y los antecedentes familiares

²⁸ Kaufer, M. Ob. Cit. pp. 17-18

son otros factores de riesgo que podrían demostrar el tratamiento.²⁹

2.3.4. Causa y mecanismos de la obesidad:

Las causas de la obesidad son múltiples, e incluyen factores tales como la herencia genética; el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y metabólico; y el tipo o estilo de vida que se lleve. Para Mazza (2001) entre los elementos que pueden causar obesidad se puede atribuir el 30% a componentes hereditarios, el 40% a variables no heredables y el 30% a factores simplemente sociales, es decir, la conexión entre elementos naturales y hereditarios es del 30% y 70% por separado. Los componentes para que estos elementos causen un exceso de masa muscular son:

- Mayor ingesta de calorías de las que el cuerpo necesita.
- Menor actividad física de la que el cuerpo precisa.

Si se ingiere mayor cantidad de energía de la necesaria ésta se acumula en forma de grasa. Si se consume más energía de la disponible se utiliza la grasa como energía. Así que la obesidad es causada por la vitalidad de sobreabundancia, debido a las modificaciones en el ajuste de entrada / rendimiento de la vitalidad. Por lo tanto, pueden ocurrir diferentes inconvenientes, por ejemplo, hipertensión, diabetes mellitus y enfermedad coronaria.³⁰

La herencia asume una parte imperativa, a tal punto que desde los padres obesos el peligro de corpulencia para un niño es 10 veces más alto que el normal. Hasta cierto punto, es debido a las inclinaciones metabólicas de la agregación de grasa, sin embargo, en una medida limitada, es debido a la forma en que las propensiones sociales

²⁹ Ibid. p. 19

³⁰ Zahid, A. Genetic aspects of human obesity: a review [Aspectos genéticos de la obesidad humana: una revisión]. Chicago: J Pak Med Assoc; 2003; 53:563-8

dietéticas y estacionarias se suman a los diseños de corpulencia reafirmados de padres a hijos

Ser obeso, también responde a la presencia de enfermedades hormonales o endocrinas, y pueden ser solucionados mediante un correcto diagnóstico y tratamiento especializado.

2.3.5. Diagnóstico de la obesidad

La investigación de la síntesis corporal habla del eje central para la evaluación del estado nutricional, la observación de pacientes con falta de sustento saludable y, lo más importante, el hallazgo y la escritura del peligro relacionado con la fortaleza. La evaluación de la creación corporal es la totalidad de la masa muscular frente a la masa grasa (MCG) y el peso dinámico (MCA), en relación con el peso o el peso corporal total (MC). El peso de la grasa es la medida absoluta de la grasa en el cuerpo. El peso dinámico se dirige a la masa de todos los tejidos del cuerpo, sin grasa almacenada (músculos, huesos, sobres de fibras musculares), de esta manera: $MC = MCG + MCA$.³¹

Un componente sintomático generalmente reconocido para caracterizar el bienestar es la lista Quetelet o el índice de masa corporal (IMC). Esto se construye por el peso en kg, entre el cuadrado del tamaño en metros. Represente el peso relativo para la estatura y corresponda esencialmente con el contenido total de la relación músculo a grasa. Según lo indicado por la OMS, la obesidad se ordena en las etapas retratadas en la cuadro 1.³²

³¹ Morín, R; Lonngi, G. Farmacoterapia de la obesidad. 1ª ed. México: LitoGrapo, 2005; p. 28

³² Ibid, p. 29

Cuadro 1. Clasificación de la obesidad según la OMS.

IMC (kg/talla ²)	Estadio
< 18.5	Bajo peso
18.5 a 24.9	Peso normal
> 25	Sobrepeso
25 a 29.9	Preobeso
30 a 34.9	Obesidad clase I
35 a 39.9	Obesidad clase II
Más de 40	Obesidad clase III

Otros índices de adiposidad comprenden:

- Relación cintura-cadera: permite ordenar al paciente corpulento e imprime un factor pronóstico en cuanto a la morbilidad. Es un marcador de la transmisión de la proporción de músculo a grasa y puede reconocer los dos ejemplos entre la circulación de la composición de androide con la trascendencia de la grasa en la parte superior del compartimiento de almacenamiento, y la escritura ginecológica con el poder de la grasa en las caderas. Se establece un factor de inclinación para un peligro de bienestar más notable cuando el registro es > 0,93 para el varón (androide) y > 0,84 para la mujer (ginecoide).³³
- Plicometría o medición de los pliegues cutáneos: proporciona una estimación más precisa de la grasa subcutánea a través del aseguramiento de cuatro pliegues subcutáneos (bicipital, tricípital, subescapular y suprailíaca). Esta estimación se utiliza a menudo como parte de la práctica médica y en la investigación, a la luz del hecho de que es una estrategia modesta. Los pliegues de la piel son, además, esenciales para obtener la relación músculo contra grasa.³⁴
- Evaluación del porcentaje de grasa corporal: existen técnicas distintivas para estimar la relación entre músculo y grasa. Los dos más utilizados son el CT y la investigación de la impedancia del cuerpo o la bioimpedancia eléctrica, que mide la resistencia de los

³³ Ibid, p. 32

³⁴ Chavarría, AS. Definición y Criterios de Obesidad. España: NutrClin; 2002, 5(4):237

tejidos del cuerpo a la sección de una corriente eléctrica (impedancia del cuerpo). Entre los modelos de pantallas de músculo versus grasa están la Tanita. Se estima que una estimación ordinaria de la proporción de músculo a grasa es inferior al 20% para los hombres y por debajo del 30% para las mujeres. En la investigación del paciente obeso, los ángulos psicosociales (vergüenza social, problema de conducta alimentaria, impresión de autopercepción y psicopatología) deben explorarse para desarrollar el tratamiento necesario.

2.3.6. Repercusión de la Obesidad en la Salud

a. Hipertensión arterial

El aprendizaje de la conexión entre la obesidad y la hipertensión de los vasos sanguíneos remonta a los años veinte. A partir de ese momento, diversas investigaciones han confirmado esta relación, por lo que la hipertensión es más del doble de incesante entre individuos corpulentos que entre individuos de peso normal.

La corpulencia de la composición focal o androide es la más identificada con la hipertensión. Está completamente demostrado que ponerse en forma disminuye las cifras de tensión circulatoria hasta que incluso lo normalice.

b. Insuficiencia venosa

La obesidad, sobre todo la de tipo ginoide, hace que la sangre vuelva a las venas de las piernas hacia el corazón.

Esto causa peso en las piernas, pero además provoca agrandamiento de las venas (venas varicosas), irritación (flebitis), escozor, úlceras e incluso desarrollo de trombos (tromboflebitis) que pueden tener resultados genuinos, por ejemplo, embolia neumónica.

c. Cardiopatía isquémica

Las personas fuertes tienen más mortalidad por enfermedad coronaria que las personas que permanecen en peso normal.

A decir verdad, el peso se ha considerado desde 1998 como uno de los cuatro elementos principales del riesgo cardiovascular (junto con la hipertensión, el tabaquismo y el estrés).

En la actualidad, la relación entre la resistencia y la patología cardíaca, por ejemplo, la angina de pecho, la necrosis localizada cardiovascular y el accidente cerebrovascular, se ilustra inequívocamente.

Esta afiliación ocurre en su mayor parte en la corpulencia de tipo androide, que es la que tiene los niveles más asombrosos de triglicéridos.

Una disminución en el peso disminuye significativamente la probabilidad de aflicción de la enfermedad coronaria y la mortalidad relacionada con ella.

d. Ictus

La Academia Estadounidense de Neurología ha exhibido, hacia el inicio de mayo de 2001, una investigación que demuestra que el riesgo de apoplejía (tanto la descarga cerebral como la isquemia cerebral) se expande en los individuos con sobrepeso.

Este peligro es directo, es decir, se incrementa a medida que aumenta el peso, con el objetivo de que cada punto que expande el índice de masa corporal expanda el peligro total de apoplejía en un 6%.

e. Diabetes Mellitus tipo 2

Este tipo de diabetes ocurre en adultos y se relaciona con la obesidad como una regla, hasta tal punto que el 85% de los diabéticos tipo 2 son fuertes.

Está más comúnmente conectado con la corpulencia de tipo androide.

Hay una disminución en la creación de insulina y, además, una protección de insulina con el objetivo de que no sirva para transportar azúcar a las células del cuerpo.

En esta línea, el principal tratamiento para esta enfermedad es, ante todo, consumir menos calorías, seguir una dieta saludable y, mientras tanto, disminuir el peso, lo que estandariza los niveles de glucosa.

f. Alteración de los lípidos en sangre

Incremento en el colesterol LDL o colesterol horrible e incremento en los triglicéridos. La expansión del colesterol y los triglicéridos en la sangre es un factor de riesgo para las infecciones que afectan las venas y el corazón. Esto se ve particularmente en el peso de componer Android. Una disminución del peso aumenta los niveles de estos lípidos con la subsiguiente disminución en el riesgo cardiovascular que involucra

Disminuye el colesterol HDL o el colesterol bueno, lo que reduce las reservas de colesterol en la masa de las venas, impidiendo que se obstruyan con lo que protegen contra el tejido muerto del miocardio y los infartos cerebrales.

g. Aumento del ácido úrico en sangre

Incremento de la corrosión úrica, con la consiguiente plausibilidad que acelera en las articulaciones (principalmente de los dedos) y de lo que conocemos como gota. Esta enfermedad generalmente está relacionada con el peso.

h. Arteriosclerosis

Se produce un depósito favorecido por la grasa en la pared interna de las arterias lo que disminuye su distancia interna a través de la disminución posterior en la sangre que pasa a través de ellos y de esta manera con un suministro de sangre menor a las zonas que inunda.

Como resultado, puede causar ataques al corazón, trombosis o problemas de flujo en las piernas. Este es un proceso moderado y silencioso que no aparece hasta después de numerosas veces de inicio.

Los elementos que explican esta enfermedad son a pesar de la expansión del colesterol en la sangre, el tabaquismo y la hipertensión y, en menor grado, la expansión de los triglicéridos en sangre, la diabetes mellitus y la forma de vida estacionaria. Cuantos más factores suceden en un individuo similar, es más probable que tenga arteriosclerosis

i. Artrosis

El exceso de peso causa un desgaste adicional de las articulaciones del cuerpo que están sujetas a un esfuerzo más notable que el típico.

En ese punto hay tormento y problemas de desarrollo, particularmente en las supuestas articulaciones de carga, que son

las de la columna vertebral, las de la cadera, las rodillas y la parte inferior de las piernas.

Además, la grasa excesiva en las articulaciones ajusta su funcionamiento legítimo.

j. Alteraciones respiratorias

La agregación de grasa en el tórax frustra los desarrollos respiratorios del pulmón, cambiando la capacidad respiratoria.

Estos ajustes son más prominentes en medio del reposo causando la supuesta apnea del sueño. Esta patología se compone de una interferencia fugaz de la respiración que se recupera con un impresionante silbido. En este momento, hay una falta de suministro de oxígeno a la mente, lo que puede causar ajustes en el estado de ánimo del corazón, hipertensión emergencia o accidentes vasculares.

Además, la naturaleza del reposo no es grande y la persona influenciada asiente siempre en el medio del día, lo que supone una posibilidad de mal en caso de que esté haciendo cualquier movimiento que requiera la consideración más extrema, por ejemplo, un aparato de conducción o trabajo.

k. Trastornos relacionados con el estómago

El exceso de grasa en el abdomen aumenta la presión a este nivel.

Desde una perspectiva, esto apoya la herniación del estómago a través del estómago con el objetivo de que llegue al tórax causando lo que se conoce como una hernia de ruptura.

Por otra parte, obstruye el correcto funcionamiento de la válvula llamada cardia que está entre la garganta y el estómago, manteniendo la sección de la sustancia del estómago en la

garganta. En esta línea, el jugo gástrico que es excepcionalmente corrosivo pasa por la garganta alterando sus divisores y causando esofagitis que se manifiesta con una sensación de consumo y produce heridas en la mucosa esofágica.

Además, la obesidad, en particular la escritura ginoidea, se inclina a soportar cálculos de la vesícula biliar y la degeneración hepática.

I. Enfermedades neoplásicas

La corpulencia es un factor de riesgo para varios tipos de malignidad. En los hombres, aumenta la probabilidad de tumores de colon, recto y próstata y en las mujeres apoya la presencia de tumores en los ovarios, útero (endometrio y enfermedad del cuello del útero), seno y vesícula biliar

m. Riesgo en el quirófano

La grasa por sobreabundancia hace que sea difícil realizar cualquier tarea quirúrgica por obvias razones. Desde una perspectiva, ya que es un bloqueo físico para llegar a las zonas para intervenir.

Por otra parte, los cambios que, como hemos visto, suceden en la capacidad respiratoria, incrementan los riesgos de complicaciones. Lo que, es más, en las actividades estomacales, la grasa en abundancia aplaza la reparación y adelanta las enfermedades.

n. Mortalidad

El peso de la abundancia expande la mortalidad en la población que lo soporta.

Un índice de masa corporal (IMC) más prominente que $29\text{kg} / \text{m}^2$ crea una mayor mortalidad principalmente debido a enfermedades cardiovasculares, errores cerebrales, diabetes mellitus tipo 2 y algunos tipos de tumores malignos. El peligro de ataques cardíacos

y ataques de apoplejía particularmente en casos de peso de la escritura de Android, en el que la grasa exorbitante se transmite alrededor de la región central.

Se ha demostrado que una reducción de peso y una estandarización del IMC disminuye el peligro de mortalidad debido a las enfermedades relacionadas con la hemofilia.

2.4. Teorías de enfermería que sustentan la investigación

Los modelos e hipótesis de Enfermería esperan retratar, construir y analizar las maravillas que conforman el acto de Enfermería.³⁵

La enseñanza espera que, teniendo en cuenta el objetivo final de verificar que exista una hipótesis de enfermería, debe contener los componentes del metaparadigma de enfermería.

Cada enseñanza abarca los términos identificados con la hipótesis y su avance teniendo en cuenta el objetivo final de equiparlo con una colección de información que le permitirá controlar la actividad. En Enfermería, los términos acompañantes se consideran:

- a. **Ciencia.** Es tanto un grupo de información común de una disciplina como las habilidades y la filosofía que obtienen este terreno de enseñanza.
- b. **Conocimiento.** Es la impresión de realidad que obtenemos a través del aprendizaje y la investigación.
- c. **Teoría:** Consiste en una disposición de ideas, definiciones y recomendaciones que nos permiten una perspectiva eficiente de las maravillas, construyendo para ello las conexiones particulares entre las ideas a fin de componer, aclarar, prever y/o controlar estas maravillas. La conveniencia de la hipótesis para la enfermería es

³⁵ Orem, D. Soinsinfirmiers: les concepts et la pratique. Pág. 12.

que le permite desarrollar el aprendizaje sobre su propia enseñanza, utilizando deliberadamente una técnica de trabajo.

d. Modelo: Esta es la representación emblemática de la realidad. Los modelos se crean utilizando ideas relacionadas que aún no han avanzado a una hipótesis. El modelo se rellena como una conexión en el avance de una hipótesis. Los modelos de enfermería son, en ese momento, representaciones de la verdad de la práctica de la enfermería.

2.4.1. Dorothea Orem “Modelo de Autocuidado”

Para Dorothea Orem, el ser humano es una forma de vida natural y mental, y en asociación con su condición, a la que está sometida. Él puede hacer, transmitir y completar ejercicios útiles para sí mismo y para los demás.

La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

El autocuidado es una necesidad humana que constituye cada actividad que el individuo lleva a cabo a través de sus valores, convicciones, etc. con un objetivo final específico para cuidar la vida, la salud y la prosperidad. Se ponderan las actividades que requieren aprendizaje. En el momento en que el individuo no puede desarrollar estas actividades por restricción o discapacidad, existe una circunstancia de confianza en la mente propia.³⁶

Hay tres tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar, ...

³⁶ Marriner Tomey, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 6ta edición. España: Elseiver-Mosby; 2007. p. 605.

- Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia.
- Los derivados de desviaciones del estado de salud.

En el modelo de Orem consiste en actuar integralmente con personas, familias y grupos en la ejecución del autocuidado, cuando se modifica la armonía entre las necesidades de autocuidado y la mente propia. Los propósitos detrás del desequilibrio serán una enfermedad o daño que requiere requisitos adicionales para la mente propia (debido a la reorientación del bienestar).

Es la mejor forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones y/o incapacidades en la realización de las actividades de los autocuidados.

Hay tres tipos de ayuda:

- El sistema de compensación total: cuando el individuo no puede desarrollar ninguna acción de autocuidado. Sugiere una dependencia agregada.
- El sistema de compensación parcial: cuando el individuo introduce algunos requisitos de autocuidado por parte del personal de enfermería, ya sea por impedimento o discapacidad.
- El sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita dirección y educación para realizar autocuidado.

2.4.2. Hildegard Peplau. “Modelo de Relaciones Interpersonales”.

Hizo incorporaciones de las Ciencias de la Conducta, así como de los trabajos de Sigmund Freud, Erich Fronun, Abraham Maslow, Harry Sullivan y Neal Miller. Coordinó las hipótesis psicoanalíticas, el aprendizaje social, la inspiración humana y la mejora de la identidad en

su modelo, mientras que el desarrollo de la hipótesis de la enfermería fue algo moderadamente nuevo.³⁷

Peplau construye su modelo a la luz de la enfermería psicodinámica, que caracteriza como la utilización de la comprensión de la propia conducta para ayudar a otras personas a distinguir sus problemas. La nutrición psicodinámica aplica los estándares de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana. Es importante caracterizar lo que es simplemente la comprensión de la conducta, que es el cuidado de los demás, que es ayudar en la caracterización absoluta de los mejores desarrollos posibles de la enfermería en su modelo.

Puede considerarse deductivo como un componente de las especulaciones psicoanalíticas, pendiente de caracterizar los mejores desarrollos posibles de la enfermería. Los problemas que podemos descubrir en el modelo de Peplau son:

- Que la enfermera ha de asumir distintos roles, dado que el modelo de Peplau utiliza este enfoque como la principal base para los cuidados, la enfermera ha de ser capaz de controlar las emociones que emanan de su representación de nuevos roles, tanto de ella como del paciente. La enfermera debe proporcionarle una ayuda reparadora adecuada y para esto es vital que se sienta seguro acerca de su capacidad para impartirlo adecuadamente.
- Habilidades de asesoramiento: no está ligada a la orientación sobre la posibilidad de que el paciente se ocupe racionalmente de los problemas y tome algunas decisiones sensatas.
- Proporcionar una red de apoyo para el personal. Supone exigencias emocionales importantes para la persona que presta los cuidados. La enfermera también necesita más ayuda. Se debe dedicar tiempo

³⁷ Alligood, M; Modelos y Teorías de Enfermería. Séptima Edición. España: Editorial Elsevier S.L.; 2011.p. 220.

al refuerzo del personal. El asistente médico necesita tiempo para examinar la práctica clínica.

- La utilización de su modelo está restringida en el trabajo con pacientes seniles, incapacitados y neonatales. En esta circunstancia, la relación paciente-enfermera es unilateral, por lo tanto, no puede considerarse general.
- Carece de exactitud experimental. A pesar de que depende de la realidad, debe ser aprobado y verificado por diferentes investigadores y la investigación consiguiente es deficiente.

La suposición del modelo: se concentró en el avance de la relación útil como un procedimiento fundamental y trató de dar una relación que pudiera influir en el individuo para permanecer sano. Hacer esto de manera viable implica que los asistentes deben descubrir cómo utilizar la tensión experimentada por un paciente o familiar para que puedan comprender cuáles son los problemas y cómo se pueden resolver estos problemas. Utilizando la relación en esta línea, formando equipo, enseñando y siendo un especialista, el personal de enfermería tendrá la capacidad de identificarse con los problemas del paciente. Como resultado de esto, tanto el personal de enfermería como el paciente aprenden y se desarrollan.

Peplau dice que los pacientes tendrán problemas si no se satisfacen estas necesidades, ya sea porque la inquietud es demasiado alta o porque la presión produce decepción y dificultad en el paciente. El modelo de Peplau trata del cuidado de alguien mediante una serie de interacciones, es, por tanto razonable describirlo, como un modelo de desarrollo más que como modelo de sistemas.

2.4.3. Lydia Hall. “Modelo del Núcleo, el cuidado y la Curación:

Hall construye su Teoría con respecto a las Ciencias de la Conducta, ajustando modelos de la Psiquiatría y Psicología. Tuvo un impacto sólido en el trabajo de Carl Rogers sobre el tratamiento centrado y

silencioso y sus perspectivas sobre la persona. No indica las Teorías en las que se basó para detallar su modelo. No caracteriza ninguna de las ideas que constituyen el metaparadigma.³⁸

Al esforzarnos por expandir el procedimiento de Enfermería en vista del Modelo de Hall, hemos experimentado problemas extraordinarios en la etapa de evaluación. Principalmente en el círculo del núcleo no hemos tenido la capacidad de distinguir qué información es vulnerable a ser estimada. En vista de esta circunstancia, creemos que es indiscernible proceder con los siguientes períodos del registro de Enfermería.

- **Persona:** La idea de individuo no se caracteriza. Hall realiza una clasificación estructural de la persona sin haber definido previamente dicho concepto. Divide al individuo en tres secciones: individuo, cuerpo y patología, lo que provoca una repetición. Piensa en la patología como una pieza esencial del individuo.
- **Entorno:** No se caracteriza. Sugiere que hacer cualquier movimiento de enfermería identificado con el ambiente debería ayudar al paciente a adquirir un objetivo individual, pero no aclaro cuáles son esos ejercicios. Debe impulsar la auto-mejora..
- **Salud:** No define salud sino que describe la enfermedad como "conducta coordinada por los sentimientos de autoconciencia individual". A partir de esta definición, se puede inducir a que conecte la dolencia con la patología mental, prohibiéndose lo que quede de los ajustes naturales. Para Hall, un individuo sano elige intencionalmente prácticas útiles, la autora no considera el impacto de la naturaleza en dicha selección de prácticas.
- **Enfermería:** Afirma que se trata de una vocación, sin embargo, no la caracteriza, pero retrata cómo se hace, es decir, no habla de qué, sino de cómo. Requiere cooperación en los tres círculos en los que

³⁸ Alligood M. Op. Cit. p. 224.

se basa el modelo: núcleo, cuidado y recuperación: desempeñando capacidades distintivas en cada uno de ellos. El círculo del cuidado es el área propia de la Enfermería, mientras que el círculo del núcleo lo comparte con la Psicología y el clero y el de la curación con la Medicina.

No analiza la función de la Enfermería en el área de prevención y promoción centrando su teoría en enfermedades de larga duración y que precisan rehabilitación. Se podría inferir una relación entre los postulados de su Teoría y la creación del Loeb Center for Nursing ideado para cuidado de pacientes en fase *no* aguda que necesitaban rehabilitación y aprendizaje.³⁹



³⁹ Ibid, p. 227.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Antecedentes locales

- a. **Autor:** Roman Salazar, Gabriela S. (2017) Arequipa.

Título: Relación entre el Conocimiento y la Capacidad de Agencia de Autocuidado en Mujeres Adultas con Obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya – Distrito de Socabaya.

Fuente: Repositorio de Tesis de la Universidad Alas Peruanas. repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/4739

Resumen: Conclusiones: Las mujeres adultas con obesidad tienen un nivel de conocimiento bajo, tienen una capacidad de agencia de autocuidado insuficiente, estos resultados nos indican que existe relación entre las variables.⁴⁰

3.2. Antecedentes Nacionales

- a. **Autor:** Ramírez Cerna Ana (2008) Lima

Título: “Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en mujeres obesas del asentamiento humano San Pablo II, San Juan de Lurigancho 2008.

Fuente: Revista Electrónica Psicoespacios ISSN:2145-2776

Resumen: Con el objetivo de determinar, el Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en mujeres obesas del asentamiento humano San Pablo II, San Juan de Lurigancho 2008, es una investigación descriptiva de corte transversal porque describe una realidad problemática en un tiempo determinado, con un amuestra de 204

⁴⁰ Roman Salazar, Gabriela S. Arequipa. Relación entre el Conocimiento y la Capacidad de Agencia de Autocuidado en Mujeres Adultas con Obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya; 2017

mujeres obesas que participaron en la investigación a quienes se les aplicó una encuesta con 30 ítems o preguntas. Los resultados de la investigación fueron: el 80% de las mujeres obesas desconocen el autocuidado que deberían de tener así como también el tiempo de alimentación saludable, y solo un 20% tienen un nivel de conocimiento medio, se puede decir que no se evidencia mujeres alguna que posea un nivel de conocimiento alto sobre la obesidad y sobre todo en su autocuidado.⁴¹

b. Autor: Saavedra Quispe Sandra. (2007) Lima

Título: Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad, en el Hospital Sabogal Sologuren (EsSalud, Lima)

Fuente: Revista Universidad Mayor de San Marcos

Resumen: El objetivo de esta investigación fue determinar si las capacidades de autocuidado (CAC) y la percepción del estado de salud (PES) son diferentes en adultos con y sin obesidad. El diseño fue descriptivo correlacional, transversal, muestreo aleatorio, polietápico, partiendo de un marco muestral compuesto por el servicio de medicina de dicho hospital en estudio. El tamaño de la muestra fue de 128 sujetos, el cual se estimó para diferencia de medias, con potencia de prueba del 85%, $p < .05$, tamaño medio del efecto. Las mediciones incluyeron variables antropométricas (peso y talla) y el llenado de dos escalas validadas para estimar CAC y PES. La muestra definitiva se constituyó por 67% de mujeres. El promedio de edad fue de 36.92 años (DE = 11.06) y de escolaridad de 9.1 años (DE = 4.9); 34% tuvo al menos un familiar directo con hipertensión (HTA) y 48% con diabetes mellitus (DM). Seis por ciento de los entrevistados padecen DM y 12% HTA. El 33% se

⁴¹ Ramírez Cerna Ana, realizó una investigación titulada, "Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en mujeres obesas del asentamiento humano San Pablo II, San Juan de Lurigancho 2008.

clasificó con obesidad de acuerdo a la Norma peruana MINSA. Las CAC y la PES (medidas de 0-100), mostraron medias de 54.44 (DE = 10.89) y 69.94 (DE = 17.25) respectivamente. El análisis inferencial mostró: 1) La PES explicó un 8.8% de la variación observada en los puntajes de autocuidado, ($F[1,128] = 13.2$ y $p .001$). Los hallazgos del estudio muestran que las capacidades del autocuidado y la percepción del estado de salud no son diferentes en personas adultas con y sin obesidad.⁴²

3.3. Antecedentes Internacionales

a. **Autor:** Ponce, María Luisa; Rivera, Alberto (2011)

Título: Prácticas alimenticias de mujeres de la tercera edad de una población urbana y percepción sobre obesidad y salud, México.

Fuente: Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México: Vol 12, No. 1 – 2, 2011

Resumen: Con el objetivo de conocer las Prácticas alimenticias de mujeres de la tercera edad de una población urbana y percepción sobre obesidad y salud. Dentro de la metodología se aplicó un cuestionario sobre hábitos de alimentación y recordatorio 24 horas. Resultados: El estado de nutrición observado fue 24.2 % normal, 42.9% con sobrepeso y 32.2% con obesidad, en los resultados del índice cintura cadera, el 28.6 % normales y el 71.4% con riesgo de obesidad tipo androide y la obesidad central se presentó en un 58%. Se observa una alta frecuencia de sobrepeso y obesidad sin embargo se ignoran las causas reales de esta ganancia de peso. En la actualidad los medios de difusión promueven la obesidad como un mal hábito de salud, por consecuencia existe información sobre este problema de salud, sin embargo, no se considera una

⁴² Saavedra Quispe, Sandra. Realizó la investigación titulada Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad, en el Hospital Sabogal sologuren-2007

enfermedad y no hay conciencia de sus consecuencias, se desconocen las enfermedades crónicas, los factores determinantes, efectos y complicaciones que pueden generar. La obesidad está asociada directamente con la maternidad, el momento en que se casaron y tuvieron hijos y la percepción actual de imagen corporal es diferente a la real. El tipo de dietas que ellas y sus familias consumen son alimentos a base de cereales y de origen animal, hay un desequilibrio en el balance energético ideal. El objetivo de alimentarse es satisfacer su necesidad de hambre y apetito, más no la nutrición. Estas prácticas alimentarias no son sólo hábitos repetitivos y mecánicos, sino que también obedecen a una consecuencia de conductas culturales y de la disponibilidad de alimentos, ya que la mayoría de ellas viven en condiciones desfavorables de desigualdad social sin poder satisfacer sus necesidades reales de salud⁴³.

b. Título: Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad que asisten a una unidad de medicina familiar- México

Autor: Luna, José Ángel; Baeza, María Nieves; Chávez, Silvia; Morales, María Teresa; Olguín, María Ester; Valentín, Cesar. (2010)

Fuente: Rev CONAMED. Suplemento de enfermería 2010; 1 15 supl 1: 11-16

Resumen: Con el objetivo principal de identificar el Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad que asisten a una unidad de medicina familiar. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal; la muestra la conformaron 270 mujeres con obesidad de 20 a 39 años de edad. Resultados. El nivel de conocimiento de la muestra sobre actividad

⁴³ Ponce, María Luisa; Rivera, Alberto. Prácticas alimenticias de mujeres de la tercera edad de una población urbana y percepción sobre obesidad y salud. Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México: Vol 12, No. 1 – 2, 2011

física se ubicó en un 58.9% de conocimiento total, el 37.4% en conocimiento suficiente, el 3.3% en poco conocimiento y el 0.4% no tiene conocimiento. Conclusiones. Con base a la hipótesis de trabajo formulada, las mujeres obesas presentan un déficit de conocimiento total sobre actividad física. De acuerdo al nivel académico no existe diferencia significativa por grado de escolaridad⁴⁴.

- c. **Título:** Percepción del peso corporal y estrategias utilizadas para controlarlo, en adultos costarricenses. Costa Rica.

Autor: Padilla, G; Roselló, M; Guzmán, S; Aráuz, A; Solórzano, N. (2007)

Fuente: Rev. costarric. Salud Publica; 16(31):48-54, dic. 2007

Resumen: Con el propósito de determinar la Percepción del peso corporal y estrategias utilizadas para controlarlo, en adultos costarricenses Métodos: Estudio descriptivo, transversal. La investigadora llega los siguientes resultados: El 50,3% y 42% de los sujetos se percibieron con peso normal y peso alto o muy alto, respectivamente. Las principales estrategias para perder el peso: hacer ejercicio, 29,4%, cambios en la alimentación; 42% de los hombres y 44% de las mujeres reportaron "no hacer nada". Al contrastar la percepción del peso con el IMC estimado, más del 25% de mujeres y 34% de hombres que se percibieron con peso normal presentaron sobrepeso ⁴⁵

- d. **Título:** Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad, México.

⁴⁴ Luna, José Ángel; Baeza, María Nieves; Chávez, Silvia; Morales, María Teresa; Olguín, María Ester; Valentín, Cesar. Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad que asisten a una unidad de medicina familiar. Rev CONAMED. Suplemento de enfermería 2010; 1 15 supl 1: 11-16

⁴⁵ Padilla, G; Roselló, M; Guzmán, S; Aráuz, A; Solórzano, N. Percepción del peso corporal y estrategias utilizadas para controlarlo, en adultos costarricenses. Rev. costarric. Salud Publica; 16(31):48-54, dic. 2007

Autor: Landeros, O; Gallegos, C. (2005)

Fuente: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Resumen: El objetivo de esta investigación fue determinar si las capacidades de autocuidado (CAC) y la percepción del estado de salud (PES), estableciendo que son diferentes en adultos con y sin obesidad. Métodos: El tamaño de la muestra fue de 128 sujetos. Las mediciones incluyeron variables antropométricas (peso y talla) y el llenado de dos escalas validadas para estimar CAC y PES. La muestra definitiva se constituyó por 67% de mujeres. Resultados: El promedio de edad fue de 36.92 años y de escolaridad de 9.1 años; 34% tuvo al menos un familiar directo con hipertensión (HTA) y 48% con diabetes mellitus (DM). 6% de los entrevistados padecen DM y 12% HTA. El 33% se clasificó con obesidad de acuerdo a la Norma Mexicana. Se concluye que las capacidades del autocuidado y la percepción del estado de salud no son diferentes en personas adultas con y sin obesidad.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Establecer si existe relación entre el conocimiento sobre obesidad y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa-2017.

4.2. Objetivos específicos

- A. Determinar el nivel de conocimiento sobre obesidad que tienen las mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa-2017.
- B. Identificar la capacidad de agencia de autocuidado que tienen las mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa-2017.

5. HIPÓTESIS

Dado que el autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o de riesgo.

Es probable que a mayor nivel de conocimiento mayor nivel de autocuidado presentarán las mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa-2017.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Como técnica se usará la Encuesta en la modalidad de cuestionario.

1.2. Instrumentos

Los instrumentos a usar son:

Para la primera variable, el formulario de preguntas usando el cuestionario estructurado por el autor de la investigación, que consta de 24 ítems con 2 y 4 alternativas de respuesta; y para la segunda variable, el formulario de preguntas usando la escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) de 20 ítems con 5 alternativas de respuestas, validados por expertos.

1.3. Cuadro de coherencias

Variables	Indicadores	Subindicadores	Instrumento	Ítems	Escala
V. Independiente Conocimiento sobre obesidad y autocuidado de la salud	1. Obesidad	1.1. Significado 1.2. Factores de riesgo 1.3. Causas 1.4. Tratamiento 1.5. Aspecto emocional	Cuestionario y Formulario de preguntas	1,2,3,9,10 6 4,5,7,8 11 12,13,14,15	Si – No Si – No Si – No Si – No Si – No
	2. Autocuidado de la salud	2.1. Significado 2.2. Presencia de enfermedades 2.3. Alimentación 2.4. Importancia del tratamiento		18 16 17,19 20	a,b,c,d,e a,b,c,d,e a,b,c,d,e a,b,c
V. Dependiente Capacidad de agencia del autocuidado (actividades que realiza la persona para preverse cuidado personal)	Interacción social	- Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre	Cuestionario y Formulario de preguntas Escala de la apreciación de la agencia del autocuidado	16	Nunca Casi Nunca Casi Siempre Siempre
		- No me importa si noto que mis amigos se incomodan por mi obesidad		19	
		- Mi familia busca que deje de ser obesa		21	
	Interacción personal	- Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantener mi salud .		4	
		- Quiero dejar de ser sedentaria y no lo logré		11	
		- Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que puede mantener mi forma de ser		14	

Variables	Indicadores	Subindicadores	Instrumento	Items	Escala
	Interacción personal	- Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mi familia y siempre me	Formulario de preguntas Escala del apreciación de la agencia del autocuidado	15	Nunca Casi Nunca Casi Siempre Siempre
		- Acepto mi obesidad y no deseo cambiarla		20	
		- Cuando obtengo información sobre mi salud y la obesidad pido explicaciones sobre lo que no entiendo		22	
		- He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.		23	
	Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	- A medida que he notado que subo de peso, voy haciendo ajustes para mantener mi salud.		1	
		- Para lograr el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios		3	
		- Soy capaz de evaluar que tanto me ayudaría en mi vida social y laboral		17	
		- A pesar de mis limitaciones por la obesidad soy capaz de cuidarme y lucir como a mí me gusta		24	
	Consumo suficiente de alimentos	- Reviso si las formas de alimentación que practico habitualmente son buenas		2	
		- Yo puedo buscar mejores formas para alimentarme que las que tengo ahora		5	
		- Yo sé que debe comer pequeñas porciones de comida		6	
	Actividad y reposo	- Si tiene problemas para movilizarse o desplazarse pide ayuda.		7	
		- Me falta ánimos necesarios para empezar a hacer ejercicios diariamente		8	
		- Aumento mi actividad física para lograr bajar de peso		9	
		- Pienso en hacer un poco de ejercicio durante el día pero no llego a hacerlo		10	
		- Durante el día trato de organizar mis actividades para dedicarme al menos 45 minutos a realizar ejercicios		12	
		- Puedo dormir lo suficiente como para sentirme bien		13	
		- Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidar más mi alimentación y hacer ejercicio		18	

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

El presente estudio se realizará en la Región de Arequipa e institucionalmente, en el Centro de Salud Alto Selva Alegre.

2.2. Ubicación Temporal

El horizonte temporal del presente estudio es de cinco meses de agosto 2017 a enero 2018.

3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio la conforman las pacientes adultas obesas atendidas en el Centro de Salud Alto Selva Alegre del MINSA.

3.1. Universo

Lo constituyen 81 pacientes adultas obesas atendidas en los diversos programas del Centro de Salud.

3.2. Muestreo

Se realizará un muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que todas las pacientes adultas tendrán la misma posibilidad de participar, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.1. De inclusión

- Pacientes adultas de 20 a 59 años de edad.
- Pacientes adultas de asistencia regular al Centro de Salud.
- Pacientes con diagnóstico de Obesidad.
- Pacientes que acepten participar en la investigación (Consentimiento informado)

3.2.2. De exclusión

- Pacientes que no deseen participar en la investigación.

3.3. Muestra

Con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, la muestra queda conformada por 72 pacientes.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Organización

- Organización con el médico jefe del Centro de Salud de Alto Selva Alegre.
- Información sobre la investigación a realizar.
- Entrega y firma del consentimiento informado.

4.2. Recursos

a. Recursos Humanos

a.1. **Investigador:** Bach. Gamaliel Ricardo Campos Umpire

b. Recursos Físicos

Estarán dados por la infraestructura del Centro de Salud.

c. Recursos Económicos

La investigación será autofinanciada por el investigador.

4.3. Recolección de datos

4.3.1. Validación de los instrumentos

- **Primera variable:** Conocimiento sobre Obesidad y Autocuidado de la salud.

El instrumento fue validado por la Lic. Gabriela Sofía Román Salazar mediante juicio de expertos obteniendo un valor de 0,854; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,921. La prueba de Hipótesis se realizó mediante la R de Pearson con un valor de 0,933 y un nivel de significación $p < 0,05$.

Baremo**Número de ítems:** 20**Valor máximo:** 1 pto**Valor mínimo:** 0 pto

Calificación del Nivel de Conocimiento	
Bueno	20 – 16 ptos
Regular	15 – 11 ptos
Deficiente	10 - 0 ptos

- **Segunda variable:** Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA)

La “Escala Appraisal of Self-care Agency Scale, respondida por el paciente propuesta por Evers e Isemberg en 1983, validada para Holanda en 1993 traducida al español como "Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA)", que es un instrumento de 24 ítems, tipo escala de Likert, modificado en Colombia por Edilma de Reales, con autorización de la autora, y validado por Manrique y Velandía, para la población bogotana, la puntuación 1 corresponde a nunca, 2 a casi nunca, 3 a casi siempre y 4 a siempre, por tanto, el sujeto con máxima capacidad de autocuidado tiene una puntuación de 96 y el mínimo de 24.” (Carrillo Agarra, 2015)

Dicho instrumento cuenta con 24 ítems, con cuatro alternativas de respuesta, y con el cual se evalúa la capacidad de agencia de autocuidado en las categorías de interacción social, consumo suficiente de alimentos, bienestar personal, promoción del funcionamiento y desarrollo personal y actividad y reposo. (Leiva y Cols. 2015)

Se compone de cinco categorías: interacción social (preguntas 12, 22), interacción personal (preguntas 2, 4, 5, 7, 8, 14,

15,16,17,19, 21 y 23), actividad y reposo (3,6,11,13,20), consumo suficiente de alimentos (pregunta 9) y promoción del funcionamiento y desarrollo personal (1,10,18, 24). (Vega Angarita, 2014).

Velandia Arias, A., Rivera Alvarez L. La escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA) de Everselenberg, segunda versión en español, y describir la capacidad de agencia de autocuidado en personas con factor de riesgo cardiovascular que asisten al programa de crónicos del servicio de consulta externa de un hospital de Bogotá, Colombia. Se aplicó el coeficiente de confiabilidad alfa-Cronbach a la escala ASA y se obtuvo un valor de 0,744. Se observó una diferencia de 0,026 por debajo del valor reportado en la medición de confiabilidad de la escala ASA, realizada por la Dra. Gallegos, primera versión en español, para un contexto mexicano; estos resultados significan que los 24 ítems analizados de la escala miden un mismo concepto y por lo tanto se concluye que el instrumento posee consistencia interna.⁴⁶

- **Capacidad de Agencia del Autocuidado**

Alternativa de respuestas		Categorías de la Percepción de la capacidad de agencia de autocuidado según rango de puntaje
Nunca= 1 puntos	Casi nunca= 2 puntos	Muy Baja = Entre 24 y 43 puntos
		Baja = Entre 44 y 62 puntos
Casi siempre= 3 puntos	Siempre= 4 puntos	Buena = Entre 63 y 81 puntos
		Muy Buena = Entre 82 y 96 puntos

4.3.2. Aplicación del instrumento en fichas y horarios pre establecidos durante la coordinación.

⁴⁶ Avances de Enfermería. [Consultado 02 de diciembre del 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002009000100005&lng=es&nrm=iso

4.4. Procesamiento de datos

4.4.1. Se realizará en forma computarizada.

4.4.2. Plan de operaciones

a. Clasificación

Se codificará por variables e indicadores.

b. Tabulación

Se tabularán los datos en tablas y gráficas de simple y doble entrada.

c. Interpretación

Se interpretará los datos cuantitativamente haciendo uso de la estadística descriptiva e inferencial.

d. Graficación

Se utilizarán gráficos de barras.

Estadísticamente, se aplicará la versión 21 del programa SPSS.

4.5. Aspectos éticos

En la elaboración del proyecto de tesis se ha considerado los siguientes principios:

- A. Honestidad en la revisión bibliográfica
- B. Anonimato
- C. Confidencialidad
- D. Consentimiento informado

5. PRESUPUESTO

5.1. Descripción de Gastos

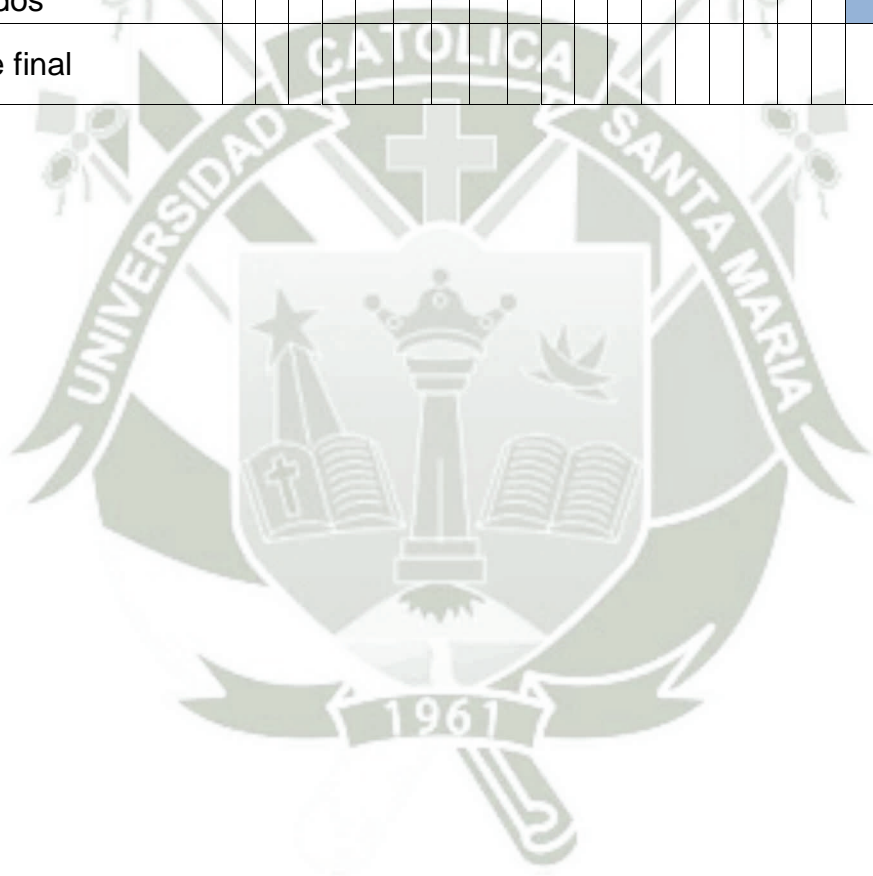
DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD S/.	COSTO TOTAL S/.
Asesor estadístico	Estadístico	1	S/. 400.00	S/. 400.00
Pasajes:				
Transporte local	Pasaje	70	S/. 1.00	S/. 70.00
Material y equipos:				
Papel bond A4 80g.	Millar	3	S/. 24.00	S/. 72.00
Lapiceros	Unidad	6	S/. 0.50	S/. 3.00
Memoria USB	Unidad	2	S/. 30.00	S/. 60.00
Calculadora	Unidad	1	S/. 5.00	S/. 5.00
Archivadores	Unidad	2	S/. 10.00	S/. 20.00
Perforador	Unidad	1	S/. 10.00	S/. 10.00
Engrapador	Unidad	1	S/. 10.00	S/. 10.00
Grapas y clips	Caja	2	S/. 5.00	S/. 10.00
Corrector	Unidad	2	S/. 2.50	S/. 5.00
Resaltador	Unidad	2	S/. 2.50	S/. 5.00
Cuadernos	Unidad	2	S/. 2.50	S/. 5.00
File	Unidad	6	S/. 0.50	S/. 3.00
Otros Gastos:				
Alquiler de Internet	Hora	100	S/. 1.00	S/. 100.00
Llamadas telefónicas	Minutos	200	S/. 0.50	S/. 100.00
Fotocopias	Hoja	530	S/. 0.10	S/. 53.00
Impresiones	Hoja	480	S/. 0.10	S/. 48.00
Empastado	Unidad	6	S/. 15.00	S/. 90.00
Imprevistos				S/. 150.50
TOTAL				S/. 1219.00

5.2. Fuentes de Financiamiento

RECURSOS	CANTIDAD
Recursos Propios	S/. 1219.00
TOTAL	S/. 1219.00

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO \ ACTIVIDADES	2017																2018											
	Ago				Set				Oct				Nov				Dic				Enero							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Aprobación del proyecto	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
Recolección de datos																	■	■	■	■								
Estructuración de resultados																					■	■						
Informe final																									■	■		





ANEXO N° 2
INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO

DATOS GENERALES

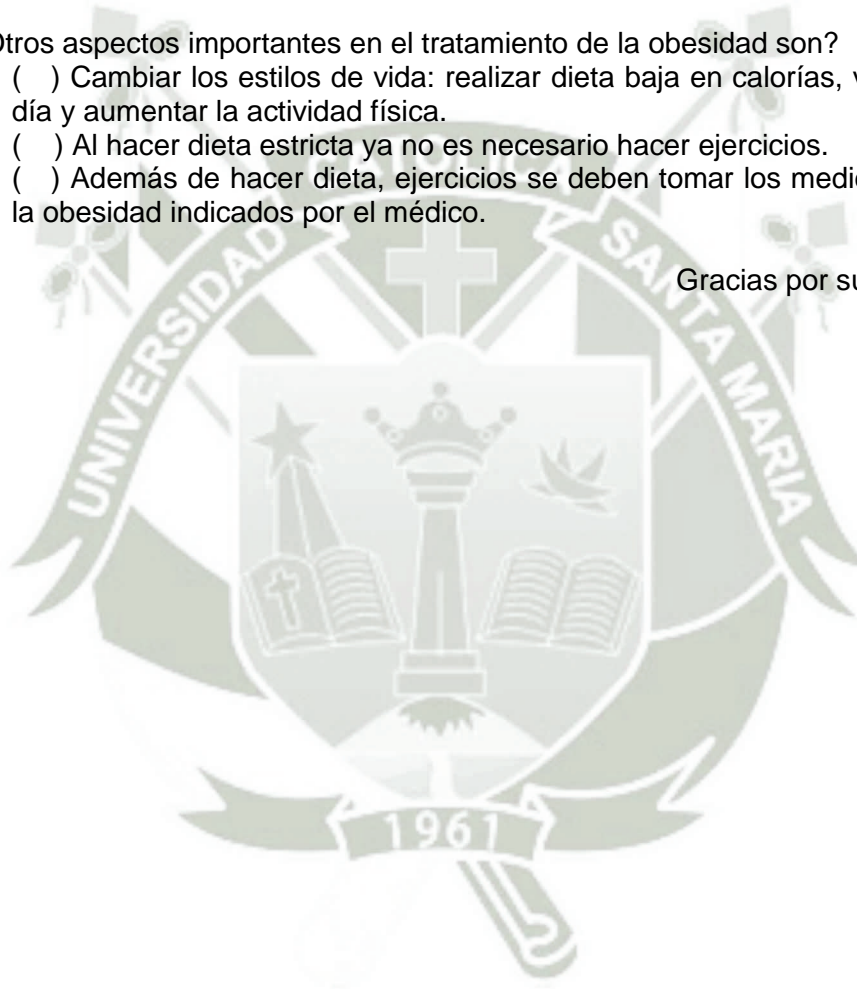
- EDAD.....
- PESO: _____ TALLA: _____
- GRADO DE INSTRUCCIÓN.....

Pregunta	Si	No
1. ¿La obesidad es una enfermedad debido al exceso de grasa en el cuerpo?		
2. ¿La obesidad es una enfermedad crónica no curable que se refleja en el aumento de peso?		
3. ¿Considera que la obesidad es una epidemia?		
4. ¿La obesidad es causada por la mala nutrición?		
5. ¿Una mujer puede ser obesa por razones genéticas?		
6. ¿La obesidad aparece por la influencia de factores ambientales, sociales, conductuales, culturales, psicológicos y hormonales?		
7. ¿El trabajo de la mujer fuera de casa aumenta la obesidad?		
8. ¿El aumento del sedentarismo hace que la obesidad aumente?		
9. ¿La obesidad tiene diversos grados de gravedad?		
10. ¿El Índice de Masa Corporal indica el grado de obesidad?		
11. ¿El tratamiento de la obesidad es una necesidad?		
12. La persona con obesidad tiene baja autoestima?		
13. ¿La obesidad afecta las relaciones afectivas?		
14. ¿La obesidad afecta las relaciones sociales y laborales de la persona?		
15. ¿La obesidad es una enfermedad que puede llevar a la muerte?		

16. ¿Cuáles considera usted que son problemas relacionados a la obesidad?
- a. () Hipertensión arterial.
 - b. () Aumento de peso.
 - c. () Diabetes mellitus
 - d. () Aumento del colesterol en la sangre.
 - e. () Infertilidad.
17. ¿Cuáles son los grupos de alimentos que más predisponen a la obesidad?
- a. () Carnes rojas (res, cordero, cerdo)
 - b. () Carnes blancas (pollo, pescado).
 - c. () Legumbres, hortalizas, frutas
 - d. () Productos de panadería (pan, pasteles, tortas).
 - e. () Otros: embutidos, snacks (piqueos), gaseosas, pollo frito, helados.

18. ¿Cuáles son las principales razones por las que necesita dejar la obesidad?
- Bajar de peso.
 - Corregir la presión arterial, prevenir o controlar la diabetes, disminuir las grasas en sangre.
 - Mejorar la apariencia del cuerpo.
 - Mejorar el desempeño en actividades físicas, además de mejorar la autoestima, relaciones sociales, laborales y proporcionar bienestar.
19. ¿Cuáles considera usted que son pasos para una alimentación adecuada?
- Comer en un solo sitio, todos los días a la misma hora.
 - Realizar otras actividades mientras come.
 - Comprar los alimentos de acuerdo a una lista
 - Preparar y servirse pequeñas cantidades y comer lentamente.
20. ¿Otros aspectos importantes en el tratamiento de la obesidad son?
- Cambiar los estilos de vida: realizar dieta baja en calorías, varias veces al día y aumentar la actividad física.
 - Al hacer dieta estricta ya no es necesario hacer ejercicios.
 - Además de hacer dieta, ejercicios se deben tomar los medicamentos para la obesidad indicados por el médico.

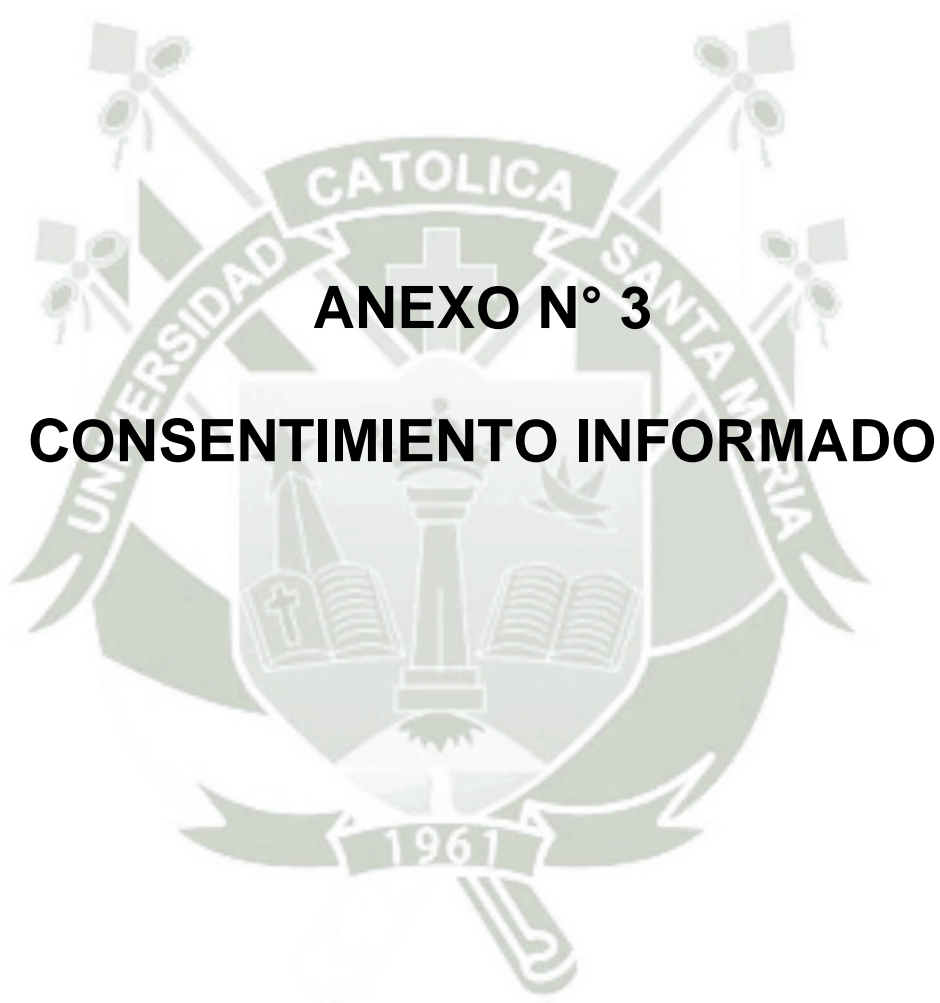
Gracias por su colaboración.



ESCALA DE APRECIACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)

Este cuestionario se completará de la siguiente manera. Lea la alternativa planteada y marque dentro del paréntesis la respuesta con la que usted se identifique

ALTERNATIVA	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
1. A medida que he notado que subo de peso, voy haciendo ajustes para mantener mi salud				
2. Reviso si las formas de alimentación que practico habitualmente son buenas				
3. Para lograr el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				
4. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud .				
5. Yo puedo buscar mejores formas para alimentarme que las que tengo ahora.				
6. Yo sé que debe comer pequeñas porciones de comida.				
7. Si tengo problemas para desplazarme o moverme a causa de la obesidad me las arreglo para conseguir ayuda.				
8. Me faltan los ánimos necesarios para empezar a hacer ejercicios diariamente.				
9. Aumento mi actividad física para lograr bajar de peso.				
10. Pienso en hacer un poco de ejercicio durante el día pero no llegó hacerlo.				
11. Quiero dejar de ser sedentaria y no lo logré.				
12. Durante el día trató de organizar mis actividades para dedicarme al menos 45 minutos a realizar ejercicios.				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansada.				
14. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
15. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mi familia y siempre me apoyan.				
16. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				
17. Soy capaz de evaluar que tanto me ayudaría en mi vida social y laboral el bajar de peso.				
18. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidar más mi alimentación y hacer ejercicio.				
19. No me importa si noto que mis amigos se incomodan por mi obesidad.				
20. Acepto mi obesidad y no deseo cambiarla.				
21. Mi familia busca que deje de ser obesa				
22. Cuando obtengo información sobre mi salud y la obesidad pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
23. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
24. A pesar de mis limitaciones por la obesidad soy capaz de cuidarme y lucir como a mí me gusta.				
PUNTAJE PARCIAL				
PUNTAJE TOTAL				



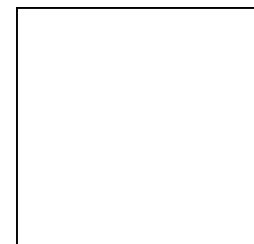
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN


Yo de años de edad, identificado con DNI y con domiciliohabíéndom e explicado en lenguaje, claro y sencillo sobre el proyecto de investigación: RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD Y CAPACIDAD DE AGENCIA DEL AUTOCUIDADO EN MUJERES ADULTAS CON OBESIDAD. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2017, el que se realizará en el presente año 2017 y que dicha investigación publicará los resultados guardando reserva de mi identidad.

Estando en pleno uso de mis facultades mentales, acepto participar en la investigación para lo cual suscribo el presente documento.

Fecha:

Firma.....Huella digital





ANEXO N° 4
**MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE
DATOS**

ID	EDAD	PESO	TALLA	GRADO	Cono1	Cono2	Cono3	Cono4	Cono5	Cono6	Cono7	Cono8	Cono9	Cono10	Cono11	Cono12	Cono13	Cono14	Cono15	Cono16	Cono17	Cono18	Cono19	Cono20	Nivel0	Autoc1	Autoc2	Autoc3	Autoc4	Autoc5	Autoc6	Autoc7	Autoc8	Autoc9	Autoc10	Autoc11	Autoc12	Autoc13	Autoc14	Autoc15									
1	46	73	1.64	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3								
2	41	69	1.58	2	1	0	3	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	2	3	2	3	3	4	3	1	2	3	3	2	3	2	3	1	3								
3	42	72	1.57	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	4	3	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2							
4	50	70	1.54	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3							
5	42	74	1.62	2	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	3	2	3	4	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3							
6	35	73	1.58	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3						
7	41	71	1.63	4	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3						
8	34	69	1.57	3	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	2	3	3	3	4	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3					
9	33	68	1.56	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	2	3	3	3	3	4	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3					
10	41	64	1.64	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	2	3	3	3	4	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3					
11	43	66	1.47	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3					
12	51	76	1.65	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3					
13	47	90	1.69	2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	1	3	1	2	3	3	3					
14	58	89	1.64	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3				
15	42	90	1.69	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	2	2	2	2	2	3	2	1	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3				
16	39	92	1.72	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3				
17	57	95	1.69	2	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3				
18	45	98	1.68	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3			
19	47	87	1.66	2	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3			
20	53	95	1.58	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	3	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3			
21	40	88	1.58	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3			
22	41	90	1.59	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
23	44	86	1.54	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3		
24	38	96	1.56	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	3	2	2	2	4	2	3	1	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3		
25	39	96	1.58	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3		
26	40	105	1.64	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	1	4	4	3	3	3	1	7	3	3	3	3			
27	51	80	1.55	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	1	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
28	58	85	1.55	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	3	3	3	3	3	3	2	1	3	1	4	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4			
29	55	91	1.57	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	2	3	2	3	4	3	2	4	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3			
30	40	88	1.56	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	2	3	2	3	4	3	2	4	3	2	4	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3		
31	42	92	1.55	2	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	2	2	2	2	3	2	2	3	1	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
32	57	98	1.68	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	1	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
33	47	91	1.56	2	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	2	3	3	3	4	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
34	51	89	1.58	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2	1	2	3	2	2	3	2	2	4	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
35	57	99	1.62	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	2	3	4	3	4	4	2	3	1	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
36	54	92	1.6	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	2	1	2	4	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
37	57	90	1.59	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	3	3	3	3	4	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	
38	49	97	1.6	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	3	3	3	3	4	2	1	2	2	3	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	3	3	3	3	3	
39	59	89	1.66	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	3	3	3	2	3	1	2	3	2	3	3	3	3	3	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	
40	52	80	1.58	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	3	3	3	2	3	1	3	3	1	2	3	3	1	2	3	2	3	2	3	2	4	3	2	4	
41	54	99	1.68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	3	3	2	4	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3
42	55	89	1.62	1	1	1	0																																										

2	3	3	2	3	4	2	3	2	2
3	3	2	3	2	4	4	4	3	3
2	2	3	2	3	3	2	2	2	3
3	2	2	2	2	3	3	5	3	2
1	3	2	3	3	3	2	3	2	2
3	3	2	3	2	3	3	3	3	3
3	3	2	3	1	4	4	3	3	3
1	2	3	2	3	4	3	3	3	3
3	2	3	3	2	4	3	3	2	3
3	2	3	2	3	4	3	2	3	3
3	3	3	3	2	4	3	3	3	3
3	2	3	2	1	3	3	3	3	3
3	2	3	3	3	2	3	3	3	2
3	2	3	3	2	3	3	3	3	3
3	3	2	3	2	4	3	2	2	2
3	2	2	2	3	4	3	2	2	2
2	3	2	3	2	2	3	3	2	2
1	3	2	3	2	2	3	2	3	2
2	3	3	3	2	3	2	3	2	2
1	2	3	2	3	3	2	3	2	2
3	2	3	3	2	4	3	2	3	3
2	3	3	2	3	3	2	3	3	3
3	3	3	2	2	4	3	2	2	2
3	2	2	2	2	3	3	2	3	2
2	2	2	2	2	3	3	3	3	2
1	3	4	2	3	3	2	2	2	2
3	2	2	3	2	3	2	2	2	2
4	3	3	4	3	4	2	3	2	2
4	3	2	3	2	3	3	3	3	3
4	3	2	3	2	3	3	3	3	3
3	2	2	2	3	3	3	2	3	2
2	2	2	3	3	3	2	3	2	2
3	3	2	3	3	3	3	3	3	3
2	3	2	3	1	4	3	2	2	2
3	3	2	2	1	4	3	2	3	3
1	2	3	2	3	4	3	3	2	2
2	2	2	2	3	2	3	3	3	3
3	2	3	1	2	3	2	3	2	2
2	3	2	1	2	3	2	3	2	2
3	2	1	2	3	4	2	3	3	2
3	3	2	3	2	2	3	2	3	2
1	2	2	1	2	3	2	2	2	2
3	3	2	1	3	3	2	3	3	3
2	3	2	1	1	4	2	2	3	2
1	2	2	2	1	4	3	2	2	2
1	2	2	1	1	1	2	3	2	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
2	3	2	2	3	3	2	3	3	2
3	3	1	1	3	3	3	3	3	2
2	3	2	1	2	3	2	3	2	2
2	2	2	1	2	4	3	3	2	2
3	4	2	1	3	3	2	3	3	2
3	3	1	2	3	2	2	2	2	2
2	3	1	1	1	1	3	2	2	2
3	2	2	1	3	3	2	3	3	3
3	2	3	3	3	3	3	3	3	2
2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
3	3	2	2	2	2	3	3	3	2
3	2	1	1	1	1	2	2	2	2
2	1	1	1	3	3	2	3	3	2
2	2	1	1	2	2	3	3	3	2
3	3	1	2	3	3	2	3	3	2
3	2	1	1	2	2	3	3	3	2
3	3	1	1	3	3	3	2	3	2
1	2	2	1	3	3	3	2	2	2
2	2	1	1	2	2	3	2	2	2
2	3	2	1	2	2	3	2	2	2
2	3	3	2	3	3	2	3	2	2
3	2	1	1	1	3	3	2	2	2
3	2	1	1	1	1	3	3	3	2
2	2	3	3	2	4	3	2	2	2
3	2	1	1	2	2	3	3	3	2