



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y
CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y OBESIDAD EN
ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

Presentada por:

Br. ARONES YANASUPO, Natali

Asesora:

Mg. OCHATOMA PALOMINO, Julia María

AYACUCHO - PERÚ

2019

Si pudiésemos dar a cada individuo la cantidad adecuada de nutrición y ejercicio, ni muy poco ni demasiado, habríamos encontrado el camino más seguro hacia la salud.

Hipócrates

Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud; por ser el manantial de vida y darme lo necesario para seguir adelante y lograr mis objetivos.

A mi madre Rosa, por estar siempre en los momentos importantes de mi vida, por ser el ejemplo para salir adelante y por los consejos que han sido de gran ayuda para mi vida y crecimiento.

A mi hijo Calebt, mi mayor motivación para no rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él.

Natalí

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas, *alma máter*, forjadora de profesionales competentes destinados al servicio de la humanidad.

A la Escuela Profesional de Enfermería, por la oportunidad cristalizar este singular anhelo.

A los licenciados, maestros y doctores de la Escuela Profesional de Enfermería, por sus excelentes enseñanzas durante nuestra formación profesional.

A la asesora Mg. Julia María Ochatoma Palomino, por sus apreciaciones y dirección en la elaboración y ejecución del proyecto de investigación.

A los señores expertos: Dra. Bolonia Pariona Cahuana, Mstro. Wilber Leguía Franco, Lic. Romeo Córdova Arango, Lic. Walter Vásquez León y Lic. Mario André Ochatoma Palomino, por su imprescindible apoyo en la validación de los instrumentos.

Al director del Hospital Regional de Ayacucho, por las facilidades para acceder a la muestra de estudio.

A las enfermeras asistenciales de Hospital Regional de Ayacucho, por su disposición para participar en la presente investigación.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO-PERÚ, 2016.

ARONÉS-YANASUPO, Natalí

RESUMEN

Las prácticas inadecuadas de autocuidado como el sedentarismo y la ingesta excesiva de nutrientes con elevada concentración energética (comida rápida, bebidas azucaradas, etc.) contribuyen al incremento de la obesidad. **Objetivo.** Determinar la relación entre prácticas de autocuidado y obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño transversal, sobre una muestra intencional de 60 enfermeras asistenciales nombradas y menores de 60 años de una población de 71 (100%). Las técnicas de recolección de datos fueron la evaluación psicométrica y antropométrica; en tanto los instrumentos, la escala sobre prácticas de autocuidado y la ficha de evaluación antropométrica. El tratamiento estadístico fue inferencial con el cálculo del coeficiente de correlación Tau "b" de Kendall, obtenido con el software IBM-SPSS versión 23,0. **Resultados.** El 40% presentaron prácticas de autocuidado poco saludables, 38,3% no saludables y 21,7% saludables. Por otro lado, el 21,7% presentaron obesidad por índice de masa corporal y 56,7% obesidad por perímetro abdominal. **Conclusión.** Las prácticas de autocuidado se relacionan inversa y significativamente con la obesidad por índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,494$; $p=0,000$) y por perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,595$; $p=0,000$).

Palabras clave. Prácticas de autocuidado, obesidad, índice de masa corporal, perímetro abdominal.

SELF-CARE AND OBESITY PRACTICES IN ASSISTANT NURSES OF THE REGIONAL HOSPITAL OF AYACUCHO-PERU, 2016.

ARONÉS-YANASUPO, Natalí

ABSTRACT

Inadequate self-care practices such as sedentary lifestyle and excessive intake of nutrients with high energy concentration (fast food, sugary drinks, etc.) contribute to the increase in obesity. **Objective.** To determine the relationship between self-care practices and obesity in nursing nurses of the Regional Hospital of Ayacucho, 2016. **Method.** Quantitative approach, correlational level and cross-sectional design, on an intentional sample of 60 appointed nurses and under 60 years of age of a population of 71 (100%). The data collection techniques were the psychometric and anthropometric evaluation; as well as the instruments, the scale on self-care practices and the anthropometric evaluation sheet. The statistical treatment was inferential with the calculation of the correlation coefficient Tau "b" of Kendall, obtained with the software IBM-SPSS version 23.0. **Results.** 40% presented unhealthy self-care practices, 38.3% unhealthy and 21.7% healthy. On the other hand, 21.7% presented obesity by body mass index and 56.7% obesity by abdominal perimeter. **Conclusion.** Self-care practices are inversely and significantly related to obesity by body mass index ($r_{tb} = -0.494$, $p = 0.000$) and by abdominal perimeter ($r_{tb} = -0.595$, $p = 0.000$).

Key words. Self-care practices, obesity, body mass index, abdominal perimeter.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Objetivos de la investigación	16
1.4. Justificación del estudio	16
1.5. Limitaciones de la investigación	17
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	19
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Definición de términos	31
2.4. Hipótesis	32
2.5. Variables	32
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	37
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	37
3.3. Población y muestra	37

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	38
3.5. Tratamiento estadístico	41
3.6. Procedimiento de contraste de hipótesis	41
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	42
CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN	56
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	64
ANEXO	

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Pág.
01. Nivel de actividad física y obesidad	43
02. Hábitos de alimentación y obesidad	45
03. Calidad de sueño y obesidad	47
04. Manejo de estrés y obesidad	49
05. Prácticas de autocuidado y obesidad	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico	Pág.
01. Nivel de actividad física y obesidad	43
02. Hábitos de alimentación y obesidad	45
03. Calidad de sueño y obesidad	47
04. Manejo de estrés y obesidad	49
05. Prácticas de autocuidado y obesidad	51

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada: “Prácticas de autocuidado y obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016”; tuvo como objetivo general determinar la relación entre prácticas de autocuidado y obesidad sobre una muestra intencional de 60 enfermeras asistenciales nombradas y menores de 60 años de una población de 71 (100%), administrando la escala sobre prácticas de autocuidado y la ficha de evaluación antropométrica.

Los resultados describen que el 38,3% reportaron prácticas de autocuidado no saludables y predominó en 16,7% el sobre peso. El 21,7% reportaron prácticas de autocuidado saludables y todas ellas presentaron un índice de masa corporal normal. El 38,3% reportaron prácticas de autocuidado no saludables y predominó en 36,6% la obesidad abdominal. El 21,7% reportaron prácticas de autocuidado saludables y todas ellas presentaron un perímetro abdominal normal. Es decir, las prácticas de autocuidado saludables se traducen en un mejor estado nutricional.

Contrastando la hipótesis se concluye que las prácticas de autocuidado se relacionan inversa y significativamente con la obesidad por índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,494$; $p=0,000$) y por perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,595$; $p=0,000$).

La investigación se ha estructurado en cinco capítulos: El capítulo I, El planteamiento de investigación, expone el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación de estudio y limitaciones. El capítulo II, Marco teórico, incluye los antecedentes de estudio,

bases teóricas, definición de términos, hipótesis y variables. El Capítulo III, Metodología, referencia el tipo y nivel de investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos y tratamiento estadístico. El capítulo IV, Resultados, consta de la presentación tabular y gráfica de los resultados. El capítulo V, Discusión, presenta la comparación, análisis e interpretación de resultados a la luz del marco referencial y teórico disponible. Finalmente, se consignan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

Natalí

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. Son prácticas de las personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades. ⁽¹⁾

Por otro lado, la obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial social, conductual, psicológica, metabólica, celular y molecular. En términos generales, se define como el exceso de grasa (tejido adiposo) en relación con el peso. ⁽²⁾

Según esta misma fuente, la causa fundamental de la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente: un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico (ricos en grasa) y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización. Por estas razones, constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles: cardiovasculares (principalmente la cardiopatía y el accidente cerebrovascular), metabólicas (diabetes), trastornos del aparato locomotor (osteoartritis) y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). ⁽³⁾

A escala mundial, en el año 2016, al rededor del 13% de la población adulta mundial (11% de varones y 15% de mujeres) presentaron obesidad por índice de masa corporal. ⁽³⁾

En Perú, en el año 2017, el 21% de la población de 15 y más años presentaron obesidad. Por región, las mayores proporciones de obesidad se concentraron en Tacna (33,6%) y Madre de Dios (29,3%). En el departamento de Ayacucho, el 12% de la población del mismo grupo de edad presentaron obesidad. ⁽⁴⁾

Las decisiones en torno al cuidado personal constituyen factores que inciden en el estado de salud y la calidad de vida. Investigaciones desarrolladas en el escenario internacional, nacional y regional, describen debilidades en las prácticas de autocuidado entre profesionales de enfermería, quienes tienen la responsabilidad y el compromiso de promover estilos de vida saludables en la población.

En México, en el año 2012, el personal de enfermería que laboraba en el turno nocturno en un hospital de tercer nivel exhibía un autocuidado deficiente por las diversas actividades que desempeñaban: se alimentaban fuera de casa, no realizaban ejercicio, se enfrentaban a riesgos laborales como cambio de horas de sueño que les provoca dolor de cabeza. ⁽⁵⁾

En Nicaragua, en el año 2017, en el área de hospitalización y emergencias del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños de Managua, el personal de enfermería poseía el conocimiento sobre autocuidado y optaba por una actitud de responsabilidad consigo mismo, pero al ser llevado a la práctica no era desarrollado de manera apropiada. ⁽⁶⁾

En Perú, en el año 2014, en profesionales de enfermería del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, el 42,2% no conocían aspectos básicos del autocuidado y exhibían una práctica inadecuada sobre el mismo. ⁽⁷⁾ Por otro lado, en profesionales de enfermería de la Microred Pueblo Nuevo en el año 2016, el 72,5% presentaron un nivel de autocuidado bueno y 25% regular. ⁽⁸⁾

En Lambayeque, en el año 2016, en la facultad de enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, las enfermeras docentes asistenciales se caracterizaban por tener adecuados conocimientos sobre las prácticas de autocuidado de la salud, pero para algunas la demanda laboral constituía un obstáculo para ejercer dichas conductas, teniendo como resultado la alteración de algunas necesidades básicas como alimentación, descanso y sueño y la actividad física. ⁽⁹⁾

En Ayacucho, en el año 2016, en una muestra de enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, el 90,2% reportaron un autocuidado inadecuado en alimentación por el consumo de productos procesados y coincidentemente el 84,8% presentaron obesidad abdominal. ⁽¹⁰⁾ Al analizar las conductas obesogénicas, el 73,9% reportaron conductas de mediano riesgo, 15,8% de bajo riesgo y 7,6% de alto riesgo. ⁽¹¹⁾

Durante las experiencias pre-profesionales en el Hospital Regional de Ayacucho, se ha observado indicios de sobrepeso y obesidad entre las enfermeras asistenciales, probablemente relacionadas con prácticas de autocuidado no saludables causados posiblemente por:

- a) Una inadecuada alimentación que consiste en el consumo de comida rápida: sándwich, hamburguesas y frituras, entre otros alimentos hipercalóricos o con alto contenido de azúcar: galletas dulces, chocolates, bebidas gaseosas, frugos, etc.
- b) La escasa actividad física, relacionada a la inadecuada gestión del tiempo libre. Para trasladarse de un lugar a otro, incluso en distancias cortas, prefieren el uso de unidades motorizadas (taxis, motos y microbuses).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PREGUNTA GENERAL

¿Las prácticas de autocuidado se relacionan con la obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016?

1.3.2 PREGUNTAS ESPECÍFICAS

- a) ¿El nivel de actividad física se relaciona con la obesidad?
- b) ¿Los hábitos de alimentación se relacionan con la obesidad?
- c) ¿La calidad de sueño se relaciona con la obesidad?
- d) ¿El manejo del estrés se relaciona con la obesidad?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre prácticas de autocuidado y obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar la relación entre el nivel de actividad física y la obesidad.
- b) Identificar la relación entre los hábitos de alimentación y la obesidad.
- c) Identificar la relación entre la calidad de sueño y la obesidad.
- d) Identificar la relación entre el manejo del estrés y la obesidad.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las prácticas inadecuadas de autocuidado explican, en parte, el desarrollo de la obesidad. Esta malnutrición constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles: cardiovasculares, metabólicas, trastornos del aparato locomotor (osteoartritis) y algunos tipos de cáncer. ⁽³⁾

La justificación de la presente investigación se sustenta en los siguientes aspectos: en la esfera legal, la Ley General de Salud N° 26842 establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual o colectivo. Por tanto, la protección de la salud es de interés público y responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla. Siendo así, toda persona tiene derecho a la protección de su salud, en los términos y condiciones que establece la Ley.

Teóricamente, los resultados obtenidos amplían el marco teórico y empírico sobre la relación entre las prácticas de autocuidado y la obesidad. En el aspecto práctico, la investigación proporcionará información confiable y actualizada a la dirección del Hospital Regional de

Ayacucho para el diseño e implementación de estrategias que promuevan los estilos de vida saludables y disminuir el riesgo de obesidad.

Metodológicamente, la investigación ameritó la adaptación de una escala sobre prácticas de autocuidado que fue sometida a pruebas de confiabilidad y validez.

La investigación tuvo en consideración los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia en la administración de instrumentos y en el tratamiento de la información.

1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Entre las principales restricciones de este estudio es posible nombrar las siguientes:

- a) Limitada generación de las investigaciones sobre la variable de interés, una oportunidad para dilucidar la relación entre prácticas de autocuidado y obesidad.
- b) Falta de instrumentos estandarizados para determinar las prácticas de autocuidado, por lo que fueron necesarias las pruebas de confiabilidad y validez.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Garduño A, Méndez V y Salgado F ⁽⁵⁾, desarrollaron la investigación “*Autocuidado del profesional de enfermería de un hospital público*”, México. **Objetivo.** Analizar las prácticas de autocuidado que realiza el personal de enfermería que labora en el turno nocturno en un hospital de tercer nivel. **Metodología.** Enfoque cualitativo, nivel descriptivo y diseño transversal. La técnica de recolección de datos fue la entrevista en profundidad y el instrumento, la guía de entrevista, sobre una muestra de 10 enfermeras que prestan sus servicios en dos lugares en el mencionado turno. **Resultados.** El autocuidado del personal de enfermería es deficiente por las diversas actividades que desempeñan, se alimentan fuera de casa, no realizan ejercicio, enfrentan riesgos laborales como cambio de horas de sueño que les provoca dolor de cabeza –aun así no desean cambio de turno–. Presentan alteración del metabolismo que favorece problemas de obesidad, enfermedades infectocontagiosas –a pesar de utilizar medidas de protección y aislamiento adecuadas– exposición a la luz blanca utilizada en el hospital, les ocasiona problemas de visión, así como exposición a radiaciones. **Conclusiones.** El autocuidado del personal de enfermería es deficiente, problemática que requiere de acciones para su salud y para que brinde mejor cuidado de la salud individual y colectiva.

Cortez MA ⁽⁶⁾, desarrolló la investigación “*Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado del personal de enfermería de hospitalización y emergencias del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños Managua, Nicaragua. Febrero 2017*”, Nicaragua. **Objetivo.** Relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado del personal de enfermería. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño transversal, sobre una muestra intencional de 90 profesionales de enfermería. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario. **Resultados.** El 77% enfatiza la importancia del autocuidado para la preservación de la salud propia. El 55% refiere

que tiene un hábito de alimentación adecuado algunas veces y 41% siempre. **Conclusión.** El personal posee el conocimiento y opta por tener una actitud de responsabilidad consigo mismo, pero al ser llevado a la práctica no es desarrollado de manera adecuada.

Manturano ZD y Cabanillas MT ⁽⁷⁾, desarrollaron la investigación “*Conocimiento y práctica de autocuidado del profesional de Enfermería del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2013*”, Perú. **Objetivo.** Determinar la relación entre conocimiento y práctica de autocuidado del profesional de enfermería. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño transversal, sobre una población de 45 (100%) enfermeras. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, la escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado y el cuestionario sobre conocimiento. **Resultados.** El 42,2% no conocen sobre autocuidado y muestra una práctica inadecuada sobre el mismo; el 26,7% está en la escala de conocer y practica adecuadamente su autocuidado; asimismo, el 8,9% a pesar de no conocer sobre el autocuidado, tiene prácticas adecuadas de autocuidado. **Conclusión.** Existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica que el profesional de enfermería posee sobre su autocuidado ($p=0,009$).

León AM ⁽⁸⁾, desarrolló la investigación “*Nivel de autocuidado de las enfermeras de la Microred Pueblo Nuevo según la teoría de Orem 2016*”, Lima. **Objetivo.** Determinar el nivel de auto cuidado de las enfermeras. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño transversal, sobre una población de 40 (100%) enfermeras que laboraban en centros y puestos de salud de la Microred de Pueblo Nuevo. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario. **Resultados.** Respecto a la dimensión relaciones interpersonales, el 70% presentaron un nivel de autocuidado bueno; en prevención de riesgos, el 77,5%(31) reportaron un nivel de autocuidado bueno; en relación a la dimensión alimentos, el 67,5% expresaron un nivel de autocuidado

regular; en actividad y descanso, el nivel de autocuidado regular caracterizó al 62,5%. **Conclusión.** El 72,5% presentaron un nivel de autocuidado bueno y 25% regular.

Patazca KL y Sampen DY ⁽⁹⁾, desarrollaron la investigación “*Prácticas de autocuidado de la salud de enfermeras docentes-asistenciales de una facultad de enfermería del departamento de Lambayeque, 2016*”, Perú.

Objetivo. Caracterizar y comprender las prácticas de autocuidado de la salud de enfermeras. **Método.** Enfoque cualitativo, nivel exploratorio y diseño fenomenológico, sobre una muestra por saturación de 5 enfermeras docentes-asistenciales de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. La técnica de recolección de datos fue la entrevista a profundidad y el instrumento, la guía de entrevista. **Resultados.** Las enfermeras docentes asistenciales se caracterizan por tener conocimiento sobre las prácticas de autocuidado de la salud, pero para algunas la demanda laboral es un obstáculo para ejercer dichas conductas, teniendo como resultado la alteración de algunas necesidades básicas como alimentación, descanso y sueño y la actividad física. **Conclusión.** Durante su proceso evolutivo las enfermeras docentes asistenciales, han desarrollado diversos problemas de salud, con los que han aprendido a convivir por lo tanto siguen diversos tratamientos médicos para atenuar los daños de la enfermedad, siendo agentes de su autocuidado.

Barrientos Y ⁽¹²⁾, desarrolló la investigación “*Estilos de vida y obesidad central en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2015*”. **Objetivo.** Determinar la relación entre los estilos de vida y la obesidad central en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho. **Método.** Nivel correlacional y el diseño transversal sobre una muestra al azar simple de 88 enfermeras asistenciales de una población de 137 (100%). Las técnicas de recolección de datos fueron la evaluación psicométrica y antropometría; en tanto que los instrumentos, el cuestionario fantástico modificado y la ficha de evaluación antropométrica. **Resultados.** La obesidad central se identificó en el 79,5%. Por otro lado,

en el grupo de enfermeras asistenciales con un estilo de vida malo, el perímetro abdominal promedio fue de 98,25 centímetros; en tanto que en las enfermeras con buen estilo de vida, de 86,27 centímetros. Comparando las puntuaciones medias del perímetro abdominal, se observan diferencias significativas según el análisis de varianza ($p < 0,05$). Es decir, cuando los estilos de vida son menos saludables es mayor el perímetro abdominal. **Conclusión.** Los estilos de vida se relacionan significativamente con la obesidad central ($r_s = - 0,808$; $p < 0,05$).

Cisneros A ⁽¹³⁾, desarrolló la investigación “*Consumo de productos procesados comestibles y obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2015*”. **Objetivo.** Determinar la relación entre el consumo de productos procesados comestibles y la obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2015. **Método.** Nivel correlacional y el diseño transversal sobre una muestra al azar simple de 88 enfermeras asistenciales de una población de 137 (100%). Las técnicas de recolección de datos fueron la encuesta y antropometría; en tanto que los instrumentos, el cuestionario sobre consumo de productos procesados comestibles y la ficha de evaluación antropométrica. **Resultados.** La obesidad leve estuvo presente en el 20,5% de enfermeras asistenciales y el sobre peso en el 34,1%. Por otro lado, el 4,5% de enfermeras asistenciales no consume productos procesados comestibles y predominó en todas ellas el estado nutricional normal; 59,1% consume productos procesados comestibles en un nivel moderado y predominó en 34,1% el sobrepeso y en 18,2% la obesidad. **Conclusión.** El consumo de productos procesados se relaciona significativamente con la obesidad ($r_s = 0,814$; $p < 0,05$).

Cahua K ⁽¹⁰⁾, desarrolló la investigación “*Consumo de productos procesados y obesidad abdominal en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016*”. **Objetivo.** Determinar la relación entre el consumo de productos procesados y la obesidad abdominal en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

Método. Nivel correlacional y diseño transversal sobre una muestra al azar simple de 92 (67.2%) enfermeras asistenciales de una población de 137 (100%). La técnica de recolección de datos fue la encuesta y antropometría; en tanto los instrumentos, el cuestionario y la ficha de evaluación antropométrica. **Resultados.** El 90.2% de enfermeras asistenciales consumieron productos procesados en los últimos seis meses, el 77.2% en los últimos tres meses, el 60.9% en el último mes, el 39.1% en la última semana, el 18.5% un día antes de la encuesta y el 13% el día de la encuesta. Por otro lado, el 84,8% presentan obesidad abdominal. **Conclusión.** El consumo de productos procesados se relaciona directa y significativamente con la obesidad abdominal ($r_s = 0,724$; $p = 0,000$).

Torres K ⁽¹¹⁾, desarrolló la investigación “*Conductas obesogénicas y perímetro abdominal en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016*”. **Objetivo.** Determinar la relación entre conductas obesogénicas y perímetro abdominal. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño transversal sobre una muestra al azar simple de 92 (67.2%) enfermeras asistenciales de una población de 137 (100%). Las técnicas de recolección de datos fueron la encuesta y evaluación psicométrica; en tanto los instrumentos, el cuestionario y la ficha de evaluación antropométrica. **Resultados.** El 73,9% de enfermeras presentaron conductas obesogénicas de mediano riesgo, 15,8% de bajo riesgo y 7,6% de alto riesgo. Por otro lado, 78,3% de enfermeras tenían un perímetro abdominal de alto riesgo y 21,7% de bajo riesgo. **Conclusión.** Las conductas obesogénicas se relacionan directamente con el perímetro abdominal ($r_{tb} = 0,686$; $p = 0,000$).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. AUTOCUIDADO

El autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las

prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades. ⁽¹⁾

La responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, es el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. ⁽¹⁴⁾

El autocuidado va encaminado a modificar las conductas no saludables en saludables, que incluye incrementar el conocimiento, adquirir habilidad y sobre todo tener motivación para el autocuidado, esto incluye también mejorar el ambiente en el que se desenvuelve la persona. Debemos asegurarnos de que nuestras expectativas como enfermeras sean razonables atendiendo a las características de cada persona. ⁽¹⁵⁾

2.2.2. OBESIDAD

La obesidad es un exceso de grasa corporal que se genera cuando el ingreso energético (alimento) es superior al gasto energético, determinado principalmente por la baja actividad física, durante un período suficientemente largo. Este desequilibrio se ve influenciado por la compleja interacción de factores genéticos, conductuales y del ambiente físico y social. Desde una óptica etiológica integral se enuncia esta segunda definición al referirse al desequilibrio energético influenciado por la interacción de factores diversos. ⁽¹⁶⁾

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial social, conductual, psicológica, metabólica, celular y molecular. En términos generales, se define como el exceso de grasa (tejido adiposo) en relación con el peso. ⁽²⁾

CLASIFICACIÓN

La obesidad se clasifica del siguiente modo: ⁽¹⁷⁾

- a) Según el número de adipocitos:
 - **Hiperplásica.** La de origen infantil o puberal. Gran número de adipocitos es encontrado.
 - **Hipertrófica.** La que se desarrolla en la edad adulta. Aumento del tamaño de los adipocitos.
- b) Según la edad de comienzo:
 - **Infantil o puberal.** Comienza en la edad mencionada y con frecuencia da origen a obesidad en el adulto.
 - **Adulta.** Con el discurrir de los años aumenta la incidencia de obesidad. Existen otros factores ambientales, especialmente el sedentarismo, y sociales, que contribuyen a explicar este tipo de obesidad.
- c) Según la distribución predominante del acumulo de grasa: Se puede clasificar en **androide** o abdominal y **ginecoide** especialmente de las caderas o cintura pelviana.
- d) Según la etiología de la obesidad:
 - **Genética.** Síndromes tales como el de Prader-Willi (obesidad, retraso mental, acromicria, hipogonadismo), síndrome de Lawrence-Moon-Bield (obesidad, retraso mental, retinitis pigmentaria, hipogonadismo, polidactilia) y el síndrome de Alstrom, entre otros como los familiares debidos a leptinodeficiencia o leptinorresistencia.
 - **Causa endocrinológica.** Existencia de alteración hormonal: síndrome de Cushing, el insulinoma y el ovario poliquístico.
 - **Iatrogénica.** Por diversos tratamientos farmacológicos: neurolepticos y psicotrpicos de los de efecto bloqueante dopaminérgico, glucocorticoides, hidracida, antiserotoninérgicos y estrógenos que promueven por diversos mecanismos el aumento de peso.

- **De causa neurológica.** Intervenciones quirúrgicas sobre el sistema nervioso, causantes de alteraciones en el centro de saciedad y del hambre. Obesidad por sobre ingesta.
- **Causada por sobre-ingesta y sedentarismo.** Constituye el 99 % de los casos de obesidad en los que se produce un desequilibrio en el balance energético.

DIAGNÓSTICO

El Ministerio de salud ⁽¹⁸⁾, considera los siguientes lineamientos para evaluar el estado nutricional de la persona adulta:

a) Índice de masa corporal:

- **IMC < 18,5 kg/m² (delgadez).** Presentan un bajo riesgo de comorbilidad para enfermedades no transmisibles. Sin embargo, presentan un riesgo incrementado para enfermedades digestivas y pulmonares, entre otras. Un valor de IMC menor de 16 se asocia a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.
- **IMC 18,5 a 24,9 kg/m² (normal).** En este rango el grupo poblacional presenta el más bajo riesgo de morbilidad y mortalidad.
- **IMC 25 a 29,9 kg/m² (sobrepeso).** Existe riesgo de comorbilidad, principalmente de las enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, cáncer, entre otros.
- **IMC ≥ de 30 kg/m² (obesidad).** Significa que existe alto riesgo de comorbilidad, principalmente de las enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, cáncer, entre otras.

b) Perímetro abdominal (PC)

- **PAB < 94cm en varones y < 80 cm en mujeres (bajo).** Existe **bajo riesgo** de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.
- **PAB 94cm-101cm en varones y 80cm-87cm en mujeres (alto).** Es considerado factor de **alto riesgo** de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.
- **PAB ≥ 102cm en varones y ≥ 88cm en mujeres (muy alto).** Es considerado factor de **muy alto riesgo** de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.

CONSECUENCIAS

Un índice de masa corporal elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes: ⁽¹⁾

- a) **Enfermedades cardiovasculares** (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012;
- b) **Enfermedades metabólicas** como la diabetes;
- c) **Trastornos del aparato locomotor** (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y
- d) **Neoplasias.** Algunos tipos de cáncer están en mayor asociación con la obesidad: endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon.

PREVENCIÓN

La organización mundial de la salud, enfatiza las siguientes medidas de prevención: ⁽³⁾

En el **plano individual**, las personas pueden optar por:

- Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Realizar una actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos).

En el **plano social**, es importante ayudar a las personas a seguir las recomendaciones mencionadas, mediante la ejecución sostenida de políticas demográficas y basadas en pruebas científicas que permitan que la actividad física periódica y las opciones alimentarias más saludables estén disponibles y sean asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular para las personas más pobres. Un ejemplo de una política de ese tipo sería un impuesto sobre las bebidas azucaradas.

A **plano comercial**, la industria alimentaria puede desempeñar un papel importante en la promoción de dietas sanas del siguiente modo:

- Reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos procesados.
- Asegurando que las opciones saludables y nutritivas estén disponibles y sean asequibles para todos los consumidores.
- Limitando la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sal y grasas, sobre todo los alimentos destinados a los niños y los adolescentes.
- Garantizando la disponibilidad de opciones alimentarias saludables y apoyando la práctica de actividades físicas periódicas en el lugar de trabajo.

2.2.3. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN OBESIDAD

Actividad física. Es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exige gasto de energía. Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos tiene los siguientes beneficios: ⁽¹⁹⁾

- a) Reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas;
- b) Mejora la salud ósea y funcional, y
- c) Es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio". Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. ⁽¹⁹⁾

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles y depresión, se recomienda que: ⁽²⁰⁾

- Los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
- Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la

práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

- Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

Hábitos de alimentación. Las dietas malsanas y la inactividad física son importantes factores de riesgo de enfermedades crónicas. Con respecto a la dieta, las recomendaciones, tanto poblacionales como individuales, deben consistir en: ⁽²¹⁾

- Lograr un equilibrio calórico y un peso saludables.
- Reducir la ingesta calórica procedente de las grasas, cambiar las grasas saturadas por las insaturadas y eliminar los ácidos grasos trans.
- Aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Reducir la ingesta de azúcares libres.
- Reducir el consumo de sal (sodio), cualquiera que sea su fuente, y garantizar que la sal consumida esté yodada.

Calidad de sueño. Una restricción aguda en la cantidad de sueño nocturno (4 horas por 6 noches) disminuye la concentración plasmática de leptina (hormona anorexigénica) y un incremento de grelina (hormona orexigénica), asociados con la mayor sensación de hambre y apetito diurnos. ⁽²²⁾

El estar despierto por las noches actúa como estímulo suficiente para motivar la ingesta nocturna de alimentos. En trabajadores nocturnos y en personas que se desvelan se ha reportado que la cantidad de comida ingerida durante la noche aumenta significativamente. ⁽²³⁾

El menor número de horas de sueño como el exceso del mismo están implicados en el incremento de peso. En el primer caso, por influencia

hormonal al propiciar mayor sensación de hambre y en el segundo caso, ligado a la menor actividad física que significa un menor gasto calórico. ⁽¹¹⁾

Manejo del estrés. El estrés favorece la ingesta de alimentos que podrían denominarse de “recompensa”: aquellos alimentos más placenteros para nuestro paladar, generalmente más ricos en grasas o más dulces, cuya ingesta favorece la aparición temporal de un estado de felicidad. ⁽²⁴⁾

La rabia, la tristeza, el miedo y la ansiedad se relacionan con la sobrealimentación y que el efecto está mediado por variables cognitivas. ⁽²⁵⁾

La presencia de estrés negativo propicia el consumo de alimentos hipercalóricos y placenteros como un mecanismo de recompensa frente a las demandas del entorno, otorgando un “falso estado de felicidad” que además es temporal. ⁽¹¹⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Prácticas de autocuidado.** Patrones de comportamiento promotores de salud.
- **Actividad física.** Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.
- **Hábito de alimentación.** Costumbres y prácticas relacionadas con la selección, preferencia y consumo de alimentos.
- **Sueño.** Estado de inercia que posee funciones restauradoras.
- **Obesidad.** Exceso de tejido adiposo en el organismo. En este caso, cuando existe un índice de masa corporal mayor de 30kg/m².
- **Prevalencia.** Proporción de personas que en un área geográfica y periodo de tiempo establecido padecen algún proceso mórbido.
- **Índice de Masa Corporal.** Es una medida de asociación entre el peso y la talla al cuadrado de un individuo (P/T^2).

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Las prácticas de autocuidado se relacionan con la obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- a) El nivel de actividad física se relaciona con la obesidad.
- b) Los hábitos de alimentación se relacionan con la obesidad.
- c) La calidad de sueño se relaciona con la obesidad.
- d) El manejo del estrés se relaciona con la obesidad.

2.5. VARIABLE

X. Prácticas de autocuidado

- X₁. Actividad física.
- X₂. Hábitos de alimentación.
- X₃. Calidad de sueño.
- X₄. Manejo del estrés.

Y. Obesidad

- Y₁. Índice de masa corporal
- Y₂. Perímetro abdominal

2.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- **Prácticas de autocuidado.** Conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. ⁽¹⁴⁾

- **Obesidad.** Exceso de grasa corporal que se genera cuando el ingreso energético (alimento) es superior al gasto energético, determinado principalmente por la baja actividad física, durante un período suficientemente largo. Este desequilibrio se ve influenciado por la compleja interacción de factores genéticos, conductuales y del ambiente físico y social. Desde una óptica etiológica integral se enuncia esta segunda definición al referirse al desequilibrio energético influenciado por la interacción de factores diversos. ⁽¹⁶⁾

2.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

- **Prácticas de autocuidado.** Desarrollo de actividades que promueven salud: actividad física regular, hábitos adecuados de alimentación y horas de sueño apropiadas.
- **Obesidad.** Exceso de grasa corporal que se traduce en un índice de masa corporal ≥ 30 kg/m² y ≥ 80 cm de perímetro abdominal en las mujeres.

2.5.3. OPERACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE UNO

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEM	OPCIÓN	VALOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Prácticas de autocuidado	Actividad física	Declaración	<ul style="list-style-type: none"> Realizo actividad física (caminar, subir escaleras). Hago ejercicio al menos por 20 minutos por día (correr, caminar rápido). Hago ejercicio al menos por 3 veces a la semana (correr, caminar rápido). Evito usar vehículos motorizados en distancias cortas. Prefiero caminar antes que movilizarme en vehículos. 	Siempre (5) Casi siempre (4) Raras veces (3) Casi nunca (2) Nunca (1)	Saludable (19-25) Poco saludable (12-18) No saludable (5-11)	Ordinal	Escala de prácticas de autocuidado
	Hábitos de alimentación	Declaración	<ul style="list-style-type: none"> Consumo mucha comida chatarra o con grasa. Consumo alimentos fuera de casa Prefiero las frituras antes que las ensaladas Consumo bebidas gaseosas o frugos Consumo 8 vasos de agua por día. 	Siempre Casi siempre Raras veces Casi nunca Nunca	Saludable (19-25) Poco saludable (12-18) No saludable (5-11)	Ordinal	Escala de prácticas de autocuidado
	Calidad de sueño	Declaración	<ul style="list-style-type: none"> Duermo menos de 7 por día. Duermo más de 7-8 horas por día. Duermo más de 8 horas por día Utilizo medicina natural para dormir Utilizo fármacos hipnóticos para dormir 	Siempre Casi siempre Raras veces Casi nunca Nunca	Saludable (12-15) Poco saludable (8-11) No saludable (3-7)	Ordinal	Escala de prácticas de autocuidado
	Manejo del estrés	Declaración	<ul style="list-style-type: none"> Cuando me siento estresada consumo golosinas. Cuando me siento estresada consumo más alimentos de lo habitual. Cuando estoy estresada me pongo a dormir. Cuando estoy estresada salgo a realizar deporte. 	Siempre Casi siempre Raras veces Casi nunca Nunca	Saludable (16-20) Poco saludable (10-15) No saludable (4-9)	Ordinal	Escala de prácticas de autocuidado

VARIABLE DOS

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	OPCIÓN	VALOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Obesidad	Diagnóstico nutricional	Índice de masa corporal		$\geq 30 \text{ kg/m}^2$ $< 30 \text{ kg/m}^2$	Presenta No presenta	Nominal	Ficha de evaluación antropométrica
		Perímetro abdominal		$\geq 80 \text{ cm}$ $< 80 \text{ cm}$	Presenta No presenta	Nominal	Ficha de evaluación antropométrica

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO

Aplicativo, porque se utilizó las teorías de la investigación básica en busca de posibles aplicaciones prácticas.

3.1.2. NIVEL

Correlacional, porque se determinó el tipo e intensidad de la relación entre las prácticas de autocuidado y la obesidad.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, ubicado en la Avenida Independencia N°355 del distrito de Ayacucho. Es una institución hospitalaria de nivel II-2 y cuenta con 488 profesionales de salud.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

POBLACIÓN TEÓRICA. Constituida por 155 (100%) enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, según nómina del personal.

POBLACIÓN MUESTREADA. Integrada por 71 enfermeras de acuerdo a los siguientes criterios.

CRITERIO	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Edad	< 60 años	≥ 60 años
Condición laboral	Nombradas	Contratadas Destacadas

3.3.2. MUESTRA

La muestra intencional estuvo constituida por 60 enfermeras asistenciales.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICAS

Encuesta. Es un procedimiento de búsqueda planificada y sistemática de información que consiste en interrogar a los investigados sobre datos que se desean conocer. Posteriormente se reúnen estos datos individuales para obtener, durante la evaluación, datos agregados. ⁽²⁶⁾

Antropometría. Evaluación de las medidas corporales para establecer el estado nutricional del escolar.

3.4.2. INSTRUMENTO

Cuestionario sobre prácticas de autocuidado.

Autora. Krisbell Shirley Torres Capcha. ⁽¹¹⁾

Adaptación. Natalí Aronés Yanasupo (2016).

Descripción. Está constituido por 19 declaraciones referidas a cuatro prácticas de autocuidado: actividad física, hábitos de alimentación, calidad de sueño y manejo del estrés. La adaptación consistió en añadir dos declaraciones a la calidad del sueño para determinar un patrón de regularidad (uso de medicina natural y farmacológica para conciliar el sueño).

Población. Enfermeras asistenciales.

Forma de administración. Individual (auto-administrada)

Tiempo de administración. 10 minutos en promedio.

Validez. La validez interna de contenido fue determinada mediante la opinión de expertos en la que participaron profesionales en ciencias de la salud y áreas afines:

N°	Experto	Referencia	Grado académico/ título Prof.
01	Wilber Leguía Franco	Docente de la E.A.P.E-UAP	Maestro en Salud Pública
02	Bolonia Pariona Cahuana	Docente de la E.A.P.E-UAP	Doctora en Educación
03	Romeo Córdova Arango	Docente de la E.A.P.E-UAP	Magíster en Gestión Pública
04	Walter Vásquez León	Docente de la E.A.P.E-UAP	Licenciado en Enfermería
05	Mario Andréé Ochatoma Palomino	Docente de la E.A.P.E-UAP	Licenciado en Educación

Confiabilidad. En una muestra de piloto de 14 enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, aplicando el coeficiente de Alpha de Crobach en razón a la naturaleza polítomica en las opciones. Efectuados los cálculos respectivos se obtuvo un coeficiente de fiabilidad 0,942 (precisión aceptable).

Norma de evaluación. Las prácticas de autocuidado fueron estratificadas del siguiente modo:

Prácticas de autocuidado	No saludable	Poco saludable	Saludable
Actividad física	5-11 (1)	12-18 (2)	19-25 (3)
Hábitos de alimentación	5-11 (1)	12-18 (2)	19-25 (3)
Calidad de sueño	5-11 (1)	12-18 (2)	19-25 (3)
Manejo del estrés	4-9 (1)	10-15 (2)	16-20 (3)
General	4-6	7-9	10-12

Ficha de evaluación antropométrica.

Autora. Krisbell Shirley Torres Capcha. ⁽¹¹⁾

Adaptación. Natalí Aronés Yanasupo (2016).

Descripción. La ficha de evaluación antropométrica es un instrumento diseñado para el registro de las medidas corporales y el diagnóstico del

estado nutricional según índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal (PAB).

Población diana. Adultos jóvenes y maduros (18-59 años).

Tiempo de administración. 10 minutos en promedio.

Forma de administración. Individual (hetero-administrado).

Validez interna de contenido. A través de la opinión de expertos y participaron profesionales en ciencias de la salud y áreas afines:

N°	Experto	Referencia	Grado académico/ título Prof.
01	Wilber Leguía Franco	Docente de la E.A.P.E-UAP	Maestro en Salud Pública
02	Bolonia Pariona Cahuana	Docente de la E.A.P.E-UAP	Doctora en Educación
03	Romeo Córdova Arango	Docente de la E.A.P.E-UAP	Magíster en Gestión Pública
04	Walter Vásquez León	Docente de la E.A.P.E-UAP	Licenciado en Enfermería
05	Mario Andreé Ochatoma Palomino	Docente de la E.A.P.E-UAP	Licenciado en Educación

Norma de evaluación. La evaluación del estado nutricional consigna las siguientes categorías:

Índice de masa corporal (Kg/m ²)	Categorías
≤ 18,5	Delgadez
18,5-24,9	Normal
25,0-29,9	Sobrepeso
≥ 30	Obesidad
Perímetro abdominal (PAB)	Categorías
< 80 cm	Bajo
88-87 cm	Alto
≥ 88 cm	Muy alto

3.5. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico IBM-SPSS versión 23,0. La información ha sido presentada en cuadros de contingencia y gráficos. El análisis estadístico fue inferencial mediante el cálculo del coeficiente de correlación Tau “b” de Kendall, al 95% de nivel de confianza.

3.6. PROCEDIMIENTO DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS

El contraste de las hipótesis se realizó con la interpretación del p-valor (significancia obtenida).

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN TABULAR Y GRÁFICA

CUADRO N.º 01

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.

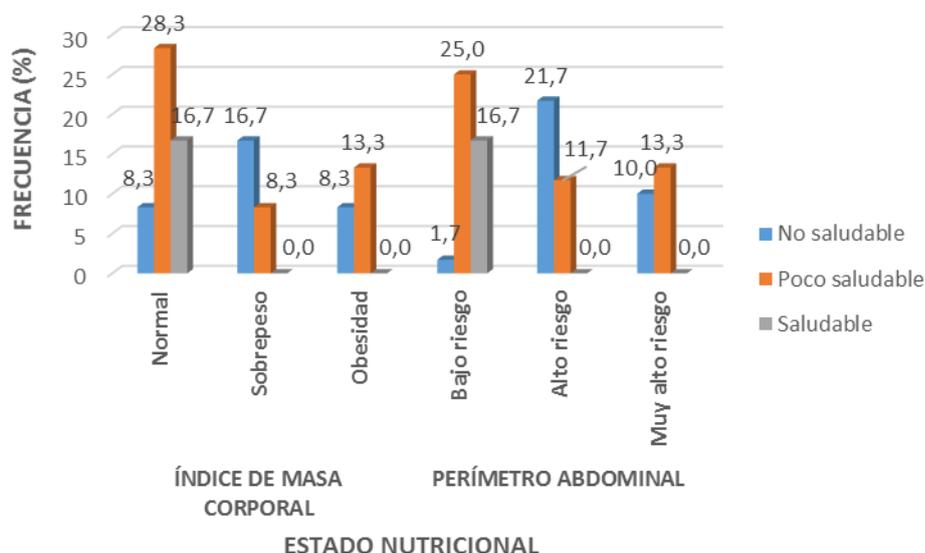
NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA	ÍNDICE DE MASA CORPORAL						TOTAL	
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
No saludable	5	8,3	10	16,7	5	8,3	20	33,3
Poco saludable	17	28,3	5	8,3	8	13,3	30	50,0
Saludable	10	16,7	0	0,0	0	0,0	10	16,7
TOTAL	32	53,3	15	25,0	13	21,7	60	100,0

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA	PERÍMETRO ABDOMINAL						TOTAL	
	Bajo riesgo		Alto riesgo		Muy alto riesgo		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
No saludable	1	1,7	13	21,6	6	10,0	20	33,3
Poco saludable	15	25,0	7	11,7	8	13,3	30	50,0
Saludable	10	16,7	0	0,0	0	0,0	10	16,7
TOTAL	26	43,3	20	33,3	14	23,3	60	100,0

Fuente. Administración de instrumentos.

GRÁFICO N.º 01

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.



Fuente. Cuadro N.º 01.

El 33,3% reportaron una actividad física no saludable y predominó en 16,7% el sobre peso. El 16,7% reportaron una actividad física saludable y todas ellas presentaron un índice de masa corporal normal. El 33,3% reportaron una actividad física no saludable y predominó en 31,6% la obesidad abdominal. El 16,7% reportaron una actividad física saludable y todas ellas presentaron un perímetro abdominal normal. Es decir, la actividad física regular contribuye al mantenimiento de un estado nutricional normal.

CUADRO N.º 02

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.

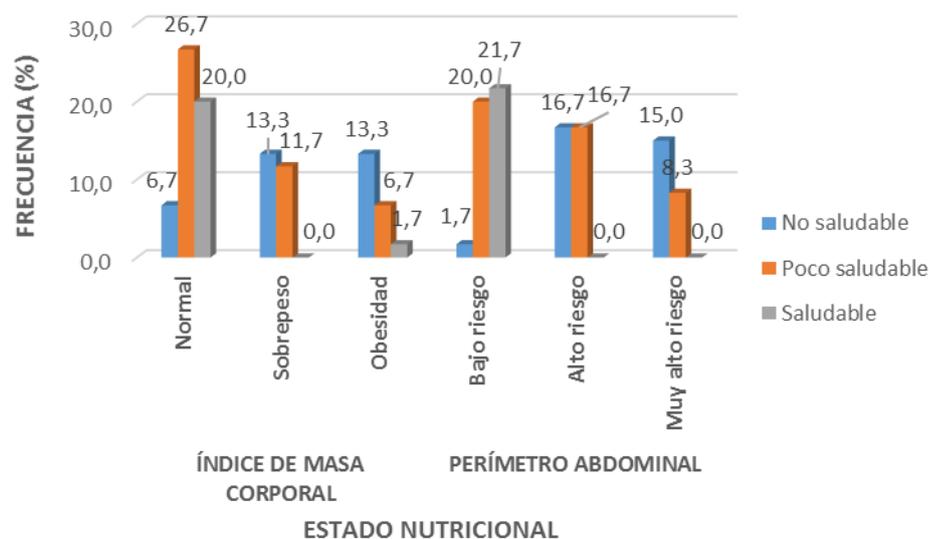
HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN	ÍNDICE DE MASA CORPORAL						TOTAL	
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
No saludable	4	6,7	8	13,3	8	13,3	20	33,3
Poco saludable	16	26,7	7	11,7	4	6,7	27	45,0
Saludable	12	20,0	0	0,0	1	1,7	13	21,7
TOTAL	32	53,3	15	25,0	13	21,7	60	100,0

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN	PERÍMETRO ABDOMINAL						TOTAL	
	Bajo riesgo		Alto riesgo		Muy alto riesgo		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
No saludable	1	1,7	10	16,7	9	15,0	20	33,3
Poco saludable	12	20,0	10	16,7	5	8,3	27	45,0
Saludable	13	21,7	0	0,0	0	0,0	13	21,7
TOTAL	26	43,3	20	33,3	14	23,3	60	100,0

Fuente. Administración de instrumentos.

GRÁFICO N.º 02

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.



Fuente. Cuadro N.º. 02.

El 33,3% reportaron hábitos de alimentación no saludables y predominó en 13,3% el sobre peso como la obesidad respectivamente. El 21,7% reportaron hábitos de alimentación saludables y predominó en 20% un índice de masa corporal normal. El 33,3% reportaron hábitos de alimentación no saludables y predominó en 31,6% la obesidad abdominal. El 16,7% reportaron hábitos de alimentación saludables y todas ellas presentaron un perímetro abdominal normal.

CUADRO N.º 03

CALIDAD DE SUEÑO Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.

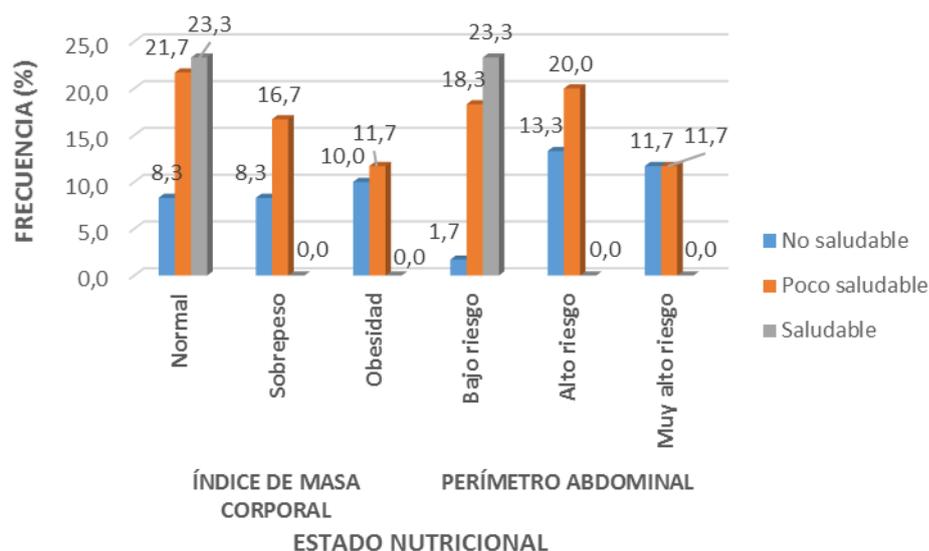
CALIDAD DE SUEÑO	ÍNDICE DE MASA CORPORAL						TOTAL	
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
No saludable	5	8,3	5	8,3	6	10,0	16	26,7
Poco saludable	13	21,7	10	16,7	7	11,7	30	50,0
Saludable	14	23,3	0	0,0	0	0,0	14	23,3
TOTAL	32	53,3	15	25,0	13	21,7	60	100,0

CALIDAD DE SUEÑO	PERÍMETRO ABDOMINAL						TOTAL	
	Bajo riesgo		Alto riesgo		Muy alto riesgo		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
No saludable	1	1,7	8	13,3	7	11,7	16	26,7
Poco saludable	11	18,3	12	20,0	7	11,7	30	50,0
Saludable	14	23,3	0	0,0	0	0,0	14	23,3
TOTAL	26	43,3	20	33,3	14	23,3	60	100,0

Fuente. Administración de instrumentos.

GRÁFICO N.º 03

HORAS DE SUEÑO Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.



Fuente. Cuadro N.º 03.

El 26,7% reportaron una calidad de sueño no saludable y predominó en 10% la obesidad. El 23,3% reportaron una calidad de sueño saludable y todas ellas presentaron un índice de masa corporal normal. El 26,7% reportaron una calidad de sueño no saludable y predominó en 25% la obesidad abdominal. El 23,3% reportaron una calidad de sueño saludable y todas ellas presentaron un perímetro abdominal normal. Es decir, la adecuada calidad de sueño promueve el mantenimiento de un estado nutricional normal.

CUADRO N.º 04

MANEJO DEL ESTRÉS Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.

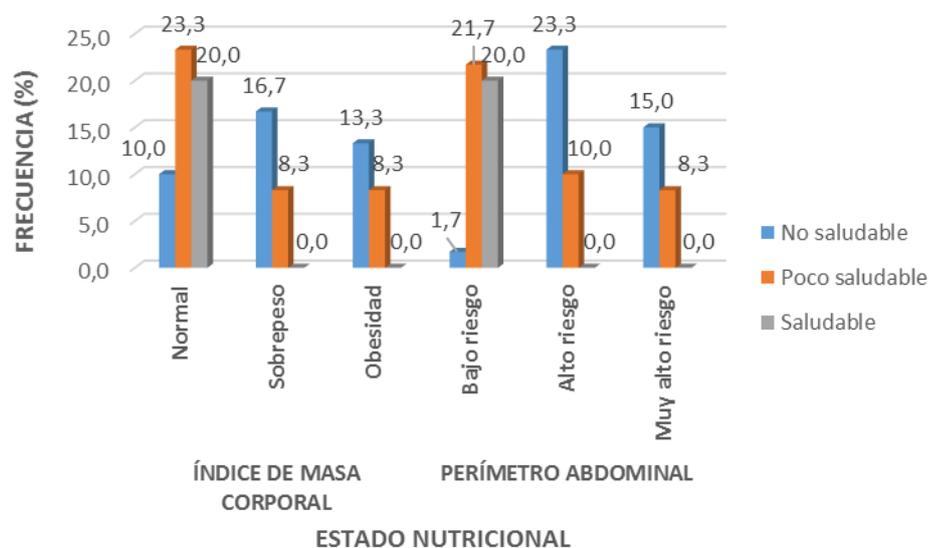
MANEJO DEL ESTRÉS	ÍNDICE DE MASA CORPORAL						TOTAL	
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
No saludable	6	10,0	10	16,7	8	13,3	24	40,0
Poco saludable	14	23,3	5	8,3	5	8,3	24	40,0
Saludable	12	20,0	0	0,0	0	0,0	12	20,0
TOTAL	32	53,3	15	25,0	13	21,7	60	100,0

MNEJO DEL ESTRÉS	PERÍMETRO ABDOMINAL						TOTAL	
	Bajo riesgo		Alto riesgo		Muy alto riesgo		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
No saludable	1	1,7	14	23,3	9	15,0	24	40,0
Poco saludable	13	21,7	6	10,0	5	8,3	24	40,0
Saludable	12	20,0	0	0,0	0	0,0	12	20,0
TOTAL	26	43,3	20	33,3	14	23,3	60	100,0

Fuente. Administración de instrumentos.

GRÁFICO N.º 04

MANEJO DEL ESTRÉS Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.



Fuente. Cuadro N.º 04.

El 40% reportaron un manejo del estrés no saludable y predominó en 16,7% el sobrepeso. El 20% reportaron un manejo del estrés saludable y todas ellas presentaron un índice de masa corporal normal. El 40% reportaron un manejo del estrés no saludable y predominó en 38,3% la obesidad abdominal. El 20% reportaron un manejo del estrés saludable y todas ellas presentaron un perímetro abdominal normal. Es decir, el adecuado manejo del estrés contribuye al mantenimiento de un estado nutricional normal.

CUADRO N.º 05

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.

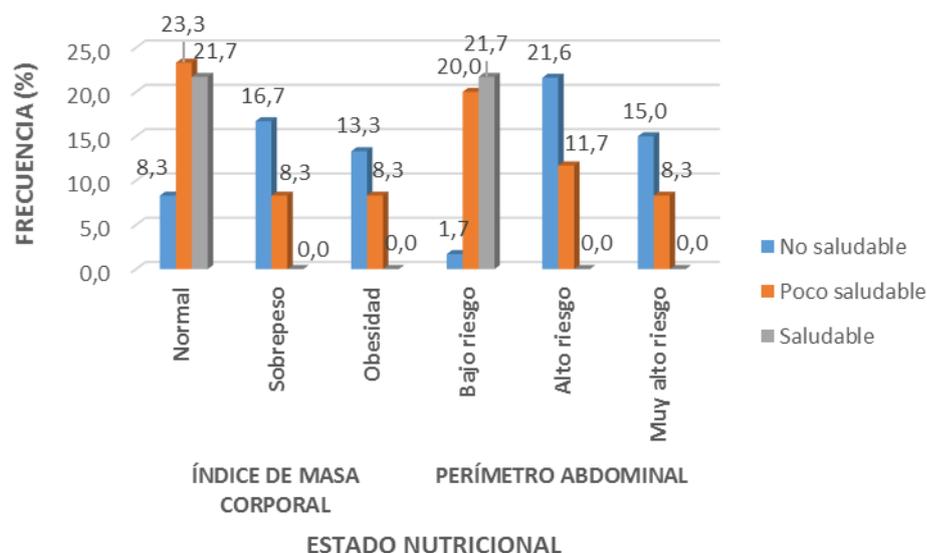
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	ÍNDICE DE MASA CORPORAL						TOTAL	
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
No saludable	5	8,3	10	16,7	8	13,3	23	38,3
Poco saludable	14	23,3	5	8,3	5	8,3	24	40,0
Saludable	13	21,7	0	0,0	0	0,0	13	21,7
TOTAL	32	53,3	15	25,0	13	21,7	60	100,0

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	PERÍMETRO ABDOMINAL						TOTAL	
	Bajo riesgo		Alto riesgo		Muy alto riesgo		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
No saludable	1	1,7	13	21,6	9	15,0	23	38,3
Poco saludable	12	20,0	7	11,7	5	8,3	24	40,0
Saludable	13	21,7	0	0,0	0	0,0	13	21,7
TOTAL	26	43,3	20	33,3	14	23,3	60	100,0

Fuente. Administración de instrumentos.

GRÁFICO N.º 05

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.



Fuente. Cuadro N.º 05.

El 38,3% reportaron prácticas de autocuidado no saludables y predominó en 16,7% el sobre peso. El 21,7% reportaron prácticas de autocuidado saludables y todas ellas presentaron un índice de masa corporal normal. El 38,3% reportaron prácticas de autocuidado no saludables y predominó en 36,6% la obesidad abdominal. El 21,7% reportaron prácticas de autocuidado saludables y todas ellas presentaron un perímetro abdominal normal. Es decir, las prácticas de autocuidado saludables se traducen en un mejor estado nutricional.

4.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

4.2.1. HIPÓTESIS GENERAL

Las prácticas de autocuidado se relacionan con la obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.

Tau "b" de Kendall		Obesidad	
		Perímetro abdominal	Índice de Masa Corporal
Prácticas de autocuidado	Coefficiente de correlación	-,595**	-,494**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	60	60

$$H_0 \quad r_{tb}=0$$

$$H_i \quad r_{tb} \neq 0$$

Las significaciones asociadas al coeficiente de correlación Tau "b" de Kendall fueron menores que el valor crítico ($\alpha=0,05$). Por tanto, existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. Es decir, las prácticas de autocuidado se relacionan inversa y significativamente con la obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,494$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,595$; $p=0,000$).

4.2.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

a) El nivel de actividad física se relaciona con la obesidad.

Tau "b" de Kendall		Obesidad	
		Perímetro abdominal	Índice de Masa Corporal
Actividad física	Coefficiente de correlación	-,484**	-,379**
	Sig. (bilateral)	,000	,001
	N	60	60

$$H_0 \quad r_{tb}=0$$

$H_i \quad r_{tb} \neq 0$

Las significaciones asociadas al coeficiente de correlación Tau “b” de Kendall fueron menores que el valor crítico ($\alpha=0,05$). Por tanto, existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. Es decir, el nivel de actividad física se relaciona inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,379$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,484$; $p=0,000$).

b) Los hábitos de alimentación se relacionan con la obesidad.

Tau “b” de Kendall		Obesidad	
		Perímetro abdominal	Índice de Masa Corporal
Hábito de alimentación	Coeficiente de correlación	-,600**	-,468**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	60	60

$H_o \quad r_{tb}=0$

$H_i \quad r_{tb} \neq 0$

Las significaciones asociadas al coeficiente de correlación Tau “b” de Kendall fueron menores que el valor crítico ($\alpha=0,05$). Por tanto, existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. Es decir, los hábitos de alimentación se relacionan inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,468$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,600$; $p=0,000$).

c) La calidad de sueño se relaciona con la obesidad.

Tau “b” de Kendall		Obesidad	
		Perímetro abdominal	Índice de Masa Corporal
Calidad de sueño	Coeficiente de correlación	-,568**	-,429**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	60	60

$H_o \quad r_{tb}=0$

$H_i \quad r_{tb} \neq 0$

Las significaciones asociadas al coeficiente de correlación Tau “b” de Kendall fueron menores que el valor crítico ($\alpha=0,05$). Por tanto, existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. Es decir, la calidad de sueño se relaciona inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,429$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,568$; $p=0,000$).

d) El manejo de estrés se relacionan con la obesidad.

Tau “b” de Kendall		Obesidad	
		Perímetro abdominal	Índice de Masa Corporal
Manejo del estrés	Coeficiente de correlación	-,587**	-,462**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	60	60

$H_o \quad r_{tb}=0$

$H_i \quad r_{tb} \neq 0$

Las significaciones asociadas al coeficiente de correlación Tau “b” de Kendall fueron menores que el valor crítico ($\alpha=0,05$). Por tanto, existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. Es decir, el manejo de estrés se relaciona inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,462$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,587$; $p=0,000$).

CAPÍTULO VI
DISCUSIÓN

La presente investigación está referida a la relación entre prácticas de autocuidado y obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho. Los resultados con mayor relevancia y contrastados con el marco bibliográfico se describen a continuación:

El 40% presentaron prácticas de autocuidado poco saludables, 38,3% no saludables y 21,7% saludables.

En México, en el año 2012, en un hospital público el autocuidado del personal de enfermería era deficiente por las diversas actividades que desempeñaban: se alimentaban fuera de casa, no realizaban ejercicio y se enfrentan riesgos laborales como cambio de horas de sueño. ⁽⁵⁾

Las prácticas de autocuidado en las enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho son predominantemente no saludables o poco saludables, debido a hábitos de alimentación inadecuados, la realización de escasa actividad física, el mantenimiento de una baja calidad de sueño o el deficiente control del estrés, a pesar de contar con los conocimientos científicos que guían todas sus intervenciones.

Similares resultados fueron reportados en Nicaragua, en el año 2017, en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños Managua: el personal de enfermería de hospitalización y emergencias poseía un conocimiento apropiado sobre las prácticas de autocuidado, pero al ser llevado a la práctica no eran efectivizados de manera adecuada.⁽⁶⁾ Significa que la apropiación de conocimientos científicos sin la concientización o el compromiso respectivo por el cuidado de la propia salud se traducen en prácticas de autocuidado inapropiadas.

Entre las enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, el 21,7% presentaron obesidad por índice de masa corporal y 56,7% obesidad por perímetro abdominal.

Una investigación previa en la ciudad de Ayacucho, en el año 2016, sobre una muestra al azar simple de 92 enfermeras asistenciales del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, el 84,8% presentaron obesidad abdominal. ⁽¹⁰⁾

En la muestra en estudio, se halló un menor porcentaje de obesidad abdominal. Esta diferencia puede ser explicada por el tipo de muestreo, que en la presente investigación fue intencional. Sin embargo, la información es relevante porque revela que el mayor porcentaje de enfermeras presentan obesidad abdominal (6 de cada 10) y solo 2 de cada 10 obesidad por índice de masa corporal.

Al perímetro abdominal se atribuye una capacidad discriminatoria mayor comparado al índice de masa corporal e índice cintura-cadera como marcador de riesgo de enfermedades crónicas. ⁽²⁷⁾ De ahí, que las personas con obesidad abdominal tienen un riesgo mayor de presentar alteraciones metabólicas como bajos niveles de HDL colesterol y altos de triacilglicéridos y colesterol total. ⁽²⁸⁾

Analizando la relación de variables se corrobora que las prácticas de autocuidado se relacionan inversa y significativamente con la obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,494$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,595$; $p=0,000$).

En Ayacucho, en el año 2016, entre enfermeras asistenciales del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, las conductas obesogénicas se relacionaron directamente con el perímetro abdominal ($r_{tb} = -0,686$; $p = 0,000$). Es decir, a mayor número de conductas obesogénicas incrementaba el riesgo para el desarrollo de la obesidad. ⁽¹¹⁾

Las deficientes prácticas de autocuidado incidieron en el desarrollo de obesidad abdominal y obesidad por índice de masa corporal, porque todas las dimensiones estudiadas confluyen en un solo punto: desbalance energético entre el aporte y gasto calórico. Este desbalance referencia un exceso de calorías no utilizado por el organismo que pasa a constituir parte de los depósitos

adiposos a manera de reserva: es la forma como se almacenan las calorías no utilizadas.

En el escenario de investigación, el nivel de actividad física se relacionó inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,379$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,484$; $p=0,000$).

El sedentarismo es un factor de riesgo para el desarrollo de un conjunto de enfermedades crónicas. El comportamiento sedentario no es simplemente una menor actividad física, sino que el hecho de estar sentado y/o echado pasa a ser la forma postural predominante, al mismo tiempo que conlleva un gasto energético muy reducido. ⁽²⁹⁾

Está demostrado científicamente, que la escasa actividad física en condiciones alimentarias normales propicia un gasto energético reducido. El excedente, al no ser utilizado por el organismo, pasa a formar parte de los depósitos adiposos y dependiendo del tiempo de exposición, ocasiona sobrepeso u obesidad.

Hallazgos similares fueron descritos en el año 2016, entre enfermeras asistenciales del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena: la conducta sedentaria se relacionaba directamente con la obesidad ($r_{tb} = -0,405$; $p = 0,000$). ⁽¹¹⁾

En la muestra en estudio, los hábitos de alimentación se relacionaron inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,468$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,600$; $p=0,000$).

En esta misma línea investigativa, en el año 2016, entre enfermeras asistenciales del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena los hábitos inadecuados de alimentación se relacionaron directamente con la obesidad abdominal ($r_{tb} = -0,690$; $p = 0,000$). ⁽¹¹⁾

La literatura científica recomienda la combinación de la actividad física regular con una dieta equilibrada para el control del sobrepeso y la obesidad. ⁽³⁰⁾ Para el mantenimiento de un estado nutricional adecuado se requiere un balance entre

el aporte de calorías y la utilización energética por el organismo. Cualquier tipo de desbalance: positivo o negativo ocasiona malnutrición.

Por esta razón, las prácticas de alimentación excesivas (sobrealimentación) y la escasa actividad física son los dos factores de riesgo que más inciden en el incremento de las medidas corporales (peso y perímetro abdominal). Una mayor ingesta calórica y un menor gasto energético propician el almacenamiento de los excedentes calóricos en tejido adiposo, responsable del desarrollo de la obesidad.

La calidad de sueño se relaciona inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,429$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,568$; $p=0,000$).

En Ayacucho, en el año 2016, entre enfermeras asistenciales del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, el sueño-descanso inadecuado se relacionó significativamente con la obesidad abdominal ($r_{tb} = -0,674$; $p = 0,000$).⁽¹¹⁾

Una restricción aguda en la cantidad de sueño nocturno (4 horas por 6 noches) disminuye la concentración plasmática de leptina (hormona anorexigénica) y un incremento de grelina (hormona orexigénica), asociados con la mayor sensación de hambre y apetito diurnos.⁽²²⁾

El menor número de horas de sueño como el exceso del mismo están implicados en el incremento de peso. En el primer caso, por influencia hormonal al propiciar mayor sensación de hambre y en el segundo caso, ligado a la menor actividad física que significa un menor gasto calórico.⁽¹¹⁾

En el escenario de investigación, el manejo de estrés se relacionó inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,462$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,587$; $p=0,000$).

Similares resultados fueron descritos en una investigación desarrollada en el año 2016, entre enfermeras asistenciales del Hospital Regional Miguel Ángel

Mariscal Llerena: el control inapropiado del estrés se relacionó significativamente con la obesidad abdominal ($r_{tb} = -0,439$; $p = 0,000$).⁽¹¹⁾

La rabia, la tristeza, el miedo, la ansiedad y el estrés se relacionan con la sobrealimentación y el efecto está mediado por variables cognitivas.⁽²⁵⁾ Para Behar y Valdés⁽³¹⁾, el estrés crónico incrementa la probabilidad de trastornos de la conducta alimentaria.

El desarrollo de obesidad puede ser explicado, en parte, por el estrés crónico que promueve el consumo excesivo de calorías como mecanismo de recompensa, lo cual genera el incremento de cortisol, glucosa e insulina.⁽³²⁾

El inadecuado manejo del estrés, predispone a prácticas conductuales riesgosas: sobrealimentación con productos hipercalóricos y menor actividad física, aspectos que propician un desbalance energético positivo: el exceso de calorías se almacena en el organismo en forma de tejido adiposo, implicado en el incremento de peso y del perímetro abdominal.

CONCLUSIONES

1. Las prácticas de autocuidado se relacionan inversa y significativamente con la obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,494$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,595$; $p=0,000$).
2. El nivel de actividad física se relaciona inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,379$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,484$; $p=0,000$).
3. Los hábitos de alimentación se relacionan inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,468$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,600$; $p=0,000$).
4. La calidad de sueño se relaciona inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,429$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,568$; $p=0,000$).
5. El manejo de estrés se relaciona inversa y significativamente con la obesidad: índice de masa corporal ($r_{tb}=-0,462$; $p=0,000$) y perímetro abdominal ($r_{tb}=-0,587$; $p=0,000$).

RECOMENDACIONES

1. Al señor Director del Hospital Regional de Ayacucho, promover estilos de vida saludables entre el personal de salud. Asimismo, gestionar ante el Municipio Provincial de Huamanga, la erradicación del comercio ambulatorio de productos procesados comestibles en áreas contiguas a este nosocomio.
2. A los profesionales nutricionistas del Hospital Regional de Ayacucho, supervisar la preparación, manipulación y expendio de productos comestibles en el cafetín.
3. Al Departamento de Enfermería del Hospital Regional de Ayacucho, sensibilizar al equipo de salud sobre la importancia de los estilos de vida.
4. A los bachilleres de la Escuela Profesional de Enfermería, continuar con el desarrollo de investigaciones sobre los factores que inciden en la obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Larousse. Diccionario enciclopédico ilustrado. México: Larousse; 1999.
- (2) Cruz S. Alimentación y nutrición: Nutrimientos presentes en los alimentos. España: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; s.f. Recuperado de http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Enfermeria/ProgramaNivelacion/Gen_10b_jun11-12/A14_Op_III_Alím_Nut/unidad6/lec_65_obesid
- (3) Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Ginebra: OMS; 2018. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- (4) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2017. Lima: INEI; 2018.
- (5) Garduño A, Méndez V, Salgado F. Autocuidado del profesional de enfermería de un hospital público. Revista Horizonte 2012; 5 (2):19-27.
- (6) Cortez MA. Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado del personal de enfermería de hospitalización y emergencias del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños Managua, Nicaragua. Febrero 2017. Tesis de maestría. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017.
- (7) Manturano ZD, Cabanillas MT. Conocimiento y práctica de autocuidado del profesional de Enfermería del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2013. Revista Científica de Ciencias de la Salud 2014; 7 (2): 35-42.

- (8) León AM. Nivel de autocuidado de las enfermeras de la Microred Pueblo Nuevo según la teoría de Orem 2016. Tesis de licenciatura. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2016.
- (9) Patazca KL y Sampen DY. Prácticas de autocuidado de la salud de enfermeras docentes-asistenciales de una facultad de enfermería del departamento de Lambayeque, 2016. Tesis de licenciatura. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017.
- (10) Cahua K. Consumo de productos procesados y obesidad abdominal en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Alas Peruanas; 2017.
- (11) Torres K. Conductas obesogénicas y perímetro abdominal en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Alas Peruanas, 2017.
- (12) Barrientos Y. Estilos de vida y obesidad central en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2015. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Alas Peruanas; 2015.
- (13) Cisneros A. Consumo de productos procesados comestibles y obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2015. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Alas Peruanas; 2015.
- (14) Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. España: Ed Masson-Salvat Enfermería. 1993.
- (15) Sillas D, Jordán L. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. Desarrollo Científ Enferm. 2001; 19 (2): 67-69.
- (16) Peña M, Bacallao J. La obesidad y sus tendencias en la región. Rev Panam Salud Pública, OPS. 2001;10(2):75-78.
- (17) Briseño L, Valero G, Briseño A. Obesidad ¿Es una realidad en Venezuela? Epidemiología Pandemia del siglo XXI. Gac Méd 2012; 120(2):128-134.
- (18) MINSA: Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. Lima: MINSA; 2012.
- (19) Organización Mundial de la Salud. Actividad física. Geneva: OMS; 2018a. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

- (20) Organización Mundial de la Salud. La actividad física en los adultos. Geneva: OMS; 2018b. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- (21) Organización Mundial de la Salud. Dieta. Geneva: OMS; 2018c. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/es/>
- (22) Spiegel K, Tasali E, Penev P, Van Cauter E. Brief communication: Sleep curtailment in healthy Young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med* 2004; 141(11):846-50.
- (23) Westerlund L, Ray C, Roos E. Associations between sleeping habits and food consumption patterns among 10-11-year-old children in Finland. *British Journal of Nutrition* 2009; 102, 1531-1537.
- (24) López M. La obesidad y su relación con el estrés emocional. España; 2014. Disponible en <http://www.centroitem.com/blog/2014/04/22/la-obesidad-y-su-relacion-con-el-estres-emocional/>.
- (25) Silva JR. Sobrealimentación inducida por la ansiedad. Parte I: evidencia conductual, afectiva, metabólica y endocrina. *Terapia Psicológica* 2007; 25 (1): 141-154.
- (26) Díaz de Rada V. Tipos de encuestas y diseños de investigación: colección ciencias sociales. Pamplona, España: Universidad Pública de Navarra; 2002.
- (27) Taylor AE, Ebrahim S, Ben-Shlomo Y, Martin RM, Whincup PH, Yarnell JW, et al. Comparison of the Associations of Body Mass Index and Measures of Central Adiposity and Fat Mass with Coronary Heart Disease, Diabetes, and All-cause: A Study Using Data From 4 UK Cohorts. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91(3):547-56.
- (28) Castellanos M, Benet M, Moerjón A y Colls Y. Obesidad abdominal, parámetro antropométrico predictivo de alteraciones del metabolismo. *Revista Finlay* 2017; 1 (2): 81-90.
- (29) Varela G, Alguacil LF, Alosa E, et al. Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿Qué se puede y qué se debe hacer? *Nutr Hosp* 2013; 28(5):1-12.

- (30) Pérez EM. Actividad física en obesidad. Monografía de experticia en trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. España: Universidad Pablo de Olavide; 2016.
- (31) Behar R, Valdés C. Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 2009; 47 (3):178-189.
- (32) Moscoso M. De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. LIBERABIT. Revista de Psicología 2009; 15(2: 143-152.

ANEXOS

Anexo 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y OBESIDAD EN ENFERMERAS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2016.

PREGUNTA GENERAL	OBJETIVOS GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	METÓDICA
<p>¿Las prácticas de autocuidado se relacionan con la obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016?</p>	<p>Determinar la relación entre prácticas de autocuidado y obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.</p>	<p>Las prácticas de autocuidado se relacionan con la obesidad en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2016.</p>	<p>X. Prácticas de autocuidado X₁. Actividad física. X₂. Hábitos de alimentación. X₃. Calidad de sueño X₄. Manejo de estrés Y. Obesidad Y₁. Índice de masa corporal Y₂. Perímetro abdominal</p>	<p>Enfoque de investigación Cuantitativo Tipo de investigación Aplicado Nivel de investigación Correlacional Diseño de investigación Transversal Población 71 enfermeras asistenciales menores de 60 años y nombradas. Muestra 60 enfermeras asistenciales. Tipo de muestreo Intencional. Técnicas Encuesta Antropometría Instrumentos Cuestionario sobre prácticas de autocuidado Ficha de evaluación antropométrica Tratamiento estadístico Aplicación de IBM – SPSS versión 23,0.</p>
ESPECÍFICAS	ESPECÍFICAS	ESPECÍFICAS		
<ul style="list-style-type: none"> • ¿El nivel de actividad física se relaciona con la obesidad? • ¿Los hábitos de alimentación se relacionan con la obesidad? • ¿La calidad de sueño se relaciona con la obesidad? • ¿El manejo del estrés se relaciona con la obesidad? 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la relación entre el nivel de actividad física y la obesidad. • Identificar la relación entre los hábitos de alimentación y la obesidad. • Identificar la relación entre calidad de sueño y la obesidad. • Identificar la relación entre manejo del estrés y obesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • El nivel de actividad física se relaciona con la obesidad. • Los hábitos de alimentación se relacionan con la obesidad. • La calidad de sueño se relaciona con la obesidad. • El manejo del estrés se relaciona con la obesidad. 		

Anexo 02

INSTRUMENTOS

ESCALA SOBRE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

N° -----

Fecha: -----/-----/-----

INTRODUCCIÓN

Apreciada licenciada: En esta oportunidad solicito su colaboración respondiendo con sinceridad al presente cuestionario anónimo.

INSTRUCTIVO

A continuación se le presenta una serie de ítems referidos al estilo de vida. Responda la opción que más se adapta con su forma de comportamiento. Marque con un aspa (X) y llene los espacios en blanco.

DECLARACIONES	Siempre	Casi siempre	Raras veces	Casi nunca	Nunca
Realizo actividad física (caminar, subir escaleras).					
Hago ejercicio al menos por 20 minutos por día (correr, caminar rápido).					
Hago ejercicio al menos por 3 veces a la semana (correr, caminar rápido).					
Evito usar vehículos motorizados en distancias cortas.					
Prefiero caminar antes que movilizarme en vehículos.					
Consumo mucha comida chatarra o con grasa.					
Consumo alimentos fuera de casa					
Prefiero las frituras antes que las ensaladas					
Consumo bebidas gaseosas o frugos					
Consumo 8 vasos de agua por día.					
Duermo menos de 7 por día.					
Duermo más de 7-8 horas por día.					
Duermo más de 8 horas por día					
Utilizo medicina natural para dormir (plantas)					
Utilizo fármacos hipnóticos para dormir					
Cuando me siento estresada consumo golosinas.					
Cuando me siento estresada consumo más alimentos de lo habitual.					
Cuando estoy estresada me pongo a dormir.					
Cuando estoy estresada salgo a realizar deporte.					

FICHA DE EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

I. DATOS GENERALES

1.1. Edad: _____ años

II. DATOS ESPECÍFICOS

2.1. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

LECTURA

Peso: _____ Kg.

Talla:

Medición	Metros
Primera	
Segunda	
Tercera	
Promedio	

IMC (P/T²): _____ Kg/m²

DIAGNÓSTICO

Resultado de la medición	Interpretación
<18.5	Delgadez
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Sobrepeso (preobesidad)
De 30 a 34.9	Obesidad I
De 35 a 39.9	Obesidad II
≥40.0	Obesidad III

2.2. PERÍMETRO ABDOMINAL

LECTURA:

Resultado	Centímetros
Primera	
Segunda	
Tercera	
Promedio	

DIAGNÓSTICO

Resultado de la medición	Interpretación
Femenino	
< 80 cm	Bajo riesgo
80 – 87 cm	Alto riesgo
≥ 88 cm	Muy alto riesgo

Anexo 03

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

ESCALA SOBRE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,942	19

Estadísticas de total de elemento

Nº	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	48,20	74,622	,212	,944
2	48,40	64,489	,810	,936
3	48,70	70,678	,568	,940
4	48,50	63,389	,877	,934
5	48,20	65,956	,782	,936
6	48,20	70,400	,541	,941
7	48,60	72,044	,397	,943
8	48,60	67,600	,669	,938
9	48,70	65,789	,846	,935
10	48,40	64,044	,847	,935
11	48,10	71,211	,559	,940
12	48,20	75,067	,130	,945
13	48,80	70,178	,675	,939
14	48,60	62,933	,906	,933
15	48,40	64,489	,810	,936
16	48,30	69,344	,582	,940
17	48,20	66,178	,763	,937
18	48,10	67,878	,688	,938
19	48,60	71,822	,423	,942