



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**“RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE  
AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN MUJERES ADULTAS CON  
OBESIDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN MARTIN  
DE SOCABAYA - DISTRITO DE SOCABAYA AREQUIPA 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA.**

**BACHILLER: ROMAN SALAZAR GABRIELA SOFIA.**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2017**

**“RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE  
AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN MUJERES ADULTAS CON  
OBESIDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN MARTIN  
DE SOCABAYA - DISTRITO DE SOCABAYA AREQUIPA 2014”**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la 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 Arequipa 2014. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 154 mujeres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de alternativa múltiple de 15 ítems, organizado por las dimensiones: Conocimiento, capacidad de agencia de autocuidado. La validez del instrumento se realizó mediante el 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 significancia  $p < 0,05$ .

### CONCLUSIONES:

Las mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa, que tienen un nivel de conocimiento Bajo tienen una capacidad de agencia de autocuidado Insuficiente, estos resultados nos indican que existe relación entre las variables.

**PALABRAS CLAVES:** *Conocimiento, capacidad de agencia de autocuidado, mujeres adultas con obesidad.*

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to determine the relationship between knowledge and self-care agency capacity in obese adult women who attend the San Martín de Socabaya Health Center - Arequipa 2014 Socabaya District. It is a cross-sectional descriptive research. With a sample of 154 women, a multiple choice questionnaire of 15 items was used to collect the information, organized by the following dimensions: Knowledge, capacity of self-care agency. The validity of the instrument was made by expert judgment obtaining a value of (0.854); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.921). The Hypothesis test was performed using Pearson's R with a value of (0.933), and a significance level  $p < 0.05$ .

### **CONCLUSIONS:**

Adult women with obesity who come to the San Martín de Socabaya Health Center, Arequipa, who have a low level of knowledge have an insufficient self-care agency capacity, these results indicate that there is a relationship between the variables.

**KEY WORDS:** *Knowledge, capacity of self-care agency, adult women with obesity.*

## INDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	I
<b>ABSTRAC</b>	li
<b>ÍNDICE</b>	lii
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS</b>	lv
<b>INTRODUCCIÓN</b>	v
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	5
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Base teórica	8
2.3. Definición de términos	43
2.4. Variables	44
2.4.1. Definición conceptual de la variable	44
2.4.2. Definición operacional de la variable	45
2.4.3. Operacionalización de la variable	46

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	48
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	48
3.3. Población y muestra	49
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	52
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	52
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	52
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	54
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	58
<b>CONCLUSIONES</b>	60
<b>RECOMENDACIONES</b>	61
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	62
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCION

El Perú se ha convertido en un país con malos hábitos alimenticios, ya sea por nuestra cultura o por economía o por la falta de información, el hecho es que debido a estos factores, no sólo se han desencadenado problemas alimentarios, sino toda una serie de enfermedades provocadas por una nutrición de baja calidad. La gravedad radica que la obesidad es el principal factor determinante de riesgo cardiometabólico y de una serie de enfermedades que pueden desencadenar a través de este padecimiento como afecciones respiratorias, dermatológicas, gastrointestinales, osteoarticulares, psicológicas, ginecológicas.

Este trabajo comprende desde el Capítulo I abarca Planteamiento del problema, formulación del problema, Objetivos: Objetivo general, Objetivo específico, Justificación del estudio siguiendo con el Capítulo II abarca antecedentes del estudio, bases teóricas, definición de términos, hipótesis: hipótesis general, variables, definición conceptual de las variables y su Operacionalización, continuando con el Capítulo III comprende tipo y nivel de investigación, descripción del ámbito de estudio, población y muestra, técnicas e instrumento para la recolección de datos, siguiendo con el Capítulo IV comprende los Resultados, el Capítulo V comprende la Discusión, siguiendo las Conclusiones , Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y culminando con Anexos comprende la Matriz e Instrumento.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En nuestro país se han presentado recientemente cambios en los perfiles demográficos, epidemiológicos y nutricionales. La población total — población censada más la omitida del Perú según los Censos Nacionales de Población y de Vivienda realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) ascendía a 28 220 764 habitantes, con una densidad media de 21,95 hab/km<sup>2</sup>; la población censada en dicho año era de 27 412 157. El crecimiento poblacional se cifra en el 1,14% anual, una de las tasas más bajas de la historia peruana. <sup>(5)</sup>

El país experimentó una transición demográfica durante el siglo XX, su población pasó de 7 023 111 en 1940 a 22 639 443 habitantes en 1993 al crecer las tasas entre 2% a 2,8% durante dicho lapso. <sup>(6)</sup> La década de 1970 presentó la mayor tasa de crecimiento: 2,8%. Como la migración internacional ha sido poco relevante hasta los años 1980, el factor crucial del crecimiento poblacional entre las décadas de 1960 y 1970 fue la caída de la mortalidad. <sup>(7)</sup>

De la población censada el 50,3% (13 789 517) eran mujeres y el 49,7% (13 622 640) varones. La cantidad de personas menores de 15 años

ascendía a 8 357 533, y las mayores de 60 años a 2 495 643, la edad promedio era de 28 años.

Los tiempos cambiaron, llegaron los avances tecnológicos y una nueva forma de vida, una nueva dinámica en la actividad física y sin embargo, la población sigue comiendo igual que antes a pesar de que el requerimiento calórico es mucho menor por la poca actividad física que implica una nueva forma de vida, además de una modificación de los hábitos de consumo, generando principalmente por la creciente globalización, por la influencia que los medios de comunicación ejercen sobre la población, y por una cultura de no prevención que genera el desinterés de la gente en adquirir una alimentación sana.<sup>(8)</sup>

Son todos estos determinantes los que provocan que la obesidad se presente en forma ascendente, desde una vida sedentaria, genes que determinan el metabolismo del cuerpo (factores hereditarios), los hábitos alimenticios, factores psicológicos, ambientales y socioeconómicos y si no se modifican estos hábitos de consumo, en diez años el 90% de la población sufrirá sobrepeso y obesidad. Algunas personas tienen la percepción de que mientras más “gorditas estén las personas están más sanas, y como no tienen síntomas no se atienden”.<sup>(9)</sup>

La persona obesa tiene repercusiones psicológicas y sociales, ser obeso constituye en la actualidad un estigma social en donde la medicina ha contribuido significativamente a extender el descrédito social, que han venido a motivar el culto por la estética y la delgadez y rechazo a la obesidad, no se motiva la verdadera causa por la cual una persona debe conservar su peso adecuado, ni la práctica en forma cotidiana de hábitos que conservan la salud del individuo, este enfoque se concentra en motivaciones estéticas del culto de la delgadez como sinónimo de éxito.<sup>(10)</sup> Esta realidad no es ajena en mujeres adultas que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Socabaya Arequipa ya que se observa un alto índice de pacientes obesas, lo que es más alarmante es que

desconocen la capacidad de agencia de autocuidado, quienes manifiestan con mucha seguridad desconocer el adecuado cuidado de su salud, así como la nutrición, ejercicios y hábitos saludables, siendo que son mujeres las cuales la mayoría son madres de familia y serán ellas quienes brinden una adecuada información a sus hijos.

Por lo anterior, se considera necesario profundizar en el estudio de la relación entre el conocimiento y la capacidad de agencia de autocuidado de las mujeres adultas con obesidad, así como la percepción que tienen sobre la obesidad para poder influir informando adecuadamente y ejercer cambios benéficos para la conservación de la salud de este grupo poblacional.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En vista de lo anterior el estudio está orientado a resolver la siguiente interrogante:

### **1.2.1. Problema General**

¿Qué relación existirá entre el conocimiento y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre obesidad y sus repercusiones en las mujeres adultas que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014?

- ¿Cuál es la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014?
- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivo general**

- Determinar la relación entre el conocimiento y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de conocimiento sobre obesidad y sus repercusiones en las mujeres adultas que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014.
- Identificar la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014.
- Determinar la relación entre el conocimiento y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

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

El estudio es pertinente para la profesión de enfermería, porque el autocuidado tiene una gran influencia a partir de la teoría propuesta por Dorotea Orem, quien “justifica” la función de enfermería en situaciones específicas en la que el individuo no puede cuidar de sí mismo, no tiene el conocimiento o no está motivado para hacerlo. El autocuidado es una función regulatoria que los individuos llevan a cabo deliberadamente para cubrir necesidades vitales, mantener su desarrollo y funcionar integralmente, describe además ocho requisitos universales, considerado en las variables del estudio: incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.<sup>(10)</sup>

La importancia 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 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 un abordaje integral desde la disciplina de enfermería.

#### **1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Se pueden tener las siguientes limitaciones:

- Como primera limitación se tuvo la negativa de las mujeres obesas a participar por temor o vergüenza.
  
- Como segunda limitación se menciona a la poca afluencia de personas mujeres adultas con obesidad.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

**Ponce, María Luisa; Rivera, Alberto, realizaron un estudio intitulado: Prácticas alimenticias de mujeres de la tercera edad de una población urbana y percepción sobre obesidad y salud, México, 2011.** 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 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 salud. <sup>(12)</sup>

**Luna, José Ángel; Baeza, María Nieves; Chávez, Silvia; Morales, María Teresa; Olguín, María Ester; Valentín, Cesar. Realizaron un estudio intitulado: Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad que asisten a una unidad de medicina familiar- México, 2010.** 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 física se ubicó en un 58.9% de conocimiento total, el 37.4% en conocimiento suficiente, el 3.3% 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 escolaridad. <sup>(13)</sup>

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

A nivel nacional se encontró los siguientes antecedente:

**Sandra Sanchez Roque. Realizó la investigación titulada Capacidades y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad, en el hospital Naval-2010.** 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%,  $p \leq .05$ , 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 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  $p \leq .001$ ). 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.<sup>(17)</sup>

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Conocimiento**

“El conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones efectivas.”<sup>(17)</sup> Según la Organización Mundial de la

Salud, citado por Potter, “el conocimiento es la comprensión alcanzada a través de la experiencia, la observación o el estudio”.<sup>(18)</sup>

➤ **Tipos de conocimiento**

**a) Conocimiento científico:** Es aquella verdad descubierta a través del proceso de investigación, basado en todas aquellas evidencias que nos llevan a indagar en la realidad para obtener una verdad con certeza. Se obtiene a través de la investigación en las diversas ciencias.

**b) Conocimiento empírico:** Es todo aquel conocimiento que el hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presenta en la vida y que se va adquiriendo mediante las vivencias y experiencias, así también es transmitido por medio de las relaciones con la sociedad.

**c) Conocimiento vulgar:** Llamado también conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere por contacto directo con las cosas o personas que nos rodean. “Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmite de generación en generación”.<sup>(18)</sup>

➤ **Origen del conocimiento**

El conocimiento tiene su origen en las siguientes corrientes filosóficas:

**a) Racionalismo:** Es la doctrina epistemológica que sostiene que la causa principal del conocimiento reside en el pensamiento, en la razón. Afirma que un conocimiento sólo es realmente tal, cuando posee necesidad lógica y validez universal. Platón afirma que “el conocimiento verdadero debe distinguirse por la posesión de las notas de la necesidad lógica y de la validez universal. El racionalismo es guiado por

la idea determinada, por el conocimiento ideal, mientras que el empirismo, se origina en los hechos concretos”.<sup>(19)</sup>

**b) Empirismo:** Frente a la tesis del racionalismo, el empirismo sostiene que “el pensamiento, la razón, es el único principio del conocimiento, el empirismo sostiene que la única causa del conocimiento humano es la experiencia. Según el empirismo, no existe un patrimonio a priori de la razón”.<sup>(19)</sup>

**c) Apriorismo:** Es un segundo esfuerzo de intermediación entre el racionalismo y el empirismo: el apriorismo. El cual también considera que la razón y la experiencia son a causa del conocimiento. Pero se diferencia del intelectualismo porque establece una relación entre la razón y la experiencia, en una dirección diametralmente opuesta a la de éste. En la tendencia de apriorismo, se sostiene que nuestro conocimiento posee algunos elementos a priori que son independientes de la experiencia. “El intelectualismo forma sus conceptos de la experiencia; el apriorismo rechaza tal conclusión y establece que el factor cognoscitivo procede de la razón y no de la experiencia”.<sup>(19)</sup>

#### ➤ **Evaluación del conocimiento**

La evaluación “es un proceso dinámico, continuo y sistemático, enfocado hacia los cambios de conducta y rendimientos mediante el cual verificamos los logros adquiridos en función de los objetivos propuestos”.<sup>(20)</sup> La evaluación posibilita el perfeccionamiento de la acción educativa.

Otra definición indica que la evaluación se define como, “señalar el valor de algo, estimar, apreciar o calcular el valor de algo. De esta manera más que exactitud lo que busca la definición es establecer una aproximación cuantitativa o cualitativa. Atribuir un valor, un juicio, sobre algo o alguien, en función de un

determinado propósito, recoger información, emitir un juicio con ella a partir de una comparación y así, tomar una decisión".<sup>(20)</sup>

Más técnicamente se define como:

- "La etapa del proceso educativo que tiene como finalidad comprobar, de manera sistemática, en qué medida se han logrado los objetivos propuestos con antelación. Entendiendo a la educación como un proceso sistemático, destinado a lograr cambios duraderos y positivos en la conducta de los sujetos, integrados a la misma, en base a objetivos definidos en forma concreta, precisa, social e individualmente aceptables."
- "Evaluación es el acto que consiste en emitir un juicio de valor, a partir de un conjunto de información sobre la evolución o los resultados de una persona, con el fin de tomar una decisión."

### **2.2.2. Capacidad de agencia de autocuidado**

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de la persona y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle. El autocuidado son todas aquellas acciones o actividades que realiza la persona para proveerse cuidado a sí misma.<sup>(21)</sup>

#### **➤ El autocuidado a través de la historia**

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes,

representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud.<sup>(22)</sup>

Los griegos manejaron una visión integral de lo que debía ser el cuidado de sí, pues enfatizaban la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo sino también el alma. Para ellos, el cuidado de sí incluía los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos sin excesos y la satisfacción medida de las necesidades. Además, incluía las meditaciones, las lecturas, las notas que se tomaban de los libros o de las conversaciones escuchadas y la reflexión de las verdades que se sabían pero que había que apropiarse de ellas aún mejor. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante el temor al exceso, la economía del régimen, la escucha de las perturbaciones, la atención detallada al disfuncionamiento y el tener en cuenta elementos como la estación, el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, el alma. Como puede observarse esta cultura comienza a dar importancia importancia al autocontrol como una forma de autocuidado.

Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos, especialmente lo relacionado con la medicina, también influyeron en el concepto y formas de promocionar el cuidado. Para comprender mejor esta influencia es necesario introducir los conceptos que la lengua inglesa desarrolló con relación a la noción de cuidado. Ésta conceptualizó dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: denominaron cuidados de costumbre a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación a lo relacionado con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Entrando al campo de la medicina, entre las razones que influyeron en el concepto y prácticas de cuidado y autocuidado se pueden mencionar las siguientes: 1) la medicina diseñó un sistema de salud para curar la enfermedad y no para promover la salud 2) con la parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a confundir lo que pertenecía a la categoría de los cuidados con lo que pertenecía a la categoría de los tratamientos, hasta el punto de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos.

Es así como hasta el momento, el término cuidar cubre todo aquello inherente a la enfermedad (como los exámenes médicos y la aplicación y supervisión de tratamientos para obtener la curación), relegándose a un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para promover la vida y prevenir la enfermedad. <sup>(21)</sup>

➤ **Requisitos para el autocuidado**

Son los objetivos que deben de ser alcanzados mediante los tipos de acciones calificadas de autocuidado estos objetivos pueden dividirse en tres categorías: <sup>(21)</sup>

➤ **Requisitos universales del autocuidado**

Son comunes a todos los seres humanos e incluyen el mantenimiento del agua, la comida, la eliminación, la actividad y el descanso, la interacción solitaria y social, la prevención de accidentes y el fomento del funcionamiento humano. Las categorías de los autocuidados universales son:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.

- Provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre la soledad y la comunicación.
- Prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar.
- Ser normal con las normas del grupo.

➤ **Requisitos de autocuidado para el desarrollo**

Se distinguen de los anteriores, porque favorecen el proceso de vida y maduración, e impiden las condiciones perjudiciales para la maduración, o mitigan sus efectos. Las categorías de autocuidado son las siguientes:

- El embarazo.
- La lactancia.
- La infancia.
- La adolescencia.
- La edad adulta.
- La menopausia y la andropausia.
- El envejecimiento.
- La muerte.

➤ **Requisitos del autocuidado en el caso de desviación de la salud**

La enfermedad y las lesiones no sólo afectan a estructuras específicas y mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino también al funcionamiento humano íntegro. Cuando un cambio en la salud produce una dependencia total o casi total de otros debido a la necesidad de mantener la vida o el bienestar, la persona, pasa de la posición de agente de autocuidado a la de paciente o receptor de cuidados. La evidencia de una desviación de la salud conduce a la necesidad de determinar que se debe de hacer para restituir lo normal. <sup>(22)</sup>

Si las personas con desviaciones de la salud pueden ser competentes en el manejo de un sistema de autocuidado, también pueden ser capaces de aplicar a sus propios cuidados los conocimientos médicos pertinentes (debe de entenderse conocimiento médico como educación sanitaria).

Las categorías de los autocuidados derivados de las desviaciones de la salud son las siguientes:

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

### **2.2.3. Promoción del autocuidado**

La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en la que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales. <sup>(23)</sup>

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

- Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

- Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.
- Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales. <sup>(24)</sup>

**b. Estrategias del autocuidado:** Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario incluir en su promoción las siguientes estrategias:

- Desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento (empowerment), como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
- Involucrar el diálogo de saber, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.

- Explorar y comprender las rupturas que existen entre el conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos.
- Los agentes de salud deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud viva con bienestar y está en condiciones de promocionar la salud de los demás.
- Contextualizar el autocuidado, es decir una direccionalidad de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital humano. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.
- 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 lo cual identifican prácticas de autocuidado favorables,

desfavorables e inocuas y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para transformarla. <sup>(24)</sup>

#### **2.2.4. Obesidad**

##### **➤ Definición y epidemiología de la obesidad**

De acuerdo con la Norma Oficial para el tratamiento integral de la obesidad, es una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. <sup>(24)</sup>

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

Constituye un problema de salud pública relacionado con alta comorbilidad: hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipidemia, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, apnea del sueño, síndrome de hipoventilación, osteoartritis, infertilidad, enfermedad venosa de los miembros inferiores, reflujo gastroesofágico, incontinencia urinaria de esfuerzo, entre otras, cuya relación es directamente proporcional a la obesidad. <sup>(25)</sup>

Al igual que las enfermedades crónicas, tiene importantes limitaciones y su control representa elevados costos de atención médica y terapéutica. Durante los últimos 20 años se han incrementado las cifras de sobrepeso y obesidad en la población de todo el mundo. El IOTF (Current Internacional Obesity Task Force) ha estimado 1.1 miles de millones de sujetos con sobrepeso en todo el mundo, de los cuales 312 millones padecen obesidad. <sup>(25)</sup>

En el Perú, la obesidad afecta al 26% de varones y al 24% de mujeres, y se ha observado una mayor prevalencia en las poblaciones de Piura (36.7%), Lima (22.8%), Huaraz (18.3%) y Tarapoto (17%). “Esta enfermedad duplica el riesgo de presentar hipertensión arterial, infartos cardíacos, derrames cerebrales, así como diabetes y otras enfermedades”.<sup>(26)</sup>

➤ **Etiología de la obesidad.**

La obesidad es una enfermedad compleja multifactorial que aparece por la influencia interactiva de factores sociales, ambientales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares.

Entre los factores implicados en la génesis de la obesidad existen algunos, sobre los cuales el individuo no tiene control; por ejemplo, la herencia. Entre los factores más importantes se encuentra la incorporación de la mujer a la actividad laboral del país, que obliga a reducir el tiempo de permanencia en casa y que resulta en aumento de la demanda de comida rápida en restaurantes y otros sitios fuera de casa. Además, la sustitución de la dieta básica ha incorporado alimentos con elevada cantidad de grasa y alto aporte energético.

Los medios de comunicación inducen el consumo desmesurado de “alimentos chatarra”, así como la preferencia de sabores dulces y aumento en el consumo de botanas.<sup>(27)</sup>

Otro factor importante es el aumento del sedentarismo en nuestras sociedades, influido por la urbanización de ciudades muy extensas que obliga a depender del transporte motorizado y disminuye las áreas destinadas para la actividad física. En otras palabras, vivimos en una sociedad de globalización, industrialización y tecnología que ha provocado transformaciones radicales en el estilo de vida.<sup>(27)</sup>

Está bien establecido que la obesidad y las enfermedades metabólicas se originan por un conjunto complejo de factores genético-ambientales.

Las investigaciones más recientes indican que en el mapa genético de la obesidad existen más de 200 genes o marcadores locus con potencial de influir por alteración o disfunción en la génesis de la obesidad. Se estima que 40 a 70% de la variabilidad en obesidad se relaciona con el fenotipo heredable.<sup>(31)</sup>

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.<sup>(28)</sup>

Los resultados de múltiples estudios han concluido que la obesidad es una enfermedad multifactorial, con interacción importante de la predisposición genética y factores ambientales. Para que se manifieste la obesidad se requiere no sólo un ambiente que lo favorezca, sino diversos genes implicados en la regulación de múltiples vías metabólicas de termogénesis, apetito, saciedad y anabolismo.<sup>(23) (29)</sup>

Aunque los genes están implicados en la variabilidad corporal de la grasa humana. No se había detectado ningún gen, hasta que se descubrió en ratones el Ob.<sup>(23) (24)</sup>

Estudios en ratones obesos demuestran que el gen Ob, la hormona la que codifica, la leptina y su receptor, son factores importantes en la regulación del apetito y el gasto de energía. Este gen se localiza en el cromosoma 6 de los ratones y en el cromosoma 7q de los humanos.

La leptina, hormona secretada por el adipocito, está constituida por 167 aminoácidos, con peso molecular de 16 kDa; circula en el suero sanguíneo en forma libre o unida a proteínas. Su función es inhibir la acción neurofisiológica del neuropéptido, un neurotransmisor cuya acción incrementa el apetito, disminuye la termogénesis, eleva la insulina plasmática y la concentración de cortisol. La leptina funciona como una señal que el tejido adiposo envía al hipotálamo para reducir el apetito. <sup>(23) (24)</sup>

El gen de la leptina se expresa en el tejido adiposo, el epitelio gástrico y la placenta. Sus concentraciones séricas se correlacionan con el contenido de grasa corporal.

La regulación del equilibrio energético a corto plazo es un mecanismo de control que implica, principalmente, señales de saciedad, cuya función es inhibir el apetito; por tanto, permite el inicio y la terminación de la ingestión en un periodo correspondiente a una comida. <sup>(30)</sup>

Entre las señales de saciedad se encuentran: neuromecánicas (distensión gástrica e intestinal que provocan una sensación de plenitud física), neuroendocrinas (colecistocinina, bombesina y glucagón que disminuyen el apetito y, por tanto, la ingestión de alimentos), neurobioquímicas (oxidación de ácidos grasos y contenido de glucógeno hepático, indicativos del estado metabólico tisular) y bioquímicas nutricionales (concentración de aminoácidos y glucosa sanguínea: señales aferentes procedentes de los productos de la digestión). <sup>(30)</sup>

Se han sugerido dos modelos que regulan la ingestión:

- El modelo glucostásico de Meyer que planteaba que la ingestión de alimentos se iniciaba por una necesidad inmediata de energía y consecuentemente la saciedad se

reflejaba al satisfacer esa necesidad. Sugería que la molécula reguladora de la saciedad era la glucosa.

- El modelo lipostásico 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. Las moléculas consideradas factores de adiposidad son la leptina y la insulina. El organismo se encuentra en estado energético equilibrado cuando la ingestión es equivalente al gasto calórico y se mantiene estable el peso corporal. Cuando existe un estado positivo, la concentración de leptina se eleva y la respuesta compensatoria revierte dicho estado, al disminuir el apetito y aumentar el gasto energético; pero si es negativo, la concentración de leptina disminuye, estimula el apetito y disminuye el gasto energético.<sup>(31)</sup>

#### ➤ **Índice de masa corporal**

El índice de masa corporal es un método simple y ampliamente usado para estimar la proporción de grasa corporal. El IMC fue desarrollado por el estadístico y antropometrista belga Adolphe Quetelet. Este es calculado dividiendo el peso del sujeto (en kilogramos) por el cuadrado de su altura (en metros), por lo tanto es expresado en  $\text{kg} / \text{m}^2$ .

La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece una definición los siguientes valores, acordados en 1997, publicados en 2000 y ajustados en el 2010: IMC menos de 18,5 es por debajo del peso normal.

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).

- **Circunferencia de cintura:** El IMC no tiene en cuenta las diferencias entre el tejido adiposo y tejido magro; tampoco distingue entre las diferentes formas de adiposidad, algunas de las cuales pueden estar asociadas de forma más estrecha con el riesgo cardiovascular.

El mejor conocimiento de la biología del tejido adiposo ha mostrado que la obesidad central (obesidad tipo masculina o tipo manzana) tiene una vinculación con la enfermedad cardiovascular, que sólo con el IMC.<sup>(32)</sup>

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).<sup>(11)</sup> son usados como medidas de obesidad central.

En una cohorte de casi 15.000 sujetos del estudio National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III, la circunferencia cintura explicó significativamente mejor que el IMC, los factores de riesgo para la salud relacionados con la obesidad cuando el síndrome metabólico fue tomado como medida.<sup>(32)</sup>

- **Grasa corporal:** Una vía alternativa para determinar la obesidad es medir el porcentaje de grasa corporal. Médicos y científicos generalmente están de acuerdo en que un hombre con más del 25% de grasa corporal y una mujer con más de 30% de grasa corporal son obesos. Sin embargo, es difícil medir la grasa corporal de forma precisa. El método más aceptado ha sido el de pesar a las personas bajo el agua, pero la pesada bajo el agua es un procedimiento limitado a laboratorios con equipo especial. Los métodos más simples para medir la grasa corporal son el método de los pliegues cutáneos, en el cual un pellizco de piel es medido

exactamente para determinar el grosor de la capa de grasa subcutánea; o el análisis de impedancia bioeléctrica, usualmente llevado a cabo por especialistas clínicos. Su uso rutinario es desaconsejado. Otras medidas de grasa corporal incluyen la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la absorciometría de rayos x de energía dual.<sup>(32)</sup>

- **Factores de riesgo y morbilidades asociadas:** La presencia de factores de riesgo y enfermedad asociados con la obesidad también son usados para establecer un diagnóstico clínico. La coronariopatía, la diabetes tipo 2 y la apnea del sueño son factores de riesgo que constituyen un peligro para la vida que podría indicar un tratamiento clínico para la obesidad.<sup>(2)</sup> Hábito tabáquico, hipertensión, edad e historia familiar son otros factores de riesgo que podrían indicar tratamiento.<sup>2</sup>

- **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. Para Mazza (2001) entre los factores que pueden causar obesidad puede ser atribuido un 30% a los factores genéticos, 40% a los factores no heredables y 30% a los factores sociales, es decir, la relación entre factores genéticos y ambientales son del 30% y 70% respectivamente. Los mecanismos para que estos factores causen exceso de grasa corporal 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. Por lo que la obesidad

se produce por exceso de energía, como resultado de las alteraciones en el equilibrio de entrada/salida de energía. Como consecuencia se pueden producir diversas complicaciones, como son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades coronarias.<sup>(33)</sup>

La herencia tiene un papel importante, tanto que de padres obesos el riesgo de sufrir obesidad para un niño es 10 veces superior a lo normal. En parte es debido a tendencias metabólicas de acumulación de grasa, pero en parte se debe a que los hábitos culturales alimentarios y sedentarios contribuyen a repetir los patrones de obesidad de padres a hijos.

Otra parte de los obesos lo son por enfermedades hormonales o endocrinas, y pueden ser solucionados mediante un correcto diagnóstico y tratamiento especializado.

#### ➤ **Diagnóstico de la obesidad**

El análisis de la composición corporal representa el eje central para la valoración del estado nutricional, la vigilancia de los pacientes con malnutrición y sobre todo, el diagnóstico y la tipificación del riesgo asociado con la obesidad. La evaluación de la composición corporal es la suma de la masa corporal grasa (MCG) y la masa corporal activa (MCA), en relación con la masa corporal o peso total corporal (MC). La masa corporal grasa es la cantidad absoluta de grasa en el cuerpo. La masa corporal activa representa la masa de todo tejido corporal, libre de grasa almacenada (músculos, huesos, envolturas de fibras musculares), por tanto:  $MC = MCG + MCA$ .<sup>(34)</sup>

Un elemento diagnóstico ampliamente aceptado para definir a la obesidad es el índice de Quetelet o índice de masa corporal (IMC). Éste se establece por el peso en kg, entre el cuadrado de la talla en metros. Describe el peso relativo para la talla y se

correlaciona de manera significativa con el contenido de grasa corporal total. Según la OMS, la obesidad se clasifica en los estadios descritos en el cuadro 1. <sup>(35)</sup>

**Cuadro 1. Clasificación de la obesidad según la OMS.**

IMC (kg/talla <sup>2</sup> )	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 clasificar al paciente obeso y marca un factor pronóstico en cuanto a morbilidad. Es un indicador de la distribución de grasa corporal y puede distinguir los dos patrones entre la distribución tipo androide con predominio de la grasa en la parte superior del tronco, y la de tipo ginecoide con predominio de grasa en las caderas. Se establece predisponente para mayor riesgo de salud cuando el índice es > 0.93 para el varón (androide) y > 0.84 para la mujer (ginecoide). <sup>(35)</sup> <sup>(36)</sup>
- Plicometría o medición de los pliegues cutáneos: Proporciona una estimación más exacta de la grasa subcutánea a través de la determinación de cuatro pliegues subcutáneos (bicipital, tricípital, subescapular y suprailíaco). Esta medición se utiliza frecuentemente en la práctica médica y en la investigación, debido a que es una técnica barata. Los pliegues cutáneos

también son importantes para la obtención del porcentaje de grasa corporal. <sup>(37)</sup>

- Evaluación del porcentaje de grasa corporal: Existen diferentes métodos de medición de la grasa corporal. Los dos más utilizados son la TAC y el análisis de la impedancia corporal o bioimpedancia eléctrica, que mide la oposición de los tejidos corporales al paso de una corriente eléctrica (impedancia corporal). Entre los modelos de monitores de grasa corporal se encuentran los Tanita. Se considera un valor normal de grasa corporal al que está debajo de 20% para los varones y debajo de 30% para las mujeres. En el estudio del paciente obeso, los aspectos psicosociales (estigma social, trastornos de la conducta alimentaria, percepción de la imagen corporal y psicopatología) deben investigarse para establecer el tratamiento integral. <sup>(38)</sup>

#### ➤ **Tratamiento de la obesidad**

Sea cual fuera el origen de la obesidad, su tratamiento es una necesidad. El médico internista debe considerar las ventajas que acompañan la reducción del peso y señalárselas al paciente, éstas son: corregir la presión arterial, disminuir la resistencia a la insulina, el riesgo de diabetes, disminuir los lípidos sanguíneos y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, mejorar el desempeño en actividades físicas, así como el área afectiva, autoestima, motivación, relaciones sociales, laborales y proporcionar bienestar, aspectos que se lograrán con diversas acciones, entre ellas: ayudar al paciente para adoptar una conducta alimenticia favorable, motivarlo a realizar mayor actividad física y tratar que mantenga el peso perdido.

Las desventajas a las que puede enfrentarse el médico también son muchas y entre ellas se encuentran: la valoración nutricional individual, registro de la misma, edad del paciente, memoria,

estado de ánimo, personalidad y aspectos socioculturales, así como el factor genético y la disponibilidad del paciente para acatar las indicaciones.

Deben reforzarse los procedimientos para la ingestión adecuada de alimentos: comer en un solo sitio, no realizar otra actividad mientras come, comprar alimentos de acuerdo con una lista, preferentemente tener compañía mientras come, preparar y servirse pequeñas cantidades, comer lentamente, no dejar alimentos para más tarde, llevar una dieta escrita y variada, concentrarse en lo que está comiendo, experimentar otro tipo de alimentos y desarrollar tácticas o estrategias para la familia, amigos, compañeros de trabajo y personas que deseen reducir peso, hasta donde sea posible cambiar los hábitos alimenticios y la calidad de vida.<sup>(39)</sup>

Antes de iniciar el tratamiento de un paciente obeso se debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos: índice de masa corporal, riesgo cardiovascular, necesidad de tratamiento y metas individualizadas para realizar la recomendación de tratamiento específico, el seguimiento y sostén, e información de soporte.

Diferentes alteraciones médicas asociadas con la obesidad son silenciosas; el paciente puede sentirse sano y aún tener problemas de salud que no han causado síntomas. De tal forma, es un reto para el internista y personal de enfermería hacer conciencia en este tipo de pacientes, para que entiendan que la pérdida de peso y su mantenimiento son benéficos para él y su familia, y que es tiempo de iniciar un cambio en el estilo de vida. El primer paso será realizar un examen médico completo y recibir consejos de su médico y enfermera. El tratamiento puede iniciarse y ser exitoso en la medida que se motive al paciente para cambiar sus hábitos alimenticios y físicos.<sup>(39)</sup>

- **Tratamiento nutricional:** Es básico en el régimen integral del paciente obeso. Debe calcularse una dieta hipocalórica para el peso ideal, lo que ayuda a la pérdida del peso (20 a 25 kcal/kg de peso/día), distribuidas en 55% de carbohidratos, 25% de grasas, 20% de proteínas y adicionar 40 g de fibra al día. También debe planearse la dietoterapia de acuerdo con las actividades del paciente, esperando el apego a la misma.

De manera general, para el tratamiento de la obesidad se han recomendado los siguientes aspectos: a) Cambios en el estilo de vida, es decir: realizar una dieta hipocalórica fraccionada (cuatro a cinco tiempos de comida al día, si se adapta a la actividad laboral del paciente), que le hará perder 0.23 a 0.45 kg por semana, e incrementar la actividad física (se aconseja realizar ejercicio constante, sistemático, regular y aeróbico, en un promedio de 150 minutos por semana, en tres etapas de cinco a diez minutos de calentamiento, 20 a 30 min de ejercicio aeróbico máximo, y 5 a 10 min de relajación), con lo que logrará un acondicionamiento general en cuatro a seis semanas, y disminuirá su peso corporal en dos a seis meses. <sup>(40)</sup>

- **Estilo de vida:** Los investigadores han concluido que la combinación de un consumo excesivo de nutrientes y el estilo de vida sedentaria son la principal causa de la rápida aceleración de la obesidad en la sociedad occidental en el último cuarto del siglo XX.

A pesar de la amplia disponibilidad información nutricional en escuelas, consultorios, Internet y tiendas de comestibles, <sup>(24)</sup> es evidente que el exceso en el consumo continúa siendo un problema sustancial. Por ejemplo, la confianza en la comida rápida densa en energía, se ha triplicado entre 1977 y 1995 y el consumo de calorías se ha cuadruplicado en el mismo periodo.

Sin embargo, el consumo de alimento por sí mismo es insuficiente para explicar el incremento fenomenal en los niveles de obesidad en el mundo industrializado durante los años recientes. Un incremento en el estilo de vida sedentaria también tiene un rol significativo en los niveles actuales elevados de esta enfermedad.

Cuestiones sobre el estilo de vida, menos bien establecido, que pueden influir sobre la obesidad incluyen el estrés mental y el sueño insuficiente.

- **Tratamiento psicológico de la obesidad:** Principalmente cuando tiene alguna enfermedad concomitante. <sup>(40)</sup>
  
- **Tratamiento farmacológico:** Los fármacos anti obesidad se clasifican en cuatro grandes grupos: Inhibidores de la ingestión de alimentos o supresores del apetito, entre los que destacan la sibutramina; inhibidores de la absorción de la grasa como el orlistat; estimuladores del gasto de energía como la efedrina; estimuladores de la movilización de grasa como la Leptina, Neuropéptido Y, Colecistocinina, Melanocortinas y Glucagón. <sup>(41)</sup>
  
- **Tratamiento quirúrgico:** Los pacientes con IMC mayor de 40 o por arriba de 35, pero con comorbilidad, deben someterse a tratamiento quirúrgico. Se han recomendado dos formas de intervención quirúrgica, que pueden realizarse en pacientes con obesidad grave y en quienes no han perdido peso con dieta, ejercicio o tratamiento farmacológico. <sup>(42)</sup>
  - **Gastroplastia** Significa reducir quirúrgicamente el tamaño del estómago. Casi 40% de los pacientes pierde la mitad del peso adicional después de un año del procedimiento. <sup>(42)</sup>

- **Bypass gástrico** Origina un estómago pequeño y conecta esta “bolsa” con la segunda porción del intestino. Esta cirugía es más extensa y difícil de realizar que la gastroplastia, pero también es más efectiva.

Uno de los fracasos más importantes asociados con estos regímenes es su mantenimiento; el fracaso justifica la búsqueda de algún tratamiento eficaz de la obesidad, que incluye agregar un fármaco coadyuvante.

➤ **Prevención de la obesidad**

La obesidad se puede prevenir y tratar buscando el equilibrio en la ingesta de calorías con una dieta balanceada teniendo en cuenta los aportes calóricos de los alimentos. Se sabe que cada 250 gramos de grasa equivalen a 2.250 calorías, y cada gramo de grasa equivale a 9 kcal. Si existe un exceso de grasa corporal, se debe calcular la energía (medida en calorías) que representa y disminuir en la ingesta alimentaria durante un período adecuado.

## **2.2.5. Repercusión de la Obesidad en la Salud**

### **1. Hipertensión arterial**

El conocimiento de la relación entre obesidad e hipertensión arterial se remonta a los años veinte. Desde entonces numerosos estudios han confirmado esta relación de modo que la hipertensión es más doble y frecuente entre obesos que entre personas de peso normal.

La obesidad de tipo central o androide es la más relacionada con la hipertensión. Está totalmente demostrado que perder peso reduce las cifras de tensión arterial hasta incluso normalizarla.

### **2. Insuficiencia venosa**

La obesidad, sobre todo la de tipo ginoide, dificulta el retorno de la sangre de las venas de las piernas al corazón.

Esto provoca sensación de pesadez de piernas, pero además provoca dilatación de las venas (varices), inflamación (flebitis), escozor, úlceras e incluso formación de trombos (tromboflebitis) que puede tener graves consecuencias como la embolia pulmonar.

### **3. Cardiopatía isquémica**

Las personas obesas tienen más mortalidad por enfermedad coronaria que las que se mantienen en normopeso.

De hecho la obesidad está considerada desde 1998 como uno de los cuatro factores principales de riesgo cardiovascular (junto a la hipertensión, el tabaco y el estrés).

Hoy día está claramente demostrada la asociación entre la obesidad y la patología cardíaca como la angina de pecho, el infarto cardíaco y el accidente cerebrovascular.

Esta asociación se produce principalmente en la obesidad tipo androide, que es la que tiene más alto nivel de triglicéridos.

Un descenso de peso reduce considerablemente la posibilidad de padecer cardiopatía y la mortalidad que esta lleva asociada.

### **4. Ictus**

La Academia Americana de Neurología ha presentado, a principio de mayo de 2001, un estudio donde demuestra que el riesgo de ictus (tanto hemorragia cerebral como isquemia cerebral) está aumentado en los varones con sobrepeso.

Este riesgo es lineal, es decir, va subiendo conforme aumenta el peso, de modo que cada punto que sube el Índice de Masa Corporal, aumenta un 6% el riesgo total de ictus.

## **5. Diabetes Mellitus tipo 2**

Este tipo de diabetes se produce en adultos y está asociada a obesidad en la mayoría de los casos, tanto que el 85% de los diabéticos tipo 2 son obesos.

Se asocia con más frecuencia a la obesidad de tipo androide.

Se produce una disminución de la producción de insulina y además una resistencia a la insulina de modo que esta no sirve para llevar el azúcar a las células del organismo.

Por ello el principal tratamiento para esta enfermedad en un principio es la dieta, procurando que sea equilibrada y a la vez produzca una disminución del peso, lo cual normaliza los niveles de azúcar en sangre.

## **6. Alteración de los lípidos en sangre**

Aumento del colesterol LDL o colesterol malo y aumento de los triglicéridos. El aumento de colesterol y triglicéridos en sangre son un factor de riesgo para enfermedades que afectan los vasos sanguíneos y el corazón. Esto se observa sobre todo en la obesidad tipo androide. Una reducción de peso mejora los niveles de estos lípidos con la consiguiente disminución del riesgo cardiovascular que conllevan.

Disminución del colesterol HDL o colesterol bueno que es el que disminuye los depósitos de colesterol de la pared de las arterias evitando que estas se obstruyan con lo que protegen del infarto de miocardio y de los infartos cerebrales.

## **7. Aumento del ácido úrico en sangre**

Aumento del ácido úrico, con la consiguiente posibilidad de que este precipite en las articulaciones (principalmente de los dedos de los pies) y de lugar a lo que conocemos como gota. Esta enfermedad está asociada históricamente a la obesidad ¿quién no recuerda la imagen del rey gordo con el pie en alto por el ataque de gota?

## **8. Arteriosclerosis**

Se produce un depósito favorecido por la grasa en la pared interna de las arterias lo que disminuye su diámetro interior con la consiguiente disminución de la sangre que pasa por ellas y por lo tanto con un menor aporte de sangre a las zonas que irriga.

Como consecuencia puede producir infartos, trombosis o problemas de circulación en las piernas. Este es un proceso lento y silencioso que no da la cara hasta después de muchos años de iniciarse.

Los factores que provocan esta enfermedad son además del aumento del colesterol en sangre, el tabaquismo y la hipertensión arterial y en menor grado el aumento de triglicéridos en sangre, la diabetes mellitus y el sedentarismo. Cuantos más factores se den en una misma persona, más probabilidad tendrá de sufrir arteriosclerosis.

## **9. Artrosis**

El peso excesivo provoca un desgaste extra de las articulaciones del cuerpo que se ven sometidas a un esfuerzo mayor de lo normal.

Surge entonces dolor y dificultad de movimiento, sobre todo en las articulaciones llamadas de carga que son las de la columna, las de la cadera, las rodillas y los tobillos.

Además el exceso de grasa en las articulaciones altera su correcto funcionamiento.

## **10. Alteraciones respiratorias**

El acumulo de grasa en el tórax dificulta los movimientos respiratorios del pulmón, alterando la función respiratoria.

Estas alteraciones son mayores durante el sueño provocando la llamada apnea del sueño. Esta patología consiste en una interrupción momentánea de la respiración que se recupera con un

gran ronquido. En este tiempo falta aporte de oxígeno al cerebro, lo cual puede provocar alteraciones del ritmo cardíaco, crisis de hipertensión o accidentes vasculares.

Además la calidad del sueño no es buena y el afectado se queda dormido en cualquier momento durante el día, lo cual supone un riesgo de accidente si está realizando alguna actividad que requiera máxima atención como conducir o manejar maquinaria.

### **11. Alteraciones digestivas**

El exceso de grasa en el abdomen aumenta la presión a este nivel. Por un lado, esto favorece la herniación del estómago a través del diafragma de modo que pasa al tórax provocando lo que se conoce como hernia de hiato.

Por otro lado dificulta el correcto funcionamiento de la válvula llamada cardias que se encuentra entre el esófago y el estómago, impidiendo el paso del contenido del estómago al esófago. De este modo el jugo gástrico es muy ácido para el esófago irritando sus paredes y provocando una esofagitis que se manifiesta con sensación de ardor y produce heridas en la mucosa esofágica.

Además la obesidad, sobre todo la de tipo ginoide, predispone a padecer piedras en la vesícula biliar y degeneración del hígado.

### **12. Enfermedades neoplásicas**

La obesidad es un factor de riesgo para distintos tipos de cáncer. En el hombre aumenta la posibilidad de padecer cáncer de colon, de recto y de próstata y en la mujer favorece la aparición de cáncer de ovario, de útero (de endometrio y de cuello de útero), de mama y de vesícula biliar.

### **13. Riesgo en el quirófano**

El exceso de grasa dificulta la realización de cualquier operación quirúrgica por varios motivos. Por un lado porque supone un entorpecimiento físico para el acceso a las zonas a intervenir.

Por otro lado las alteraciones que, como hemos visto, se producen en la función respiratoria, aumenta los riesgos de complicaciones. Además en intervenciones abdominales el exceso de grasa retrasa la cicatrización y favorece las infecciones.

### **14. Mortalidad**

El exceso de peso aumenta la mortalidad en la población que lo padece. Un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 29kg/m<sup>2</sup> produce una mayor mortalidad fundamentalmente por enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrales, diabetes mellitus tipo 2, y algunos tipos de cánceres. El riesgo de infarto y de accidentes cerebrales aumenta sobre todo en los casos de obesidad de tipo androide que es en la que la grasa excesiva se distribuye alrededor del abdomen.

Está demostrado que una pérdida de peso y una normalización del IMC disminuye el riesgo de mortalidad a causa de las enfermedades asociadas a la obesidad.

#### **2.2.6. Teorías de enfermería que sustentan la investigación**

Los modelos y teorías de la Enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la Enfermería.<sup>(44)</sup>

Se asume por la disciplina que para poder determinar que existe una teoría enfermera ésta debe contener los elementos del metaparadigma de enfermería.

Cada disciplina hace suyos los términos relacionados con la teoría y su desarrollo con el fin de dotarla de un cuerpo de conocimientos que le permitan orientar el ejercicio de la disciplina. En la enfermería se contemplan los siguientes términos:

- **Ciencia.** Es tanto un cuerpo de conocimientos propios de una disciplina como las habilidades y metodología que hacen progresar dicha disciplina.
  - **Conocimiento.** Es la percepción de la realidad que adquirimos por el aprendizaje y la investigación.
  - **Teoría:** Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la enfermería radica que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.
  - **Modelo:** Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos de enfermería son, representaciones de la realidad de la práctica de enfermería.
- ❖ **Para Dorothea Orem:** El ser humano es un organismo biológico, psicológico y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí 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 toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. Con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados. <sup>(45)</sup>

Hay tres tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar.
- 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 de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).

Constituyen la 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 asistencia:

1. El sistema de compensación total: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
2. El sistema de compensación parcial: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad.
3. El sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

❖ **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. Integró en su modelo las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría enfermera era algo relativamente novedoso. <sup>(45)</sup>

Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana, Por tanto, su modelo se basa en teorías psicoanalíticas, en el cual ella define la enfermería psicodinámica y describe las fases del modelo y los roles de la enfermera en cada fase. Le faltaría definir que es la comprensión de la conducta de uno mismo, que es el cuidado a los demás, que es el apoyo, que es ayudar, en definitiva definir los constructos propios de enfermería en su modelo.

Se puede considerar deductiva ya que parte de teorías psicoanalíticas, quedando pendiente de definir los constructos

propios de enfermería. Las dificultades que podemos encontrar en el modelo de Peplau son:

1. 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 es capaz de controlar las emociones que demuestra en la representación de nuevos roles, tanto ella como del paciente. La enfermera ha de proporcionar un apoyo terapéutico apropiado y para esto es crucial que se sienta segura de su capacidad para comunicarse con eficacia.
2. Habilidades de asesoramiento: que no se trata de dar consejo sino de proporcionar una oportunidad al paciente para que solucione mentalmente los problemas y saque algunas conclusiones razonables.
3. Proporcionar una red de apoyo para el personal. Supone exigencias emocionales importantes para la persona que presta los cuidados. La enfermera necesita también contar con un apoyo. Debe invertirse tiempo en el apoyo del personal. La enfermera necesita disponer de tiempo para discutir la práctica clínica.
4. El empleo de su modelo queda limitado en el trabajo con pacientes seniles, comatosos, neonatos, En dicha situación la relación enfermera-paciente es unilateral, por tanto no puede considerarse con el calificativo de general.
5. Le falta precisión empírica. Aunque está basada en la realidad, hay que validarla y verificarla por parte de otros científicos y faltan investigaciones posteriores

La asunción del modelo: se centró en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que las enfermeras deben aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de empatizar con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran.

Peplau afirma que los pacientes tendrán problemas si estas necesidades no son satisfechas, bien porque la ansiedad sea demasiado elevada, bien porque la tensión produce frustración y conflicto 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.

- ❖ **Lydia Hall. “Modelo Del Núcleo, el cuidado y la Curación:** Hall basa su Teoría en las Ciencias de la Conducta, adaptando modelos de la Psiquiatría y Psicología. Tuvo una fuerte influencia del trabajo de Carl Rogers sobre la terapia centrada en el paciente y sus puntos de vista sobre el individuo. No especifica las Teorías en la que se basó para formular su modelo. No define ninguno de los conceptos que constituyen el metaparadigma. <sup>(46)</sup>

Al intentar elaborar el proceso de Enfermería partiendo del modelo de Hall, hemos encontrado grandes dificultades en la fase de valoración. Principalmente en el círculo del núcleo no hemos podido identificar cuáles son los datos susceptibles de ser valorados.

Partiendo de esta situación pensamos que es incongruente continuar con las siguientes fases del registro de Enfermería.

- **Persona:** No queda definido el concepto de persona. Hall realiza una clasificación estructural de la persona sin haber definido previamente dicho concepto. Divide a la persona en tres partes: persona, cuerpo y patología, con lo cual incurre en una tautología. Considera la patología como parte integrante de la persona.
- **Entorno:** No queda definido. Acude a realizar cualquier actividad enfermera que tenga relación con el ambiente debe ayudar al paciente en la obtención de una meta personal, sin embargo no explico cuáles son dichas actividades. Debe conducir al autodesarrollo.
- **Salud:** No define salud sino que describe la enfermedad como "conducta dirigida por los sentimientos de autoconciencia personal". A partir de esta definición se puede inferir que asocia la enfermedad a patología mental quedando excluidas el resto de alteraciones biológicas. Según esta concepción de salud, los recién nacidos y los niños son enfermos porque no tienen capacidad para discernir las conductas beneficiosas. Para Hall una persona sana selecciona conscientemente conductas beneficiosas, la autora no tiene en cuenta la influencia del entorno en dicha elección de conductas.
- **Enfermería:** Afirma que es una profesión pero no la define sino que describe cómo se lleva a cabo, es decir, no habla de qué sino del cómo. Requiere la participación en los tres círculos en los que se basa el modelo: núcleo, cuidado y curación: desempeñando funciones distintas 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.<sup>(47)</sup>

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Conocimiento:** Es la información y comprensión de la misma que tienen las pacientes en relación a la obesidad y sus repercusiones, alcanzada a través de la experiencia, la observación o el estudio.
- **Capacidad de agencia de autocuidado:** Según Orem, es la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente, para realizar las actividades de autocuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.
- **Mujeres adultas:** Es una etapa de comprendida desde los 21 hasta los 59 años de edad.
- **Obesidad:** Es una alteración de evolución crónica, no curable, que se refleja con aumento de peso provocado por la excesiva acumulación de tejido graso, consecuencia del desequilibrio entre la energía

ingerida y el gasto de tal energía. Se considera obesidad cuando el IMC es igual o mayor a 30.

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. Hipótesis general**

- Existe relación entre el conocimiento sobre la obesidad y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014

### **2.4.2. Hipótesis específicas**

- El nivel de conocimiento sobre obesidad y sus repercusiones en las mujeres adultas que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014, es medio.
- La capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014, es deficiente.
- La relación entre el conocimiento y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014, es de nivel medio y deficiente.

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. Definición conceptual de las variables**

- **Conocimiento:** Es el conjunto de información y saberes que tienen las mujeres adultas respecto a la obesidad y sus repercusiones. Se mide evaluando el nivel de conocimiento.

- **Capacidad de agencia de autocuidado:** Es la capacidad que tienen las mujeres adultas con obesidad de discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente, para realizar las actividades de autocuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

### 2.5.2. Definición operacional de las variables

- **Conocimiento:** Se evalúa en escala ordinal, mediante una serie de preguntas referidas al tema, cada pregunta bien contestada tiene valor de un punto.
- **Capacidad de agencia de autocuidado:** Se evalúa de acuerdo a las siguientes dimensiones valoradas a través de la Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA) de las enfermeras Isenberg y Evers discípulas de Orem, que consta de 24 ítems, se clasificó tomando dos categorías según corte generado por el promedio así:
  - Si el valor total para cada persona es igual o superior al promedio se clasificó como: Suficiente capacidad de autocuidado
  - Si el valor total para cada persona es inferior al promedio se clasificó como: Deficiente capacidad de autocuidado.

(49)

### 2.5.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	SUBINDICADOR	CATEGORÍA O VALOR FINAL	ESCALA
<b>V. Independiente</b> <b>Conocimiento</b>	Obesidad y sus repercusiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial.</li> <li>• Ictus</li> <li>• Insuficiencia venosa.</li> <li>• Diabetes Mellitus tipo 2.</li> <li>• Alteración de los lípidos.</li> <li>• Riesgos en el quirófano.</li> <li>• Mortalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto</li> <li>• Medio</li> <li>• Bajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 a 20 puntos</li> <li>• 9 a 14 puntos</li> <li>• 0 a 8 puntos.</li> </ul>
<b>V. Dependiente</b> <b>Capacidad de Agencia de Autocuidado</b>	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente.</li> <li>• Preservación entre la actividad y el reposo.</li> <li>• Preservación del equilibrio entre la soledad y la interacción social.</li> <li>• Prevención de riesgos para la vida, la función del cuerpo y el bienestar personal.</li> <li>• Promoción del desarrollo personal dentro del grupo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiente capacidad de autocuidado.</li> <li>• Deficiente capacidad de autocuidado.</li> </ul>	Ordinal

		social de acuerdo s u potencial y limitaciones.		
<b>Variable Interviniente:</b>				
Edad	Fecha de nacimiento	Número de años	De 21 a 59	Numérica discreta
Nivel educativo		Último nivel de estudios aprobado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior técnico</li> <li>• Superior universitario</li> </ul>	Ordinal
Situación conyugal		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada / Conviviente</li> <li>• Viuda</li> <li>• Separada</li> </ul>	Nominal
Ocupación		Actividad laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleada</li> <li>• Independiente</li> <li>• Comerciante</li> <li>• Obrera</li> <li>• Jubilada</li> <li>• Ama de casa</li> </ul>	Nominal

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

### 3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. <sup>(49)</sup>

- **Descriptivo:** Porque describe una situación problemática tal y como se presenta.
- **Corte transversal:** Porque la investigación se realizó en un momento determinado en el tiempo.
- **Correlacional:** Porque va a describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado.

### 3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

En Julio de 1961 fue creada la posta San Martín de Socabaya, por gestión del entonces presidente de AUPA Sr. Victor Neyra Zamudio y también de la Asociación Urbanizada de San Martín de Socabaya, consiguiendo además una pequeña partida de 30.000 nuevos soles, estando como Director en el Ministerio de Salud el Dr. Walson Cisneros y en el segundo periodo del gobierno del Dr. Manuel Prado.

El Centro de Salud empieza a prestar sus servicios el 9 de agosto de 1961 cuyo primer director de la Institución fue el Dr. Melitón Salas Tejada

y su ayudante enfermero Angel Valdivia, en una barraca habilitada de calamina, unos sillares por asiento y un primus como esterilizador. Así funcionó durante un año el establecimiento de salud. Posteriormente pasó a la casa del señor Bernardino Ortega, donde ya se mejoró en cuanto a la habitación.

Por iniciativa del Dr. Melitón Salas Tejada, se firmo el primer comité de salud y asistencia social, con este pequeño grupo comenzó a trabajar siendo su primera actividad una Kermés que arrojó una utilidad líquida de 6 500 nuevos soles que fueron depositados en la Asociación Urbanizadora para la custodia y control, con la partida de 30.000 nuevos soles más el producto de las actividades, se inició con la construcción del local propio en el terreno cedido por la Asociación Urbanizadora, donde actualmente funciona el Centro de Salud San Martín de Socabaya.

El 17 de noviembre de 1963 se inauguró el primer departamento compuesto por cinco ambientes; sala de espera, consultorio médico, tópico, inyectables y botiquín.

El 27 de mayo del 1971 la posta pasa a ser Centro de Salud según MEM 1055/71 del área hospitalaria N° 2.

El 2 de junio de 1971 fue firmado por el Dr. Jorge Chenguayen. El 23 de junio de 1986 se firmó la integración funcional en el convenio realizado por el Instituto Peruano de Seguridad Social. Ministerio de Salud y Comunidad.

La Microrred Socabaya actualmente está compuesta por 06 establecimientos de salud:

Centro de Salud San Martín de Socabaya; El Centro de Salud 4 de Octubre; Puesto de Salud Lara; Puesto de Salud San Fernando; Puesto de Salud Salaverry; Puesto de Salud Ciudad Mi Trabajo

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. Población**

La población estuvo constituida por 720 mujeres adultas obesas que acuden al Centro de Salud.

### 3.3.2. Muestra

Se trabajó con una muestra representativa que fue calculada con la fórmula de población finita de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2 (N - 1) + Z\alpha^2 p \cdot q}$$

Donde:

$Z\alpha^2$  = nivel de confiabilidad, quiere decir que de cada 100 veces existe la probabilidad de que en 95 de ellas acertemos en el valor verdadero. Si se trabaja con un 95% de confiabilidad, el índice que se emplea en la fórmula es de 1,96.

$N$  = Tamaño de la población (720)

$n$  = Tamaño de la muestra

$p$  = Proporción de la variable de interés

$q = 1 - p$

$E$  = Error al cuadrado

Reemplazando:

$$n = \frac{1,96 \times 720 \times 0,5 \times 0,5}{0,0025 \times (719) + 1,96 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{352,8}{1,7975 + 0,49}$$

$$352,8$$

$$n = \frac{\quad}{2,2875}$$

$$n = 154$$

La muestra representativa estuvo conformada por 154 mujeres adultas obesas que cumplan los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

➤ **Criterios de inclusión**

- Mujeres con edades comprendidas desde los 21 años hasta los 59 años, que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014.
- Mujeres que presentan obesidad, evaluada con un IMC igual o mayor a 30, que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014.
- Mujeres que acepten participar voluntariamente en la investigación, que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014.

➤ **Criterios de exclusión**

- Mujeres con edades comprendidas desde los 21 años hasta los 59 años, que no acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014.
- Mujeres que no presentan obesidad, evaluada con un IMC igual o mayor a 30, que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014.
- Mujeres que no acepten participar voluntariamente en la investigación, que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario se aplicó un cuestionario elaborado por la investigadora para evaluar el conocimiento de las mujeres respecto a la obesidad y sus repercusiones. El cuestionario consta de 20 preguntas, cada una de las cuales tiene valor de un punto si es contestada de forma correcta. El puntaje total se suma y se convierte a la escala vigesimal calificando el nivel de conocimiento en las siguientes categorías: Bueno: de 15 a 20 puntos, Regular: de 9 a 14 puntos y Malo: de 0 a 8 puntos.

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

#### **3.5.1. Cuestionario de conocimiento**

Una vez elaborado el cuestionario fue sometido a prueba de expertos, conformado por 7 jueces expertos (4 enfermeros expertos en el tema de investigación, 3 nutricionistas), también se aplicó una prueba piloto para establecer la confiabilidad.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Una vez que el proyecto fue aprobado se solicitó una carta de presentación a la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería, dirigida a la directora del Centro De Salud San Martin De Socabaya para que autorice el campo clínico para el desarrollo de la investigación.

Se acudió de forma diaria al Centro de salud en horario de mañana y tarde para captar a las pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

Una vez identificadas las mismas, se les explicó el propósito del trabajo y se procedió a que participen en la investigación.

Los instrumentos fueron aplicados de forma diaria según se vayan captando a las unidades de estudio, de manera individual, hasta concluir con el tamaño de la muestra.

Una vez terminada la fase de ejecución, se procedió a realizar la tabulación de los datos en el programa Excel. Una vez que se ha elaborado la base de datos, se realizó el análisis estadístico con el paquete estadístico EPIINFO.

Las variables cuantitativas se analizó a través de medidas de tendencia central, como la media, la mediana, la moda y la desviación estándar; y las cualitativas se analizó a partir de la distribución de frecuencias y se representó en cuadros y gráficos como la torta y los histogramas. Para establecer la relación entre variables se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

### CONOCIMIENTO Y CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN MUJERES ADULTAS CON OBESIDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA - DISTRITO DE SOCABAYA AREQUIPA 2014

Capacidad de Agencia de autocuidado	Conocimiento de obesidad						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
SUFICIENTE	18	12%	17	11%	25	16%	60	39%
INSUFICIENTE	5	3%	27	18%	62	40%	94	61%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>15%</b>	<b>44</b>	<b>29%</b>	<b>87</b>	<b>56%</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

FUENTE: *Elaboración propia*

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, las mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa, que tienen un nivel de conocimiento Bajo tienen una capacidad de agencia de autocuidado Insuficiente en un 40%(62), las mujeres que tienen un nivel Medio de conocimiento de obesidad tienen una capacidad de agencia de autocuidado de 18%(27) y las que tienen un nivel de conocimiento Alto tienen una capacidad de agencia de autocuidado de 12%(18). Estos resultados nos indican que existe relación entre las variables.

**TABLA 2**

**CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD EN LAS MUJERES ADULTAS QUE  
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA -  
DISTRITO DE SOCABAYA AREQUIPA 2014.**

<b>Conocimiento</b>	<b>N° mujeres</b>	<b>Porcentaje</b>
ALTO	23	15%
MEDIO	44	29%
BAJO	87	56%
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 2, El nivel de conocimiento de las mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa, es de un nivel Bajo en un 56%(87), nivel Medio en un 29%(44)y nivel Alto en un 15%(23).

**TABLA 3**  
**CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN MUJERES ADULTAS**  
**CON OBESIDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE**  
**SOCABAYA - DISTRITO DE SOCABAYA AREQUIPA 2014.**

<b>Capacidad de Agencia</b>	<b>N° Mujeres</b>	<b>Porcentaje</b>
SUFICIENTE	60	39%
INSUFICIENTE	94	61%
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 3, La capacidad de Agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya-Arequipa, es Insuficiente en un 61%(94) y Suficiente en un 39%(60).

## PRUEBA DE HIPOTESIS

### Prueba de la Hipótesis General:

Ha: Existe relación entre el conocimiento sobre la obesidad y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014

Ho: No existe relación entre el conocimiento sobre la obesidad y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$

Tabla 4: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Conocimientos de obesidad	Capacidad de agencia de autocuidado
Conocimientos de obesidad	Correlación de Pearson	1	,933**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	154	154
Capacidad de agencia de autocuidado	Correlación de Pearson	,933**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	154	154

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 4, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.22, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,933, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Conocimientos y capacidades de agencia de autocuidado de la mujeres obesas, con un nivel de significancia de valor  $p<0,05$ .

Siendo cierto que: Existe relación entre el conocimiento sobre la obesidad y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014

## **DISCUSION DE RESULTADOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Las mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa, que tienen un nivel de conocimiento Bajo tienen una capacidad de agencia de autocuidado Insuficiente en un 40%(62), las mujeres que tienen un nivel Medio de conocimiento de obesidad tienen una capacidad de agencia de autocuidado de 18%(27) y las que tienen un nivel de conocimiento Alto tienen una capacidad de agencia de autocuidado de 12%(18). Coincidiendo con Ponce y Rivera (2011) 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 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 salud.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1**

El nivel de conocimiento de las mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa, es de un nivel Bajo en un 56%(87), nivel Medio en un 29%(44)y nivel Alto en un 15%(23). Coincidiendo con Luna y Otros (2010) Resultados. El nivel de conocimiento de la muestra sobre actividad física se ubicó en un 58.9% de conocimiento total, el 37.4% en conocimiento suficiente, el 3.3% 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 escolaridad.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

La capacidad de Agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya-Arequipa, es Insuficiente en un 61%(94) y Suficiente en un 39%(60). Coincidiendo con Sánchez (2010) 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 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  $p \leq .001$ ). 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

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERO**

Las mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa, que tienen un nivel de conocimiento Bajo tienen una capacidad de agencia de autocuidado Insuficiente, estos resultados nos indican que existe relación entre las variables, comprobado estadísticamente por la R de Pearson con un valor de 0,933 y un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .

### **SEGUNDO**

El nivel de conocimiento de las mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa, es de un nivel Bajo.

### **TERCERO**

La capacidad de Agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro de Salud San Martín de Socabaya-Arequipa, es Insuficiente.

## **RECOMENDACIONES**

Promover que en futuros estudios, incluir otras variables considerando la obesidad relacionado a otros factores socio económicos, laborales, académicos, a fin de no dar por sentado que los participantes conocen el riesgo que enfrentan.

Llevar a cabo estudios cualitativos que expliquen mejor el fenómeno de la obesidad en mujeres y la consideración de esto como un factor de riesgo a la salud.

Motivar que se requiere hacer el estudio con una población mayor que garantice un número suficiente de mujeres con la variable obesidad y la capacidad de agencia de autocuidado

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución 57.17 de 22 de mayo de 2004. Ginebra.
2. Aguayo Enrique. El concepto de persona en la filosofía de Mauricio Beuchot. Disponible en: <http://biblioteca.itammx/estudios/estudio/letras41/notas1.html>.
3. Asociación Peruana de Estudio de la Obesidad y Arteroesclerosis. Estadísticas de prevalencia de obesidad. Lima, 2009.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Datos del censo de población del 2007. Lima. 2007.
5. Colliere MF. Promover la vida. México (DF): Interamericana; 2003.
6. 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.
7. Varillas, Alberto; Mostajo, Patricia. La situación poblacional peruana. Balance y perspectivas. Lima: Instituto Andino de Estudios en Población y Desarrollo (Inandep). 1990.
8. Rivera, Prólogo. En: Rivera J, Barquera S, eds. Sobrepeso y obesidad. Panorama epidemiológico. Evaluación clínica y tratamiento. México: Edu Marketing, 2002:VI.

9. Barquera, S; Rivera-Dommarco, JA; Gasca-García, A. Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública Mex* 2001; 43:1-14.
10. Gracia, M. *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria, 2007.
11. Orem, DE. *Conceptos de enfermería en la práctica*. México (DF): Masson Salvat; 2003.
12. 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*.
13. 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.
14. 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.
15. Landeros, O; Gallegos, C. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad. México, 2005.
16. Ramírez Cerna Ana, realizó una investigación titulada, "Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en mujeres sopesas del asentamiento humano San Pablo II, San Juan de Lurigancho 2008.

17. Sandra Savedra Quispe. Realizó la investigación titulada Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad, en el hospital sabogar sologuren-2007.
18. Santa Cruz, J. Teoría del conocimiento. 1ra edición. Editorial El Ateneo. 2008.
19. Potter, Patricia. 2005. Fundamentos de Enfermería. Vol. 1. 5ta edición. Editorial Elsevier. España.
20. Hessen, J. Teoría del Conocimiento. 3ra edición. Editorial Esfinge España. 2003.
21. Molnar, Gabriel. Evaluación educativa: Conceptos y definiciones. Argentina. 2008.
22. Uribe, Tulia. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Editorial El Ateneo. México. 2007.
23. Lugones-Botell M, Ramírez-Bermúdez M. Arte y Obesidad. Apuntes sobre el tema. Rev Cubana Med Gen Integr 2007;23(2):1-4.
24. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud. La salud de los adultos [en línea]. Dirección URL: <[http://www.insp.mx/ensa/ensa\\_tomo2.pdf](http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf)>.
25. Norma Oficial para el manejo integral de la obesidad. NOM-174-SSA1-1998. Cuadernos de Nutrición. 2000; 23(5):501-508.
26. González-Barranco, J. Obesidad. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2011.

27. Lifshitz, A; Halabe, J; Ramiro, M; López-Barcena, J. El Internista. Medicina interna para internistas. 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2006.
28. 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 URL: <<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/obgdlns.pdf>>.
29. Bastarrachea-Sosa, R; Laviada-Molina, H; Vargas-Ancona, L. La obesidad y enfermedades relacionadas con la nutrición en Yucatán. Rev Endocrinol Nutr 2001;9(2):73-76.
30. Frühbeck, G; Diez-Caballero, A; Gómez-Ambrosi, J, Cienfuegos, J; Salvador, J. Preventing Obesity: Doctors underestimate obesity. BMJ 2003;326:102-3.
31. Bastarrachea, R; Cole, Shelley; Comuzzie, A. Genómica de la regulación del peso corporal: mecanismos moleculares que predisponen a la obesidad. Med Clin (Barc) 2004;123(3):104-17.
32. Kaufer, M. Tratamiento dietético de la obesidad. Cuadernos de Nutrición 2010;13(1):17-32.
33. Zahid, A. Genetic aspects of human obesity: a review. J Pak Med Assoc. 2003;53:563-8.
34. Sutton B, Langefeld C, Williams A, Norris J, et al. Association of proopiomelanocortin gene polymorphism with obesity in the IRAS family study. Obes Res 2005;13(9):1491-8.

35. Morín, R; Lonngi, G. Farmacoterapia de la obesidad. 1ª ed. México: LitoGrapo, 2005;pp:27-55.
36. Wang, ZM; Heshka, S; Pierson, RN. Systematic organization of body composition methodology: an overview with emphasis on component-based methods. *Am J Clin Nutr* 1995;61:45-65.
37. Chavarría, AS. Definición y Criterios de Obesidad. *Nutr Clin* 2002;5(4):237.
38. Han, TS; Van Leer, EM; Seidell, JC; Lean, ME. Waist circumference action level in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. *BMJ* 1995; 311:1401-5.
39. Siri, WS. The gross composition of the body. *Advances in biological and medical physics*. 3st. ed. New York: Academic Press, 2004;pp:239-80.
40. Lukaski, HC. Methods for the assessment of human body composition: traditional and new. *Am J Clin Nutr* 1987;46:537-55.
41. Sullivan, M; Karlsson, J; Sjostrom, L; Backman, L, et al. Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of 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. McTigue, KM; Harris, R; Hemphill, B; Lux, L; Sutton, S; Bunton, AJ; Lohr, KN. Screening and interventions for obesity in adults: Summary of the evidence for the preventive services task force. *Ann Intern Med* 2003; 139:933-49.

43. Drew, A; Anderson, P; Thomas, A; Walden, D. Treating obesity patient. Suggesting of primary care practice. Arch Fam Med 1999;(8):156-7.
44. Orem, DE. Soins infirmiers: les concepts et la pratique. 3a ed. Montreal: Décarie Éditeur inc; 1987.
45. Marriner Tomey, Ann. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Elseiver-Mosb y Madrid España Sexta edición; 2007. p.605.
46. Alligood, M; Modelos y Teorías de Enfermería Editorial Elsevier España S.L. Séptima Edición 2011.p. 220.
47. Potter, P. Teorías de Enfermería, Editorial Elsevier, Quinta Edición España 2005.p.1264 .
48. Dickerson, L; Carek, P. Drug therapy for obesity clinical pharmacology. Am Fam Physician 2000;61(8):2131-43.
49. Canales F, Alvarado L, Pineda E. Metodología de la Investigación, México Editorial Lumisa, S.A 2005.p.128.
50. Gallegos, CE. Validez y confiabilidades de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Autocuidado. Desarrollo Científ Enferm. 1998; 6 (9): 260-266.

# ANEXOS

## **ANEXO N° 01**

### **MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**TITULO: “RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN MUJERES ADULTAS CON OBESIDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA - DISTRITO DE SOCABAYA AREQUIPA 2014”**



<p>conocimiento y la capacidad la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la relación entre el conocimiento y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014, es deficiente.</li> <li>• La relación entre el conocimiento y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014, es adecuada</li> </ul>			<p>social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención de riesgos para la vida, la función del cuerpo y el bienestar personal.</li> <li>▪ Promoción del desarrollo personal dentro del grupo social de acuerdo s u potencial y limitaciones.</li> </ul>
--	--	---	--	--	---

METODO	INSTRUMENTO	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO																				
<p><b>TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>El estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.</p> <p><b>Población</b></p> <p>La población la constituyen las mujeres adultas que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya las que hacen un total de 720 mujeres.</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>La muestra representativa está conformada por 154 mujeres adultas obesas que cumplan los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.</p>	<p><b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS</b></p> <p>Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario se aplicó un cuestionario elaborado por la investigadora para evaluar el conocimiento de las mujeres respecto a la obesidad y sus repercusiones. El cuestionario consta de 20 preguntas, cada una de las cuales tiene valor de un punto si es contestada de forma correcta. El puntaje total se suma y se convierte a la escala vigesimal calificando el nivel de conocimiento en las siguientes categorías: Bueno: de 15 a 20 puntos, Regular: de 9 a 14 puntos y Malo: de 0 a 8 puntos.</p> <p><b>VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO</b></p> <p><b>Cuestionario de conocimiento</b></p> <p>Una vez elaborado el cuestionario fue sometido a prueba de expertos, conformado por 7 jueces expertos (4 enfermeros expertos en el tema de investigación, 3 nutricionistas), también se aplicó una prueba piloto para establecer la confiabilidad.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1187 357 1442 536">2011 ACTI V</th> <th data-bbox="1442 357 1559 536">Marzo</th> <th data-bbox="1559 357 1650 536">Abril</th> <th data-bbox="1650 357 1749 536">Mayo</th> <th data-bbox="1749 357 1854 536">Junio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1187 536 1442 719">INICIO DEL PROYECTO</td> <td data-bbox="1442 536 1559 719">X</td> <td data-bbox="1559 536 1650 719"></td> <td data-bbox="1650 536 1749 719"></td> <td data-bbox="1749 536 1854 719"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1187 719 1442 903">ELABORACIÓN DEL PROYECTO</td> <td data-bbox="1442 719 1559 903">X</td> <td data-bbox="1559 719 1650 903">X</td> <td data-bbox="1650 719 1749 903">X</td> <td data-bbox="1749 719 1854 903"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1187 903 1442 1102">SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO</td> <td data-bbox="1442 903 1559 1102"></td> <td data-bbox="1559 903 1650 1102"></td> <td data-bbox="1650 903 1749 1102"></td> <td data-bbox="1749 903 1854 1102">X</td> </tr> </tbody> </table>	2011 ACTI V	Marzo	Abril	Mayo	Junio	INICIO DEL PROYECTO	X				ELABORACIÓN DEL PROYECTO	X	X	X		SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO				X	<p>S/. 3.861.50</p>
2011 ACTI V	Marzo	Abril	Mayo	Junio																			
INICIO DEL PROYECTO	X																						
ELABORACIÓN DEL PROYECTO	X	X	X																				
SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO				X																			

	<p><b>PLAN DE RECOECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS</b></p> <p>Una vez que el proyecto fue aprobado se solicitó una carta de presentación de la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería, dirigida a la directora del Centro De Salud San Martín De Socabaya para que autorice el campo clínico para el desarrollo de la investigación.</p> <p>La investigadora acudió de forma diaria al Centro de salud en horario de mañana y tarde para captar a las pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Una vez identificadas las mismas, se les explicó el propósito del trabajo y se procedió a solicitarles que sirvan para participar en la investigación.</p> <p>Los instrumentos se fueron aplicando en forma diaria según se vayan captando a las unidades de estudio, de manera individual, hasta concluir con el tamaño de la muestra.</p>		
--	---	--	--

## **ANEXO Nº 02**

### **CUESTIONARIO ESTRUCTURADO**

#### **I. PRESENTACIÓN.**

Mi nombre es Roman Salazar Gabriela Sofia, Bachiller de enfermería de la Universidad Alas Peruanas; estoy realizando un estudio de investigación con el fin de medir la “Relación entre el conocimiento y la capacidad de agencia de autocuidado en mujeres adultas con obesidad que acuden al Centro De Salud San Martin De Socabaya - Distrito de Socabaya Arequipa 2014.”, En tal sentido le solicito su colaboración a través de su participación voluntaria y espontánea, expresándole que es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación en el presente estudio.

#### **II. INSTRUCCIONES:**

- ✓ Emplee un lapicero negro o azul para marcar.
- ✓ Responder usted con una X la respuesta que usted considere conveniente.
- ✓ En las preguntas 1 a 15 debe contestar haciendo una (X) en la columna correspondiente ya sea la opción Si o No. En las preguntas 16 a 20 deberá marcar dentro del paréntesis la respuesta correcta.

## DATOS GENERALES

- EDAD.....
- GENERO: MASCULINO
- FEMENINO
- 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 de la obesidad?
- a.  Bajar de peso.
  - b.  Corregir la presión arterial, prevenir o controlar la diabetes, disminuir las grasas en sangre.
  - c.  Mejorar la apariencia del cuerpo.
  - d.  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?
- a.  Comer en un solo sitio, todos los días a la misma hora.
  - b.  Realizar otras actividades mientras come.
  - c.  Comprar los alimentos de acuerdo a una lista
  - d.  Preparar y servirse pequeñas cantidades y comer lentamente.

20. ¿Otros aspectos importantes en el tratamiento de la obesidad son?

- a. ( ) Cambiar los estilos de vida: realizar dieta baja en calorías, varias veces al día y aumentar la actividad física.
- b. ( ) Al hacer dieta estricta ya no es necesario hacer ejercicios.
- c. ( ) Además de hacer dieta, ejercicios se deben tomar los medicamentos para la obesidad indicados por el médico.

Gracias por su colaboración.

### ANEXO Nº 03

#### 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.

<b>ALTERNATIVA</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Desacuerdo</b>	<b>Indeciso</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
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 que no falte la comida en casa.					
5. Yo puedo buscar mejores formas para alimentarme que las que tengo ahora.					
6. Yo se 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. Si mi pareja me quiere debe aceptar mi obesidad.					
21. Si mi pareja no me entiende prefiero estar sola.					
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.					

Por favor ahora bríndenos la siguiente información:

Edad.....

Nivel educativo: ( ) Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria  
( ) Superior técnico ( ) Superior universitario.

Situación conyugal: ( ) Soltera ( ) Casada o conviviente ( ) Viuda  
( ) Separada

Ocupación: ( ) Empleada ( ) Independiente ( ) Comerciante  
( ) Obrera ( ) Jubilada ( ) Ama de casa.

GRACIAS...

**ANEXO Nº 4**

OFICIO N°01

Mg.....

ASUNTO: Solicitó aceptación para juicio de expertos de mi consideración

Me dirijo a Ud. Para expresarle que siendo unos de los requisitos de mi proyecto de investigación titulado: **“RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN MUJERES ADULTAS CON OBESIDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA - DISTRITO DE SOCABAYA AREQUIPA 2014”**

.” La validación del instrumento solicitado a Ud. Una opinión como experto del tema.

Sin otro particular agradezco de antemano su atención.

Atentamente

TABLA BINOMIAL DE JUECES EXPERTOS

JUECES	INDICADORES	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL	Proporción de Concordancia (P)
CRITERIOS										
<b>1. CLARIDAD</b>	Esta formulado con lenguaje apropiado	0,6	0,95	0,65	0,75	0,7	0,8	0,85	5,3	0,76
<b>2. OBJETIVO</b>	Está expresado en capacidades observables	0,6	0,95	0,65	0,7	0,85	0,8	0,85	5,4	0,77
<b>3. ACTUALIDAD</b>	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0,6	0,95	0,6	0,85	0,9	0,7	0,75	5,35	0,76
<b>4. ORGANIZACIÓN</b>	Existe una organización lógica en el instrumento	0,6	0,97	0,6	0,75	0,8	0,65	0,9	5,27	0,75
<b>5. SUFICIENCIA</b>	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0,65	0,95	0,6	0,8	0,75	0,7	0,75	5,2	0,74
<b>6. INTENCIONALIDAD</b>	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0,65	0,95	0,6	0,75	0,65	0,85	0,75	5,2	0,74
<b>7. CONSISTENCIA</b>	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0,6	0,96	0,6	0,85	0,6	0,7	0,5	4,81	0,69
<b>8. COHERENCIA</b>	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0,6	0,95	0,6	0,85	0,75	0,8	0,9	5,45	0,78
<b>9. METODOLOGÍA</b>	La estrategia responde al propósito de la investigación	0,6	0,9	0,6	0,8	0,8	0,9	0,7	5,3	0,76
<b>TOTAL</b>		0,61	0,95	0,61	0,79	0,76	0,77	0,77		6,75

Es válido si P es  $\geq 0.60$

P=

**0,75**

encuestados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	13
2	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	12
3	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
4	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	9
5	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
6	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	11
7	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	15
8	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	10
9	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	8
10	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14
11	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	11
12	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	11
13	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
14	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	12
15	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	7
16	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	10
17	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
18	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	8
19	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	14
20	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	8
21	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	10
22	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	9
23	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	6
24	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	13
25	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7
26	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	15
27	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	11

28	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
29	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	12
30	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	6
varianza																			9,803
total	15	16	23	25	11	18	13	25	16	18	19	22	21	21	25	18	16	17	339
P	0,60	0,64	0,92	1,00	0,44	0,72	0,52	1,00	0,64	0,72	0,76	0,88	0,84	0,84	1,00	0,72	0,64	0,68	13,56
Q	0,40	0,36	0,08	0,00	0,56	0,28	0,48	0,00	0,36	0,28	0,24	0,12	0,16	0,16	0,00	0,28	0,36	0,32	4,44
P*Q	0,24	0,23	0,07	0,00	0,25	0,20	0,25	0,00	0,23	0,20	0,18	0,11	0,13	0,13	0,00	0,20	0,23	0,22	2,88

K-  
R20= 0,74

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

