



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

TESIS

**“INFLUENZA DE LA OBESIDAD EN LA SALUD FISICA DEL
ADULTO DE 30 – 60 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE LA
CAMPIÑA – CHOSICA – 2014”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

PRESENTADA POR

LIMAYMANTA ROJAS ESTEFANI PILAR

ASESORA

MG. ARTICA ZÁRATE ROSA MARÍA

LIMA- PERÚ, 2018

**“INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LA SALUD FÍSICA DEL
ADULTO DE 30 - 60 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE LA
CAMPIÑA –CHOSICA- 2014”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar influencia de la obesidad en la salud física del adulto de 30 - 60 años en la comunidad de la Campiña-Chosica en el año 2014. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 40 pobladores, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,83; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,931, la prueba de hipótesis se realizó mediante la R de Pearson con un valor de 0,913 y con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

En la comunidad de la Campiña Chosica de los adultos de 30 a 60 años, que tienen Obesidad Tipo II, tienen a su salud física En Proceso, los que tienen Obesidad de Tipo II, tienen a su vez un estado de salud No Adecuada y los que cuentan con Obesidad Tipo I, tienen su vez un estado de salud Adecuado. Estos resultados nos indican que existe influencia de la Obesidad sobre la salud física.

PALABRAS CLAVES: *Influencia de la obesidad en la salud física del adulto, IMC, Circunferencia de la cintura.*

ABSTRACT

The objective of this research was: To determine influenza of obesity in the physical health of adults aged 30 - 60 years in the community of La Campiña-Chosica in the year 2014. It is a cross-sectional descriptive investigation, we worked with a sample of 40 inhabitants , a Likert questionnaire was used to collect the information, the validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment, obtaining a value of 0.83; the reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of 0.931, the hypothesis test was carried out using Pearson's R with a value of 0.913 and with a level of significance of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

In the community of La Campiña Chosica, who have Type II Obesity, have their physical health In Process, those who have Type II Obesity, have an unsuitable state of health and those with Type I Obesity have turn a proper health status. These results indicate that there is an influence of Obesity on physical health.

KEY WORDS: *Influenza of the obesity in the physical health of the adult, BMI, Circumference of the waist.*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema General	2
1.3. Objetivos de la investigación	2
1.3.1. Objetivo general	2
1.3.2. Objetivos específicos	2
1.4. Justificación del estudio	3
1.5. Limitaciones de la investigación	3
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	4
2.2. Base teórica	15
2.3. Definición de términos	25
2.4. Hipótesis	25
2.5. Variables	25
2.5.1. Operacionalización de la variable	26

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	28
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	28
3.3. Población y muestra	28
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	28
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	29
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	30
CAPÍTULO V: DISCUSION	34
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar cómo la obesidad influye en la salud física del adulto de 30 a 60 años, teniendo en cuenta los factores influyentes de la obesidad, como son el estilo de vida basada en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, sociales y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental y el estado nutricional es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición en una persona ,asunto que debe tomarse en cuenta desde la prevención y la promoción de la salud, identificando los estilos de vida saludables y no saludables

El propósito de este trabajo es dar a conocer los resultados, los cuales contribuyan a la concientización sobre los estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor.

Capítulo I “El Problema de Investigación” contiene el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación del estudio y limitaciones y alcances de la investigación.

Capitulo II Marco Teórico contiene antecedentes del estudio, bases teóricas, definición de términos, hipótesis y variables.

Capitulo III Metodología contiene tipo y nivel de investigación, descripción del ámbito de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de construcción de datos, validez y confiabilidad, plan de recolección y procesamiento de datos.

Resultados, discusión conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El estado de nutrición en el adulto está relacionado con el proceso de envejecimiento, y a su vez este proceso está influenciado por el estado de nutrición mantenido a lo largo de su vida. Durante el envejecimiento, se producen cambios corporales (aumento de masa grasa, disminución de masa magra) aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias que coexisten con enfermedades crónicas y agudas. (1)

En esta etapa, el apetito, así como la cantidad de alimentos ingeridos tiende a declinar debido a la ingesta de alimentos con bajo valor nutrimental o energético (caldos, atoles en agua, verduras bien cocidas) por lo que se debe tener especial cuidado en proporcionar una dieta suficiente que contenga todos los nutrientes y atractiva. (2)

En la ciudad de México se realizó una encuesta llamada "salud, bienestar y envejecimiento" (SABE 2010) en la que se encontró que aproximadamente el 31.8% de los adultos mayores presentan algún grado de desnutrición, para determinar el estado nutricional se tomó en cuenta el índice de Masa. (3)

La población peruana para el 2007 según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), es de 28'220,764 habitantes, estimándose en 2'495,866 los adultos mayores que representan el 9,1% de la población nacional. Siendo la población adulta mayor varón de 1'205,259 (48,3%) y adulta mayor mujer de 1'209,607 (51,7). El 75% residen en el área urbana y el 25% en el área rural. Según estimaciones y proyecciones por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), desde las últimas décadas se observa un incremento paulatino y persistente de la población adulta mayor, lo cual genera nuevas demandas y una mayor inversión en relación al campo de la salud y seguridad social (4)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cómo influye la obesidad en la salud física del adulto de 30 - 60 años en la comunidad de la Campiña-Chosica en el año 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo general

Determinar influencia de la obesidad en la salud física del adulto de 30 - 60 años en la comunidad de la Campiña-Chosica en el año 2014

1.3.2. Objetivo específico

Identificar la IMC de los adultos de 30 - 60 años en la comunidad de la Campiña-Chosica en el año 2014.

Conocer la circunferencia de la cintura de los adultos de 30 - 60 años en la comunidad de la Campiña-Chosica en el año 20014.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La pertinencia de esta investigación está relacionada con el aumento de la prevalencia a nivel mundial de la obesidad en adultos, que se constituye en un problema que cada día se ha ido incrementando, y que está catalogando entre los más importantes, desde el punto de vista sanitario y de salud pública, las altas tasas de morbilidad y mortalidad en los países tanto desarrollados como en vía de desarrollo. Aunque la obesidad se ha considerado un problema clínico por muchos siglos, solo últimamente se le ha reconocido como problema de Salud Pública. Esta tendencia ascendente, está provocada principalmente por la transición nutricional, fenómeno que proviene de la globalización de los mercados alimentarios y estilos de vida occidental, entre otras cabe citar la vida sedentaria, la amplia disponibilidad de alimentos ricos en energía, baratos y de muy buen sabor, condicionando un notable aumento de la prevalencia de la obesidad en varios países.

1.5. LIMITACIONES

Las limitaciones que afectan el proyecto de investigación son:

- La falta de acceso a las bibliotecas.
- La falta de cooperación de los adultos.
- Necesidad de contar con personal especializado y adecuado.
- Disponibilidad de tiempo para la ejecución de los programa de actividades.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Internacionales

Título: Sobrepeso y obesidad en adultos mexicanos: el rol de la política social, factores demográficos y condiciones socioeconómicas

Autor: Daniel Lozano Keymolen **Año:** 2012 **Institución:** Facultad Latinoamericana de ciencias sociales sede México

Resumen:

Se analizan dos factores identificados como causales de sobrepeso u obesidad: dieta y actividad física. Sin embargo, se explotan otras dimensiones que se han relacionado como factores de tipo demográfico, de las condiciones sociales o de la política social, haciendo énfasis en cada una de las mismas.

La población de estudios son los adultos mexicanos entrevistados en la escuela Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, cuyo rango de edad es de 20-59 años.

Se planteó una regresión logística multinomial que permita conocer los mejores predictores y la contribución de dichos predictores en la prevalencia de sobrepeso u obesidad.

Los resultados permiten establecer que: a) el consumo de alimentos refinados, grasas y azúcares, así como las bebidas azucaradas se relacionan con un mayor probabilidad de obesidad, b) un nivel de actividad física alto reduce la probabilidad de obesidad, c) el sexo, la edad, la escolaridad, la etnicidad y, el área de residencia están relacionadas con la prevalencia de sobrepeso u obesidad) las mujeres del nivel socioeconómico bajo tienen mayores probabilidades de sobrepeso u obesidad, si bien la relación se amplía a los individuos del nivel socioeconómico alto, e) se asoció menor probabilidad de obesidad en individuos de localidades rurales.(5)

Título: PREVALENCIA DE OBESIDAD INFANTIL Y ADULTO EN CANTABRIA

Autor: Raúl Pesquera Cabezas **Año:** 2010 **Institución:** Universidad De Cantabria Facultad De Medicina **País:** Cantabria – España

Resumen: Los criterios diagnósticos de sobrepeso y obesidad en los niños no están claramente definidos. En la literatura médica encontramos estudios que determinan la prevalencia de obesidad en base a diferentes métodos indirectos. Los más utilizados son los métodos antropométricos, y dentro de éstos el Índice de Masa Corporal o IMC, aunque no hay acuerdo sobre qué gráfica de referencia utilizar, ni sobre los puntos de corte que definen obesidad o sobrepeso [51, 83].

En todos los artículos y conferencias de consenso [23, 51, 83-86, 121, 154] se establece la necesidad de buscar valores de IMC y poblaciones de referencia ideal que faciliten la comparación de estudios y solucionen la controversia existente entre el uso de gráficas nacionales o internacionales. En estos momentos, según la revisión realizada por Chinn

[155], en las publicaciones internacionales la definición de obesidad más utilizada en estudios epidemiológicos son los criterios IOTF

[125] a la que le siguen las referencias a las gráficas CDC [140], citadas fundamentalmente por investigadores norteamericanos. Sin embargo en los países que disponen de gráficas de referencia nacional se utilizan mayoritariamente las propias.

Se debe diferenciar entre diagnóstico clínico y epidemiológico [148]. Para el diagnóstico clínico se recomienda el uso de referencias nacionales de IMC (cuyo uso está muy extendido en la práctica pediátrica al utilizarse también para supervisar la evolución del crecimiento infantil), asociado a la historia clínica y a un indicador adicional de adiposidad corporal, como el pliegue tricípital [82], recomendado por la OMS o la valoración antropométrica de la composición corporal (mediante la medición de varios pliegues y posterior cálculo de masa grasa) recomendado por la Asociación Española de Pediatría (AEP) [156]. En el diagnóstico epidemiológico cada vez se tiene más asumida la importancia de la utilización de referencias internacionales de IMC que faciliten su comparación. En la actualidad los criterios más utilizados son los IOTF [5, 125]. Veremos en los próximos años el papel que juegan las nuevas gráficas de la OMS [95, 126, 157].

De acuerdo con Wang y Lobstein, ante esta disparidad de criterios diagnósticos se debe tener precaución a la hora de interpretar los datos de cualquier estudio de prevalencia de manera aislada [9, 23]. En este escenario parece conveniente el uso combinado de diferentes criterios. En esta tesis, para minimizar el problema del criterio diagnóstico y facilitar la comparación de nuestros resultados, se ha calculado la prevalencia de sobrepeso y obesidad sobre la base de los criterios más utilizados tanto a nivel internacional como nacional. Por ello se ha utilizado el percentil 85 para sobrepeso y el 95 para la obesidad de los criterios Internacionales IOTF [125] y de los norteamericanos del CDC [123]. A nivel nacional, se ha calculado la prevalencia utilizando las gráficas suavizadas del estudio En Kid,

tal y como recomienda la AEP-SENC-SEEDO en su documento de consenso [121, 130, 153], y se han usado los puntos de corte del estudio transversal de Orbegoso 2004 [124]. En ambos casos se consideró el percentil 85 para el diagnóstico de sobrepeso y el percentil 95 y 97 respectivamente para el diagnóstico de obesidad, debido a la falta de unanimidad sobre este criterio [121]. Entre las gráficas nacionales, las de Orbegozo 2004 son las utilizadas mayoritariamente por los pediatras de nuestra región en su práctica clínica. Estas gráficas y los puntos de corte del estudio transversal y longitudinal por edad y sexo están incorporadas a las cartillas infantiles de la comunidad e integradas en el programa informático utilizado para registrar los datos recogidos en el “programa del niño sano” [59].

Conclusiones:

En este estudio, al igual que en otros anteriores [23, 118], se ha adoptado indistintamente los términos de “sobrecarga ponderal” o “exceso de peso” para agrupar a los niños incluidos en el grupo de sobrepeso y a los que están catalogados como obesos [51]. Se ha considerado que desde un punto de vista epidemiológico, y pensando en futuras intervenciones preventivas sanitarias, nuestra población diana debería comprender aquellos niños con más IMC del que deberían tener para su edad y sexo, con independencia del criterio clínico utilizado para el inicio de intervenciones terapéuticas, en el cual la separación entre sobrepeso y obeso sí tiene más trascendencia.(6)

Título: SOBREPESO, OBESIDAD Y CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA
CON LA SALUD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS
DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA

Autor: Verónica Anabel Mamondi **Año:** 2011 **Institución:** Universidad Nacional de Córdoba Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Salud Pública Maestría en Salud Pública **País:** Córdoba - Argentina

Resumen: La obesidad infanto-juvenil constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un indicador importante para la comprensión de la carga de enfermedades. **Objetivo:** describir las características de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad y analizar su CVRS en comparación con aquellos sin exceso de peso según edad, sexo y nivel socioeconómico, en la ciudad de Bahía Blanca en el año 2008. **Métodos:** estudio transversal con muestreo polietápico. Se aplicó una encuesta auto administrada que incluyó el Kidscreen-52, características sociodemográficas, peso y talla autoreferidos. Se clasificó el IMC en grupos según exceso de peso. Se construyeron modelos multivariados de regresión logística y se compararon las puntuaciones de CVRS entre grupos calculando el tamaño del efecto (TE). TE mayor a 0,20 representaron diferencias significativas.

Resultados: en niños (n=1186) la prevalencia de obesidad fue 4,1% y en adolescentes (n=2365) de 1,4%. Su presencia se asoció con edad, sexo, nivel económico y escolaridad materna. Se observó menor puntuación de CVRS en obesos y diferencias según edad y sexo: en niñas fue menor en bienestar físico, auto-percepción, ambiente escolar y recursos económicos (TE>0,23); en niños en bienestar emocional y apoyo social (TE>0,23); en mujeres en aceptación social y recursos económicos (TE=0,21 y 0,76) y en varones adolescentes lo fueron todas las dimensiones de CVRS (TE entre 0,29 y 0,65), excepto recursos económicos. El impacto de la obesidad en la CVRS fue diferente según nivel económico.

Conclusiones: la obesidad afectó la CVRS de manera desigual según sexo, edad y nivel económico. Prevenir la obesidad podría incidir positivamente en la CVRS de niños y adolescentes.

- **Conclusiones:** Los resultados del estudio sugieren que existe un impacto de la obesidad en la CVRS en edades tan precoces como la infancia y éste es mayor en la adolescencia es relevante para ayudar a comprender las consecuencias del y en los varones. La de la CVRS en niños y adolescentes sobrepeso y de la en estos grupos etarios, específicamente los aspectos de la vida y la salud que se ven más afectados. Además, podría ser que la CVRS mejorara también a través de programas de tratamiento y prevención de la obesidad, por lo que podría incluirse esta medida como un indicador de resultados en este tipo de intervenciones.(7)

Título: PREVALENCIA DE SOBREPESO- OBESIDAD – DISLIPIDEMIAS EN EL PERSONAL ACTIVO DE LA BRIGADA DE CABALLERÍA BLINDADA NO. 11 GALÁPAGOS RIOBAMBA 2010

Autora: Nancy Cristina Colcha Vilem **Año:** 2011 **Institución:** Escuela superior politécnica de Chimborazo. **País:** Riobamba - Ecuador

Resumen: Investigación de diseño no experimental de tipo transversal, para evaluar la prevalencia de sobrepeso – obesidad – dislipidemias en el personal activo de la brigada de caballería blindada N° 11 Galápagos.

En el universo de 300 militares activos se aplicó una encuesta para conocer características generales, estado nutricional, perfil lipídico y hábitos alimentarios, los datos se tabularon mediante el problema JMP

De las características generales edades comprendidas entre 25 – 45 años, estado civil el 64% casados, 27.7% solteros; antecedentes patológicos familiares: diabetes 8.69%, obesidad 1.69%, el 84.69%

sin antecedentes patológicos familiares; antecedentes personales HTA 1%, diabetes 1.34%, obesidad 1% sin antecedentes patológicos personales 96.66%.

Evaluación nutricional, el 65.7% de la población tiene un IMC normal, 3.3% con obesidad, el 31% sobrepeso. El promedio CIN/CAD es de 0.89 cm; acumulación de grasa en la parte inferior del cuerpo ginoide. Valoración bioquímica glucosa 90 mg/dl, colesterol LDL 130 mg/dl, colesterol HDL 40 mg/dl. Consumo alimentario granos el 62%, verduras 65%, fruta fresca 45%, lácteos 71%, carne 42% y actividad física 91%. Se recomienda el consumo de frutas y verduras fuente de vitaminas y minerales para mejorar el estilo de vida propio de los militares.(8)

Título: LA OBESIDAD EN CÓRDOBA: ESTUDIO DE SU PREVALENCIA EN IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Autora: Laura Rosana Aballay **Año:** 2012 **Institución:** Universidad Nacional De Córdoba Facultad De Ciencias Médicas **País:** Córdoba República Argentina

Resumen: La obesidad es un problema de salud pública prioritario debido al gran número de personas afectadas, a su continuo aumento y a sus graves consecuencias sobre la salud. Es considerada una enfermedad crónica, heterogénea, compleja y multifactorial, que ha experimentado un acusado incremento de su prevalencia tanto en países desarrollados como los en vías de serlo. En el presente trabajo se estimó la prevalencia de obesidad e identificaron los factores de riesgo bio-socioculturales, con especial énfasis en la dieta, asociado a su presencia en adultos de la ciudad de Córdoba.

Este estudio incluyó 4328 sujetos de ambos sexos mayores de 18 años residentes en la ciudad de Córdoba. El estado nutricional, los

patrones de consumo y hábitos de vida de dichos sujetos fueron indagados mediante técnicas medicionales directas (antropometría) y mediante una encuesta validada recientemente, con el objetivo de medir la frecuencia cuali-cuantitativa de ingesta de alimentos y actividad física. Se realizó un análisis exploratorio mediante el análisis factorial de correspondencia múltiple. Posteriormente se estimaron modelos de regresión logística múltiple que permitieron obtener los Odds ratio e intervalos de confianza del 95 %.

La prevalencia de obesidad y pre obesidad fueron del 17 % y 34 %, respectivamente. El sobrepeso en hombres fue de 60 % y en mujeres de 45 %.

Resultaron ser factores de riesgo de presentar sobrepeso, el estado civil casado o en concubinato, presentar circunferencia de cintura con riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares y el aumento de la ingesta de lípidos. Por otra parte hubo efecto protector del estrato socioeconómico alto, nivel de instrucción medio/alto, fumar, ser del sexo femenino, tener una ingesta calórica adecuada y actividad física alta. Entre la ingesta alimentaria el consumo de lácteos y legumbres disminuyó la chance de padecer sobrepeso, por el contrario la ingesta media y alta de cereales y tubérculos y de más de 500 cc de bebidas alcohólicas calóricas aumentaron el riesgo de presentar sobrepeso.

El análisis de riesgo de presentar obesidad cuando los individuos presentaban pre obesidad indicó que pertenecer al Estrato socioeconómico medio o alto, tener nivel de instrucción medio-alto y actividad física suficiente o alta fueron factores protectores 8 de la obesidad, sin embargo pertenecer al sexo femenino incrementó la chance 1,37 más veces de padecerla. Las variables alimentarias y nutricionales que presentaron un aumento del riesgo de presentar obesidad fueron el valor energético total, la ingesta elevada de glúcidos, ingesta de sodio superior a 2300 mg, la ingesta de quesos

carnes y huevos, cereales, tubérculos productos de pastelería y snacks elevada. De otro modo, fueron factores protectores: un consumo diario de lácteos superior a 220 cc, no a 200 g carnes y huevos, de 100cc de bebidas alcohólicas, mayor a 5 g de legumbres y entre 15 y 30 g de azúcar y miel.

- **Conclusiones:** El presente estudio permitió establecer factores de riesgo de sobrepeso y obesidad que siguen un patrón de selección alimentaria cultural y característica de su situación económica y social. Éstos permitirían tener en cuenta las prioridades de intervención tanto a cargo de sanitaristas, educadores y gobiernos principalmente direccionando sus políticas de acción y priorizando en función de las necesidades de su población(9)

2.1.2 Antecedente Nacionales

Título: “ESTILO DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN LA URB. LA LIBERTAD, CHIMBOTE 2010”

Autoras: Br. El corrobarrutia Jiménez Maddy Br. Flores Llorca Susan

Año: 2010 **Institución:** Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Enfermería **País:** Perú

- **Resumen:**
El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo de corte transversal y nivel aplicativo, con diseño descriptivo correlacional, tuvo como propósito determinar la relación que existe entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor de la Urb. La Libertad, Chimbote2010. La muestra estuvo conformada por 239 adultos mayores. Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista, se aplicaron tres instrumentos: La Escala de Estilo de Vida; la Ficha de Valoración Nutricional del Adulto Mayor y las Tablas de Valoración Nutricional según Índice de Masa Corporal (IMC) para

Adultos Mayores (> 60 años), Ministerio de Salud (MINSA). Para determinar la relación entre variables se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado (X^2) con el 95 % de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$.

Conclusiones:

Si existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores de la Urbanización La Libertad en Chimbote. (10)

Título: EL SÍNDROME METABÓLICO EN ADULTOS, EN EL PERÚ

Autor: Jaime Pajuelo, José Sánchez **Año:** 2007 **Institución:** Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos **País:** Perú

- **Resumen:** Conocer la prevalencia del síndrome metabólico en la población adulta del Perú.

Materiales y Métodos: Se estudió 4091 personas mayores de 20 años. El 50,4% correspondió al género femenino y 49,6% al masculino. Estas personas fueron elegidas sobre la base de un muestreo por conglomerado trietápico, que representa el nivel nacional y los siguientes ámbitos: Lima metropolitana, resto de la costa, sierra urbana, sierra rural y selva. A todos se les tomó el peso, la talla, la circunferencia de la cintura, la presión arterial, triglicéridos, colesterol HDL y glucosa. Para el diagnóstico del síndrome metabólico se utilizó el criterio del National Cholesterol Education Program ATP III (Adult Treatment Panel). **Resultados:** La prevalencia nacional del síndrome metabólico fue 16,8%. Lima metropolitana (20,7%) y el resto de la costa (21,5%) fueron los únicos ámbitos que estuvieron por encima de la prevalencia nacional. La sierra rural es la que presentó los valores más bajos, con 11,1%. El género femenino (26,4%) superó ampliamente al masculino (7,2%). El síndrome

metabólico fue más prevalente en las personas con obesidad que en las que tenían sobrepeso. A mayor edad, mayor presencia del síndrome metabólico. Conforme se incrementó la circunferencia de la cintura, las otras variables lo hicieron de la misma manera.

Conclusiones: En el país, 2 680 000 personas presentaron el síndrome metabólico, lo que significa que una gran cantidad de personas se encuentra en riesgo de su salud por las diversas alteraciones que le pueden ocurrir. Conociendo que la principal causa de este problema es el sobrepeso y la obesidad, hay que realizar estrategias que permitan combatir lo mencionado. Estas estrategias son ampliamente conocidas: tener una alimentación saludable y realizar una actividad física.(11)

Título: RELACIÓN ENTRE EL SOBREPESO-OBESIDAD Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ESCOLARES DE 9 A 11 AÑOS DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES TACNA – 2012”

Autora: Lucenia Grimalda Callomamani Quispe **Año:** 2013

Institución: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann **País:** Tacna – Perú

- **Resumen:** El presente trabajo de Investigación planteó como objetivo: Determinar la relación entre el sobrepeso-obesidad y la actividad física en escolares de 9 a 11 años de la I.E. Mariscal Cáceres–2012. Metodología: el estudio se desarrolló con diseño descriptivo de corte transversal, correlacional, con una muestra de 127 escolares de 9 a 11 años; la técnica aplicada para la recolección de información fue la encuesta, utilizando el instrumento de la Mgr. Enf. Fresia Catacora López, que contenía preguntas para actividad física y evaluación del índice de masa corporal en la población. Como resultado se obtuvo que el 54,3% presento un índice de masa corporal normal, 25,2% en sobrepeso, 18,1% de obesos y 2,4% delgados. El 97,6% realizan educación física, el 41,73% nunca

realizan actividades vigorosas, el 86,61% nunca realiza actividades moderadas; el 66,1% se exponen a ver televisión o películas de video.

Conclusión: Sí existe relación significativa entre las actividades físicas vigorosas y moderadas, así como ver televisión o películas de video; jugar en la computadora, videojuegos, nintendo, starcraf, gundbound y audition con el sobrepeso obesidad de los escolares de la I. E. Mariscal Cáceres.(12)

2.2. BASES TEORICAS

El ser humano durante el 95-99% del tiempo de su existencia en la Tierra ha vivido como cazador-recolector y ha debido resistir los frecuentes períodos de carencia de alimentos. Este hecho produjo, a través de un proceso de selección, el progresivo predominio en el genoma humano de aquellos «genes ahorradores» que favorecían el depósito de energía y permitían que estos individuos tuvieran una mayor supervivencia y alcanzaran la edad de la reproducción. . El hombre prehistórico no mantenía una dieta equilibrada y en muchos casos su alimento consistía en carne en estado de semi putrefacción.

La única constatación de la existencia de obesidad en tiempos prehistóricos proviene de estatuas de la edad de piedra representando la figura femenina con exceso de volumen en sus formas. La más conocida es la Venus de Willendorf, una pequeña estatua de la edad de piedra que tiene una antigüedad aproximada de 25.000 años.

En la Edad Media, la glotonería era más bien común entre los nobles, que la consideraban un signo tangible de bienestar. La iglesia, en cambio, desaprobaba la glotonería.

La Iglesia Católica adjudicó a la glotonería como pecado venial. Sin embargo los artistas hicieron caso omiso y pintaban como algo hermoso un cuerpo obeso. Esta omisión fue seguida durante muchos años incluso por muchos

monjes. La obesidad entre ellos era frecuente encontrarla. Sin embargo fue en el siglo XIII, cuando el papa Inocencio III insistió en el pecado de la gula y recriminó a todos los sacerdotes y monjes obesos.

Se descubrió en un monasterio del siglo XII en el sur de Edimburgo, en Escocia, que monjes benedictinos habían creado una poción natural para reducir el apetito y poder ayunar sin sentir hambre. Según los antropólogos e historiadores, los monjes benedictinos del monasterio y hospital de Soutra Aisle, lograron crear esa poción natural hace 845 años, de plantas amargas que masticaban para evitar sentir apetito.

En Europa, al comienzo de la Edad Moderna, a fines del siglo XV, había mayor disponibilidad de comida y la glotonería ya se relacionaba claramente con la obesidad.

La edad contemporánea, durante esta época el interés por la obesidad o polisarcia (como era también denominada la acumulación adiposa en este período) se demuestra por el número de publicaciones que tratan del tema.

La epidemia del siglo XXI

Y se hubo que esperar hasta el año 1999 para que se publicara la Declaración de Milán, en la que los países pertenecientes a la Unión Europea asumieron que la Obesidad constituye un trastorno básico a partir del que se desarrollan comorbilidades de todo tipo (cardíacas, reumatológicas, digestivas, endocrinas, etc.). En 2002, la Organización Mundial de la Salud, en su resolución WHA 55.23, desarrolló la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física, y Salud, que fue aprobada por los estados miembros en mayo de 2004 (Resolución WHA 57.17), momento en el que se etiquetó a la Obesidad como " epidemia del siglo XXI" .

En este inicio del siglo XXI los datos relativos al incremento de la prevalencia de obesidad resultan preocupantes. En países del entorno, la prevalencia de

obesidad aumenta en la población adulta, y lo que es peor, también lo hace en la población infantojuvenil. Este hecho conlleva un incremento de las comorbilidades asociadas, especialmente la diabetes mellitus tipo 2, con el consiguiente aumento de los costos sanitarios y económicos. Por los citados motivos, la OMS ha considerado a la obesidad como «una epidemia del siglo XXI» y lidera junto a diversas instituciones y sociedades científicas una llamada internacional para luchar contra el sobrepeso y la obesidad (13-16).

La movilización para luchar contra la obesidad, como muy bien se detalla en la llamada del U.S. Department of Health and Human Services (2001), no sólo debe implicar a los profesionales sanitarios, sino también a los gobiernos, a los servicios de salud pública, a la industria alimentaria, a la restauración colectiva, a los educadores, a los técnicos en urbanismo y espacios públicos para facilitar el deporte y la actividad física, y al público en general.

Una esperanza en estos inicios del siglo XXI es que los avances científicos, especialmente en genética, puedan contribuir en el futuro a la indispensable lucha contra la obesidad. Es muy dudoso que la terapia génica pueda aportar en un plazo razonable un progreso significativo, entre otras razones por la excepcionalidad de las formas monogénicas de obesidad, pero quizás el conocimiento de la alteración génica pueda facilitar la elección de las mejores estrategias relativas a la distribución de los componentes de la dieta y a la mayor o menor importancia de la actividad física.

Otra esperanza, quizás más previsible, es que el mejor conocimiento de los mecanismos de regulación del peso corporal pueda contribuir al futuro desarrollo de medicamentos más eficaces de los que hemos podido disponer hasta ahora para el tratamiento de la obesidad.

Últimamente y tras el descubrimiento de hormonas como la Leptina, Adiponectina, y neurotransmisores como el Neuropeptido y el interés por esta patología ha crecido y como consecuencia, se han desarrollado

fármacos como el Orlistat, la Sibutramina y el Rimonabant (ya en el mercado) y otros en desarrollo como el Tanabanant. Todos ellos vienen a complementar los dos pilares básicos para el tratamiento de la Obesidad establecida que son la Actividad Física y la Alimentación.

Pero, posiblemente el reto más importante que tienen las sociedades de los países industrializados es la Prevención.

Teniendo en cuenta la modificación del ocio y de los hábitos dietéticos con el acceso a alimentos de alta densidad energética y al sedentarismo, es prioritario actuar antes de que se desarrolle la Obesidad, sobre todo en los repuntes de la segunda infancia y la adolescencia pues los adolescentes obesos serán los que desarrollen enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus Tipo 2 en la década de los treinta. Si hoy sabemos que esta enfermedad es la primera causa de infartos de miocardio, ceguera e insuficiencia renal, estamos ante un reto importantísimo no sólo para las futuras generaciones sino para la sociedad actual.

OBESIDAD

Definición

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial, en cuyo desarrollo están implicados determinantes genéticos y ambientales. Se manifiesta por una alteración en la composición corporal, provocando un aumento del compartimento grasa. En la mayoría de los casos, el aumento de los depósitos de tejido adiposo va acompañado de un aumento del peso corporal, dando lugar a un aumento considerable del riesgo de aparición de comorbilidades que afectan la calidad y esperanza de vida.

Clasificación

A) En función de la distribución de la grasa corporal o morfológica

Los parámetros que nos proporcionan la información sobre la distribución de la grasa son el perímetro de la cintura o circunferencia abdominal (CA), o el índice cintura-cadera (ICC). Algunos autores consideran que la grasa peri visceral, tiene una buena correlación con el perímetro de la circunferencia abdominal y actualmente, se tiende a utilizar la circunferencia de la cintura y el IMC como indicadores de riesgo asociado a desarrollar comorbilidad. En la Tabla 1 se hace una clasificación del riesgo relativo de comorbilidad en función del IMC y el perímetro de la cintura.

Fuente: SEEDO, 2007 Podemos diferenciar los distintos tipos de obesidad en el hombre y la mujer, en función de la manifestación y distribución de la grasa corporal:

a.1) Obesidad abdominal, central o superior (androide). Este tipo de obesidad suele aparecer en el varón y debido a la forma que adopta el cuerpo, también se conoce como “tipo manzana”. La masa grasa se acumula en la región cervical, tronco y abdomen superior. Esta obesidad se encuentra asociada a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

a.2) Obesidad glúteo-femoral o periférica (ginoide). Este tipo de obesidad es más frecuente en las mujeres y debido a la forma que adopta el cuerpo, también es conocida como “tipo pera”. La masa grasa se produce y acumula en las caderas, la región glútea y los muslos. Esta obesidad se asociada a trastornos venosos periféricos (varices).

a.3) Obesidad de distribución homogénea. No existe un predominio de grasa en ninguna zona del cuerpo, sino que ésta aparece de forma generalizada en el organismo.

B) En función del índice de masa corporal.

A pesar de que existen distintos métodos para evaluar la grasa corporal en nuestro organismo, en la práctica clínica y la investigación epidemiológica la antropometría es el método más utilizado. A la hora de efectuar un diagnóstico y una clasificación de la obesidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la International Obesity Taskforce (IOTF) y las sociedades científicas, aconsejan el empleo de datos antropométricos como peso, talla y circunferencia corporal. Dentro de las mediciones antropométricas, el indicador más utilizado en la mayoría de la población para la valoración de adiposidad es la relación entre el peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado, conocido como Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet.

IMC = Peso en kg / talla en metros al cuadrado

Este indicador es recomendado por diversas sociedades científicas y organizaciones internacionales relacionadas con la salud para su utilización en población general adulta, aunque en deportistas y ancianos no sea considerado el mejor indicador de la grasa corporal.

No existen criterios uniformes para marcar los límites de los intervalos de normo peso y sobrepeso según el valor del IMC. Para definir la obesidad, se tiende a aceptar como punto de corte, valores de IMC superiores 30 kg /m², aunque también se han definido valores superiores al percentil 85 de la distribución de referencia por edad

Causas de la obesidad

El estilo de vida sedentario, la ingesta excesiva de nutrientes con elevada concentración energética (comida rápida, bebidas azucaradas, etc.), contribuyen al incremento de la obesidad. A pesar de que la génesis de la obesidad está condicionada por unos hábitos alimentarios y estilos de vida inadecuados, también puede deberse a alteraciones metabólicas y trastornos

neuroendocrinos, factores sociológicos, componentes genéticos hereditarios e incluso a la interacción entre estos factores. Por ello, el ejercicio físico regular, la promoción de hábitos saludables y dieta equilibrada son algunas de las medidas más eficaces para la prevención del sobrepeso y obesidad.

Síntomas

La manifestación principal de la obesidad es un aumento de la masa grasa del cuerpo. La definición se basa en un cálculo llamado IMC que determina el "Índice de masa corporal": corresponde a la división del peso en kilogramos por la altura al cuadrado, expresado en metros. La obesidad no es responsable de síntomas clínicos visibles, pero implica muchas posibles complicaciones:

- complicaciones cardíacas con aumento del riesgo de ateroma (las arterias se tapan), de la hipertensión arterial, de la enfermedad tromboembolia, de la insuficiencia cardíaca y las propias complicaciones de estas patologías;
- dificultades respiratorias que progresivamente evolucionan hacia una insuficiencia respiratoria;
- apneas del sueño.
- aumento del riesgo de desarrollar diabetes.
- mayor susceptibilidad a la artrosis.
- riesgo mayor de desarrollar cáncer.

SALUD FISICA

Definición:

La salud física se define como la condición en la que se encuentra el cuerpo. Cuando el cuerpo funciona de la forma para la cual fue diseñado, está en buena salud física.

¿Qué afecta a la salud física?

Las causas que afectan a la salud física caen dentro de cuatro categorías. Usted no siempre puede controlar todo que afecta físicamente a su cuerpo. Sin embargo, puede hacer lo mejor que pueda para prevenir daños y ayudar a que funcione adecuadamente.

- **Estilo de vida.** Este es el elemento de la salud física sobre el cual tenemos mayor control. Esto incluye nuestra dieta, salud emocional, nivel de actividad física, y nuestro comportamiento. Hay cosas que podemos cambiar de nuestro estilo de vida para ayudar a que nuestro cuerpo se mantenga saludable. El uso del tabaco es un problema para mucha gente. El abandono del tabaco es un cambio del comportamiento importante. Su plan de la salud puede ofrecer un programa de la cesación del tabaco. Obtenga más información sobre una vida sana.
- **Biología Humana.** La genética y la química pueden incluir anormalidades. Eso puede dificultar el lograr una plena salud física. Hay formas en las que el cuerpo compensa las discapacidades. Aunque no se puede controlar la genética, sí se puede controlar la forma en la que se trata las enfermedades.
- **Medio ambiente.** El medio ambiente incluye el tipo de aire que se respira, el lugar en el que se vive y el entorno. Es posible que se tenga que cambiar el entorno si éste es realmente malo para la salud física.
- **Servicios de atención médica.** Estos son los servicios que se ofrecen para que le ayuden a prevenir, detectar o tratar las enfermedades.

¿Qué puedo hacer?

Tiene que atender todos los aspectos de su ser a fin de lograr una buena salud física. Las emociones positivas están directamente relacionadas con una mejor salud física. Debe tratar de mantener el equilibrio de su vida. A

continuación se menciona algunas de las cosas que puede hacer para cuidar su cuerpo:

Descansar. El cuerpo necesita cierta cantidad de horas de sueño cada noche para poder funcionar debidamente. Es importante que dedique tiempo para descansar, para permitir que el cuerpo se recupere después de un día pesado de trabajo o de momentos especialmente difíciles,

Comer saludablemente. El cuerpo utilizar los alimentos como combustible. Debe recordar de comer con regularidad. Tiene que fijarse en lo que come. Los azúcares y las grasas pueden dificultar el funcionamiento proyectado del cuerpo,

Hacer ejercicio. Nuestros cuerpos fueron diseñados para estar físicamente activos. Tiene que recordar que diariamente debe dedicar tiempo para hacer ejercicio a fin de mantener su cuerpo saludable.

Higiene. Es importante que mantenga su cuerpo limpio. Esto puede ayudar a protegerse contra enfermedades e infecciones.

Obtener chequeos periódicos. Tiene que ver al médico regularmente a fin de que pueda vigilar su salud física y avisar de cualquier cambio que debamos hacer para mantener nuestro cuerpo saludable.

Mantenerse emocionalmente sano. Cuando se estresa o está preocupado demasiado tiempo, el organismo se desgasta y es más fácil enfermarse. Mantenerse emocionalmente estable permite que el organismo mantenga un buen funcionamiento.

No fume, abuse del alcohol o de las drogas.

TEORIA DE ENFERMERIA

Según Nola Pender en su teoría Modelo de Promoción de la Salud ella identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e

interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Obesidad:

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Salud:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Salud Física:

La salud física es la condición general de las personas en todos los aspectos. Es también un nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo.

2.4. HIPOTESIS

La obesidad influye significativamente en la salud física del adulto de 30 – 60 años en la comunidad de la Chosica campiña -Chosica en el año 2014.

2.5. VARIABLES:

Variable Independiente: Obesidad

Dependiente: Salud física

Interviniente: Edad 30 – 60 años.

<p>Salud física</p>	<p>La salud física se define como la condición en la que se encuentra el cuerpo. Cuando el cuerpo funciona de la forma para la cual fue diseñado, está en buena salud física.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el peso. • Reducir la presión arterial alta. • Reducir el riesgo de diabetes tipo 2, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y varios tipos de cáncer. • Reducir el dolor de la artritis y la discapacidad asociada con esta afección. • Reducir el riesgo de osteoporosis y las caídas. • Reducir los síntomas de depresión y ansiedad. 	<p>ACTIVIDAD FISICA</p>		<p>SI NO</p>
----------------------------	---	---	--------------------------------	--	---------------------

CAPITULO III : METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO:

Descriptivo correlacional.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El A.H Casa Huerta la Campiña – sector a pertenece al distrito de Lurigancho Chosica teniendo un total de 13 manzanas

3.3. POBLACIÓN /MUESTRA

3.3.1. Población

Pobladores de la comunidad de la Campiña- Chosica

3.3.2. Muestra

40 Personas de 30 a 60 años

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica: La Observación, cuestionario y encuesta

3.4.2. Instrumentos: Encuesta

3.4.3. Materiales: Balanza, hojas, lapiceros, lápiz, borrador, otros

3.5. RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Cuadros estadísticos, gráfico de barras.

Resultados descriptivos de las variables estudiadas en la muestra total

Se presentaran los cuadros estadísticos y la interpretación de acuerdo a la investigación realizada

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

OBESIDAD EN LA SALUD FÍSICA DEL ADULTO DE 30 - 60 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE LA CAMPIÑA-CHOSICA EN EL AÑO 2014

SALUD FÍSICA	OBESIDAD							
	TIPO I		TIPO II		TIPO III		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuada	3	7%	1	1%	1	1%	5	9%
En proceso	2	5%	18	47%	1	4%	21	56%
No Adecuada	1	3%	7	17%	6	15%	14	35%
Total	6	15%	26	65%	8	20%	40	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:

En la comunidad de la Campiña Chosica los adultos de 30 a 60 años, que tienen Obesidad Tipo II, tienen a su vez salud física En Proceso en un 47%(18), los que tienen Obesidad de Tipo II, tienen a su vez un estado de salud No Adecuada en un 15%(6) y los que cuentan con Obesidad Tipo I, tienen su vez un estado de salud Adecuado en un 7%(3). Estos resultados nos indican que existe influencia de la Obesidad sobre la salud física.

TABLA 2

**OBESIDAD DE LOS ADULTOS DE 30 - 60 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE LA
CAMPIÑA-CHOSICA EN EL AÑO 2014.**

OBESIDAD	N°	Porcentaje
TIPO I	6	15%
TIPO II	26	65%
TIPO III	8	20%
Total	40	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2

En la comunidad de la Campiña Chosica, del 100%(40) de los adultos de 30 a 60 años, tienen Obesidad Tipo II en un 65%(26), Tipo III en un 20%(8) y Tipo I en un 15%(8).

TABLA 3

CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA DE LOS ADULTOS DE 30 - 60 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE LA CAMPIÑA-CHOSICA EN EL AÑO 2014.

Circunferencia de la cintura	N°	Porcentaje
90-95	11	28%
96-101	22	56%
102-107	7	16%
Total	40	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3

En la comunidad de la Campiña Chosica , del 100%(40) de los adultos de 30 a 60 años, tienen una circunferencia de la cintura de 96 a 101 cm en un 56%(22), de 90 a 95 cm en un 28%(11) y de 102 a 107cm en un 16%(7).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: La obesidad influye significativamente en la salud física del adulto de 30 – 60 años en la comunidad de la Chosica campiña -Chosica en el año 2014.

Ho: La obesidad no influye significativamente en la salud física del adulto de 30 – 60 años en la comunidad de la Chosica campiña -Chosica en el año 2014.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

$=0,05$ (5%)

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

		Obesidad	Salud Física
Obesidad	Correlación de Pearson	1	,913**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	40	40
Salud Física	Correlación de Pearson	,913**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	40	40

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

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 4:

Aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,913, lo cual nos indica que existe una relación significativa con un valor $p<0,05$.

Siendo cierto que: La obesidad influye significativamente en la salud física del adulto de 30 – 60 años en la comunidad de la Chosica campiña -Chosica en el año 2014.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

En la comunidad de la Campiña Chosica los adultos de 30 a 60 años, que tienen Obesidad Tipo II, tienen a su salud física En Proceso en un 47%(18), los que tienen Obesidad de Tipo II, tienen a su vez un estado de salud No Adecuada en un 15%(6) y los que cuentan con Obesidad Tipo I, tienen su vez un estado de salud Adecuado en un 7%(3). Estos resultados nos indican que existe influencia de la Obesidad sobre la salud física. Coincidiendo con Callomamani Q. (2013) Llegando a la conclusión: Sí existe relación significativa entre las actividades físicas vigorosas y moderadas, así como ver televisión o películas de video; jugar en la computadora, videojuegos, nintendo, starcraf, gundbound y audition con el sobrepeso obesidad de los escolares de la I. E. Mariscal Cáceres. Coincidiendo con Lozano (2012) Los resultados permiten establecer que: a) el consumo de alimentos refinados, grasas y azúcares, así como las bebidas azucaradas se relacionan con un mayor probabilidad de obesidad, b) un nivel de actividad física alto reduce la probabilidad de obesidad, c) el sexo, la edad, la escolaridad, la etnicidad y, el área de residencia están relacionadas con la prevalencia de sobrepeso u obesidad) las mujeres del nivel socioeconómico bajo tienen mayores probabilidades de sobrepeso u obesidad, si bien la relación se amplía a los individuos del nivel socioeconómico alto, e) se asoció menor probabilidad de obesidad en individuos de localidades rurales. Coincidiendo con Colcha V. (2011) Evaluación nutricional, el 65.7% de la población tiene un IMC normal, 3.3% con obesidad, el 31% sobrepeso. El promedio CINTURA/CADERA es de 0.89 cm; acumulación de grasa en la parte inferior del cuerpo ginoide. Valoración bioquímica glucosa 90 mg/dl, colesterol LDL 130 mg/dl, colesterol HDL 40 mg/dl. Consumo alimentario granos el 62%, verduras 65%, fruta fresca 45%, lácteos 71%, carne 42% y actividad física 91%. Se recomienda el consumo de frutas y verduras fuente de vitaminas y minerales para mejorar el estilo de vida propio de los militares.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En la comunidad de la Campiña Chosica los adultos de 30 a 60 años, del 100%(40), tienen Obesidad Tipo II en un 65%(26), Tipo III en un 20%(8) y Tipo I en un 15%(8). Coincidiendo con Pesquera C. (2010) Llegando a las siguientes Conclusiones: En este estudio, al igual que en otros anteriores se ha adoptado indistintamente los términos de “sobrecarga ponderal” o “exceso de peso” para agrupar a los niños incluidos en el grupo de sobrepeso y a los que están catalogados como obesos [51]. Se ha considerado que desde un punto de vista epidemiológico, y pensando en futuras intervenciones preventivas sanitarias, nuestra población diana debería comprender aquellos niños con más IMC del que deberían tener para su edad y sexo, con independencia del criterio clínico utilizado para el inicio de intervenciones terapéuticas, en el cual la separación entre sobrepeso y obeso sí tiene más trascendencia. Coincidiendo además con Aballay (2012) Llegando a las Conclusiones: El presente estudio permitió establecer factores de riesgo de sobrepeso y obesidad que siguen un patrón de selección alimentaria cultural y característica de su situación económica y social. Éstos permitirían tener en cuenta las prioridades de intervención tanto a cargo de sanitaristas, educadores y gobiernos principalmente direccionando sus políticas de acción y priorizando en función de las necesidades de su población. Coincidiendo con Elcorrobarrutia Jiménez Maddy Br. Flores Llorca Susan 2010 Llegando a las Conclusiones: Si existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional de los adultos mayores del Urbanización La Libertad en Chimbote.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

En la comunidad de la Campiña Chosica los adultos de 30 a 60 años, del 100%(40), tienen una circunferencia de la cintura de 96 a 101 cm en un 56%(22), de 90 a 95 cm en un 28%(11) y de 102 a 107cm en un 16%(7). Coincidiendo con Mamondi (2011) Llegando a las conclusión Conclusiones: la obesidad afectó la CVRS de manera desigual según sexo, edad y nivel económico. Prevenir la obesidad podría incidir positivamente en la CVRS de niños y adolescentes. Los

resultados del estudio sugieren que existe un impacto de la obesidad en la CVRS en edades tan precoces como la infancia y éste es mayor en la adolescencia es relevante para ayudar a comprender las consecuencias del y en los varones. La de la CVRS en niños y adolescentes sobrepeso y de la en estos grupos etarios, específicamente los aspectos de la vida y la salud que se ven más afectados. Además, podría ser que la CVRS mejorara también a través de programas de tratamiento y prevención de la obesidad, por lo que podría incluirse esta medida como un indicador de resultados en este tipo de intervenciones. Coincidiendo además con Pajuelo y Sánchez (2007) Llegando a las conclusiones: En el país, 2 680 000 personas presentaron el síndrome metabólico, lo que significa que una gran cantidad de personas se encuentra en riesgo de su salud por las diversas alteraciones que le pueden ocurrir. Conociendo que la principal causa de este problema es el sobrepeso y la obesidad, hay que realizar estrategias que permitan combatir lo mencionado. Estas estrategias son ampliamente conocidas: tener una alimentación saludable y realizar una actividad física.

CONCLUSIONES

PRIMERO

En la comunidad de la Campiña Chosica de los adultos de 30 a 60 años, que tienen Obesidad Tipo II, tienen a su salud física En Proceso, los que tienen Obesidad de Tipo II, tienen a su vez un estado de salud No Adecuada y los que cuentan con Obesidad Tipo I, tienen su vez un estado de salud Adecuado. Estos resultados nos indican que existe influencia de la Obesidad sobre la salud física. Se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,913 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

En la comunidad de la Campiña Chosica de los adultos de 30 a 60 años, del total, tienen Obesidad Tipo II en un mayor porcentaje, seguido de Obesidad Tipo III y Obesidad Tipo I en un menor porcentaje.

TERCERO

En la comunidad de la Campiña Chosica de los adultos de 30 a 60 años, del total, tienen una circunferencia de la cintura de 96 a 101 cm en un mayor porcentaje, seguido de 90 a 95 cm y de 102 a 107cm en un menor porcentaje.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Coordinar entre la comunidad y el centro de salud de la jurisdicción la implementación de programas educativos brindar conocimientos sobre alimentación saludable y actividad física para prevenir la obesidad en los adultos de 30 a 60 años, orientados a disminuir la obesidad para prevenirla y evitar enfermedades cardiovasculares, hipertensión así como psicológicas como el estrés, la depresión y la baja autoestima.

SEGUNDO

Efectuar seguimiento a los adultos de 30 a 60 años miembros de la comunidad detectados con obesidad para una rápida intervención tanto en el aspecto personal y la familia.

TERCERO

Incorporar en las Asambleas de la comunidad, sindicatos, asociaciones de padres de familia, clubes deportivos y otros, acerca de temas de alimentación, nutrición y actividad física como caminatas, maratones familiares 5K, campeonatos deportivos relámpagos para que se involucren los adultos de 30 a 60 años miembros de la comunidad en el autocuidado de su salud; actúen oportunamente y mantengan una calidad de vida saludable, bajo el lema: Estar en movimiento es salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerrero J. Caracterización de los Estilos de Vida de los Escolares de las Escuelas Básicas Nacionales de la Parroquia Juan de Villegas como Factores de Riesgo para el desarrollo de Enfermedades Crónicas. Estado Lara. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. 2013
2. Coronado L. Nutrición y Deporte = Formación Física. [Monografía en internet]. Cuba. Departamento de Ciencias Aplicadas. Facultad de Cultura Física Universidad de Ciego de Ávila – UNICA [Citada 2010 Dic 9] [Alrededor de 5 pantallas] Disponible desde la URL:<http://ntic.uson.mx/wikisalud/index.php/H11>
3. Ministerio de Salud. Población Adulta Mayor. 01 de Octubre Día Mundial del Adulto Mayor “Todos Envejecemos Promovamos Juntos Adultos Mayores Activos y Saludables”. [Portada en internet -Disponible desde http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2008/adulto_mayor/principal.htm
4. Centro de Apoyo Armonización de Salud y cultura Splendor Casa Hogar para la tercera edad. Proyecto Slendor Casa Hogar para la Tercera Edad. [Monografía en internet-Disponible desde URL: <http://imagenes.tupatrocinio.com/img-bbdd/documentos/Proyectoa%20Resumido%20TUPATROCINIO.doc>
5. Sobrepeso y obesidad en adultos mexicanos: el rol de la política social, factores demográficos y condiciones socioeconómicas Daniel Lozano Keymolen Año: 2012 Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales sede México
6. Prevalencia de obesidad infantil y adulto en Cantabria Raúl Pesquera Cabezas 2010Universidad De Cantabria Facultad De Medicina Cantabria – España.
7. Sobrepeso, obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes escolarizados de la ciudad de Bahía Blanca Verónica Anabel Mamondi2011 Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Salud Pública, Maestría en Salud Pública.
8. Prevalencia de sobrepeso- obesidad – dislipidemias en el personal activo de la Brigada de Caballería Blindada no. 11 Galápagos Riobamba 2010 Nancy

- Cristina Colcha Vilema, 2011. Escuela superior politécnica de Chimborazo. Riobamba – Ecuador
- 9.- La Obesidad en Córdoba: estudio de su prevalencia e identificación de factores de riesgo. Laura Rosana Aballay, 2012. Universidad Nacional De Córdoba, Facultad De Ciencias Médicas, Córdoba República Argentina.
 10. “Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en la urb. la Libertad, Chimbote 2010” Br. Elcorrobarrutia Jiménez Maddy Br. Flores Llorca Susan 2010 Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Enfermería Perú
 11. El Síndrome Metabólico en adultos, en el Perú Jaime Pajuelo, José Sánchez. 2007 Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú
 12. Relación entre el sobrepeso-obesidad y la actividad física en escolares de 9 a 11 años de la I.E. Mariscal Cáceres Tacna – 2012” Lucenia Grimalda Callomamani Quispe2013Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna – Perú
 - 13.-Hever Falcon Tomayconza (autor)
://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad.shtml
 - 14.-Obesidad (Ecuador) <http://www.cfnavarra.es> 2009-09-15
 - 15.-Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Washington, DC. 2002

ANEXOS

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño de investigación	Métodos y técnicas	Población y muestra
<p>¿Cómo influye la obesidad en la salud física del adulto de 30 - 60 años en la comunidad de la Campiña – Chosica en el año 2014?</p>	<p>Objetivo general Determinar influencia de la obesidad en la salud física del adulto de 30 - 60 años en la comunidad de la Campiña Chosica en el año 2014.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar su IMC de los adultos de 30 - 60 años en la comunidad de la Campiña Chosica en el año 2014. ➤ Medir La circunferencia de la cintura de los adultos de 30 - 60 	<p>La obesidad influye significativamente en la salud física del adulto de 30 – 60 años en la comunidad de la Campiña Chosica en el año 2014.</p>	<p>Variable Independiente: Obesidad</p> <p>Variable Dependiente: Salud física</p> <p>Variable Interviniente: Edad 30 – 60 años</p>	<p>El estudio se va a llevar a cabo mediante el método descriptivo correlacional.</p>	<p>Métodos: Descriptivo - correlacional</p> <p>Técnica: LA Observación, cuestionario y encuesta</p>	<p>Población Pobladores de la comunidad de Campiña.</p> <p>Muestra 40 Personas de 30 a 60 años que padezcan gastritis.</p>

	años en la comunidad de la Campiña Chosica en el año 2014. ➤ .					
--	---	--	--	--	--	--

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha _____ formulario

I. DATOS PERSONALES

1. Nombre _____ Dirección _____ N° de
teléfono _____

2. Fecha de nacimiento _____ Edad calculada _____

II. FACTORES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD

3. Nivel de escolaridad

a) Primaria.....

b) Secundaria.....

c) Superior.....

4. Cuantos hijos tiene _____ edad de su último hijo/a _____

5. Tiene o tuvo familiares con sobrepeso u obesidad: SI NO

6. Consume tabaco: SI NO

7. Tiene hipertensión arterial diagnosticada: SI NO

8. ¿Desde cuándo Comenzó a ganar peso?

9. Apnea al sueño SI NO

CONSUMO DE GRASAS

ALIMENTOS	MENOS DE 1 VEZ AL MES	DOS A TRES VECES AL MES	1 A 2 VECES A LA SEMANA	3 A 4 VECES A LA SEMANA	5 O MAS VECES A LA SEMANA
Hamburguesas o queso hamburguesas					
Carne de res frita					
Pollo frito					
Margarina o mantequilla					
Huevos					
Papas fritas					
Donas, pasteles, Tortas, galletas.					

CONSUMO DE FRUTAS Y VEGETALES

ALIMENTOS	MENOS DE 1 VEZ AL MES	DOS A TRES VECES AL MES	1 A 2 VECES A LA SEMANA	3 A 4 VEEES A LA SEMANA	5 O MAS VECES A LA SEMANA
Consumo de Frutas,					
Jugo de naranja,					
Ensalada de verduras.					
Frijoles cocidos.					
Cereal alto en Fibra.					

HABITOS DE ACTIVIDAD FISICA

Tipo de Actividad: Horario	Horas de actividad	Puntaje
1.- Acostado	Total h diarias	0 - ≥ 12 horas 1 - 11-9 horas 2 - ≤ 8 horas
2.- Actividades de gasto mínimo: sentado en las siguientes actividades:	Total h diarias	
a) Clases	a)	0- ≥ 10 horas
b) TV	b)	1- 9- 7 horas
c) Tareas o estudio	c)	2- ≤ 6 horas
d) Computador o nintendo	d)	
3.- Caminar: Cuadras caminadas para trasladarse al colegio o a cualquier otro lugar al que van rutinariamente)	Total cuadras diarias	0 - < 5 cuadras 1 - 5-15 cuadras 2 - > 15 cuadras
4.- Juegos recreativos después de la jornada escolar (se excluyen los recreos) Bicicleta, patines, fútbol, otros	Total h diarias	0- < 30 minutos 1- 30-60 minutos 2- ≥ 60 minutos
5.- Actividades sistemáticas	Total h semanales	
a) Educación física	a)	0- < 2 horas
b) Gimnasia aeróbica	b)	1- 2 a 4 horas
c) Fútbol	c)	2- > 4 horas
d) Tenis	d)	
e) Básquetbol	e)	
f) Otros	f)	

