

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Escuela Profesional de Enfermería**



**TESIS**

Factores de riesgo que influyen en el sobrepeso-obesidad en usuarios de 20-49 años, en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, 2020

Presentado por:

**Bach. AMÉRICO LEGUÍA ROJAS**

Para optar el título profesional de:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**Andahuaylas-Apurímac- Perú**

**2022**

## **Tesis**

Factores de riesgo que influyen en el sobrepeso-obesidad en usuarios de 20-49 años, en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, 2020

### **Línea de Investigación**

Salud Pública

### **Asesor**

Mag. Juana Regina Serrano Utani



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL SOBREPESO-OBESIDAD  
EN USUARIOS DE 20-49 AÑOS, EN LA MICRO RED SAN JERÓNIMO-  
ANDAHUAYLAS, 2020”**

Presentada por el, **BACH. AMERICO LEGUIA ROJAS**, para optar el título de:  
**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Sustentado y aprobado el 30 de junio del 2022 ante el jurado:

**Presidente** : Mag. Milagros Palomino Buleje

**Primer Miembro** : Dra. Rocio Cahuana Lipa

**Segundo Miembro** : Mag. Hugo Dominguez Gonzales

**Asesor** : Mag. Juana Regina Serrano Utani

## DEDICATORIA

Dedico de manera especial a mi querida madre, es una de las mujeres a quien amo y respeto, ha sido la persona que desde el inicio de mi historia personal ha demostrado sentimientos de superación incondicional, demostrándome la educación de valores a pesar del abandono de la sociedad que ha golpeado fuertemente la vida de ambos.

Gracias Dios y virgen por tan precioso regalo, estaré eternamente agradecido por tan grandioso regalo a la vida.

A mi tía Melania Rojas, quien ha sido la primera persona en estar pendiente de mi educación personal, con la motivación y exigencia que siempre le ha caracterizado. Gracias por gran lindo regalo Tía.

A mi tía Floriza Rojas y mi tío Amador Rojas, personas grandiosas que Dios y la virgen han permitido ser parte de mí, quien constantemente han sido mi apoyo emocional y espiritual.

A todos los sacerdotes y religiosas que tuve la oportunidad de conocer y quienes me acogieron y asumieron la responsabilidad de mi educación espiritual y ética, Representando siempre una figura paterna para mí.

Américo

## **AGRADECIMIENTO**

A mi casa de estudios, la Universidad Tecnológica de los Andes; a los docentes que tuve la oportunidad de compartir conocimientos durante mi formación profesional. Muchas gracias.

A la Mg. Juana Regina, SERRANO UTANI, quien ha sido una de las personas me brindo el apoyo incondicional para continuar con el proyecto de investigación.

A todas las personas participantes del estudio, que de forma incondicional y amabilidad aceptaron participar del estudio.

A mis compañeros y amigos que tuve la oportunidad de compartir las aulas de la facultad, con quienes pasé los mejores momentos de la vida universitaria. Brindándome su apoyo emocional e incondicional.

## INDICE DE CONTENIDO

Portada .....	i
Posportada .....	ii
Página de jurados .....	iii
Dedicatoria .....	iv
Agradecimiento .....	v
Índice de tablas .....	ix
Índice de figuras .....	x
Acrónimos .....	xi
Resumen .....	xii
Abstract .....	xiii
Introducción.....	xiv
<b>CAPÍTULO I PLAN DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción de la Realidad Problemática .....	1
1.2. Identificación y Formulación del Problema .....	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas Específicos.....	4
1.3. Justificación de la investigación.....	5
1.4. Objetivos de la investigación .....	6
1.4.1. Objetivo General .....	6
1.4.2. Objetivos Específicos.....	6
1.5. Delimitaciones de la Investigación.....	7
1.5.1. Espacial .....	7

1.5.2. Temporal.....	7
1.5.3. Social .....	7
1.5.4. Delimitación Conceptual .....	8
1.6. Viabilidad de la Investigación .....	8
1.7. Limitaciones de la investigación .....	8
CAPITULO II MARCO TEORICO.....	9
2.1. Antecedentes de la investigación .....	9
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	9
2.1.2. Antecedentes Nacionales .....	14
2.1.3. Antecedentes Locales.....	18
2.2. Bases teóricas .....	19
2.3. 2.3. Marco conceptual .....	37
CAPITULO III METODOLOGÍA DE INVESTIGACION.....	40
3.1. Hipótesis.....	40
3.1.1. Hipótesis general .....	40
3.1.2. Hipótesis específicas.....	40
3.2. Método.....	41
3.3. Tipo de Investigación.....	41
3.4. Nivel o alcance de investigación.....	42
3.5. Diseño de investigación.....	42
3.6. Operacionalización de variables.....	44
3.7. Población, muestra y muestreo .....	47

3.8. Técnicas e instrumento.....	48
3.9. Consideraciones éticas.....	49
3.10. Procedimiento estadístico.....	49
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	50
4.1. Resultados.....	50
4.2. Discusión de resultados.....	82
4.3. Prueba de hipótesis.....	89
CONCLUSIONES.....	92
RECOMENDACIONES.....	94
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	96
BIBLIOGRAFÍA.....	98
ANEXO.....	108
ANEXOS 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	109
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	113
ANEXO 3. FICHA DE OBSERVACION.....	116
ANEXO 4. BASE DE DATOS.....	117
ANEXO 5. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.....	124
ANEXO 6 EVIDENCIAS.....	129
ANEXO 7 CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO.....	130
ANEXO 8 FORMULA DE PROPORCION DE MUESTRAD DE ESTUDIO.....	131

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Influencia del género en el sobrepeso u obesidad. ....	50
TABLA 2. La edad y su influencia en el sobrepeso u obesidad. ....	53
TABLA 3. Influencia de la zona de domicilio en el sobrepeso u obesidad .....	56
TABLA 4. Influencia del sedentarismo en el sobrepeso u obesidad. ....	59
TABLA 5. Alto consumo de carbohidratos y azúcares y su influencia en el sobrepeso y obesidad. ....	62
TABLA 6. Alto consumo alimentos ricos en grasa y su influencia en el sobrepeso y obesidad. ....	66
TABLA 7. Alto consumo de alimentos industrializados y su influencia en el sobrepeso u obesidad. ....	69
TABLA 8. Factor genético y su influencia en el sobrepeso y obesidad. ....	72
TABLA 9. Conducta alimentaria y su influencia en el sobrepeso y obesidad .....	75
TABLA 10. Ansiedad y su influencia en el sobrepeso u obesidad .....	78
TABLA 11. Grado de sobrepeso y obesidad.....	81

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Influencia del género en el sobrepeso u obesidad. ....	51
FIGURA 2. La edad y su influencia en el sobrepeso u obesidad. ....	54
FIGURA 3. Influencia de la zona de domicilio en el sobrepeso u obesidad. ....	57
FIGURA 4. Influencia del sedentarismo en el sobrepeso u obesidad. ....	60
FIGURA 5. Alto consumo de carbohidratos y azúcares y su influencia en el sobrepeso u obesidad. ....	63
FIGURA 6. Alto consumo de alimentos ricos en grasa y su influencia en el sobrepeso u obesidad. ....	67
FIGURA 7. Alto consumo de alimentos industrializados y su influencia en el sobrepeso y obesidad. ....	70
FIGURA 8. Factor genético y su influencia en el sobrepeso y obesidad. ....	73
FIGURA 9. Conducta alimentaria y su influencia en el sobrepeso y obesidad. ....	76
FIGURA 10. Ansiedad y su influencia en el sobrepeso u obesidad .....	79

## ACRÓNIMOS

<b>IMC</b>	: Índice de masa corporal.
<b>OMS</b>	: Organización mundial de la salud.
<b>FAO</b>	: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
<b>INS</b>	: Instituto Nacional de Salud.
<b>ENSANUT</b>	: Encuesta nacional de salud y nutrición.
<b>SP+O</b>	: Sobrepeso + obesidad.
<b>ENS</b>	: Encuesta Nacional de Salud
<b>MEF</b>	: Mujeres con edad fértil.
<b>ENDES</b>	: Encuesta demográfica y de la salud familiar.
<b>MoCA</b>	: Evaluación cognitiva de Montreal.
<b>MMSE</b>	: Mini Mental State Examination.
<b>RAE</b>	: Real academia española.
<b>Kcal:</b>	: Kilo calorías.
<b>MC4R</b>	: Gen receptor 4 de melanocitos.
<b>SNC</b>	: Sistema nervioso central.
<b>HTA</b>	: Hipertensión arterial.
<b>FDA</b>	: Administración de Fármacos y Alimentos de Estados Unidos
<b>EMA</b>	: Agencia Europea de Medicamentos.

## RESUMEN

Objetivo: Explicar la influencia de los factores de riesgo en el sobrepeso y la obesidad en los usuarios de 20 a 49 años en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, durante el año 2020. Material y método: El estudio fue cuantitativo, hipotético deductivo, de tipo básico, transversal, de nivel explicativo, de diseño no experimental. Como instrumento se utilizó la encuesta y ficha de observación de 282 participantes, usuarios de 20-49 años, en la Micro Red San Jerónimo. Resultados: Del 100% (282) de participantes, el 57,4% (162) tienen sobrepeso, de ellos el 67,9% son del sexo femenino. El 21,6% Tienen edades entre 40 y 44 años. El 48,1% vive la zona urbana. El 38,3% hace practicas nulas de ejercicio físico o caminatas por 30 minutos. El 73,5% consume alimentos con alto contenido de grasas de tipo carnes rojas. Así mismo, el 93,8% consume altamente alimentos procesados de tipo harinas refinadas, procesadas y pastas. El 50,0% tiene antecedentes familiares paternos con sobrepeso u obesidad. El 66,7% tiene conductas alimentarias de tipo “ingesta de cantidades elevadas de alimentos”, y el 33,3% tiene conductas alimentarias de tipo “Ingerir alimentos en mayor número de veces al día”. El 81,5% tiene deseos excesivos por comer alimentos grasos y salados, y el 18,5% tienen deseos excesivos por comer alimentos azucarados. Conclusión: Los factores de riesgo no influyen de forma considerable en el sobrepeso y obesidad en los usuarios de 20 a 49 años de la Micro Red San Jerónimo.

Palabra clave: factores de riesgo, sobrepeso, obesidad, Micro Red.

## ABSTRACT

Objective: To explain the influence of risk factors on overweight and obesity in users from 20 to 49 years of age in the San Jerónimo-Andahuaylas Micro Network, during the year 2020. Material and method: The study was quantitative, hypothetical deductive, essential, transversal, explanatory level, non-experimental design. As an instrument, the survey and observation sheet of 282 user participants aged 20-49 years were obtained, in the San Jeronimo Micro network. Results: Of the 100% (282) of participants, 57.4% (162) are overweight, of which 67.9% are female. 21.6% are between 40 and 44 years old. 48.1% live in the urban area. 38.3% do no physical exercise or walk for 30 minutes. 73.5% consume foods with a high fat content, such as red meat. Likewise, 93.8% consume highly processed foods such as refined, processed flours and pasta. 50.0% have a paternal family history of being overweight or obese. 66.7% have an eating behavior disorder of the "intake of large amounts of food" type, and 33.3% have an eating behavior disorder of the "Eating food more times a day" type. 81.5% have excessive desires to eat fatty and salty foods, and 18.5% have excessive desires to eat sugary foods. Conclusion: Risk factors do not have a considerable influence on overweight and obesity in users aged 20 to 49 years of the San Jeronimo Micro network.

Key word: risk factors, overweight, obesity, micro network.

## INTRODUCCIÓN

El sobrepeso u obesidad es uno de los problemas que se caracteriza por el acumulo excesivo de tejido adiposo en el cuerpo, causando desequilibrio calórico, provocando alteraciones en la salud de la persona que la padece, la OMS estima que el 39% de la población mundial tiene sobrepeso y el 13% obesidad, este ha ido incrementando en las 4 últimas décadas. En el Perú, en el 2006 el INS determino que el 51,8% de las personas mayores de 20 años padecen de sobrepeso u obesidad, mientras que en la provincia de Andahuaylas en un informe obtenido a través de la dirección de salud Apurímac II la tasa de incidencia y aumento de casos de obesidad fueron aumentando considerablemente en los últimos 5 años, siendo la Micro Red de San Jerónimo quien tuvo las mayores cifras de diagnóstico. A su vez, los factores de riesgo son aquellas características de cualquier naturaleza a la cual se expone el individuo conllevando a la enfermedad, en un ambiente externo o social, interno o biológico y psicológico. El factor de riesgo o el factor de exposición es una manifestación de naturaleza física química, orgánica, psicológica o social en la causal de la enfermedad.

La pregunta central del estudio es ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en el sobrepeso y la obesidad?, la hipótesis central es “Los factores de riesgo influyen fuertemente en el sobrepeso y la obesidad en los usuarios de 20 a 49 años en la Micro Red San Jerónimo”, el objetivo central es “Explicar la influencia de los factores de riesgo en el sobrepeso y la obesidad en los usuarios de 20 a 49 años en la Micro Red San Jerónimo”.

Para llevar a cabo el estudio, el trabajo se ha estructurado en 4 capítulos. En el capítulo I “Planteamiento del problema” se identificó el problema y se plantea los objetivos de estudio. En el capítulo II “Marco teórico” se realiza el análisis teórico de las dos variables de estudio, en el capítulo III “Metodología de Investigación” se describe los métodos utilizados para realizar el estudio, en el capítulo IV “Resultados y discusión” se describe los resultados obtenidos del estudio, la discusión de los resultados, la conclusión y recomendaciones.

# **CAPÍTULO I**

## **PLAN DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Descripción de la Realidad Problemática**

El sobrepeso y la obesidad es considerado como el acumulo anormal y excesivo de grasa en el tejido adiposo del cuerpo, este a su vez es perjudicial para la salud (1), para poder cuantificar la masa adiposa se determina mediante una serie de exámenes que su vez son de alto costo, sin embargo el índice de masa corporal (IMC) es una medida de peso ajustado por la talla que funciona adecuadamente en la población adulta, en tal sentido el sobrepeso en adultos es de un IMC de 25-29, mientras tanto la obesidad es un IMC como mayor a 30 (2).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), desde los primeros reportes dados en 1975 sobre la obesidad se han triplicado las cifras en todo el mundo, durante el 2016 unos 1900 millones de adultos con edades superiores a los 18 años tuvieron sobrepeso, esto constituyo el 39% de la población mundial, del mismo modo 650 millones eran obesos representando el 13%. Por otro lado, el género con más predominio de sobrepeso fueron las mujeres con un 40% y hombres con 39% de adultos,

del mismo modo con obesidad el 15% eran mujeres y con 11% fueron varones.

En la región de América Latina y el Caribe las cifras han aumentado progresivamente desde 1975, siendo de mayor consideración la región del caribe que en 1975 alcanzo las cifra de 6% de la población obesa (760 mil) a una cifra sumamente alta de 25% (6.6 millones) al 2016. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en las Américas el 58% de sus habitantes tienen sobrepeso y obesidad (360 millones), liderando las cifras altas y las Bahamas 69%, México 64%, Chile 63% afectando esta epidemia más al género femenino (4).

En el 2006 un informe realizado por el Instituto Nacional de Salud (INS) (5) realizada mediante una encuesta nacional, informo que más de la mitad de la población peruana (51,8%) mayores de 20 años de edad tienen sobrepeso o cierto grado de obesidad superando el rango de 25 de IMC, del mismo modo, la obesidad afecto al 16.5% de la población ( $\geq 30$  de IMC), siendo las mujeres con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, registrándose la mayor prevalencia en Lima Metropolitana. Del mismo modo otro informe realizado por el INS (6), durante los años 2011 al 2012 publicaron resultados del estado nutricional donde el 33,7% de los jóvenes de edades entre 20-29 años tienen prevalencia de sobrepeso, y el 9,9% con obesidad (grado I, II, III), siendo el área urbana de mayor prevalencia. Del mismo modo en población adulta de 30-59 años nivel nacional 33,6% presenta estado nutricional normal y casi la mitad de la población (46,0%) presenta sobrepeso y el 15,0% presenta obesidad de grado I, siendo el

área urbana de mayor incidencia. Por otro lado, en cuanto al género el informe presento que la mayor incidencia de sobrepeso se dio en varones mientras que en obesidad fue lo contrario siendo las mujeres con mayor porcentaje.

Durante el 2019 un informe obtenido a través de la dirección regional de salud DISA Apurímac II, la cual se evidencio que una de las enfermedades más prevalentes que ha incrementado considerablemente las cifras de casos diagnosticados desde el 2017 es el sobrepeso y la obesidad, y siendo el distrito de san Jerónimo solo después de Andahuaylas quienes más casos de diagnóstico tuvieron. En dicho informe, el año 2017 los casos diagnosticados con obesidad en el distrito de san Jerónimo fueron un total de 1469 casos, entre varones y mujeres. En el 2019 los casos de obesidad e hiperalimentación han ido reduciendo las cifras con total de 1282 casos diagnosticados, pero este a su vez ha mantenido picos altos de prevalencia en la provincia de Andahuaylas.

La Micro Red de san Jerónimo-Andahuaylas cuenta con 9 establecimientos de salud las cuales son: C.S. San Jerónimo, P.S. Poltocha, P.S. Choccecancha, P.S. Champacocha, P.S. Cupisa, P.S. Chullcuisa, P.S. Ancatira, P.S. Lliupapuquio, P.S. Ollabanba, todos estos puestos están localizados en dichas comunidades, todas estas comunidades son zonas agricultoras y ganaderas, en una visita realizada a los usuarios y trabajadores del centro de salud de San Jerónimo refieren que la alimentación de los pobladores es de alto consumo de carbohidratos, grasas, azúcares, cereales carnes rojas y otros.

## **1.2. Identificación y Formulación del Problema**

### **1.2.1. Problema general**

- ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en el sobrepeso y la obesidad en los usuarios de 20 a 49 años, en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, 2020?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es el sexo que predomina en el sobrepeso y la obesidad?
- ¿Cuál es el grupo etario que influye en el sobrepeso y la obesidad?
- ¿Cuál es la zona de domicilio con más prevalencia de sobrepeso y obesidad?
- ¿Cuál es el tipo sedentarismo que influye en el sobrepeso y la obesidad?
- ¿Cuál son los azúcares y carbohidratos de alto consumo que influyen en el sobrepeso y la obesidad?
- ¿Cuál es el alimento de alto consumo ricos en grasa que influye en el sobrepeso y la obesidad?
- ¿Cuál es el alimento de alto consumo de origen industrial que influye en el sobrepeso y la obesidad?
- ¿Cuál es el antecedente genético que influye en el sobrepeso y la obesidad?
- ¿Cuál es el tipo conducta alimentaria que influye en el sobrepeso y la obesidad?

- ¿Cuál es la forma de ansiedad de consumo de alimentos que influye en el sobrepeso y la obesidad?

### **1.3. Justificación de la investigación**

De acuerdo con los datos que brinda la Organización Mundial de la Salud el sobrepeso y la obesidad es considerado como una enfermedad no transmisible y esta a su vez se convierte en un grave problema de Salud Pública, pasando a ser un factor de riesgo para otras enfermedades tales como problemas cardiovasculares, perfiles lipídicos, problemas osteoarticulares y asociados a ciertas enfermedades oncológicas (7).

Por lo que se hace necesarios trabajos de investigación que estén encaminados a disminuir el impacto social del problema en estudio.

La investigación planteada permitirá analizar y explicar los factores de exposición que influyen a padecer de sobrepeso y obesidad en los usuarios de la Micro Red de San Jerónimo-Andahuaylas, permitiendo que la sociedad del distrito de San Jerónimo cuente con información adecuada, acerca de la influencia de los factores biológicos y sociales de padecer de sobrepeso y la obesidad; los servidores de la Micro Red de San Jerónimo dispondrán de los resultados y conclusiones que se obtuvieron en este estudio, el personal de salud, autoridades y otras instituciones también podrá contar la presente investigación como referencia y evaluar las actividades preventivo promocionales para desarrollarlo y así poder mejorar o reformular las estrategias, beneficiándose los usuarios en general ya que podrá disminuir y/o controlar la incidencia del sobrepeso y obesidad.

Por las razones expuestas se considera debidamente justificada la ejecución de la investigación.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo General**

- Determinar la influencia de los factores de riesgo en el sobrepeso y la obesidad en los usuarios de 20 a 49 años en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, 2020.

##### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Precisar el sexo que influye en el sobrepeso y la obesidad.
- Precisar el grupo etario que influye en el sobrepeso y la obesidad.
- Precisar la zona de domicilio con más prevalencia de sobrepeso u obesidad.
- Determinar el tipo de sedentarismo que influye en el sobrepeso y la obesidad.
- Determinar los azúcares y carbohidratos de alto consumo que influye en el sobrepeso y la obesidad.
- Determinar los alimentos de alto consumo ricos en grasa que influye en el sobrepeso y la obesidad.
- Determinar los alimentos de alto consumo de origen industrial que influye en el sobrepeso y la obesidad.
- Determinar el factor genético que influye en el sobrepeso y la obesidad.

- Determinar el tipo de conducta alimentaria que influye en el sobrepeso y la obesidad.
- Determinar si la ansiedad influye en el sobrepeso y la obesidad.

## **1.5. Delimitaciones de la Investigación**

### **1.5.1. Espacial**

El trabajo de investigación se realizó en los usuarios que acudieron a los establecimientos de salud de la Micro Red de salud San Jerónimo (C.S. San Jerónimo, P.S. Poltocha, P.S. Choccecancha, P.S. Champacocha, P.S. Cupisa, P.S. Chullcuisa, P.S. Ancatira, P.S. Lliupapuquio, P.S. Ollabanba), Distrito de San Jerónimo, Provincia de Andahuaylas, Departamento Apurímac.

### **1.5.2. Temporal**

La siguiente tesis, se desarrolló durante el año 2020-2021-2022, esto según cronograma de actividades.

### **1.5.3. Social**

El trabajo se desarrolló en adultos del sexo femenino y masculino que se encuentren en edades de 20-49 años, que acuden a los servicios de salud de la Micro Red de salud San Jerónimo. del Distrito de San Jerónimo, Provincia de Andahuaylas, Departamento de Apurímac.

#### **1.5.4. Delimitación Conceptual**

Los conceptos que se desarrollaron son en base a las variables de estudio, factores de riesgo (variable independiente), obesidad-sobrepeso (variable dependiente).

#### **1.6. Viabilidad de la Investigación**

El estudio fue factible desarrollarlo, puesto que los usuarios de 20 a 49 años que acuden a los servicios de salud de la Micro Red de salud de San Jerónimo respondieron a todas las preguntas del cuestionario, lo que permitió cumplir con el total de muestra de la población en estudio.

El estudio tuvo accesibilidad social, puesto que el autor vive en las proximidades de la Micro Red San Jerónimo y es bilingüe, (español-quechua).

#### **1.7. Limitaciones de la investigación**

La presente investigación se desarrolló en contexto de la emergencia sanitaria de la COVID-19, lo que limitó desarrollar la investigación de forma continua.

La poca información de investigaciones a nivel local también será una de las limitaciones de la investigación.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

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

Shamah, T. et al. (8) En su estudio de investigación “Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 100k, revista salud pública de México, en la ciudad de Cuernavaca-México”. 2019. Este tuvo como objetivo Describir las prevalencia y tendencia de sobrepeso y obesidad en población con mayor vulnerabilidad social, residente en localidades con menos de 100 000 habitantes. El estudio se basa en la metodología del análisis de información de la “encuesta nacional de salud y nutrición 2018- sociodemográfica y de antropometría en preescolares, escolares, adolescentes y adultos de la Ensanut 100k y Ensanut 2012, para deducir la prevalencias y tendencias de sobrepeso más obesidad, A su vez la obesidad y obesidad abdominal”. Los Resultados que obtuvo fue que la prevalencia de SP+O hubo 6% en preescolares, obesidad fue 15.3% en escolares, a su vez 14.2% en adolescentes y por último 33.6% en adultos. En semejanza con el año 2012, el

SP+O se redujo en 35% en 2018 entre los preescolares con inseguridad alimentaria severa. Por otra parte, en escolares la obesidad incremento 97% entre el 2012 y 2018 en quienes no tenían ayuda alimentaria. Así mismo, En adolescentes sin programas de apoyo alimentario, la obesidad incremento 60% entre 2012 y 2018. Del mismo modo, en adultos, entre 2012 y el 2018 se incrementó 10% la obesidad abdominal en quienes tenían inseguridad alimentaria moderada. La Conclusión que sostuvo es que existe alta prevalencia de obesidad en la población mexicana con vulnerabilidad social y al parecer lograr alcanzar al resto de la población de forma acelerada con importantes dificultades estructurales.

Villacreses, N. (9) En su estudio denominado “Estilos de Vida Relacionados con Sobrepeso y Obesidad en los Comerciantes del Mercado de Jipijapa”. Tesis de grado, en la ciudad de Manabí-Ecuador. 2017. Tuvo como Objetivo “relacionar los estilos de vida con riesgo de padecer sobrepeso y obesidad en los comerciantes del mercado de Jipijapa”. La Población de estudio estuvo conformada por 50 comerciantes. El Método de estudio científico fue de tipo analítico, cuantitativo y de corte transversal. El instrumento utilizado fue un cuestionario validado para estilos de vida denominado “fantástico” estructurado en Canadá, en el “Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Mc Máster”. Los resultados han demostrado que los estilos de vida de los comerciantes fueron inadecuados demostrándose así obesidad

abdominal y obesidad general con más prevalencia en varones. La Conclusión que sostuvo el autor fue que los estilos de vida influyen en el sobrepeso y la obesidad, presentándose inadecuados estilos de vida, siendo la obesidad abdominal la más prevalente en hombres, a su vez el 66% desarrollo enfermedades crónicas no transmisibles.

Marqueta, M. Et al. (10) En su estudio “Hábitos alimentarios y actividad física en relación con el sobrepeso y la obesidad en España”. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. En la ciudad de Pamplona-España. 2016. El objetivo del estudio fue “analizar los hábitos alimentarios y actividad física de la población adulta española en el año 2012 y su relación con la presencia de sobrepeso y obesidad”. la población en estudio que abarco una muestra de 20.069 personas con edades de un rango entre 18 y 90 años, la cual conto con una media de edad de 52,15 años. La Metodología de estudio fue transversal, utilizando un instrumento de la Encuesta Nacional de Salud del año 2012 realizado en España (ENS-2012). El autor concluyo que los españoles de 18-19 años realizan poca actividad física, a su vez, el consumo de panes y cereales, lácteos, huevos, carne, pescado y legumbres se encuentran adecuados a las recomendaciones de la sociedad española de nutrición comunitaria sin embargo menos de la mitad de la población en estudio no sigue las recomendaciones en cuanto al consumo de arroz, pastas, verduras embutidos y dulces.

Vargas, R. et al. (11) En su estudio denominado “prevalencia de sobrepeso y obesidad en protestantes evangélicos de una localidad del caribe colombiano”. Revista cubana de salud pública, en la ciudad de La Habana-Cuba. 2020. El objetivo del estudio fue “determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos pertenecientes a una comunidad protestante evangélica del Distrito de Barranquilla”. La población que tuvo el estudio de investigación fue de una muestra de 282 adultos con rango de edades de 18-64 años, que integran la iglesia cuadrangular del barrio la paz de barranquilla-Colombia. El estudio fue basado en los lineamientos metodológicos fue descriptivo, transversal. El instrumento utilizado para la recolección de sus datos fue la encuesta, para la medición de estatura se utilizó un tallímetro, y para el peso mediante una balanza electrónica. La conclusión que sostuvo el autor fue que la población evangélica no está libre de sobrepeso y obesidad. A su vez, existe sobrepeso y obesidad en el sexo masculino, a pesar de no tener hábitos de consumo de bebidas alcohólicas y las prácticas de gula.

Gómez, O. et al. (12) En su estudio denominado “Prevalencia de sobrepeso, obesidad y antecedentes de enfermedad crónica en universitarios mexicanos”. Revista Médica del Instituto Mexicano Seguro Social, en la ciudad de México. 2017. El objetivo del estudio fue “determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad y su asociación con antecedentes parentales de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial sistémica (HAS) en universitarios de la Ciudad de México”. La población que tuvo el estudio de investigación

fue de una muestra de 1168 adultos universitarios. El estudio fue basado en los lineamientos metodológicos de diseño observacional, descriptivo y transversal. El instrumento utilizado para la recolección de sus datos fue la historia clínica. La conclusión que sostuvo el autor fue que el sexo no influye en la prevalencia de obesidad y sobrepeso. En cuanto con los antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus tipo 2 y obesidad en uno o ambos padres hay una influencia para presentar sobrepeso y obesidad. Contar con ambos padres con HAS y exceso de peso resultó estar asociado a la presencia de sobrepeso y obesidad, mientras que la presencia de antecedentes heredofamiliares de DM2 y HAS y obesidad en ambos padres duplica la posibilidad de padecer sobrepeso y obesidad.

Ortiz, I. et al. (13) Con el título denominado “Hipotiroidismo como factor de riesgo de dislipidemia y obesidad”. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, en la ciudad de Asunción-Paraguay. 2020. El objetivo del estudio fue “determinar la relación entre hipotiroidismo y el riesgo de desarrollar obesidad y/o dislipidemias en pacientes del ambulatorio de la Primera Cátedra de Clínica Médica del Hospital de Clínicas entre los años 2015 y 2017”. La población que tuvo el estudio de investigación fue pacientes mayores de 18 años y con diagnóstico de hipotiroidismo, la muestra conto con 46 pacientes. El estudio fue basado en los lineamientos metodológicos fue de diseño de cohortes retrospectivos. El instrumento utilizado para la recolección de sus datos fue la historia clínica. La conclusión que sostuvo el autor fue que: el 50% tienen

obesidad con más frecuencia en mujeres. Los pacientes con hipotiroidismo tienen riesgo de padecer dislipidemias y este no está asociado al desarrollo de obesidad.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

Miñan, A. (14) En su investigación “sobrepeso y obesidad en la costa y sierra de Tacna, 2015”, revista médica. En la ciudad de Tacna. 2016. Donde el objetivo de estudio fue “determinar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y sus factores asociados en la población de Tacna”. El estudio fue basado en lineamientos metodológicos de estudio transversal analítico, transversal, donde la población de estudio fue de 190 asistentes a una campaña medica de la costa y sierra de Tacna. Se realizo un muestreo de tipo censal mediante el instrumento de “ficha de recolección de datos y la recolección de información de medidas antropométricas (peso y talla, así hallar el IMC)”. Sus resultados que obtuvo dicho estudio y en base a sus dimensiones de interés fue que el 34,4% sufren de sobrepeso y el 20.1% padecen de obesidad, lo cual define que el 54,5% tiene exceso de peso. La conclusión sostuvo el autor fue que el índice de prevalencia de exceso de peso se da más en personas de la sierra, esto podría deberse al alto consumo de carbohidratos, a su vez otro dato importante es que existe mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres, y el no realizar actividad física diaria también está asociada a tener sobrepeso.

Trujillo, H. (15) En su trabajo de investigación denominado “Factores Asociados a Sobrepeso y Obesidad en Trabajadores de una Institución Pública de Salud”. Tesis de maestría, en la ciudad de Lima. 2017. El cual el objetivo de estudio fue “determinar los factores asociados al sobrepeso y obesidad en los trabajadores de una institución pública de salud”. Dentro de la Población que trabajo fue personal que labora con edades superiores a los 20 años, dentro de ello administrativos, técnicos, auxiliares y choferes todos ellos de ambos sexos que laboran 8 horas diarias. El método de estudio fue transversal de tipo analítico, dentro de ello el Instrumento utilizado fue un cuestionario y medición antropométrica. Las conclusiones que mantiene el autor fue que la obesidad y el sobrepeso está asociada a población con predominio de sexo masculino y este a su vez aumenta con el paso de los años, por otro lado, el bajo consumo de frutas y verduras son factores de riesgo alto para las enfermedades no transmisibles pese a que la población en estudio consumía mayor a dos porciones.

Ramírez, J. (16) En su trabajo de investigación con título denominado “Factores Socioeconómicos Asociados con el Sobrepeso y Obesidad en Mujeres en Edad Fértil: Sub-Análisis ENDES”. Tesis de grado, en la ciudad de Lima. 2019. El objetivo fue “determinar los factores socioeconómicos asociados con el sobrepeso y obesidad en mujeres con edad fértil (MEF) con los datos de la encuesta demográfica y de la salud familiar (ENDES) 2017”. La Población con la que trabajo fue todas las mujeres en

edad fértil que participaron en la encuesta realizada por la ENDES 2017, de las cuales las viviendas que obtuvo información fueron de 34002 mujeres en edad fértil, de tal forma que solo incluyeron 9469 mujeres excluyendo al resto ya que no contaban con peso y talla. La metodología utilizada para el estudio fue de tipo analítico transversal (subanálisis) a los datos de la encuesta demográfica y de salud familiar que se llevó a cabo el 2017, el Instrumento utilizado fue la recolección de datos de la base de datos de la SPSS que brinda la ENDES. conclusión que llego Ramírez fue: el grupo de edad con sobrepeso y obesidad en MEF de forma significativa fue de 30-39 años, en cuanto índice de riqueza en el segundo, tercero, cuarto, quinto quintil se asoció mucho más a la obesidad y sobrepeso. En cuanto al área de residencia se manifestó significativamente que el área urbana está asociado al sobrepeso y obesidad, por otro lado, en cuanto a la educación los del nivel primario y secundario también se asociaron, del mismo modo el estado civil también estuvo asociado al sobrepeso y obesidad en MEF determinando que aquellas que tienen pareja predomina significativamente el sobrepeso y obesidad.

Alfaro, L. (17) En su investigación con el título denominado “Factores de Riesgo Biopsicosociales y su Relación con el Sobrepeso u Obesidad en Mayores de 25 años de los Trabajadores de la Dirección Regional de Transportes y Comunicaciones, Cajamarca 2017”. Tesis de grado, en la ciudad de Cajamarca. 2017. Donde el objetivo de la investigación fue “determinar la relación entre

los factores de riesgo biopsicosocial y sobrepeso u obesidad en mayores de 25 años de los trabajadores”. La Población de trabajo fue de los trabajadores conformado por 60 personas de la dirección regional de transportes y comunicaciones. Los lineamientos de investigación metodológicos fueron de tipo descriptivo correlacional, prospectivo. Dentro del Instrumento utilizado fue: la técnica de la entrevista y a su vez un cuestionario. Las conclusiones respecto a las dimensiones de estudio fue que el factor biológico está presente en el 42.9% de la población en estudio con edades promedio de 35 a 44 años con 61.2% hombres y el restante mujeres, el perímetro abdominal predomina en todas las mujeres. Otro dato que resalta el 55.1% tienen sobrepeso u obesidad y esto relacionado a los hábitos de alimentación con niveles de estrés controlados.

Pinedo, A. (18) En su investigación con el título denominado “Factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad en las gestantes atendidas en los consultorios de materno hospital Tingo María de julio a setiembre 2016”, Tesis de grado, en la ciudad de Huánuco. 2017. Donde el objetivo de la investigación fue “determinar los factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad en las gestantes atendidas en los consultorios de materno Hospital Tingo María de Julio a Setiembre 2016”. muestra cuenta con 50 gestantes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad atendidos en dicho centro de salud, los lineamientos de investigación metodológicos fueron de tipo descriptivo, prospectivo, transversal. Dentro del Instrumento utilizado fue: la encuesta y el instrumento fueron el cuestionario. Las

conclusiones respecto a las dimensiones de estudio fue que el 44% no realizan ningún deporte, el (50%) consumen pan 3-4 unidades de pan al día. en cuanto al IMC el resultado que obtuvo fue que el 30% tiene sobrepeso, 12% tiene obesidad de grado I.

Vilca, G. (19) En su investigación con el título denominado “Hábitos de conductas alimentarias durante la pandemia por COVID-19 en adultos peruanos, 2021”, Tesis de grado, en la ciudad de Lima. 2021. Donde el objetivo fue evaluar las conductas alimentarias durante la pandemia por COVID-19 en adultos peruanos. muestra cuenta con 321 participantes de 18 a 59 años, los lineamientos de investigación metodológicos fueron cuantitativo, corte transversal, no experimental, descriptivo. Dentro del Instrumento utilizado fue: la encuesta y el instrumento fueron el cuestionario online. La conclusión que tuvo el autor fue que el (62.1%) tiene alta frecuencia de consumo piqueos cuando se encontraron bajos de ánimo, el 62.8% tienen alta frecuencia de consumo de piqueos por ansiedad y el 63.4% presentaron hambre por aburrimiento. Otro resultado relevante fue que el 69.1% de los adultos tienen hábitos no saludables de consumo de calorías.

### **2.1.3. Antecedentes Locales**

A nivel regional y local no se encontraron estudios relacionados con la variable de estudio

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Factores de riesgo**

Grundy, (20) en 1973 intento acuñar el termino de factor de riesgo, entre factor de riesgo y marcador de riesgo definiendo, así como cualquier característica ambiental o endógena que precede al inicio de la enfermedad y esté relacionado a la complicación de la enfermedad.

Luhmann, (21) en 1996 define al termino riesgo como un vocablo que define peligro, esto contextualiza una situación en la que puntualiza a varias definiciones donde el intérprete requiere disponer en el momento.

Para Senado, (22) en 1999 define factor de riesgo como una circunstancia caracterizada por ser detectable en la persona o comunidad y esta se asocia a la probabilidad de exponerse a desarrollar de un proceso mórbido con daño a la salud.

Un factor de riesgo es aquella característica que implica una exposición, aumentado la posibilidad de poder contraer o contagiarse de una enfermedad o lesión (23).

También llamado factor de exposición, en la cual algún evento o fenómeno de cualquier naturaleza a la cual se expone el individuo conllevando a la enfermedad, en un ambiente externo o social, interno o biológico y psicológico (24).

### **2.2.1.1 Sexo**

La biología define al sexo como cualidad que se caracteriza por seres vivos con naturaleza definida separada como femenino y masculino (25).

### **2.2.1.2 Edad**

La edad biológica es una de las medidas del tiempo, esta es separada desde el nacimiento hasta la fecha de estudio, de las cuales se separa mediante indicadores biológicos como la niñez, la adolescencia, la adultez y el envejecimiento (26).

La edad cronológica se precisa como el periodo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento que se persude la estimación del estudio (27).

### **2.2.1.3 Zona de domicilio**

Vigaray, (28) en 1972 define el domicilio como lugar de residencia de forma habitual para el ejercicio de sus funciones y de sus derechos.

Para Mascareñas, (29) en 1999 define el domicilio como lugar donde se reside de forma permanente.

### **2.2.1.4 Sedentarismo**

Para la real academia española (RAE) (30), el sedentarismo está definido como un modo de vida de poca agitación o movimiento.

El desarrollo de la tecnología ha sido un factor para el aumento de la obesidad y la vida sedentaria, afectando a los diferentes campos de la vida cotidiana como por ejemplo el transporte la actividad doméstica, el trabajo. A su vez el tiempo dedicado al descanso han aumentado la dedicación a la televisión, teléfonos modernos, ordenadores (31).

La vida sedentaria como causa importante de la obesidad. la actividad física inadecuada está acompañada de la disminución de la masa muscular y sustancialmente el aumento de la adiposidad del tejido subcutáneo estudios demuestran la relación entre la vida sedentaria y la obesidad. las personas obesas que realicen actividad física suelen ocasionar un consumo energético mayor al consumo de aporte de alimentos (32).

#### **a) Estilo de vida**

se modificarán los estilos de vida ya que es la estrategia más resolutiva, se buscará la promoción de tener y mantener hábitos saludables, como la alimentación sana y equilibrada acompañada de la actividad física (33).

El gasto energético bajo es uno de los factores que promueve la ganancia de peso corporal. Alrededor del 70% del gasto energético se usa en proceso metabólico. El 10% de gasto energético se utiliza en

forma de calor, y el los 20% restantes del gasto energético se utiliza en la actividad física y el ejercicio.

(1)

#### **b) Actividad Física**

La actividad física es uno de los tratamientos como parte de los estilos de vida, la actividad física cotidiana permite equilibrar el balance energético, a su vez reducir el riesgo de ganar peso. En la primera fase de activación se da con 10 minutos durante todos los días aumentando 5 minutos cada semana hasta llegar a los 60 minutos, en la segunda fase es la intensidad iniciando con 10 minutos de mayor intensidad seguida de 50 minutos de actividad habitual, las semanas siguientes aumentar 5 minutos a las actividades de intensidad hasta completar los 60 minutos de actividad intensa. En la fase tercera de mantenimiento 10 minutos todos los días de actividad leve como calentamiento seguido de 20 minutos de actividad intensa (33).

La actividad física es el componente más variable para gasto energético representando el 20-50% del gasto energético, total unos 100 a 800 kcal al día producto de la termogénesis por actividad física, el sedentarismo es un factor importante para desarrollar sobrepeso y obesidad (1).

### **2.2.1.5 Consumo de carbohidratos y Azúcares**

La función metabólica principal de los carbohidratos es aportar energía. Su metabolismo está dirigido principalmente hacia el mantenimiento aprovechamiento y reserva energética en forma de glucosa circulante y glucógeno en el tejido. Cuando la ingesta de hidratos de carbono es muy alta la carga de glucosa en la sangre se distribuye de dos formas captadas por las células y almacenado en forma de glucógeno o grasa, si esto no sucede las concentraciones de glucosa en la sangre conllevaría a diabetes mellitus. La alta carga de hidratos de carbono en la dieta causa depósitos de grasa corporal como manera de obstruir la hiperglucemia. El adulto de aproximado 70 kg puede almacenar 300g de glucógeno equivalente a 1200 kcal, al agotarse esta reserva las calorías adicionales procedente de los macronutrientes se almacenan como grasa en el tejido adiposo (2).

#### **a) Tubérculos**

Para Cervera, et. Al. (34) son engrosamientos de las raíces de ciertas plantas, la más común en el mercado es la papa cuya composición es de 15-16% de almidón y de proteína 1,4%.

Son raíces subterráneas, cullas células están compuestas por sustancias como el almidón (35).

Históricamente en los andes se domesticaron aproximadamente 25 especies de raíces y tubérculos comestibles, este fue trascendente de generaciones andinas, dentro de ello podemos encontrar el olluco, oca, mashua, etc. Estos han generado la economía de los pueblos altoandinos (36).

## **b) Cereales**

Los cereales del latín “ceres” son plantas de pertenecientes a la familia poáceas, que estas se cultivan por granos, dentro de los cereales más comunes están el trigo, cebada, maíz, arroz, avena etc. (37).

Los cereales vienen a ser frutos maduros y secos de las gramíneas, su crecimiento se desarrolla en forma de espiga. Los cereales forman la principal fuente de energía y la dieta de gran parte de la humanidad debido a su alto valor energético, y su alto contenido de carbohidratos. La estructura contiene almidón del 72 al 80 % y proteínas del 7 al 10 % (34).

Los cereales a partir de la mitad del siglo XX se ha tenido la buena producción, básicamente el maíz, trigo y arroz, esto debido a la utilidad de fertilizantes, mejorando así su rendimiento ante plagas, y enfermedades en el cultivo. Pero este a su vez con carencias nutricionales, con bajos

niveles de proteínas y alto contenido de carbohidrato (38).

**c) Harinas refinadas**

Las harinas refinadas son aquellas que se componen de almidón con déficit de fibra, proteínas, vitaminas, minerales y antioxidantes, puesto que en el proceso de producción eliminan la figura que recubre el cereal, esto facilita la digestión, por ello es altamente usado en las pastelerías (39).

Este tipo de harina contiene alto índice glucémico y su alto consumo está relacionado a enfermedades como la obesidad cardiopatías, diabetes, cáncer y otras enfermedades (40).

**d) Bebidas Azucaradas**

El consumo frecuente de las bebidas azucaradas se ha asociado al aumento de peso. El alcohol proporciona calorías vacías, además el consumo de alcohol de forma seguida inhibe la oxidación de la grasa y promueven la acumulación en el organismo. La ingesta de agua mejora y facilita la eliminación de los residuos e hidrata el cuerpo (31).

### **2.2.1.6 Consumo de alimentos ricos en grasa**

Las grasas aportan más calorías que otros nutrientes como se menciona en el anterior párrafo, a su vez es el componente que más densidad energética aporta al cuerpo asociándose con la ganancia de peso. Por otra parte, las grasas de ser fáciles de masticarlos y son apetecibles favorece al mayor consumo y por ende al sobrepeso y la obesidad (31).

#### **a) Carnes rojas**

Las carnes son las partes blandas comestibles, del animal o ganado porcino, bovino y ovino al igual que las aves. Generalmente las partes blandas comestibles son el tejido muscular y las vísceras como el corazón, hígado, riñones, encéfalo y otras. En el tejido muscular se compone por el pigmento mioglobina, cuya organización química es similar a la de la hemoglobina. El mayor o menor contenido de este pigmento dio lugar a la clasificación de las carnes en blancas y rojas (34).

El fuerte consumo en la dieta de las personas respecto a las grasas saturadas provenientes de los embutidos y carnes rojas producen aumento de riesgo de diabetes, riesgos cardiovasculares, elevaciones en la presión arterial y aumento en la mortalidad de cáncer.

Las investigaciones realizadas manifiestan que la conglomeración de colesterol LDL-c, VLDL Y TG se reducen al sustituir la carne roja por la carne de pescado (41).

#### **b) Grasas de origen animal**

Las grasas de origen animal se caracterizan por contener grandes cantidades de ácidos grasos saturados con aproximado de 60-90 mg por cada 100 g, pero el porcentaje varía de un animal a otro. La manteca es un producto pastoso de coloración blanquecina, grasa de origen del cerdo, la composición de lípidos puede ser al 100%, esto contiene alto índice de colesterol y triglicéridos (34).

#### **c) Frituras de alimentos**

Este es un proceso culinario más antiguos de los que se tiene registro, posiblemente data del siglo VI a.C. Siendo posiblemente uno de los originarios métodos técnico-culinarios que permitió prolongar la vida útil de los alimentos. Durante el proceso de fritura de los alimentos, las altas temperaturas causan la evaporación del agua, siendo remplazada el agua del alimento por el aceite circundante. Estableciendo hasta 40% del producto final (42).

Las frituras de los alimentos es la cocción en aceite o grasa, actuando este como trasmisor de temperatura, 180° aproximadamente. Este proceso causa alteraciones en el alimento alterando su composición nutricional, a su vez produciendo compuestos tóxicos causando problemas de salud del consumidor. En el mercado existe gran variedad de aceites las cuales comúnmente se consumen son aceites de oliva, palma, canola, soya, maíz y girasol (43).

Para Luque, JA. (44) La fritura de los alimentos es una práctica gastronomía común en la dieta de las personas. Este procedimiento es regularmente utilizado en gran mayoría de los países. El pescado frito es una práctica muy habitual de consumo de este alimento, puesto que el consumo de frituras es apetitoso para la dieta de las personas. esta práctica influye en el valor nutritivo.

#### **2.2.1.7 Consumo de alimentos industrializados**

Se denomina así a los productos comestibles de tipo procesados o altamente procesados, alterándolos por la edición o introducción de sustancias como: azúcares, sal, aceites, a su vez incluyen conservantes, estabilizantes, incrementadores de volumen, edulcorantes, resaltadores sensoriales, sabores y colores. El incrementador de volumen puede ser aire o agua. Se puede incluir micronutrientes

sintéticos para "fortificar" los productos. Estos incluyen en la comida rápida y las bebidas (45) (46).

#### **a) Embutidos**

Son aquellos productos derivados de la carne que se preparan mezclando condimentos, sal, grasas, aditivos y especias, los cuales se introducen en tripas artificiales o naturales con el fin de dar más tiempo de vida a la carne (47).

Los primeros reportes de esta práctica fueron aproximadamente del año 3,000 a. C. siendo los griegos quienes tienen las primeras documentaciones, seguido de los romanos en un libro llamado "Apicius" donde redacta sobre el arte culinario. A lo largo del tiempo hubo varios indicios sobre la fabricación de esta, como es el caso en el siglo XII Y XV donde aparece la salchicha de Frankfurt (48).

#### **b) Harinas compuestas**

Este término da inicio en el año 1964 por las "Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación" (FAO) (49), dado la necesidad de los países con déficit de producción de harina de trigo, esta harina es producto de la mezcla a base de trigo y otros compuestos como cereales o productos de origen vegetal distintos al trigo, de tal manera que se producen pan, galletas, pastas y todo

relacionado a pastelería. “La composición de nutrientes y el contenido proteico de estos productos por lo general son muy pobres, debido a que la proteína ha sido diluida con carbohidratos y sometida, en algunos casos, a un proceso térmico excesivo”.

### **c) Pastas**

Se conoce comúnmente como mezcla de harina de trigo sin añadirle levadura y sal, así mismo estos pueden estar agregados por otros componentes nutricionales para darle valor al producto. La composición de es básicamente carbohidratos, proteínas y grasas. Así mismo el valor nutricional en calorías es alto, aportando 359 kcal por cada 100 gramos de pasta comestible, puesto que la composición de carbohidratos es de 78,8 mg por cada 100 gr (50).

Las pastas alimentarias son productos procesados mediante la desecación oportuna estas son creadas a partir de masa sin fermentar hecha con derivados del trigo (51).

Actualmente la atribución del origen de la pasta se atribuye a diferentes culturas y lugares de América, estas se diferencian por la utilización de mijo, arroz, trigo y maíz. Hoy en día se implementó distintos tipos de maquinarias reduciendo así la mano de obra y lograr

grandes producciones en masa, por lo que el proceso de fabricación se realiza de manera más sencilla (52).

#### **d) Grasas industriales**

Dentro de las grasas industriales que se utiliza con mucha frecuencia para el consumo humano son las margarinas y las grasas lácteas. Las margarinas son grasas semisólidas con parecido a la mantequilla, pero este es de origen vegetal cuya composición de grasa es del 80%. Dentro del grupo de las grasas lácteas procesadas encontramos la mantequilla, nata y la crema de leche, todos estos tienen componentes de grasa, vitaminas, agua y bajos niveles de calcio y proteínas (34).

#### **2.2.1.8 Genética**

La familia es definitivamente donde da el principio de la obesidad, pero ha sido difícil implicar la obesidad con la implicancia genética puesto que los integrantes de la familia comparten el mismo hábito de alimentos y la actividad física actualmente el 20-25% de los casos de obesidad obedecen a factores genéticos (32).

Los factores que se distinguen las alteraciones en los genes que determinan la obesidad las que condicionan susceptibilidad y se manifiestan con los factores metabólicos y ambientales. Las mutaciones de los genes en los seres humanos se han identificado 11 distintos genes que han

dado origen a la obesidad, las más frecuentes son gen receptor 4 de melanocitos (MC4R), el gen de la leptina, gen receptor de la leptina, entre otros. Los estudios de heredabilidad en familias de adopción y gemelos se estima que los fenotipos relacionados con obesidad esta entre 6-85% en distintos estudios, el IMC 16 % a 85%, la circunferencia de la cintura 37%-81%. Masa grasa 35%-63% (53).

Existe una susceptibilidad genética y constitucional para desarrollar obesidad a la cual influye sustancialmente factores ambientales tales como la dieta y la actividad (32) (54).

#### **2.2.1.9 Factores psicológicos**

Los problemas durante la infancia, como maltrato sexual, físico, emocionales pueden dar problemas a largo plazo la cual entre ella está la obesidad, dando más en mujeres. Las consecuencias de estos abusos pueden llegar a la depresión grave y crónica (54).

#### **2.2.1.10 Conducta alimentaria**

El conjunto de acciones del ser humano con los alimentos ha establecido el término "conducta alimentaria". Estos son adquiridos a través de la experiencia continua con la comida en el ambiente familiar y social, por tanto, la imitación de

modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, y la cultura del entorno de las personas (55) (56).

#### **2.2.1.11 Ansiedad**

El estrés, la ansiedad, depresión y la baja autoestima son considerados como aspectos de los factores psicológicos para el desarrollo de la obesidad, que estos pueden afectar la ingesta de alimentos, conllevando a conductas alimentaria como alimentación compulsiva durante la noche, comer de forma compulsiva, comer de picoteo (caracteriza por comer pequeños bocados a distintas horas del día (31).

#### **2.2.2 Sobrepeso y Obesidad**

La obesidad es la acumulación excesiva y anormal de grasa en el tejido adiposo (1). Significando relativamente deposito excesivo de grasa en el organismo, clínicamente se denomina sobrepeso cuando el IMC de la persona va entre 25 -29.9 de  $\text{kg}/\text{m}^2$  y la obesidad se define a mayor a 30  $\text{kg}/\text{m}^2$ . El método más adecuado para poder medir la obesidad es medir el porcentaje de grasa total en el cuerpo, en el varón es de 25% o más, y en las mujeres es un 35% de grasa total en el cuerpo. Pero lo más recurrente para poder evaluar es el Índice de masa Corporal (IMC) (32).

La obesidad es una enfermedad causada por un desequilibrio calórico que deriva de una ingesta excesiva de calorías por encima del que consume o requiere el organismo (57).

### 2.2.2.1 Tipos de Obesidad

Los tipos de obesidad se distinguen según la distribución de la grasa en el cuerpo:

Obesidad de tipo androide: (predominio masculino), se denomina así por el acumulo de grasa en la parte central o en el abdomen tomando la forma de manzana, la grasa se acumula en la cara en el tórax y el abdomen, los riesgos que conlleva son la dislipemia, diabetes, las enfermedades cardiovasculares y morbilidades (58).

Obesidad de tipo ginecoide: (predominio femenino), periférico se denomina así porque toma la forma de pera, las acumulaciones de la grasa se dan en la cadera y los muslos y genera con frecuencia problemas de varices y artrosis de rodilla (58).

### 2.2.2.2 Índice de Masa Corporal (IMC)

Actualmente el método recomendado para clasificar el peso relacionado a la talla en los adultos continúa siendo el índice de masa corporal (IMC), el cálculo se realiza dividiendo el peso (en kg) dividido entre la talla al cuadrado (en metros) (54):

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$$

*Fuente:* (54)

El desarrollo para generar problemas de salud que se relacionan con el exceso de tejido adiposo aumenta de forma continua cuando el IMC supera los 25 siendo de recomendación también medir la circunferencia de la cintura y de tal forma hacer un estudio más minucioso. Algunos de las personas con índices de masa corporal que van de 27 a 29.9 ya desarrollan complicaciones metabólicas y que al perder peso mejoran estas complicaciones. Del mismo modo la prevalencia de las enfermedades y el riesgo de morbilidades aumentan cuando el IMC es mayor de 30 (obesidad) a su vez la obesidad se divide en tres clases valorizados por la IMC (54).

Clasificación del sobrepeso y la obesidad según IMC.

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>CLASE DE OBESIDAD</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>
<b>Peso inferior al normal</b>		<18,5
<b>Normal</b>		18,5-24,9
<b>Sobrepeso</b>		25-29,9
<b>Obesidad</b>	I	30-34.9
<b>Obesidad</b>	II	35-39,9
<b>obesidad extrema (mórbida)</b>	III	≥40

*Nota: la tabla muestra la clasificación del sobrepeso y obesidad según IMC, tomado de Lee Goldman M (54).*

Sin embargo, el índice de masa corporal es una medición bastante imperfecta de la adiposidad del cuerpo y la

distribución de la adiposidad de la grasa corporal que son de importancia para la salud del individuo, ya que el IMC no permite diferenciar entre la grasa y el músculo y a su vez también no permite identificar la distribución de la grasa tanto periférica o central (2). Las personas que tengan IMC de 25-29,9 pueden presentar exceso de grasa o no, ya que algunos adultos pueden presentar sobrepeso según el IMC debido a la gran cantidad de masa muscular, lo cual este puede ser detectado a simple vista (54).

## **2.3. Marco conceptual**

### **2.3.1. Edad**

Es la medida del tiempo que se separa desde el momento del nacimiento hasta el momento del estudio (59).

### **2.3.2. Genero**

Es un concepto de clasificación hacia una especie, tipo o clase como compuesto de personas con un sexo ordinario, se habla de mujeres y hombres o como género femenino y masculino (60).

### **2.3.3. Sobrepeso-Obesidad**

Tipo de enfermedad de causa multifactorial en la cual participan aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida. Se caracteriza por un balance positivo de energía, por ingestión de calorías excesivas al gasto energético, lo que ocasiona aumento en los depósitos de grasa (1).

### **2.3.4. Riesgo de ambiente interno**

Se considera factor de riesgo de ambiente interno cuando es predictores una enfermedad como por ejemplo una persona con hipertensión arterial es susceptible para enfermedad cardiaca coronaria (24).

### **2.3.5. Riesgo de ambiente externo**

Se considera factor de riesgo externo cuando está asociado con la enfermedad como la dieta que uno consume que puede ser considerado un factor de riesgo de una enfermedad coronaria (24).

### **2.3.6. Sedentarismo**

Es la deficiencia de actividad física de forma regular, por al menos de 30 minutos diarios de ejercicio. Se considera que una persona es sedentaria cuando su gasto energético semanal no supera las 2000 calorías (61).

### **2.3.7. Azúcares y carbohidratos**

Representa la principal fuente de energía de toda materia viva, y energía alimentaria para el ser humano, recibe este nombre por su composición química  $CH_2O_n$  a su vez estas se dividen en simples-monosacáridos como frutas, verduras, yogur y complejas polisacárido almidón (menestras) (2).

### **2.3.8. Alimentos ricos en grasa**

Fuente de energía e iniciador para el metabolismo de las prostaglandinas, aportador de componentes esenciales a las células, los lípidos proveen la mayor parte de energía al cuerpo (2).

### **2.3.9. Genética**

La genética es parte de la biología que trata los mecanismos de la herencia biológica a través del ADN, componente, organización, estructura del gen (62). Esta ciencia está encargada de estudiar las formas que heredan los genes de generación en generación (63).

### **2.3.10. Endocrino**

Células secretoras de hormonas que este se rodea por tejido conectivo o conjuntivos que esta proporcionado por vasos

sanguíneos, capilares linfáticos y nervios. Las funciones del cuerpo humano están reguladas por dos sistemas principales que controlan el cuerpo, endocrino y nervioso (64).

#### **2.3.11. Hormona**

Sustancia química que esta secretada por células o tejido, que este ejerce efectos fisiológicos sobre otras células del organismo (64).

#### **2.3.12. Trastorno de conducta alimentaria**

Enfermedad de la Conducta que altera la ingesta de alimentos de una persona, afectando a millones (65). Esto se ve en personas con patrones distorsionados en el acto de comer, caracterizado por comer en exceso o dejar de comer (66).

#### **2.3.13. Ansiedad**

Resultados de no predecir eventos percibidos como negativos, dicho evento hace que la persona se sienta estar a la defensiva. Esta necesidad de estar en guardia es porque la persona no sabe en qué momento afrontar un evento adverso y sintiéndose inseguro de su capacidad (67).

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE INVESTIGACION**

#### **3.1. Hipótesis**

##### **3.1.1. Hipótesis general**

- Los factores de riesgo influyen de manera significativa en el sobrepeso y obesidad en los usuarios de 20 a 49 años, en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, 2020.

##### **3.1.2. Hipótesis específicas**

- La influencia del sexo femenino es significativa en el sobrepeso y la obesidad.
- La influencia del grupo etario de entre 40 a 45 años es significativa en el sobrepeso y la obesidad.
- La influencia de la zona de domicilio urbana es significativa en el sobrepeso y obesidad.
- La influencia del sedentarismo de falta de actividad física diaria es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.
- La influencia del alto consumo de los azúcares y carbohidrato de tipo tubérculos es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.

- La influencia del alto consumo de alimentos ricos en grasa de tipo frituras es fuerte en el sobrepeso y obesidad.
- La influencia del alto consumo de alimentos de origen industrial de tipo harinas procesadas es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.
- La influencia del factor genético hereditario materno es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.
- La influencia del tipo de conducta alimentaria de ingesta excesiva de alimentos es fuerte en el sobrepeso y obesidad.
- La influencia de la ansiedad por comer alimentos grasos es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.

### **3.2. Método**

El estudio es de naturaleza o enfoque cuantitativa, por lo que es hipotético deductivo, en este método la conclusión inicia de la hipótesis o sugeridas de las predicciones empíricas, y si hay relación con los hechos se constata la veracidad, e incluso si la hipótesis de partida son contradictorias son sumamente importante. se puede clasificar como método para la elaboración de conocimientos (68).

### **3.3. Tipo de Investigación**

El tipo de estudio es:

En función al propósito de la investigación es básica, este tipo de investigación el objetivo es recaudar datos e información sobre las propiedades, características, dimensiones de las personas e instituciones

con fines de conocimiento. Este tipo de investigación asimismo se basa en el diagnóstico o levantamiento de datos (69) (70).

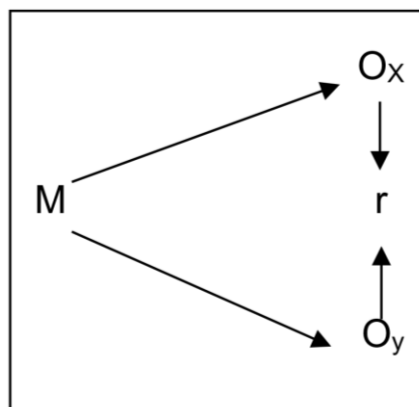
Por el número de veces que se aplique el instrumento de recolección de los datos es transversal, porque recolectan los datos se realizó solo una vez en un solo momento determinado (71).

### 3.4. Nivel o alcance de investigación

El nivel de investigación de este estudio es explicativo, ya que se analizará y explicará la influencia de la variable independiente (Factores de riesgo) en la variable dependiente (sobrepeso y obesidad), centrándose en explicar la causa de un fenómeno y en que naturaleza se presenta (71).

### 3.5. Diseño de investigación

La investigación es no experimental, lo cual la investigación se realiza sin manipular deliberadamente a la variable independiente. Lo cual significa que, se trata de estudios en los que no varían en forma deliberada las variables independientes para ver su consecuencia sobre la variable dependiente (71).



*-Nota: diagrama del diseño correlacional.*

Donde:

**M:** Muestra = Usuarios de 20-49 años con sobrepeso y obesidad que pertenecen a la Micro Red de san Jerónimo.

**Ox:** variable 1 = Factores de riesgo.

**Oy:** variable 2 = Sobrepeso y obesidad.

**r:** Correlación entre variables.

### 3.6. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICION
<b>V. INDEPENDIENTE:</b> <b>Factores de riesgo:</b> Un factor de riesgo, o factor de exposición, es algún evento o fenómeno de cualquier naturaleza a la cual se expone el individuo conllevando a la enfermedad, en un ambiente externo o social, interno o biológico y psicológico (24).	<b>Dimensión 1:</b> Sexo. Es un concepto de clasificación hacia una especie, se habla de mujeres y varones o como género femenino y masculino (60).	<b>1.1</b> Femenino <b>1.2</b> Masculino	Ítem 1	Nominal
	<b>Dimensión 2:</b> Edad. Es la medida del tiempo que se separa desde el momento del nacimiento hasta el momento del estudio (59).	<b>2.1</b> 20-24 años <b>2.2</b> 25-29 años <b>2.3</b> 30-34 años <b>2.4</b> 35-39 años <b>2.5</b> 40-44 años <b>2.6</b> 45-49 años	Ítem 2	Ordinal
	<b>Dimensión 3:</b> Zona de domicilio. Es el lugar de residencia de forma habitual para el ejercicio de sus funciones y de sus derechos (28).	<b>3.1</b> Urbano <b>3.2</b> Urbano marginal <b>3.3</b> Rural	Ítem 3	Nominal

	<p><b>Dimensión 4:</b> Sedentarismo. Es la deficiencia de actividad física de forma regular, por al menos de 30 minutos diarios de ejercicio. Se considera que una persona es sedentaria cuando su gasto energético semanal no supera las 2000 calorías (61).</p>	<p><b>4.1</b> Mayor uso de transporte automotor.  <b>4.2</b> Practicas nulas de deporte.  <b>4.3</b> Inactividad física menor a 30 minutos diarios.</p>	<p>Ítem 4</p>	<p>Nominal</p>
	<p><b>Dimensión 5:</b> Consumo de azucares y carbohidratos. Es la ingesta excesiva de comer de alimentos con altos contenidos de almidón o azucarados aumentando las calorías totales, lo que puede llevar a un aumento de peso (72).</p>	<p><b>5.1</b> Tubérculos, cereales.  <b>5.2</b> harinas refinadas.  <b>5.3</b> Bebidas, refrescos edulcorados, gasificadas.</p>	<p>Ítem 5</p>	<p>Nominal</p>
	<p><b>Dimensión 6:</b> Consumo de alimentos ricas en grasa. Es la ingesta excesiva de comer alimentos con grandes cantidades de contenido de grasa en su composición (73).</p>	<p><b>6.1</b> Carnes rojas.  <b>6.2</b> Grasas de origen animal.  <b>6.3</b> Frituras.</p>	<p>Ítem 6</p>	<p>Nominal</p>
	<p><b>Dimensión 7:</b> Consumo de alimentos de origen industrial. Ingesta excesiva por productos comestibles de tipo procesados o altamente procesados, alterándolos por la edición o introducción de sustancias (46).</p>	<p><b>7.1</b> Embutidos.  <b>7.2</b> harinas procesadas, pastas.  <b>7.3</b> Grasas industriales.</p>	<p>Ítem 7</p>	<p>Nominal</p>

	<p><b>Dimensión 8:</b> Genético. La genética es parte de la biología que trata los mecanismos de la herencia biológica a través del ADN, como componente, organización y estructura del gen (62).</p>	<p><b>8.1</b> Antecedentes familiares paternos.  <b>8.2</b> Antecedentes familiares maternos.</p>	Ítem 8	Nominal
	<p><b>Dimensión 9:</b> Conducta alimentaria. Enfermedad de la Conducta que altera la ingesta de alimentos de una persona, afectando a millones (65). Esto se ve en personas con patrones distorsionados en el acto de comer, caracterizado por comer en exceso o dejar de comer (66).</p>	<p><b>9.1</b> Cantidad elevada del consumo de alimentos.  <b>9.2</b> Número elevado de veces de consumo de alimentos (mayor a 3).</p>	Ítem 9	Nominal
	<p><b>Dimensión 10:</b> Ansiedad. Resultados de no predecir eventos percibidos como negativos, dicho evento hace que la persona se sienta estar a la defensiva. Esta necesidad de estar en guardia es porque la persona no sabe en qué momento afrontar un evento adverso y sintiéndose inseguro de su capacidad (67).</p>	<p><b>10.1</b> Deseo excesivo de querer comer alimentos azucarados.  <b>10.2</b> Deseo excesivo de querer comer alimentos grasos, salados.</p>	Ítem 10	Nominal
<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b>  Sobrepeso y Obesidad: La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación inaudita o excesiva de grasa corporal que puede ser nocivo para la salud de la persona. Una forma sencilla de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC). (54)</p>	<p><b>Dimensión 1:</b> IMC. índice de masa corporal (IMC), es el cálculo que se realiza dividiendo el peso (en kg) dividido entre la talla al cuadrado (en metros)(54).</p>	<p><b>1.1</b> 25-29: Sobrepeso  <b>1.2</b> 30-34: Obesidad I  <b>1.3</b> 35-39: Obesidad grado II  <b>1.4</b> ≥40: obesidad grado III</p>	Ítem 1	Ordinal

### 3.7. Población, muestra y muestreo

#### 3.7.1 Población:

De acuerdo con el informe brindado por la Dirección de Salud Apurímac II, los casos de obesidad y problemas de hiperalimentación en el año 2019 son de 892 usuarios con edades entre 20 años hasta los 49 años de ambos sexos de la Microred de San Jerónimo – Andahuaylas. El trabajo de la población del estudio se dará con mencionado dato.

#### 3.7.2. Muestra:

Para contar con la proporción de la muestra del estudio se utilizó la siguiente formula (74). *Anexo 4*

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de la formula, fueron 282 usuarios de la Micro Red de San Jerónimo quienes participaron del estudio.

El muestreo es de tipo probabilístico.

**Criterios de Inclusión:** los participantes del estudio fueron aquellas personas que reciben atención en los establecimientos de salud de la Micro Red San Jerónimo.

**Criterios de Exclusión:** No participaron del estudio aquellas personas que, no son participes o no cuenten con seguro de salud correspondientes a los puestos de salud, pertenecientes a la Micro Red de San Jerónimo.

### **3.8. Técnicas e instrumento**

#### **3.8.1 Técnica**

La recolección de datos para medir la variable independiente (factores de riesgo), se utilizó la encuesta, mientras tanto para medir la variable dependiente (sobre peso y obesidad) se utilizó la observación.

#### **3.8.2 Instrumento**

Para la variable “Factores de riesgo” se elaboró un cuestionario vasado en el marco teórico, asimismo se validó el cuestionario a través del juicio de expertos (anexo 5). Este cuestionario está constituido por 10 dimensiones el cual se divide en: factores de riesgo de ambiente interno que consta de las dimensiones (1,2,8,9,10), y los factores de riesgo de ambiente externo consta de 5 dimensiones (3,4,5,6,7).

El segundo instrumento utilizado se denomina ficha de observación: Para determinar el sobrepeso y obesidad se utilizó la formula del IMC (BMI) también llamado Índice de Quetelet. con lo que se llenó una ficha de observación (75). Este instrumento ofrece un perfil de valoración del índice de masa corporal del individuo. Consta de 1 dimensión y se divide en 4 ítems el cual son: sobrepeso, obesidad de grado I, obesidad de grado II, obesidad de grado III.

### **3.9. Consideraciones éticas**

La aplicación de la encuesta, se empleó el consentimiento informado, donde se detalló la información necesaria de la investigación. El cuestionario fue de forma anónima. Ver ANEXO 2.

### **3.10. Procedimiento estadístico**

Una vez que se aplicó los instrumentos de recolección de datos, el procesamiento estadístico se realizó en la última versión del programa SPSS-25, con los que se elaborara las tablas, y los resultados, a su vez se analizaron y se discutieron los resultados de acuerdo con el marco teórico. Para la prueba de hipótesis se utilizó el estadígrafo de la prueba exacta de Fisher y también para medir la correlación estadística entre ambas variables, el nivel de significancia es de 0.05 y el nivel de confianza al 95%.

## CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Resultados

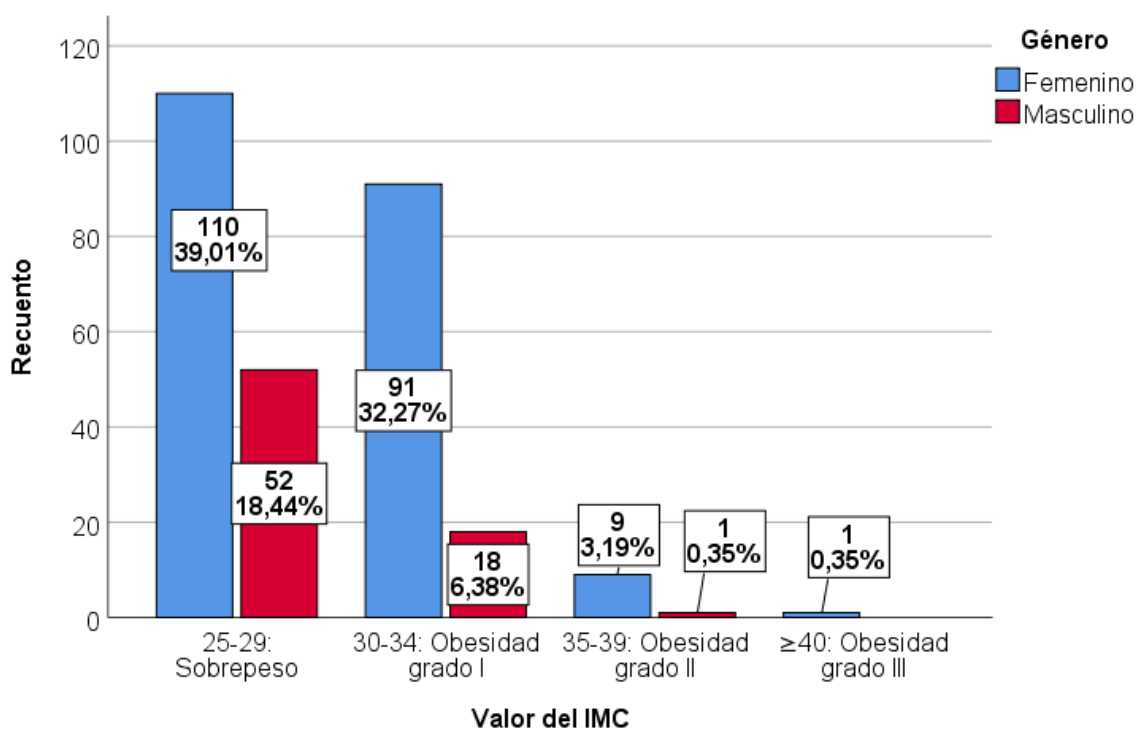
**TABLA 1. Influencia del género en el sobrepeso u obesidad.**

			Genero		Total
			Femenino	Masculino	
Valor del IMC	25<30: Sobrepeso	Recuento	110	52	162
		% dentro de Valor del IMC	67,9%	32,1%	100,0%
		% dentro de Genero	52,1%	73,2%	57,4%
		% del total	39,0%	18,4%	57,4%
	30<35: Obesidad grado I	Recuento	91	18	109
		% dentro de Valor del IMC	83,5%	16,5%	100,0%
		% dentro de Genero	43,1%	25,4%	38,7%
		% del total	32,3%	6,4%	38,7%
	35<40: Obesidad grado II	Recuento	9	1	10
		% dentro de Valor del IMC	90,0%	10,0%	100,0%
		% dentro de Genero	4,3%	1,4%	3,5%
		% del total	3,2%	0,4%	3,5%
	≥40: Obesidad grado III	Recuento	1	0	1
		% dentro de Valor del IMC	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Genero	0,5%	0,0%	0,4%
		% del total	0,4%	0,0%	0,4%
Total		Recuento	211	71	282
		% dentro de Valor del IMC	74,8%	25,2%	100,0%

	<b>% dentro de Género</b>	100,0%	100,0%	100,0%
	<b>% del total</b>	74,8%	25,2%	100,0%

- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

**FIGURA 1. Influencia del género en el sobrepeso u obesidad.**



- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

En la tabla y figura N° 1 del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el grupo de personas diagnosticadas con sobrepeso (IMC de 25 a 29) se muestra que el 39,0% (110) son del sexo femenino, el 18,4% (52) son del sexo masculino, Así mismo el grupo diagnosticado con obesidad de grado I (IMC 30-34) el 32,3% (91) son del sexo femenino, el 6,4% (18) son del sexo masculino. Otros grados de obesidad tienen menor proporción porcentual del género.

En la tabla N° 1 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC de 25 a 29), de ellos el

67,9% (110) pertenecen al sexo femenino y el 32,1% (52) pertenecen al sexo masculino.

Del mismo modo del total de participantes 100% (282), el 38,7% (109) tienen obesidad de grado I (IMC de 30-34), de ellos el 83,5% (91) son del sexo femenino y el 16,5% (18) son del sexo masculino.

Asimismo, del 100% (282) de participantes, el 3,5% (10) tienen obesidad grado II, de las cuales el 90% (9) pertenece al género femenino y el 10% (1) pertenece al sexo masculino.

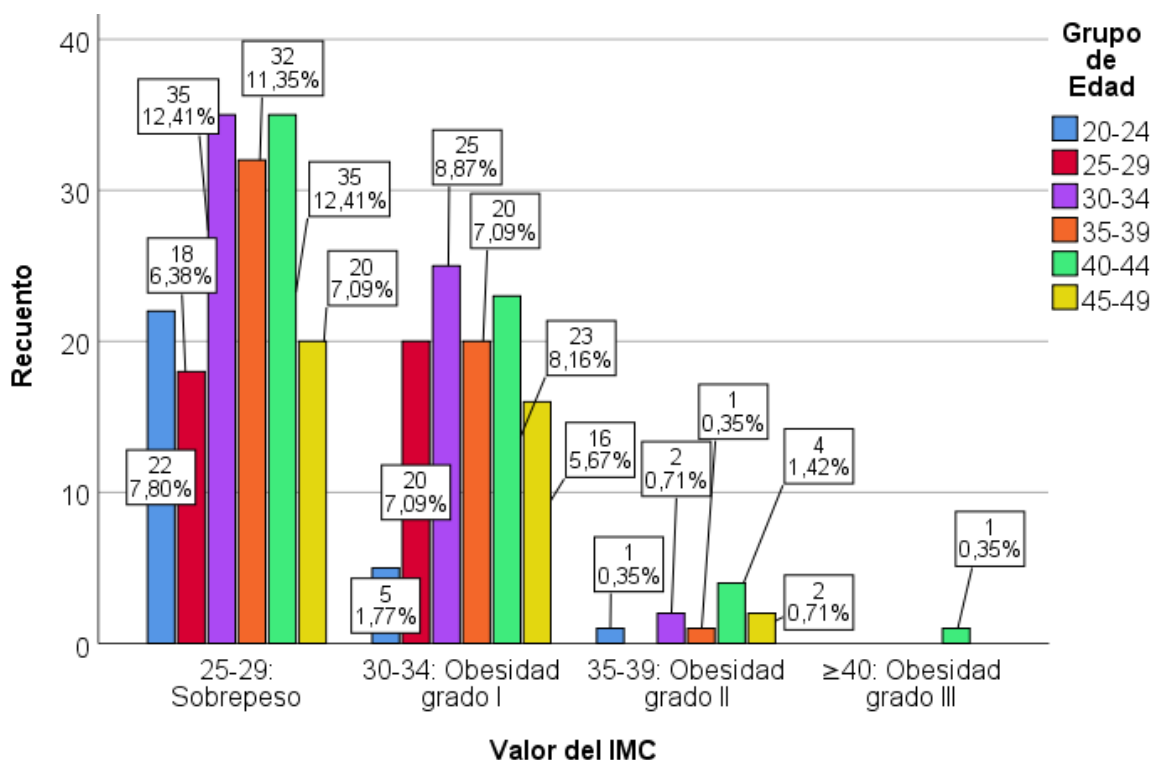
Del mismo modo del 100% (282) de participantes el 0,4% (1) tiene obesidad de grado III (IMC  $\geq 40$ ) De las cuales el 100% (1) pertenecen al sexo femenino.

**TABLA 2. La edad y su influencia en el sobrepeso u obesidad.**

			Grupo de Edad					Total	
			20-24	25-29	30-34	35-39	40-44		45-49
Valor del IMC	25-29: Sobrepeso	Recuento	22	18	35	32	35	20	162
		% Valor del IMC	13,6%	11,1%	21,6%	19,8%	21,6%	12,3%	100,0%
		% Grupo de Edad	78,6%	47,4%	56,5%	60,4%	55,6%	52,6%	57,4%
		% del total	7,8%	6,4%	12,4%	11,3%	12,4%	7,1%	57,4%
	30-34: Obesidad grado I	Recuento	5	20	25	20	23	16	109
		% Valor del IMC	4,6%	18,3%	22,9%	18,3%	21,1%	14,7%	100,0%
		% Grupo de Edad	17,9%	52,6%	40,3%	37,7%	36,5%	42,1%	38,7%
		% del total	1,8%	7,1%	8,9%	7,1%	8,2%	5,7%	38,7%
	35<40: Obesidad grado II	Recuento	1	0	2	1	4	2	10
		% Valor del IMC	10,0%	0,0%	20,0%	10,0%	40,0%	20,0%	100,0%
		% Grupo de Edad	3,6%	0,0%	3,2%	1,9%	6,3%	5,3%	3,5%
		% del total	0,4%	0,0%	0,7%	0,4%	1,4%	0,7%	3,5%
	≥40: Obesidad grado III	Recuento	0	0	0	0	1	0	1
		% Valor del IMC	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Grupo de Edad	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	0,0%	0,4%
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
Total	Recuento	28	38	62	53	63	38	282	
	% Valor del IMC	9,9%	13,5%	22,0%	18,8%	22,3%	13,5%	100,0%	
	% Grupo de Edad	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0%	
	% del total	9,9%	13,5%	22,0%	18,8%	22,3%	13,5%	100,0%	

- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

**FIGURA 2. La edad y su influencia en el sobrepeso u obesidad.**



- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

En la tabla y figura N° 2 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 12,4% (35) tienen sobrepeso (IMC de 25 a 29) y tienen edades entre 30-34 años, del mismo modo en edades de 40-44 años, el 11,3% (32) tienen edades entre 35-39 años, y otro en menor proporción. Así mismo el 8,9% (25) tienen obesidad de grado I (IMC de 30 a 34) y están en edades de entre 30-34 años, y el 7,1% (20) están en edades de entre 40-44 años, y otro en menor proporción porcentual. Por otro lado, el 1,4% (4) tienen obesidad de grado II (IMC de 35 a 39) y están en edades de entre 40-44 años. Otros grados de obesidad están en menor proporción porcentual.

En la tabla N° 2 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC de 25-29), de ellos el 21,6% (35) tienen edades de entre 30 y 34 años, del mismo modo el 21,6% (35)

Tienen edades entre 40 y 44 años y el 19, 8% (32) Tienen edades entre 35 y 39 años, Y otros grupos etarios se encuentran en menor proporción porcentual.

Asimismo, del 100% (282) del total de participantes, el 38,7% (109) tiene obesidad de grado I (IMC de 30-34), de las cuales el 22,9% (25) Se encuentran entre en edades de 30 a 34 años, así mismo el 21,1% (23) se encuentra en edades de 40-44 años y el 18, 3% Se encuentra entre las edades de 35 a 39 años. Y los otros grupos etarios se encuentran en menor proporción porcentual.

Por otra parte, del 100% (282) de participantes, el 3,5% (10) tiene obesidad de grado II (IMC 35-49), de ellos el 40% (4) Se encuentran en edades de 40 a 44 años, seguido a esto el 20% (2) se encuentran en edades de 30 a 34 años y los otros grupos etarios se encuentran en menor proporción porcentual.

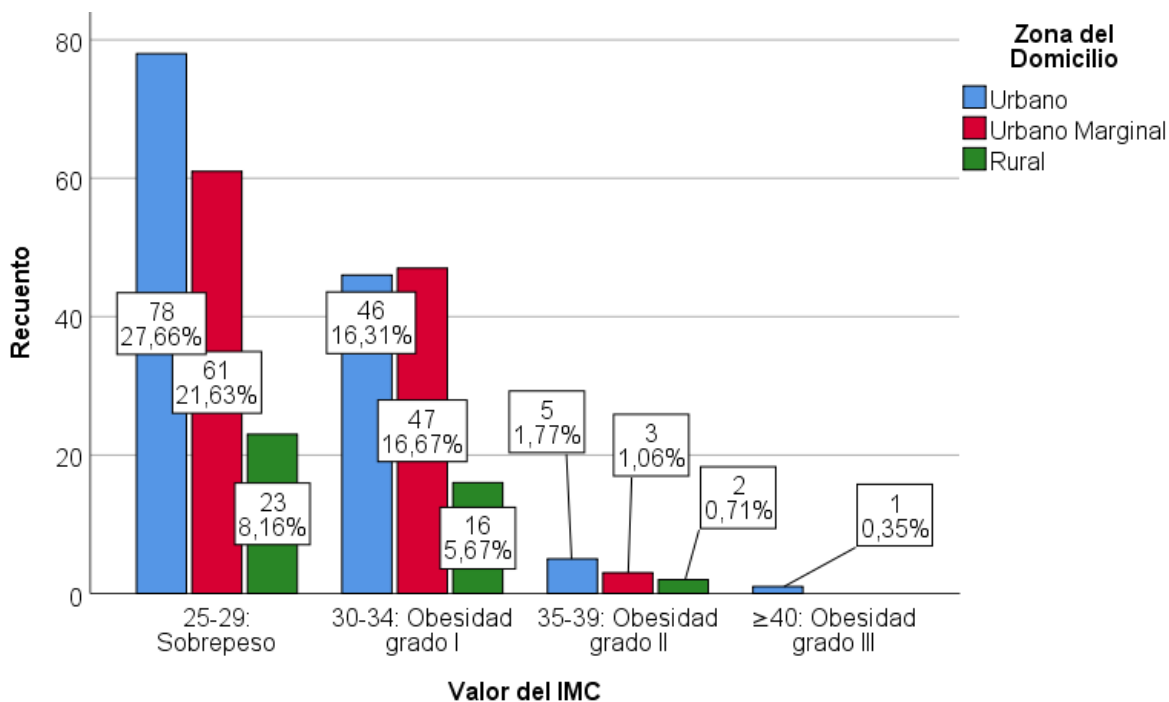
Por otra parte, del 100% (282) de participantes, El 0,4% (1) Tiene obesidad de grado III (IMC  $\geq 40$ ) de ello el 100% (1) Tiene edad en promedio de 40 a 44 años, Y los otros grupos etarios se encuentran en 0,0% (0).

**TABLA 3. Influencia de la zona de domicilio en el sobrepeso u obesidad.**

			Zona del Domicilio			Total
			Urbano	Urbano Marginal	Rural	
Valor del IMC	25<30: Sobrepeso	Recuento	78	61	23	162
		% Valor del IMC	48,1%	37,7%	14,2%	100,0%
		% Zona del Domicilio	60,0%	55,0%	56,1%	57,4%
		% del total	27,7%	21,6%	8,2%	57,4%
	30<35: Obesidad grado I	Recuento	46	47	16	109
		% Valor del IMC	42,2%	43,1%	14,7%	100,0%
		% Zona del Domicilio	35,4%	42,3%	39,0%	38,7%
		% del total	16,3%	16,7%	5,7%	38,7%
	35<40: Obesidad grado II	Recuento	5	3	2	10
		% Valor del IMC	50,0%	30,0%	20,0%	100,0%
		% Zona del Domicilio	3,8%	2,7%	4,9%	3,5%
		% del total	1,8%	1,1%	0,7%	3,5%
	≥40: Obesidad grado III	Recuento	1	0	0	1
		% Valor del IMC	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% Zona del Domicilio	0,8%	0,0%	0,0%	0,4%
		% del total	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%
Total	Recuento	130	111	41	282	
	% Valor del IMC	46,1%	39,4%	14,5%	100,0%	
	% Zona del Domicilio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	46,1%	39,4%	14,5%	100,0%	

- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

**FIGURA 3. Influencia de la zona de domicilio en el sobrepeso u obesidad.**



- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

En la tabla y figura N° 3 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el grupo de personas diagnosticadas con sobrepeso (IMC de 25 a 29) se muestra que el 27,7% (78) son de la zona urbana, el 21,6% son de la zona urbana marginal y el 8,2% (23) son de la zona rural. Así mismo el grupo diagnosticado con obesidad de grado I (IMC 30-34) el 16,7% (47) son de la zona urbano marginal, el 16,3% (46) son de la zona urbana y el 5,7% (16) son de la zona rural. Del mismo modo el grupo de personas diagnosticadas con obesidad de grado II (IMC 35-39) el 1,8% (5) son de la zona urbana, el 1,1% son de la zona urbana marginal y el 0,1% (2) son de la zona rural. En cuanto al grupo de personas diagnosticadas con obesidad de grado III (IMC  $\geq$  40) el 0,4% (1) es de la zona urbana.

En la tabla N° 3 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC 25-29), de ello el 48,1% (78) residen en la zona urbana, el 37,7% (61) residen en a la zona urbana marginal y el 14,2% (23) residen en la zona rural.

Así mismo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 38,7% (109) tienen obesidad de grado I (IMC 30-34), de ello el 42,3% (47) viven en la zona urbano marginal, el 35,4% (46) residen en la zona urbana y el 39% (16) reside en la zona rural.

Por otro lado, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 3,5% (10) tienen obesidad de grado II (IMC 35-39), de ello el 50,0% (5) viven en la zona urbano, el 30,0% (3) residen en la zona urbana marginal y el 20,0% (2) reside en la zona rural.

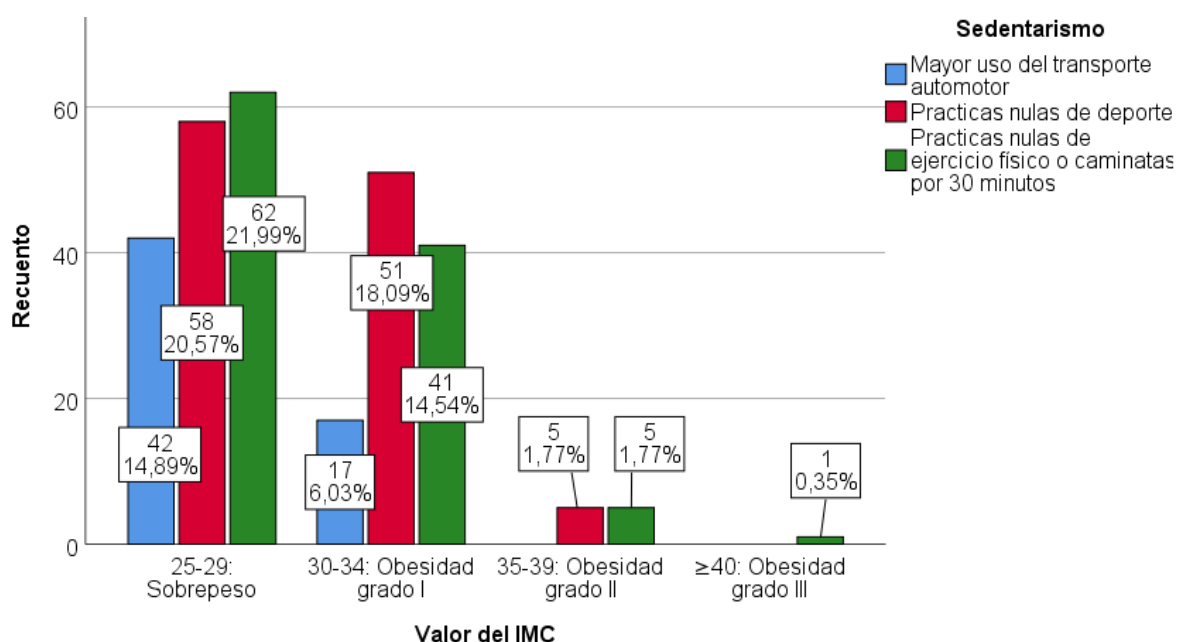
Del mismo modo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 0,4% (1) tienen obesidad de grado III (IMC  $\geq 40$ ), de ello el 100,0% (1) viven en la zona urbana.

**TABLA 4. Influencia del sedentarismo en el sobrepeso u obesidad.**

			Sedentarismo			Total
			Mayor uso del transporte automotor	Prácticas nulas de deporte	Prácticas nulas de ejercicio físico o caminatas por 30 minutos	
Valor del IMC	25<30: Sobrepeso	Recuento	42	58	62	162
		% Valor del IMC	25,9%	35,8%	38,3%	100,0%
		% de sedentarismo	71,2%	50,9%	56,9%	57,4%
		% del total	14,9%	20,6%	22,0%	57,4%
	30<35: Obesidad grado I	Recuento	17	51	41	109
		% Valor del IMC	15,6%	46,8%	37,6%	100,0%
		% de sedentarismo	28,8%	44,7%	37,6%	38,7%
		% del total	6,0%	18,1%	14,5%	38,7%
	35<40: Obesidad grado II	Recuento	0	5	5	10
		% Valor del IMC	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% de sedentarismo	0,0%	4,4%	4,6%	3,5%
		% del total	0,0%	1,8%	1,8%	3,5%
	≥40: Obesidad grado III	Recuento	0	0	1	1
		% Valor del IMC	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% de sedentarismo	0,0%	0,0%	0,9%	0,4%
		% del total	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%
Total	Recuento	59	114	109	282	
	% Valor del IMC	20,9%	40,4%	38,7%	100,0%	
	% de sedentarismo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	20,9%	40,4%	38,7%	100,0%	

- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

**FIGURA 4. Influencia del sedentarismo en el sobrepeso u obesidad.**



- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

En la tabla y figura N° 4 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el grupo de personas diagnosticadas con sobrepeso (IMC de 25 a 29) se muestra que el 20,0% (62) hace practicas nulas de ejercicio físico o caminatas por al menos 30 minutos al día, el 20,6% (58) hace practicas nula de deporte y el 14,9% (42) hace mayor uso del transporte automotor para poder movilizarse. Así mismo el grupo diagnosticado con obesidad de grado I (IMC 30-34) el 18,1% (51) hace practicas nula de deporte, el 14,5% (41) hace practicas nulas de ejercicio físico o caminatas por al menos 30 minutos al día y el 6,0% (17) hace mayor uso del transporte automotor para poder movilizarse. Otros grupos de grado de obesidad tienen menor proporción porcentual.

En la tabla y figura N° 4 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC 25-29), de ello

el 38,3% (62) hace practicas nulas de ejercicio físico o caminatas por 30 minutos, el 35,8% (58) hace practicas nulas de deporte y el 25,9% (42) hace mayor uso del transporte automotor, para poder movilizarse.

Así mismo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 38,7% (109) tienen obesidad de grado I (IMC 30-34), de ello el 46,8% (51) hace practicas nulas de deporte, el 37,6% (41) hace practicas nulas de ejercicio físico o caminatas por 30 minutos y el 15,6% (17) hace mayor uso del transporte automotor, para poder movilizarse.

Por otro lado, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 3,5% (10) tienen obesidad de grado II (IMC 35-39), de ello el 50,0% (5) hace practicas nulas de ejercicio físico o caminatas por 30 minuto, el 50,0% (5) hace practicas nulas de deporte y el 0,0% (0) hace mayor uso del transporte automotor, para poder movilizarse.

Del mismo modo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 0,4% (1) tienen obesidad de grado III (IMC  $\geq 40$ ), de ello el 100,0% (1) hace practicas nulas de ejercicio físico o caminatas por 30 minutos.

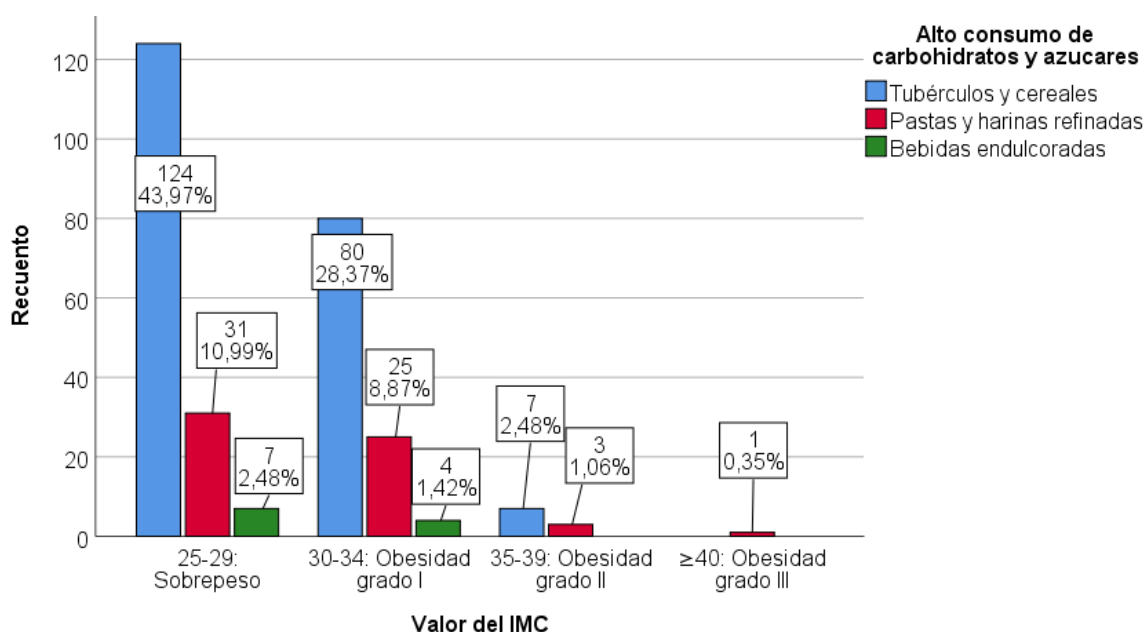
**TABLA 5. Alto consumo de carbohidratos y azúcares y su influencia en el sobrepeso y obesidad.**

			Alto consumo de carbohidratos y azúcares			Total
			Tubérculos y cereales	Pastas y harinas refinadas	Bebidas edulcoradas	
Valor del IMC	25<30: Sobrepeso	Recuento	124	31	7	162
		% Valor del IMC	76,5%	19,1%	4,3%	100,0%
		% Alto consumo de carbohidratos y azúcares	58,8%	51,7%	63,6%	57,4%
		% del total	44,0%	11,0%	2,5%	57,4%
	30<35: Obesidad grado I	Recuento	80	25	4	109
		% Valor del IMC	73,4%	22,9%	3,7%	100,0%
		% Alto consumo de carbohidratos y azúcares	37,9%	41,7%	36,4%	38,7%
		% del total	28,4%	8,9%	1,4%	38,7%
	35<40: Obesidad grado II	Recuento	7	3	0	10
		% Valor del IMC	70,0%	30,0%	0,0%	100,0%
		% Alto consumo de carbohidratos y azúcares	3,3%	5,0%	0,0%	3,5%
		% del total	2,5%	1,1%	0,0%	3,5%
	≥40: Obesidad grado III	Recuento	0	1	0	1
		% Valor del IMC	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% Alto consumo de carbohidratos y azúcares	0,0%	1,7%	0,0%	0,4%
		% del total	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
Total		Recuento	211	60	11	282
		% Valor del IMC	74,8%	21,3%	3,9%	100,0%

	<b>% Alto consumo de carbohidratos y azucares</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	<b>% del total</b>	74,8%	21,3%	3,9%	100,0%

- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

**FIGURA 5. Alto consumo de carbohidratos y azucares y su influencia en el sobrepeso u obesidad.**



- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

En la tabla y figura N° 5 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el grupo de personas diagnosticadas con sobrepeso (IMC de 25 a 29) se muestra que el 44,0% (124) consume con mucha frecuencia tubérculos y cereales, el 11,0% (31) consume con mucha frecuencia pastas y harinas refinadas y el 2,5% (7) consume bebidas gasificadas y endulcoradas. Así mismo el grupo diagnosticado con obesidad de grado I (IMC 30-34) el 28,4% (80) consume con mucha frecuencia tubérculos y cereales, el 8,9% (25) consume con mucha frecuencia pastas y harinas

refinadas y el 1,4% (4) consume bebidas gasificadas y edulcoradas. Otros grupos de obesidad tienen menor proporción porcentual.

En la tabla N° 5 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC 25-29), de ello el 76,5% (124) consume carbohidratos de tipo tubérculos y cereales, el 19,1% (31) consume carbohidratos de tipo harinas procesadas y pastas, el otro tipo de consumo de azúcar tiene menor proporción porcentual.

Así mismo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 38,7% (109) tienen obesidad de grado I (IMC 30-34), de ello el 73,4% (80) consume carbohidratos de tipo tubérculos y cereales, el 22,9% (25) consume carbohidratos de tipo harinas procesadas y pastas, y el otro tipo de consumo de azúcar tiene menor proporción porcentual.

Por otro lado, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 3,5% (10) tienen obesidad de grado II (IMC 35-39), de ello el 70,0% (7) consume carbohidratos de tipo tubérculos y cereales, el 30,0% (3) consume carbohidratos de tipo harinas procesadas y pastas, y el otro tipo de consumo de azúcar tiene menor proporción porcentual.

Del mismo modo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 0,4% (1) tienen obesidad de grado III (IMC  $\geq 40$ ), de ello el 100,0% (1) consume carbohidratos de tipo harinas procesadas y pastas.

En la tabla N° 5 se muestra la alta prevalencia de consumo de carbohidratos sobre todo en alimentos de tipo tubérculos como la papa olluco, entre otros

que se encuentran en la zona, a su vez también están incluidos los cereales como el maíz, trigo, frijol etc.

A su vez se puede identificar gran parte de la población diagnosticada con sobrepeso consumen con mayor frecuencia entre tubérculos y cereales.

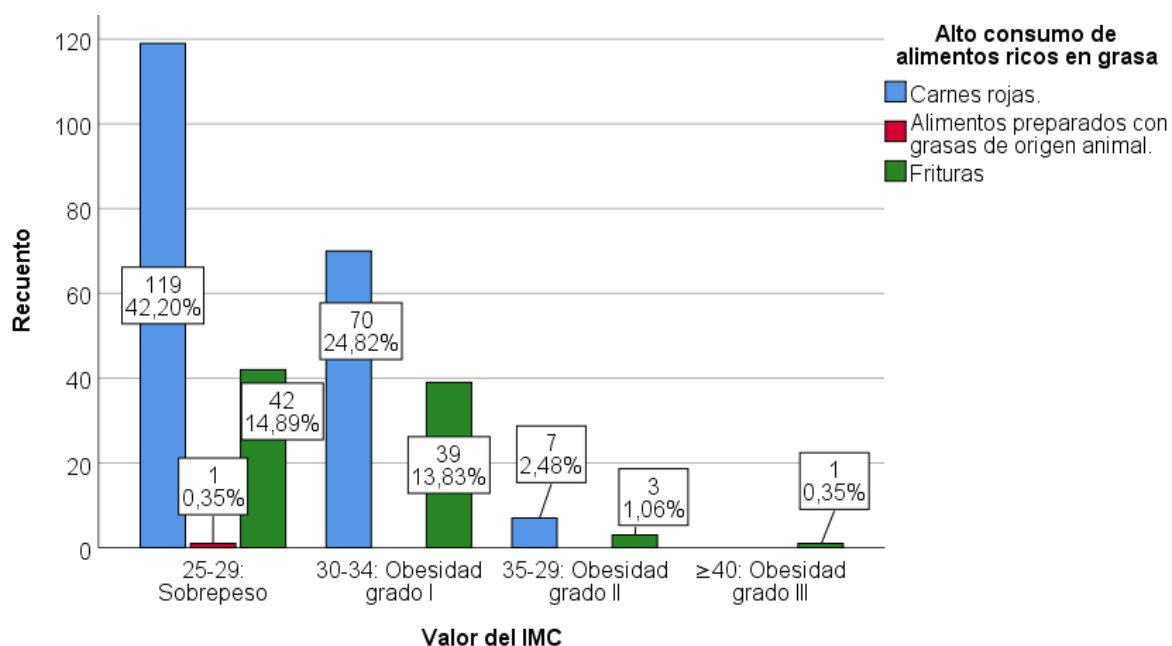
Este tipo de alimentación de tubérculos y cereales se basa en la accesibilidad de la zona y del distrito de San Jerónimo, ya que gran parte de la economía local se mueve en base de la agricultura.

**TABLA 6. Alto consumo alimentos ricos en grasa y su influencia en el sobrepeso y obesidad.**

			Alto consumo de alimentos ricos en grasa			Total
			Carnes rojas	Grasas de origen animal	Frituras	
Valor del IMC	25<30: Sobrepeso	Recuento	119	1	42	162
		% Valor del IMC	73,5%	0,6%	25,9%	100,0%
		% Alto consumo de alimentos ricos en grasa	60,7%	100,0%	49,4%	57,4%
		% del total	42,2%	0,4%	14,9%	57,4%
	30<35: Obesidad grado I	Recuento	70	0	39	109
		% Valor del IMC	64,2%	0,0%	35,8%	100,0%
		% Alto consumo de alimentos ricos en grasa	35,7%	0,0%	45,9%	38,7%
		% del total	24,8%	0,0%	13,8%	38,7%
	35<40: Obesidad grado II	Recuento	7	0	3	10
		% Valor del IMC	70,0%	0,0%	30,0%	100,0%
		% Alto consumo de alimentos ricos en grasa	3,6%	0,0%	3,5%	3,5%
		% del total	2,5%	0,0%	1,1%	3,5%
	≥40: Obesidad grado III	Recuento	0	0	1	1
		% Valor del IMC	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% Alto consumo de alimentos ricos en grasa	0,0%	0,0%	1,2%	0,4%
		% del total	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%
Total	Recuento	196	1	85	282	
	% Valor del IMC	69,5%	0,4%	30,1%	100,0%	
	% Alto consumo de alimentos ricos en grasa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	69,5%	0,4%	30,1%	100,0%	

- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

**FIGURA 6. Alto consumo de alimentos ricos en grasa y su influencia en el sobrepeso u obesidad.**



- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

En la tabla y figura N° 6 del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el grupo de personas diagnosticadas con sobrepeso (IMC de 25 a 29) se muestra que el 42,2% (119) consume con mucha frecuencia carnes rojas, el 14,9% (42) consume con mucha frecuencia frituras y el 0,4% (1) consume alimentos preparados con grasas de origen animal. Así mismo el grupo diagnosticado con obesidad de grado I (IMC 30-34) el 24,2% (70) consume con mucha frecuencia carnes rojas, el 13,8% (39) consume con mucha frecuencia frituras. Otros grupos de obesidad tienen menor proporción porcentual.

En la tabla N° 6 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC 25-29), de ello el 73,5% (119) consume altamente alimentos con alto contenido de grasas de tipo

carnes rojas, el 25,9% (42) consumen alimentos grasos de tipo frituras, el otro tipo de consumo de alimentos ricos en grasa tiene menor proporción porcentual.

Así mismo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 38,7% (109) tienen obesidad de grado I (IMC 30-34), de ello el 64,2% (70) consume altamente alimentos con alto contenido de grasas de tipo carnes rojas, el 35,8% (39) consumen alimentos grasos de tipo frituras, el otro tipo de consumo de alimentos ricos en grasa tiene menor proporción porcentual.

Por otro lado, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 3,5% (10) tienen obesidad de grado II (IMC 35-39), de ello el 70,0% (7) consume altamente alimentos con alto contenido de grasas de tipo carnes rojas, el 30,0% (3) consumen alimentos grasos de tipo frituras, el otro tipo de consumo de alimentos ricos en grasa tiene menor proporción porcentual.

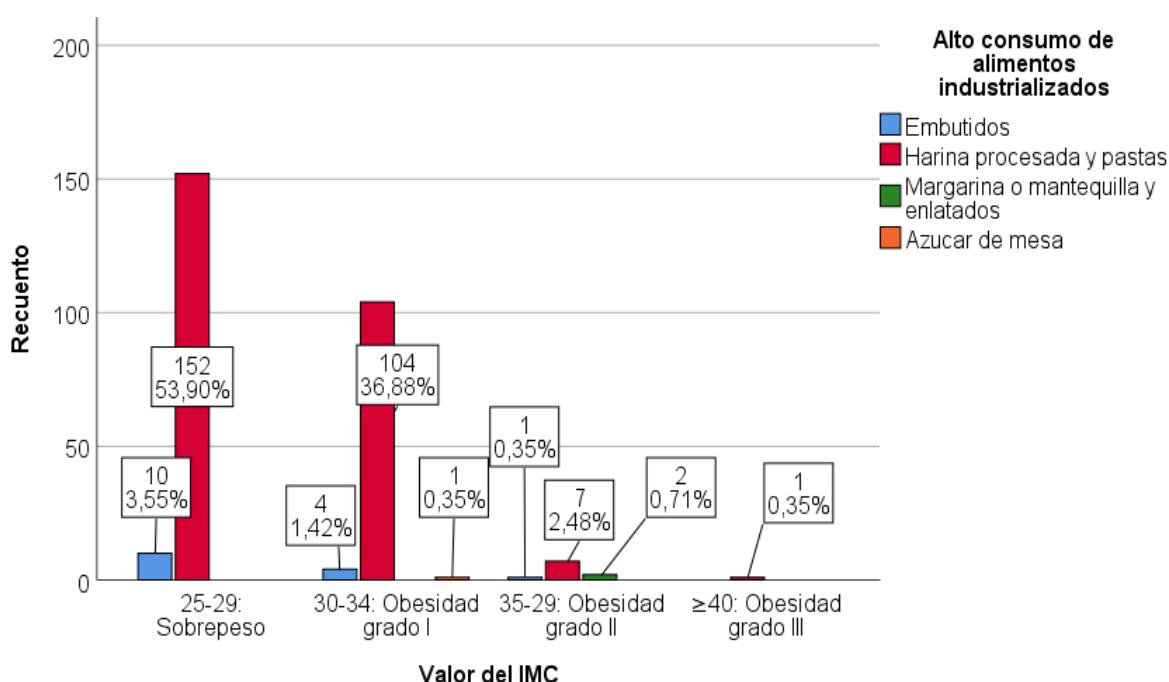
Del mismo modo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 0,4% (1) tienen obesidad de grado III (IMC  $\geq 40$ ), de ello el 100,0% (1) consumen alimentos grasos de tipo frituras.

**TABLA 7. Alto consumo de alimentos industrializados y su influencia en el sobrepeso u obesidad.**

			Alto consumo de alimentos industrializados			
			Embutidos	Harina procesada y pastas	Margarina o mantequilla y enlatados	Total
Valor del IMC	25<30: Sobrepeso	Recuento	10	152	0	162
		% Valor del IMC	6,2%	93,8%	0,0%	100,0 %
		% Alto consumo de alimentos industrializados	66,7%	57,6%	0,0%	57,4%
		% del total	3,5%	53,9%	0,0%	57,4%
	30<35: Obesidad grado I	Recuento	4	104	0	109
		% Valor del IMC	3,7%	95,4%	0,0%	100,0 %
		% Alto consumo de alimentos industrializados	26,7%	39,4%	0,0%	38,7%
		% del total	1,4%	36,9%	0,0%	38,7%
	35<40: Obesidad grado II	Recuento	1	7	2	10
		% Valor del IMC	10,0%	70,0%	20,0%	100,0 %
		% Alto consumo de alimentos industrializados	6,7%	2,7%	100,0%	3,5%
		% del total	0,4%	2,5%	0,7%	3,5%
	≥40: Obesidad grado III	Recuento	0	1	0	1
		% Valor del IMC	0,0%	100,0%	0,0%	100,0 %
		% Alto consumo de alimentos industrializados	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
		% del total	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
Total	Recuento	15	264	2	282	
	% Valor del IMC	5,3%	93,6%	0,7%	100,0 %	
	% Alto consumo de alimentos industrializados	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	
	% del total	5,3%	93,6%	0,7%	100,0 %	

- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

**FIGURA 7. Alto consumo de alimentos industrializados y su influencia en el sobrepeso y obesidad.**



- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

En la tabla y figura N° 7 del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el grupo de personas diagnosticadas con sobrepeso (IMC de 25 a 29) se muestra que el 53,9% (152) consume con mucha frecuencia harinas procesadas y pastas, el 3,5% (10) consume frecuentemente embutidos. Así mismo el grupo diagnosticado con obesidad de grado I (IMC 30-34) el 36,9% (4) consume frecuentemente embutidos. Otros grupos de obesidad tienen menor proporción porcentual de consumo de alimentos industrializados.

En la tabla N° 7 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC 25-29), de ello el 93,8% (152) consume altamente alimentos procesados de tipo harinas refinadas, procesadas y pastas, los otros tipos de alto consumo de alimentos industrializados tiene menor proporción porcentual.

Así mismo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 38,7% (109) tienen obesidad de grado I (IMC 30-34), de ello el 95,4% (104) consume altamente alimentos procesados de tipo harinas refinadas, procesadas y pastas, los otros tipos de alto consumo de alimentos industrializados tiene menor proporción porcentual.

Por otro lado, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 3,5% (10) tienen obesidad de grado II (IMC 35-39), de ello el 70,0% (7) consume altamente alimentos procesados de tipo harinas refinadas, procesadas y pastas, los otros tipos de alto consumo de alimentos industrializados tiene menor proporción porcentual.

Del mismo modo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 0,4% (1) tienen obesidad de grado III (IMC  $\geq 40$ ), de ello el 100,0% (1) consume altamente alimentos procesados de tipo harinas refinadas, procesadas y pastas.

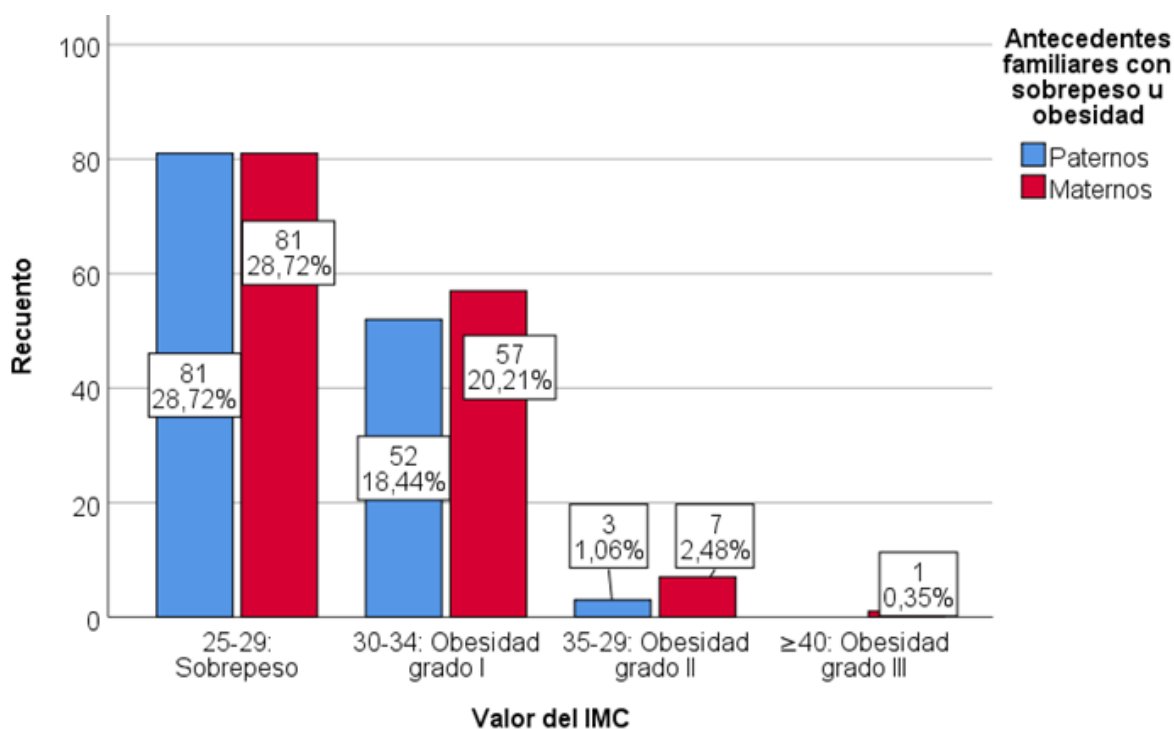
La tabla N° 7 muestra que la mayor prevalencia de consumo de alimentos industrializados se encuentra en los de tipo harinas procesadas y pastas esto demuestra que el sobrepeso y obesidad se debe al alto consumo de calorías. A su vez se muestra que los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad de grado 1, consumen alimentos industriales como harinas refinadas, procesadas y las pastas.

**TABLA 8. Factor genético y su influencia en el sobrepeso y obesidad.**

			Antecedente genético		Total
			Paternos	Maternos	
Valor del IMC	25<30: Sobrepeso	Recuento	81	81	162
		% Valor del IMC	50,0%	50,0%	100,0%
		% Antecedentes familiares	59,6%	55,5%	57,4%
		% del total	28,7%	28,7%	57,4%
	30<35: Obesidad grado I	Recuento	52	57	109
		% Valor del IMC	47,7%	52,3%	100,0%
		% Antecedentes familiares	38,2%	39,0%	38,7%
		% del total	18,4%	20,2%	38,7%
	35<40: Obesidad grado II	Recuento	3	7	10
		% Valor del IMC	30,0%	70,0%	100,0%
		% Antecedentes familiares	2,2%	4,8%	3,5%
		% del total	1,1%	2,5%	3,5%
	≥40: Obesidad grado III	Recuento	0	1	1
		% Valor del IMC	0,0%	100,0%	100,0%
		% Antecedentes familiares	0,0%	0,7%	0,4%
		% del total	0,0%	0,4%	0,4%
Total	Recuento	136	146	282	
	% Valor del IMC	48,2%	51,8%	100,0%	
	% Antecedentes familiares	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	48,2%	51,8%	100,0%	

- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

**FIGURA 8. Factor genético y su influencia en el sobrepeso y obesidad.**



- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

En la tabla y figura N° 8 del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el grupo de personas diagnosticadas con sobrepeso (IMC de 25 a 29) se muestra que el 28,7% (81) tiene antecedentes hereditarios paternos de sobrepeso u obesidad, del mismo modo tiene antecedentes hereditarios maternos, Así mismo el grupo diagnosticado con obesidad de grado I (IMC 30-34) el 20,2% (57) tiene antecedentes hereditarios maternos de sobrepeso u obesidad. el 18,4% (52) tiene antecedentes hereditarios paternos de sobrepeso u obesidad. Otros grupos de obesidad tienen menor proporción porcentual de antecedentes heredofamiliares.

En la tabla N° 7 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC 25-29), de ello el 50,0%

(81) tiene antecedentes familiares paternos con sobrepeso u obesidad y el 50,0% (81) tienen antecedentes familiares maternos con sobrepeso u obesidad.

Así mismo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 38,7% (109) tienen obesidad de grado I (IMC 30-34), de ello el 52,3% (57) tienen antecedentes familiares maternos con sobrepeso u obesidad, y el 47,7% (52) tiene antecedentes familiares paternos con sobrepeso u obesidad.

Por otro lado, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 3,5% (10) tienen obesidad de grado II (IMC 35-39), de ello el 70,0% (7) tienen antecedentes familiares maternos con sobrepeso u obesidad, y el 30,0% (3) tiene antecedentes familiares paternos con sobrepeso u obesidad.

Del mismo modo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 0,4% (1) tienen obesidad de grado III (IMC  $\geq 40$ ), de ello el 100,0% (1) tienen antecedentes familiares maternos con sobrepeso u obesidad.

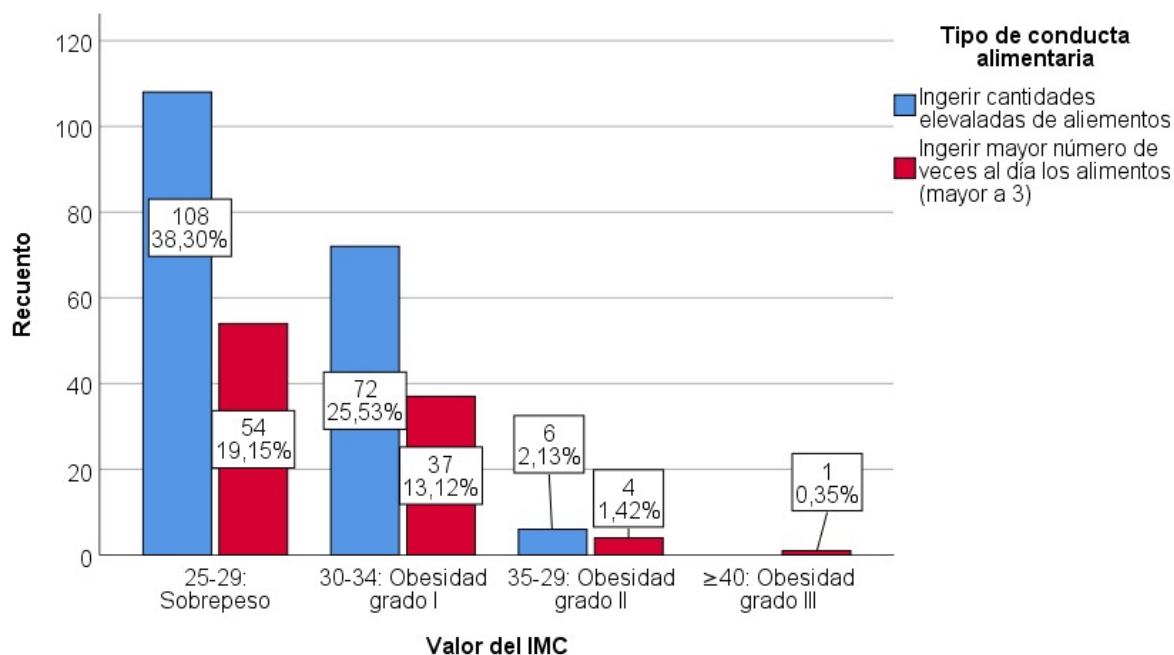
La tabla número 8 muestra qué existe prevalencia del antecedente genético por parte materna, no muy obstante la diferencia con el antecedente paterno no es muy diferenciada los resultados, puesto que en ambos si existe influencia del factor genético para desarrollo de sobrepeso y obesidad esto se debería a que en el grupo familiar se comparten los mismos hábitos alimenticios, los mismos estilos de vida.

**TABLA 9. Conducta alimentaria y su influencia en el sobrepeso y obesidad.**

		Tipo de conducta alimentaria			Total
		Ingerir cantidades elevadas de alimentos	Ingerir mayor número de veces al día los alimentos (mayor a 3)		
Valor del IMC	25<30: Sobrepeso	Recuento	108	54	162
		% Valor del IMC	66,7%	33,3%	100,0%
		% Tipo de conducta alimentaria	58,1%	56,3%	57,4%
		% del total	38,3%	19,1%	57,4%
	30<35: Obesidad grado I	Recuento	72	37	109
		% Valor del IMC	66,1%	33,9%	100,0%
		% Tipo de conducta alimentaria	38,7%	38,5%	38,7%
		% del total	25,5%	13,1%	38,7%
	35<40: Obesidad grado II	Recuento	6	4	10
		% Valor del IMC	60,0%	40,0%	100,0%
		% Tipo de conducta alimentaria	3,2%	4,2%	3,5%
		% del total	2,1%	1,4%	3,5%
	≥40: Obesidad grado III	Recuento	0	1	1
		% Valor del IMC	0,0%	100,0%	100,0%
		% Tipo de conducta alimentaria	0,0%	1,0%	0,4%
		% del total	0,0%	0,4%	0,4%
Total		Recuento	186	96	282
		% Valor del IMC	66,0%	34,0%	100,0%
		% Tipo de conducta alimentaria	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	66,0%	34,0%	100,0%

- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

**FIGURA 9. Conducta alimentaria y su influencia en el sobrepeso y obesidad.**



- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

En la tabla y figura N° 9 del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el grupo de personas diagnosticadas con sobrepeso (IMC de 25 a 29) se muestra que el 38,3% (108) ingiere cantidades elevadas de alimentos, el 19,1% (54) ingiere alimentos en mayor número de veces al día. Así mismo el grupo diagnosticado con obesidad de grado I (IMC 30-34) el 25,5% (72) ingiere cantidades elevadas de alimentos, el 13,1% (37) ingiere alimentos en mayor número de veces al día. Otros grupos de obesidad tienen menor proporción porcentual del tipo de conducta alimentaria.

En la tabla N° 10 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC 25-29), de ello el 66,7% (108) tiene conducta alimentaria de tipo “ingesta de cantidades elevadas de

alimentos”, y el 33,3% (54) tiene conducta alimentaria de tipo “Ingerir alimentos en mayor número de veces al día” (mayor a 3 veces).

Así mismo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 38,7% (109) tienen obesidad de grado I (IMC 30-34), de ello el 66,1% (72) tiene conducta alimentaria de tipo “ingesta de cantidades elevadas de alimentos”, y el 19,1% (37) tiene conducta alimentaria de tipo “Ingerir alimentos en mayor número de veces al día” (mayor a 3 veces).

Por otro lado, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 3,5% (10) tienen obesidad de grado II (IMC 35-39), de ello el 60,0% (6) tiene conducta alimentaria de tipo “ingesta de cantidades elevadas de alimentos”, y el 40,0% (4) tiene conducta alimentaria de tipo “Ingerir alimentos en mayor número de veces al día” (mayor a 3 veces).

Del mismo modo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 0,4% (1) tienen obesidad de grado III (IMC  $\geq 40$ ), de ello el 100,0% (1) tiene conducta alimentaria de tipo “Ingerir alimentos en mayor número de veces al día” (mayor a 3 veces).

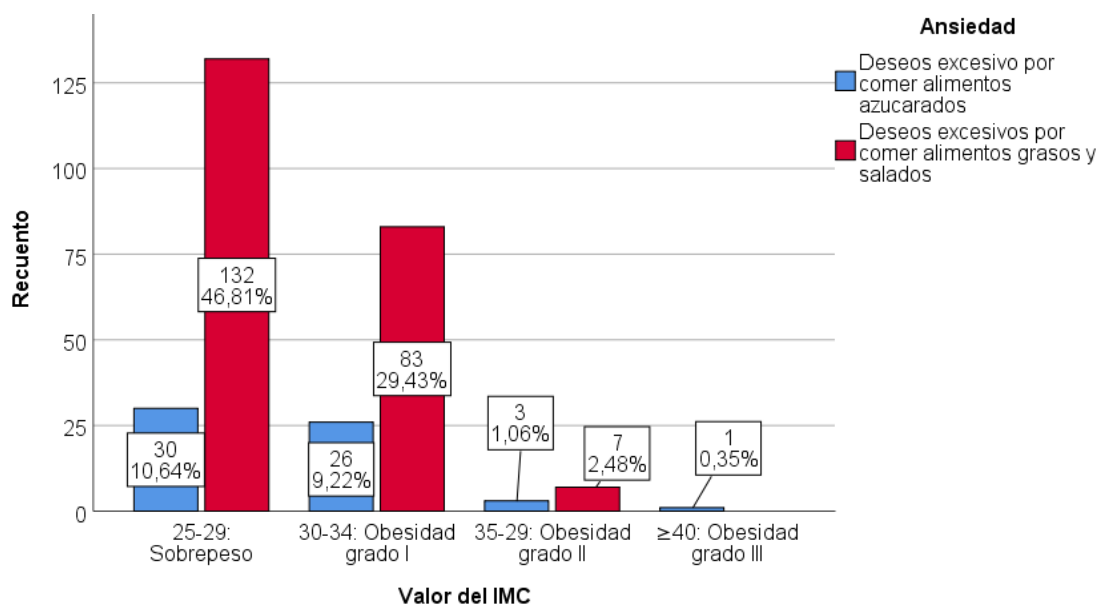
La mayor prevalencia del tipo de alteración Psicológica de conducta alimentaria en los usuarios de 20-49 años de la micro red de San Jerónimo es el de ingerir cantidades elevadas de alimentos durante el día.

**TABLA 10. Ansiedad y su influencia en el sobrepeso u obesidad.**

			Ansiedad		Total
			Deseos excesivos por comer alimentos azucarados	Deseos excesivos por comer alimentos grasos y salados	
Valor del IMC	25<30: Sobrepeso	Recuento	30	132	162
		% Valor del IMC	18,5%	81,5%	100,0%
		% Ansiedad	50,0%	59,5%	57,4%
		% del total	10,6%	46,8%	57,4%
	30<35: Obesidad grado I	Recuento	26	83	109
		% Valor del IMC	23,9%	76,1%	100,0%
		% Ansiedad	43,3%	37,4%	38,7%
		% del total	9,2%	29,4%	38,7%
	35<40: Obesidad grado II	Recuento	3	7	10
		% Valor del IMC	30,0%	70,0%	100,0%
		% Ansiedad	5,0%	3,2%	3,5%
		% del total	1,1%	2,5%	3,5%
	≥40: Obesidad grado III	Recuento	1	0	1
		% Valor del IMC	100,0%	0,0%	100,0%
		% Ansiedad	1,7%	0,0%	0,4%
		% del total	0,4%	0,0%	0,4%
Total		Recuento	60	222	282
		% Valor del IMC	21,3%	78,7%	100,0%
		% Ansiedad	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	21,3%	78,7%	100,0%

- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

**FIGURA 10. Ansiedad y su influencia en el sobrepeso u obesidad.**



- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

En la tabla y figura N° 10 del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el grupo de personas diagnosticadas con sobrepeso (IMC de 25 a 29) se muestra que el 46,8% (132) posee deseos excesivos por comer alimentos grasos y salados, el 10,6% (30) posee deseos excesivos por comer alimentos azucarados. Así mismo el grupo diagnosticado con obesidad de grado I (IMC 30-34) el 29,4% (83) posee deseos excesivos por comer alimentos grasos y salados, el 9,2% (26) posee deseos excesivos por comer alimentos azucarados. Otros grupos de obesidad tienen menor proporción porcentual del tipo de ansiedad.

En la tabla N° 11 se muestra que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC 25-29), de ello el 81,5% (132) tiene deseos excesivos por comer alimentos grasos y salados, y el 18,5% (30) tienen deseos excesivos por comer alimentos azucarados.

Así mismo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 38,7% (109) tienen obesidad de grado I (IMC 30-34), de ello el 76,1% (83) tiene deseos excesivos por comer alimentos grasos y salados, y el 23,9% (26) tienen deseos excesivos por comer alimentos azucarados.

Por otro lado, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 3,5% (10) tienen obesidad de grado II (IMC 35-39), de ello el 70,0% (7) tiene deseos excesivos por comer alimentos grasos y salados, y el 30,0% (3) tienen deseos excesivos por comer alimentos azucarados.

Del mismo modo, del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 0,4% (1) tienen obesidad de grado III (IMC  $\geq 40$ ), de ello el 100,0% (1) tienen deseos excesivos por comer alimentos azucarados.

**TABLA 11. Grado de sobrepeso y obesidad.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>25&lt;29: Sobrepeso</b>	162	57,4	57,4
<b>30&lt;34: Obesidad grado I</b>	109	38,7	96,1
<b>35&lt;39: Obesidad grado II</b>	10	3,5	99,6
<b>≥40: Obesidad grado III</b>	1	,4	100,0
<b>Total</b>	282	100,0	

- Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios de la Micro Red San Jerónimo en el año 2021.

En la tabla N° 11, se observa los resultados de la variable de sobrepeso y obesidad, donde se evalúa el indicador de índice de masa corporal, en la que, del total (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tiene el IMC entre 25<30 siendo un diagnóstico de sobrepeso, del mismo modo el 38,7% (162) tiene el IMC entre 30<35 siendo un diagnóstico de obesidad de grado I. mientras que el 3,5% (10) tiene el IMC entre 35<40 siendo un diagnóstico de obesidad de grado II, por último el 0,4% (1) tiene un grado de obesidad III, puesto que el IMC esta mayor o igual a 40.

Como se evidencio gran parte de la población usuaria de 20 a 49 años de la Micro Red de San Jerónimo, tiene como resultado del IMC entre 25<30, siendo diagnosticados con sobrepeso.

## 4.2. Discusión de resultados

Miñan, A. (14) en su investigación “sobrepeso y obesidad en la costa y sierra de Tacna, 2015”, demostró que existe mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres. Por el contrario, resultados encontrados por Villacreses, N. (9) En su estudio denominado “Estilos de Vida Relacionados con Sobrepeso y Obesidad en los Comerciantes del Mercado de Jipijapa” demostró que la obesidad abdominal y obesidad general se encuentran más prevalencia en varones que en mujeres. Mismos resultados encontró Vargas, R. et al. (11) Con el estudio denominado “prevalencia de sobrepeso y obesidad en protestantes evangélicos de una localidad del caribe colombiano”, donde el mayor índice de sobrepeso y obesidad se encuentra en participantes varones. Igualmente, Trujillo, H. (15) en su trabajo de investigación denominado “Factores Asociados a Sobrepeso y Obesidad en Trabajadores de una Institución Pública de Salud”, demostró que la obesidad y el sobrepeso está asociada a población con predominio de sexo masculino y este a su vez aumenta con el paso de los años.

En este estudio, del 100% (282) el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC de 25 a 29), de ellos el 67,9% (110) pertenecen al sexo femenino y el 32,1% (52) pertenecen al sexo masculino.

Trujillo, H. (15) en su trabajo de investigación denominado “Factores Asociados a Sobrepeso y Obesidad en Trabajadores de una Institución Pública de Salud”, demostró que 22,3% está en edad de entre 40-44 años, seguido del 22% en edad de entre 30-34 años y el 18,8% con edades de entre 35-39 años, demostrándose así que el promedio de edad con factor

de riesgo biológico de sobrepeso y obesidad esta entre los 30 a 44 años. Resultados similares fueron encontrados por Ramírez, J. (16) donde demostró que el grupo de edad con sobrepeso y obesidad fue de 30-39 años. Del mismo modo Alfaro, L. (17) donde el factor biológico está presente en el 42.9% de la población en estudio con edades promedio de 35 a 44 años.

En este estudio, del 100% (282), el 57,4% (162) tienen sobrepeso, de ellos el 21, 6% (35) Tienen edades de entre 30 y 34 años, del mismo modo el 21, 6% (35) Tienen edades entre 40 y 44 años y el 19, 8% (32) Tienen edades entre 35 y 39 años.

Estos resultados coinciden por cuanto se observa el rango de edad de mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Ramírez, J. (16) En su estudio “Factores Socioeconómicos Asociados con el Sobrepeso y Obesidad en Mujeres en Edad Fértil: Sub-Análisis ENDES”, donde la residencia se manifestó significativamente que el área urbana está asociado al sobrepeso y obesidad. Del mismo modo estudio similares obtuvo Shamah, T. et al. (8) En su estudio de investigación de “Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad” concluyendo que existe alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en población con vulnerabilidad social.

En el presente estudio el 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso, de ello el 48,1% (78) residen en la zona urbana, el 37,7% (61) residen en a la zona urbana marginal y el 14,2% (23) residen en la zona rural.

Estos resultados coinciden por cuanto se observa la zona de residencia de mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Marqueta, M. et al. (10) en su estudio “Hábitos alimentarios y actividad física en relación con el sobrepeso y la obesidad en España”, encontró que la práctica del sedentarismo desarrolla sobrepeso y obesidad. Del mismo modo, Miñan, A. (14). en su investigación “sobrepeso y obesidad en la costa y sierra de Tacna, 2015”, demostró que el 54,5% tiene exceso de peso, concluyendo que, al no realizar actividad física diaria, también está asociada a tener sobrepeso. Del mismo modo, Pinedo, A. (18) En su investigación “Factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad en las gestantes atendidas en los consultorios de materno hospital Tingo María de julio a setiembre 2016”, concluye que el 44% no realizan ningún deporte.

En el presente estudio se encontró que del 100% (282) de personas que participaron del estudio, el 57,4% (162) tienen sobrepeso (IMC 25-29), de ello el 38,3% (62) hace practicas nulas de ejercicio físico o caminatas por 30 minutos, el 35,8% (58) hace practicas nulas de deporte y el 25,9% (42) hace mayor uso del transporte automotor, para poder movilizarse.

Estos resultados coinciden por cuanto se observa la falta de actividad física diaria y la practica nula de deporte, dando prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Miñan, A. (14) En su investigación “sobrepeso y obesidad en la costa y sierra de Tacna, 2015”, revista médica. En la ciudad de Tacna. 2016 concluyo que el índice de prevalencia de exceso de peso se da más en

personas de la sierra, esto podría deberse al alto consumo de carbohidratos.

Por otro lado, en el presente estudio, el 44,0% (124) consume con mucha frecuencia tubérculos y cereales.

Marqueta, M. Et al. (10) en su estudio "Hábitos alimentarios y actividad física en relación con el sobrepeso y la obesidad en España". La prevalencia de sobrepeso fue del 39,0%, la población española consume carnes rojas mayor a lo recomendado durante la semana, sobre todo en varones, y respecto al consumo de comidas rápidas y aperitivos de contenido graso fue mayor en mujeres.

Por otro lado, en el presente estudio, el alto consumo de alimentos ricos en grasa, se evidencio que del 100% (282) el 57,4% (162) tienen sobrepeso, de ello el 73,5% (119) consume alimentos con alto contenido de grasas de tipo carnes rojas, el 25,9% (42) consumen alimentos grasos de tipo frituras.

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden por cuanto se observa en el consumo de alimentos con alto contenido graso.

Pinedo, A. (18) En su investigación "Factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad en las gestantes atendidas en los consultorios de materno hospital Tingo María de julio a setiembre 2016", concluye que el 44% el consumen pan 3-4 unidades al día. en cuanto al IMC el resultado que obtuvo fue que el 30% tiene sobrepeso, 12% tiene obesidad de grado I. Por otro lado, Marqueta, M. Et al. (10) en su estudio "Hábitos alimentarios y actividad física en relación con el sobrepeso y la obesidad en España".

Determino que consume frecuentemente arroz, pastas, verduras embutidos y dulces.

En este estudio se obtuvo resultados similares donde, del 100% (282), el 57,4% (162) tienen sobrepeso, de ellos el 93,8% (152) consume altamente alimentos procesados de tipo harinas refinadas, procesadas y pastas.

Estos resultados coinciden por cuanto se observa el alto consumo de alimentos procesados de tipo harinas refinadas, procesadas y pastas dando mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Gómez, O. et al. (12) En su estudio "Prevalencia de sobrepeso, obesidad y antecedentes de enfermedad crónica en universitarios mexicanos". Concluye que los antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus tipo 2 y obesidad en uno o ambos padres hay una influencia para presentar sobrepeso y obesidad. Contar con ambos padres con hipertensión arterial y exceso de peso está asociado al sobrepeso y obesidad, mientras que la presencia de antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial y obesidad en ambos padres duplica la posibilidad de padecer sobrepeso y obesidad.

En el presente estudio del 100% (282), el 57,4% (162) tienen sobrepeso, de ellos el 50,0% (81) tiene antecedentes familiares paternos con sobrepeso u obesidad y el 50,0% (81) tienen antecedentes familiares maternos con sobrepeso u obesidad.

Estos resultados coinciden por cuanto se observa el antecedente genético hereditario, dando prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Vilca, G. (19) En su investigación “Hábitos de conductas alimentarias durante la pandemia por COVID-19 en adultos peruanos, 2021”, concluye que 41.9% tiene sobrepeso, y el 11.3% tiene obesidad. el 62.1% tiene alta frecuencia de consumo piqueos cuando se encontraron bajos de ánimo, el 62.8% tienen alta frecuencia de consumo de piqueos por ansiedad y el 63.4% presentaron hambre por aburrimiento, la frecuencia de consumo de consumo de alimentos puede aumentar o disminuir en situaciones de estrés.

En este estudio, del 100% (282), el 57,4% (162) tienen sobrepeso, de ellos el 66,7% (108) tiene conducta alimentaria de tipo “ingesta de cantidades elevadas de alimentos”, y el 33,3% (54) tiene conducta alimentaria de tipo “Ingerir alimentos en mayor número de veces al día” (mayor a 3 veces).

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden por cuanto se observa la ingesta de cantidades elevadas de alimentos.

Vilca, G. (19) En su estudio denominado “Hábitos de conductas alimentarias durante la pandemia por COVID-19 en adultos peruanos, 2021”, concluye que 41.9% tiene sobrepeso, y el 11.3% tiene obesidad, de ello el 69.1% de los adultos tienen ansiedad y hábitos no saludables de consumo de calorías.

En este estudio, del 100% (282), el 57,4% (162) tienen sobrepeso, de ellos el 81,5% (132) tiene deseos excesivos por comer alimentos grasos y salados, y el 18,5% (30) tienen deseos excesivos por comer alimentos azucarados.

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden por cuanto se observa los deseos excesivos por comer alimentos grasos.

Alfaro, L. (18) en su investigación con el título denominado “Factores de Riesgo Biopsicosociales y su Relación con el Sobrepeso u Obesidad en Mayores de 25 años de los Trabajadores de la Dirección Regional de Transportes y Comunicaciones, Cajamarca 2017” donde el 55.1% tienen sobrepeso. Del mismo modo, Pinedo, A. En su investigación “Factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad en las gestantes atendidas en los consultorios de materno hospital Tingo María de julio a setiembre 2016”, concluye en cuanto al IMC que el 30% tiene sobrepeso, 12% tiene obesidad de grado I.

En el presente estudio son similares al estudio anterior, donde la variable dependiente de sobrepeso y obesidad, el indicador IMC se muestra que, el 57,4% de personas tienen diagnóstico de sobrepeso.

### 4.3. Prueba de hipótesis

#### Tabla N° 1

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Fisher, se obtuvo el valor de  $P=0,01 < 0.05$ , por lo que se aprueba la hipótesis de estudio, con una probabilidad de error de 1% lo que significa que el sexo femenino si influye en el sobrepeso y obesidad.

#### Tabla N° 2

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Fisher, se obtuvo el valor de  $P=0,18 > 0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis de estudio, la probabilidad de error es del 18%, esto significa que la edad no influye en el sobrepeso u obesidad.

#### Tabla N° 3

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Fisher, se obtuvo el valor de  $P=0,8 > 0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis de estudio, la probabilidad de error es del 80%, significa que la zona de domicilio no influye en el sobrepeso u obesidad.

#### Tabla N° 4

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Fisher, se obtuvo el valor de  $P=0,92 < 0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis de estudio, la probabilidad de error es del 92%, esto significa que el tipo de sedentarismo no influye en el sobrepeso u obesidad.

#### Tabla N° 5

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Fisher, se obtuvo el valor de  $P=0,05=0.05$ , por lo que se aprueba la hipótesis de estudio, la probabilidad de error es del 5%, ya que esto significa que el consumo de carbohidratos y azúcares sí influye en el sobrepeso u obesidad.

#### Tabla N° 6

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Fisher, se obtuvo el valor de  $P=0,19>0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis de estudio, la probabilidad de error es del 19%, ya que esto significa que el tipo de alto consumo de alimentos ricos en grasa no influye en el sobrepeso u sobrepeso.

#### Tabla N° 7

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Fisher, se obtuvo el valor de  $P=0,00<0.05$ , por lo que se aprueba la hipótesis de estudio, la probabilidad de error es del 0%, ya que esto significa que el alto consumo de alimentos de origen industrial sí influye en el sobrepeso u obesidad.

#### Tabla N° 8

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Fisher, se obtuvo el valor de  $P=0,51>0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis de estudio, la probabilidad de error es del 51%, ya que esto significa que el antecedente genético hereditario no influye en el sobrepeso u sobrepeso.

#### Tabla N° 9

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Fisher, se obtuvo el valor de  $P=0,59>0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis de estudio, la probabilidad de error es del 59%, ya que esto significa que el tipo de conducta alimentaria no influye en el sobrepeso u obesidad.

Tabla N° 10

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Fisher, se obtuvo el valor de  $P=0,16>0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis de estudio, la probabilidad de error es del 16%, ya que esto significa que el tipo de ansiedad no influye en el sobrepeso u obesidad.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Al haberse comprobado estadísticamente, el valor de  $P=0,01$  con lo que se aprobó la hipótesis de estudio, entonces se concluye que el sexo femenino influye en la obesidad y sobrepeso en los usuarios de 20 a 49 años de la Micro Red de San Jerónimo.

**SEGUNDA:** A la comprobación estadística, el valor de  $P=0,18$  por lo que se rechazó la hipótesis de estudio, por tanto, se concluye que la edad no influye en el sobrepeso u obesidad en los usuarios de 20 a 49 años de la Micro Red de san Jerónimo.

**TERCERA:** A la comprobación estadística del valor de  $P=0,8$  se rechaza la hipótesis de estudio, concluyendo que la zona de domicilio no influye en el sobrepeso u obesidad en los usuarios de 20 a 49 años de la Micro Red de San Jerónimo.

**CUARTA:** A la comprobación estadística del valor de  $P=0,92$  se rechaza la hipótesis de estudio, concluyendo así que el tipo de sedentarismo no influye en el sobrepeso u obesidad en los usuarios de 20 a 49 años de la Micro Red de San Jerónimo.

**QUINTA:** A la comprobación estadística del valor de  $P=0,05$  por lo que se aprueba la hipótesis de estudio, concluyendo que el consumo de carbohidratos y azúcares si influye en el sobrepeso u obesidad en los usuarios de 20 a 49 años de la Micro Red de San Jerónimo.

**SEXTA:** A la comprobación estadística del valor de  $P=0,19$  con lo que se rechaza la hipótesis de estudio, concluyendo que el tipo de alto consumo de alimentos

ricos en grasa no influye en el sobrepeso u sobrepeso en los usuarios de 20 a 49 años de la Micro Red de San Jerónimo.

**SÉPTIMA:** A la comprobación estadística del valor de  $P=0,00$  con lo que se aprueba la hipótesis de estudio de forma significativa, concluyéndose que el alto consumo de alimentos de origen industrial si influye en el sobrepeso u obesidad en los usuarios de 20 a 49 años de la Micro Red de San Jerónimo.

**OCTAVA:** A la comprobación estadística del valor de  $P=0,51$  por lo que se rechaza la hipótesis de estudio, concluyéndose así que el antecedente genético hereditario no influye en el sobrepeso u sobrepeso en los usuarios de 20 a 49 años de la Micro Red de San Jerónimo.

**NOVENA:** A la comprobación estadística del valor de  $P=0,59$  por lo que se rechaza la hipótesis de estudio, concluyéndose que el tipo de conducta alimentaria no influye en el sobrepeso u obesidad en los usuarios de 20 a 49 años de la Micro Red de San Jerónimo.

**DECIMA:** A la comprobación estadística del valor de  $P=0,16$  por lo que se rechaza la hipótesis de estudio, concluyendo que el tipo de ansiedad no influye en el sobrepeso u obesidad en los usuarios de 20 a 49 años de la Micro Red de San Jerónimo.

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** A las mujeres de la jurisdicción de la Micro Red de San Jerónimo, hacer de que sus actividades domésticas sean lo más dinámico posible, de tal manera que implique gasto energético.

**SEGUNDA:** A los establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red de San Jerónimo, promover adecuados estilos de vida basados en la promoción de la actividad física y la dieta balanceada, enfocándose sobre todo en población adulta de en edades de entre 20 a 49 años, que, pese a que, según los resultados obtenidos en el estadígrafo, donde no necesariamente el grupo etario influye en el sobrepeso u obesidad, la frecuencia de estas es alta.

**TERCERA:** a las autoridades locales, disponer de espacios públicos tanto en la zona urbana, urbana marginal y la zona rural, donde se promueva el deporte y la actividad física, promoviendo mejores estilos de vida saludable.

**CUARTA:** Al personal de salud de los establecimientos de salud de la Micro Red San Jerónimo, promocionar e incentivar la actividad física durante la atención a sus usuarios en general, así mejorar las condiciones físicas y mentales de las personas, promoviendo así mejores estilos de vida saludable.

**QUINTA:** Al personal de enfermería, realizar intervenciones de enfermería basado en el diagnóstico y manejo de los pacientes con exceso de peso, causado por la ingesta excesiva de alientos con contenido alto de carbohidratos, esto basado en la orientación de alimentación balanceada y el apoyo emocional, de tal manera que el paciente tenga responsabilidad personal a cerca de su salud.

**SEXTA:** a los responsables de cada hogar y las familias del distrito de San Jerónimo, promover la educación y búsqueda de asesoría profesional en la

alimentación saludable, participando de charlas y sesiones demostrativas de educación nutricional que brinda el cada puesto de salud de su zona, mejorando así los estilos de vida de la población del distrito de San Jerónimo.

**SETIMA:** a las enfermeras del centro de salud de los puestos que integran la Micro Red de San Jerónimo, brindar consejería y asesoría a todo paciente atendido sobre adecuadas prácticas de consumo de alimentos industrializados, enfocándose en la alimentación a base de frutas y verduras, alimentos con alto contenido de fibra, y promover la actividad física.

**OCTAVA:** A las familias del distrito de San Jerónimo, tener una conciencia de educación alimentaria adecuada, puesto que en el hogar se comparten los mismos hábitos alimenticios entre generaciones.

**NOVENA:** A la escuela profesional de enfermería de la Universidad Tecnológica de los Andes, a los internos de enfermería brindar consejería basado en la salud mental, promoviendo el cuidado personal, la autoestima y la educación alimentaria en una dieta saludable y adecuada.

**DECIMA:** A la dirección de salud Apurímac II, a través del are de salud mentar, brindar a todos sus usuarios con obesidad y sobrepeso motivación para poder recibir tratamiento especializado, prevenir así enfermedades metabólicas y sus complicaciones, reduciendo costos a futuro y merara la calidad de vida de los usuarios de la Micro Red de san Jerónimo.

## ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

### Recursos

- Asesor
- Asesor estadístico
- Internet
- Útiles de escritorio
- Laptop

### Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	AÑO 2020	AÑO 2021			AÑO 2022		
	Ene-Dic	Ene-Abr	May-Ago	Sep-dic	Ene-mar	May	Jun
Identificación del problema.	X						
Revisión bibliográfica.	X	X					
Elaboración y presentación del perfil de investigación.		X	X	X			
Aprobación del proyecto de investigación.					X		
Recolección de datos.					X		
procesamiento de investigación.					X		
Revisión final.						X	X
Sustentación de la tesis.							X

## Presupuesto y financiamiento

### Presupuesto

<b>Costo</b>				
<b>Materiales/insumos</b>	<b>Unid. Medida</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo Unitario</b>	<b>Total</b>
<b>A. Material de escritorio</b>				
Papel bond	Millar	1	33	33
Fotocopias	Unidad	500	0.1	50
Internet	Mes	12	70	840
Otros	-	-	-	50
<b>Subtotal</b>				<b>973</b>
<b>B. Recursos Humanos</b>				
Transporte	Pasaje	100	1.5	150
Viáticos	Nuevo sol	1	200	200
Asesor Metodológico	-	1	4000	4000
Asesor Estadístico	-	1	1000	1000
<b>Subtotal</b>				<b>5350</b>
<b>Total</b>				<b>S/6323</b>

### Financiamiento

El financiamiento del desarrollo de toda la tesis fue por parte del autor, en su totalidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez-Sánchez N, Uribe Esquivel M. Obesidad conceptos clínicos y terapéuticos. Tercera ed. Aguilar HFG, editor. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.; 2013.
2. David L. Katz , Rachel S.C. Friedman , Sean C. Lucan. Nutrición Médica. Tercera ed. Kuhlmann AC, editor. Barcelona: Wolters Kluwer Health, S.A; 2015.
3. OMS. OMS. [Online].; 2018. Acceso 20 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
4. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2016. [Online]; 2016. Acceso 14 de Enero de 2020. Disponible en: <http://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/panorama/2016/es/>.
5. MINSA. Encuesta Nacional De Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos Y Culturales Relacionados Con Las Enfermedades Crónicas Degenerativas. Lima: Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentario Nutricional.
6. Ministerio de Salud. Informe Estado Nutricional en el Perú. Lima: Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.
7. Malo Serrano M, Nancy Castillo M. , Daniel Pajita D.. La Obesidad en el Mundo. An Fac med. 2017; 78(2).
8. Shamah Levy T, Campos Nonato , Cuevas Nasu L, Hernández Barrera L, Morales Ruán MdC, Rivera Dommarco BS. Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. salud pública de México. 2019; 61(6). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342019000600852](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000600852)
9. Villacreses Villacreses NX. Estilos de vida relacionados con sobrepeso y obesidad en los comerciantes del mercado de Jipijapa [Tesis] , editor. Jipijapa, Manabí, Ecuador: Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/910>
10. Marqueta de Salas M, Martín Ramiro JJ, Rodríguez Gómez L, Enjuto Martínez D, Juárez Soto JJ. Hábitos alimentarios y actividad física en relación con el sobrepeso y la obesidad en España. Revista Española de Nutrición

Humana y Dietética. 2016; 20(3). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2174-51452016000300009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000300009)

11. Vargas Moranth<sup>1</sup> RF, Alcocer Olaciregui AE, Fontalvo de Alba G, Lío Carrillo JF, Martínez Orozco J, Garcerant Campo I. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en protestantes evangélicos de una localidad del Caribe colombiano. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2020; 46(1). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1279>
12. Gómez Landeros O, Galván Amaya GdC, Aranda Rodríguez R, Herrera Chacón C, Granados Cosme JA. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y antecedentes de enfermedad crónica en universitarios mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2018; 56(5). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85107>
13. Ortiz Galeano I, Brunstein Pedrozo H, López Ovelar HMR. Hipotiroidismo como factor de riesgo de dislipidemia y obesidad. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. 2020; 7(2). Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2312-38932020000200055#:~:text=El%20hipotiroidismo%20se%20asoci%C3%B3%20para,mayor%20riesgo%20de%20tener%20dislipidemias.](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932020000200055#:~:text=El%20hipotiroidismo%20se%20asoci%C3%B3%20para,mayor%20riesgo%20de%20tener%20dislipidemias.)
14. Miñan Tapia A, Antezana Roman A, Farfan Zaga A, Mamani Loza A, Campos Ale A, Cardenas Bernabe F. Sobrepeso y Obesidad en la Costa y Sierra de Tacna, 2015. *Revista Médica Hospital Hipólito Unanue*. 2016; 9(2). Disponible en: <https://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/article/view/19>
15. Trujillo Aspilcueta H. Factores Asociados a Sobrepeso Y Obesidad en Trabajadores de una Institución Pública de Salud [Tesis] , editor. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2123>
16. Ramirez Padilla J. Factores Socioeconomicos Asociados con el Sobrepeso Y Obesidad en Mujeres en Edad Fértil: Subanálisis Endes Perú 2017 [Tesis] , editor. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2889#:~:text=La%20edad%2C%20el%20%C3%ADndice%20de,en%20mujeres%20en%20edad%20f%C3%A9rtil.>
17. Alfaro Alfaro LdlM, Briñones Peña G. Factores de Riesgo Biopsicosociales Y su Relación con el Sobrepeso u Obesidad en Mayores de 25 Años de Los Trabajadores de la Dirección Regional de Transportes Y Comunicaciones, Cajamarca 2017 [Tesis] , editor. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/433>

18. Pinedo Araujo V. Factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad en las gestantes atendidas en los consultorios de materno hospital Tingo María de julio a setiembre 2016 [TEASIS] , editor. [HUANUCO]: UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO; 2017. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/489>
  
19. Vilca Reátegui G. Hábitos de conductas alimentarias durante la pandemia por COVID-19 en adultos peruanos, 2021. [UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN]. 2021; [tesis]. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3001626>
  
20. PF Grundy. UN ENFOQUE RACIONAL DEL CONCEPTO "EN RIESGO". THE LANCET. 1973; 302(7844).
  
21. A. Giddens, Z. Bauman, , N.Luhmann, U.Beck. LAS CONSECUENCIAS perversas do la modernidad: Modernidad,contingencia y riesgo. Primera ed. Anthropos E, editor. Barcelona: Anthropos; 1996.
  
22. Senado Dumoy J. LOS FACTORES DE RIESGO. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15(4).
  
23. Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online]; 2020. Acceso 18 de Juliode 2020. Disponible en: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/).
  
24. Colimon KM. Fundamentos de Epidemiología. Segunda ed. Madrid: Díaz de Santos, S. A.; 1990.
  
25. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco. 2000; 7(18).
  
26. Seguy I, Courgeau D, Caussin H, Buchet L. ResearchGate. [Online].; 2019. Acceso 13 de Diciembre de 2020. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/333131302\\_Edad\\_civil\\_edad\\_social\\_y\\_edad\\_biologica](https://www.researchgate.net/publication/333131302_Edad_civil_edad_social_y_edad_biologica).
  
27. Andrea Rodríguez , Verónica Verdugo , Guisela Loarte , Ebingen Villavicencio , Esteban Torracchi. Estimation of the chronological age based on the mineralization of the third lower molar in the andean population. Estomatol Herediana. 2020; 30(4).
  
28. Rafael Álvarez V. El domicilio. Anuario de derecho civil. 1972; 25(2).
  
29. Mascareñas CE. HeinOnline. [Online].; 1965. Acceso 12 de Enero de 2021. Disponible en: <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/rvdpo5&div=36>

[&id=&page=.](#)

30. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Online]; 2019. Acceso 29 de Enero de 2020. Disponible en: <https://dle.rae.es/sedentario>.
31. Ortega Anta RM, Requejo Marcos AM. Nutriguia Manual de Nutricion Clinica. segunda ed. Madrid: Medica Panamericana, S.A.; 2015.
32. Guyton M. D. AC, Hall Ph. D. JE. Tratado de Fisiologia Medica. 11th ed. Serra BB, editor. Madrid-España: Elsevier España, S.A.; 2009.
33. PereaMartínez A, López Navarrete GE, Padrón Martínez M, Lara Campos AG, Santamaría Arza C, Ynga Durand MA, et al. Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. Acta Pediat Mex. : p. 316-337.
34. CERVERA , LAPÉS JC, RIGOLFAS. Alimentación y Dietoterapia. Cuarta ed. España: McGRAW-HILL - INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.; 2004.
35. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. [Online].; 2022. Acceso 19 de Enero de 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/tub%C3%A9rculo>.
36. Fairlie Tommy , Marciano Morales Bermúdez , Miguel Holle. Raíces y tubérculos andinos. International Potato Center. 1999.
37. Foro de Healthgrain. GRANO ENTERO Y SALUD. [Online].; 2014. Acceso 27 de Enero de 2022. Disponible en: <https://healthgrain.org/whole-grain/>.
38. David C. Sands , Cindy E. Morris , Edward A. Dratz , Alice Pilgeram. Elevating optimal human nutrition to a central goal of plant breeding and production of plant-based foods. Ciencia de las plantas. 2009; 177(5).
39. Giorgia Vici , Luca Belli , Massimiliano Biondi , Valeria Polzonetti. Gluten free diet and nutrient deficiencies: A review. Clin Nutrición. 2016; 35(6).
40. GOTTAU G. Webedia. [Online]; 2017. Acceso 18 de Enero de 2022. Disponible en: <https://www.directoalpaladar.com/ingredientes-y-alimentos/conoces-las-harinas-refinadas-aprende-a-diferenciarlas-de-las-versiones-integrales-mas-sanas#:~:text=Las%20harinas%20refinadas%20son%20aquellas,muy%20usadas%20en%20la%20pasteler%C3%ADa>.
41. Sotos Prieto M, M. Guillen , Sorli JV, Asensio EM, Guillen Sáiz P, Gonzales JI, et al. CONSUMO DE CARNE Y PESCADO EN LA POBLACIÓN MEDITERRANEA ESPAÑOLA DE EDAD AVANZADA Y ALTO RIEGO

CARDIOVASCULAR NUTRICIÓN RCFDLOY, editor. VALENCIA- ESPAÑA: UNIVERSIDAD DE VALENCIA; 2011.

42. Montes O N, Millar M. , Provoste L. R, Martínez M. , Fernández Z. D, Morales I. , et al. Absorción de aceite en alimentos fritos. Revista chilena de nutrición. 2016; 43(1).
43. Suaterna Hurtado AC. La fritura de los alimentos: el aceite de fritura. Perspectivas en Nutrición Humana. 2009; 11(1).
44. Luque JA , Moreiras-VarelaO , Varela G. Influencia de la fritura sobre el valor biológico de una proteína de pescado. Ars Pharm [Internet]. 1963; 4(3).
45. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud/Una nueva clasificación de los alimentos. [Online].; 2020. Acceso 18 de junio de 2020. Disponible en: [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-2014&alias=456-clasificacion-de-los-alimentos-y-sus-implicaciones-en-la-salud&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=456-clasificacion-de-los-alimentos-y-sus-implicaciones-en-la-salud&Itemid=599).
46. OPS/OMS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. [Online].; 2015. Acceso 18 de Junio de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/alimentos-bebidas-ultra-procesados-ops-e-obesidad-america-latina-2014.pdf>.
47. JIMENEZ COLMENERO , CARBALLO SANTAOLALLA. PRINCIPIOS BÁSICOS DE ELABORACIÓN DE EMBUTIDOS. MINISTERIO DE AGRICULTURA PESCA Y ALIMENTACIÓN-España. 1989; 89(4).
48. Lago JLV. TECNOLOGÍA DE LOS EMBUTIDOS CURADOS. Cienc. Tecnol. Aliment. 1997; 1(5).
49. ELÍAS, Luis G.. Concepto y tecnologías para la elaboración y uso de harinas compuestas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). 1996; 121(2).
50. Ricaurte Vila LE, Polania Serrato TdP. Utilización de la harina de quinua en la elaboración de pastas alimenticias [tesis] , editor. Bogota-Colombia: [Universidad de La Salle, Bogotá ]; 2000.
51. INACAL 2016. PASTAS OFIDEOS PARA CONSUMO HUMANO. NTP 206.010:2016. 2016; 15(2).
52. Durán Sigüenza F, Rodríguez Cabrera. DISEÑO, CONTROL Y SIMULACIÓN DE UNA CÁMARA DE DESHIDRATACIÓN PARA LA EMPRESA DE FIDEOS Y TALLARINES "RICA PASTA" TÉCNICO] [, editor. CUENCA: [UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA SEDE CUENCA]; 2021.

53. Carrasco N. , Galgani F.. Etiopatogenia de la Obesidad. REV. MED. CLIN. CONDES. 2012; 23(2): p. 129-135.
54. Lee Goldman M, Andrew I. Schafer M. Goldman-Cecil Tratado de Medicina Interna. 25th ed. Ladero Rcea, editor. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2016.
55. Domínguez Vásquez P , Olivares S. Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2008; 58(3).
56. ORTIZ HERNANDEZ L, RODRIGUEZ MAGALLANES M, MELGAR QUINONEZ H. Obesidad, conducta alimentaria e inseguridad alimentaria en adolescentes de la Ciudad de México. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2012; 69(6).
57. Vinay Kumar, MBBS, MD, FRCPath , Abul K. Abbas, MBBS , Jon C. Aster, MD, Phd. Robbins y Cotran Patología Estructural y Funcional. Novena ed. Manzaebeitaf, editor. Barcelona: Elsevier España, S. L. U.; 2015.
58. Diaz Rico JJ. El Libro Negro de los Secretos de la Obesidad Mata LR, editor. Andalucía: Bubok Publishing S. L.
59. Isabelle Séguy DCHCLB. researchgate.net. [Online].; 2019. Acceso 22 de junio de 2020. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/333131302\\_Edad\\_civil\\_edad\\_social\\_y\\_edad\\_biologica#:~:text=La%20edad%20social%20refleja%20el,sociedad%20a%20la%20que%20pertenece.&text=La%20edad%20biol%C3%B3gica%20es%20otra,el%20nacimiento%20del%20momento%20estudia](https://www.researchgate.net/publication/333131302_Edad_civil_edad_social_y_edad_biologica#:~:text=La%20edad%20social%20refleja%20el,sociedad%20a%20la%20que%20pertenece.&text=La%20edad%20biol%C3%B3gica%20es%20otra,el%20nacimiento%20del%20momento%20estudia).
60. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco. 2000; 7(18).
61. Madrid salud. By Madrid Salud. [Online]; 2018. Acceso 19 de 08de 2020. Disponible en: <http://madridsalud.es/sedentarismo-y-salud/>.
62. Costas G. Ciencia Biologia.com. [Online].; 2014. Acceso 18 de Junio de 2020. Disponible en: <https://cienciaybiologia.com/ramas-de-la-biologia-genetica/>.
63. Copelli SB. Genética : desde la herencia a la manipulación de los genes. Primera ed. Hidalgo ISdlIUM, editor. Buenos Aires: Departamento de Ciencias Naturales y Antropología; 2010.
64. Palacios JR. enfermeravirtual.com. [Online].Acceso 18 de Junio de 2020. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/101/Sistema%20endocrino.p>

[df?1358606051.](#)

65. Inés Hilker Salinas IFVMC. CLINIC BARCELONA, HOSPITAL UNIVERSITARI. [Online].; 2019. Acceso 20 de Junio de 2020. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/definicion>.
66. Juan Pablo Méndez VVEGG. Los trastornos de la conducta alimentaria. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2008; 65(6).
67. Salas-Auvert JA. Control, Salud y Bienestar. Department of Psychology, Philadelphia college of Osteopathic Medicine, EE.UU. 2008; 15(1 15-42).
68. Rodríguez Jiménez , Pérez Jacinto AO. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. Revista Escuela de Administración de Negocios. 2017;(82).
69. Esteban Nieto N. Tipos de Investigación. Universidad Santo Domingo de Guzmán. 2018; Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNIS\\_5b55a9811d9ab27b8e45c193546b0187/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNIS_5b55a9811d9ab27b8e45c193546b0187/Details).
70. Ñaupas Paitán H, Mejía Mejía , Novoa Ramírez , Villagómez Paucar. Metodología de la investigación Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis. Cuarta ed. M. AG, editor. Bogota-Colombia: Ediciones de la U - Transversal 42 No. 4 B-83 ; 2014.
71. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. Sexta ed. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014.
72. DrTango, Inc. MedlinePlus. [Online]; 2022. Acceso 18 de MARZO de 2022. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002469.htm#:~:text=Comer%20demasiados%20carbohidratos%20en%20forma,los%20carbohidratos%20pueden%20causar%20cetosis>.
73. Procuraduría Federal del Consumidor. Gobierno de Mexico. [Online]; 2021. Acceso 14 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/es/articulos/consumo-excesivo-de-grasa-287332?idiom=es#>.
74. Universo Formulas. Universo Formulas. [Online]; 2019. Acceso 29 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.universoformulas.com/estadistica/descriptiva/tamano-muestra/>.

75. Puche RC. El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. Medicina (B. Aires). 2005; 65(4).
76. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva N°311. [Online]; junio de 2016. Acceso 14 de Enero de 2020. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
77. Flores Mamani M. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados al Sobrepeso y la Obesidad en Conductores de Transporte Urbano de la Empresa 3 de Octubre S. A. [Tesis] , editor. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2015.
78. Obregon A, Fuentes J, Pettinelli P. Asociación Entre Adicción a la Comida y Estado Nutricional en Universitarios Chilenos. Revista Medica de Chile. 2015; 143(5).
79. Garcia Valdez J. Relacion Del Grado De Funcionalidad Familiar Con Sobrepeso Y Obesidad En Pacientes Adultos Adscritos A La UMF1 Del IMSS Delegacion Aguascalientes [tesis] , editor. Aguascalientes-Mexico: Universidad Autonoma de Aguascalientes; 2015.
80. Castro Amesto DA, Díaz Greene EJ. Clinicas Mexicanas de Medicina Interna-Síndrome Metabólico y Obesidad. Primera ed. Greene EJD, editor. Mexico: Alfil, S. A.; 2008.
81. Babio N, Bulló , Salas-Salvadó. Patrones Dietéticos Asociados al Síndrome Metabólico. Actualización En Nutrición. 2008; 9(4).
82. Berman AJ, Snyder S, Kozier B, Erb G. Fundamentos de Enfermería. Octava ed. Romo C, editor. Madrid: Pearson Educación S.A.; 2008.
83. Morales González JA. Obesidad un Enfoque Multidisciplinario. Primera ed. Pachuca, Hidalgo-Mexico: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
84. Alarcón-Sotelo , Gómez-Romero P, De Regules-Silva S, et al. Actualidades en el tratamiento farmacológico a largo plazo de la obesidad. ¿Una opción terapéutica? Med Int Méx. 2018; 34(6).
85. J. Álvarez , P. Escribano , D. Trifu. Tratamiento de la obesidad. Medicine [Actualización]. 2016; 12(23).
86. Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. Octava ed. Martín-Romo M, editor. Madrid: PEARSON EDUCACIÓN, S.A.; 2008.

87. El Comercio. El Comercio Peru. [Online]; 2019. Acceso 31 de Enero de 2020. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/octogonos-advertencia-hoy-rige-implementacion-productos-noticia-ecpm-645970-noticia/>.
88. Pliego Reyes CL, Alcántar Ramírez J, Cárdenas Cejudo A, Díaz Jiménez K, Morales Andrade E, Ramírez Wiella G, et al. Consenso multidisciplinario de prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en el varón joven y maduro. *Med Int Méx.* 2015; 31.
89. Caridad Digournay Piedra NSDMLP. Influencia del sobrepeso y obesidad en el embarazo. *Panorama. Cuba y Salud.* 2019; 14(1).
90. Jiménez Colina YN, Suárez Porrillo MdV. INVESTIGACION DE CAMPO COMO ESTRATEGIA METODOLOGICA. Universidad Dr. Adolfo Calimán González. 2014;: p. 1-9.
91. Vega. IMYCA, Facultad de Ingeniería. [Online].: IMYCA, Facultad de Ingeniería; 2015. Acceso 6 de Diciembre de 2021. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Cristobal-Vega-2/publication/275100869\\_Working\\_Paper\\_Epistemological\\_aspects\\_of\\_statistical\\_estimation\\_models\\_Ex\\_post\\_facto\\_Research/links/55332af90cf27acb0deb600/Working-Paper-Epistemological-aspects-of-statistical-e](https://www.researchgate.net/profile/Cristobal-Vega-2/publication/275100869_Working_Paper_Epistemological_aspects_of_statistical_estimation_models_Ex_post_facto_Research/links/55332af90cf27acb0deb600/Working-Paper-Epistemological-aspects-of-statistical-e).
92. Bazalar Silva L, Runzer Colmenares F, Parodi J. Asociación entre el estado nutricional según índice de masa corporal y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval del Perú, 2010-2015. *Acta Médica Peruana.* 2019; 36(1).
93. heather h, kamitsuru s. NANDA Internacional. diagnosticos enfermeros Edición D, editor. Barcelona, España: Elsevier España,S.L.U; 2015.
94. Durán Sigüenza JF, Alejandro RCD. DISEÑO, CONTROL Y SIMULACIÓN DE UNA CÁMARA DE DESHIDRATACIÓN PARA LA EMPRESA DE FIDEOS Y TALLARINES "RICA PASTA" CUENCA; 2021.
95. Mamani Quispe GR. Factores socioculturales que se relacionan con el estilo de vida del adulto mayor del club Virgen de las Mercedes, Tacna 2012. (Tesis de Licenciatura). Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna, Facultad de Ciencias de la Salud.
96. Organización Mundial de la Salud. The World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) -BREF. [Online].; 2004. Acceso 18 de Enero de 2022. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77773/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2\\_012.02\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77773/WHO_HIS_HSI_Rev.2_012.02_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

97. Murgieri M. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF. [Online].; 2009. Acceso 17 de Enero de 2022. Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf).

## **ANEXO**

## ANEXOS 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO:** “Factores de riesgo que influyen en el sobrepeso-obesidad en usuarios de 20-49 años, en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, 2020”.

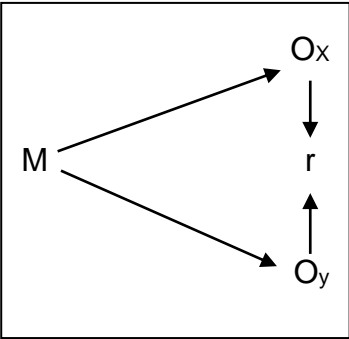
**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** Salud Pública.

**AUTOR:** Bach. Américo Leguia Rojas

Planteamiento del problema	Hipótesis	Objetivo	variables	dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Método
<p><b>Problema General.</b></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en el sobrepeso y la obesidad en los usuarios de 20 a 49 años, en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, 2020?</p> <p><b>Problema Específico:</b></p> <p>¿Cuál es el sexo que predomina en el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>¿Cuál es el grupo etario que influye en el sobrepeso y la</p>	<p><b>Hipótesis general.</b></p> <p>Los factores de riesgo influyen de manera significativa en el sobrepeso y la obesidad en los usuarios de 20 a 49 años, en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, 2020.</p> <p><b>Hipótesis Específica.</b></p> <p>La influencia del sexo femenino es significativa en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>La influencia del grupo etario de entre</p>	<p><b>Objetivo.</b></p> <p>Determinar la influencia de los factores de riesgo en el sobrepeso y la obesidad en los usuarios de 20 a 49 años en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, 2020.</p> <p><b>Objetivo Específico.</b></p> <p>Precisar el sexo que influye en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Precisar el grupo etario que influye en el sobrepeso y la</p>	<p><b>Independiente:</b></p> <p>Factores de riesgo.</p>	<p>- Sexo</p> <p>- Edad</p> <p>- Zona de domicilio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Femenino</li> <li>○ Masculino</li>   <li>○ 20-24 años</li> <li>○ 25-29 años</li> <li>○ 30-34 años</li> <li>○ 35-39 años</li> <li>○ 40-44 años</li> <li>○ 45-49 años</li>   <li>○ Urbano</li> <li>○ Urbano marginal.</li> <li>○ Rural</li> </ul>	<p>Ítems 1</p> <p>Ítems 2</p> <p>Ítems 3</p>	<p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>	<p>El método es cuantitativo de tipo descriptivo, básico, transversal.</p> <p>El nivel de investigación de este estudio será explicativo,</p> <p>El diseño de la investigación será no experimental.</p>
			109					

<p>obesidad?</p> <p>¿Cuál es la zona de domicilio con más prevalencia de sobrepeso y obesidad?</p> <p>¿Cuál es el tipo de sedentarismo que influye en el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>¿Cuál son los azúcares y carbohidratos de alto consumo que influyen en el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>¿Cuál es el alimento de alto consumo ricos en grasa que influye en el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>¿Cuál es el alimento de alto consumo de origen industrial que influye en el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>¿Cuál es el antecedente genético que influye en el sobrepeso y la</p>	<p>40 a 45 años es significativa en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>La influencia de la zona de domicilio urbana es significativa en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>La influencia del sedentarismo de falta de actividad física diaria es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>La influencia del alto consumo de los azúcares y carbohidrato de tipo tubérculos es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>La influencia del alto consumo de alimentos ricos en grasa de tipo frituras es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>La influencia del alto consumo de alimentos de origen industrial de tipo harinas procesadas</p>	<p>obesidad.</p> <p>Precisar la zona de domicilio con más prevalencia de sobrepeso u obesidad.</p> <p>Determinar el tipo de sedentarismo que influye en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Determinar los azúcares y carbohidratos de alto consumo que influye en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Determinar los alimentos de alto consumo ricos en grasa que influye en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Determinar los alimentos de alto consumo de origen industrial que influye en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Determinar el factor genético que influye en el sobrepeso y la</p>		<p>- Sedentarismo</p> <p>- Alto consumo de azúcares y carbohidratos</p> <p>- Alto consumo de alimentos ricos en grasa.</p> <p>- Alto consumo de alimentos de origen industrial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uso mayor de transporte automotor.</li> <li>○ Practicas nulas de deporte.</li> <li>○ Inactividad física mayor a 2 horas diarias.</li> <li>○ Tubérculos, cereales.</li> <li>○ harinas refinadas.</li> <li>○ Bebidas, refrescos edulcorados, gasificadas.</li> <li>○ Carnes rojas.</li> <li>○ Grasas de origen animal.</li> <li>○ Frituras.</li> <li>○ Embutidos.</li> <li>○ harinas procesadas, pastas.</li> <li>○ Grasas industriales.</li> </ul>	<p>Ítems 4</p> <p>Ítems 5</p> <p>Ítems 6</p> <p>Ítems 7</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	
--	--	---	--	---	--	---	---	--

<p>obesidad?</p> <p>¿Cuál es el tipo de conducta alimentaria que influye en el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>¿Cuál es la forma de ansiedad de consumo de alimentos que influye en el sobrepeso y la obesidad?</p>	<p>es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>La influencia del factor genético hereditario materno es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>La influencia del tipo de conducta alimentaria de ingesta excesiva de alimentos es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>La influencia de la ansiedad por comer alimentos grasos es fuerte en el sobrepeso y la obesidad.</p>	<p>obesidad.</p> <p>Determinar el tipo de conducta alimentaria que influye en el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Determinar si la ansiedad influye en el sobrepeso y la obesidad.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genético</li> <li>- Conducta alimentaria.</li> <li>- Ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Antecedentes familiares paternos.</li> <li>o Antecedentes familiares maternos.</li> <li>o Cantidad elevada del consumo de alimentos.</li> <li>o Número elevado de veces de consumo de alimentos (mayor a 3).</li> <li>o Deseo excesivo de querer comer alimentos azucarados.</li> <li>o Deseo excesivo de querer comer alimentos grasos, salados.</li> </ul>	<p>Ítems 8</p> <p>Ítems 9</p> <p>Ítems 10</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	
---	---	---	--	---	---	---	--	--

			<b>Dependiente:</b> - IMC  Sobrepeso y obesidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 25&lt;30: Sobrepeso</li> <li>○ 30&lt;35: Obesidad I</li> <li>○ 35&lt;40: Obesidad grado II</li> <li>○ ≥40: obesidad grado III</li> </ul>	Ítems 1	Ordinal	
Tipo, Nivel y Diseño de investigación			Población y muestra	Técnica e instrumentos	Estadística		
<p><b>Tipo:</b> Básica descriptiva, transversal.</p> <p><b>Nivel:</b> Explicativo.</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental.</p>			<p><b>Población:</b> Estuvo conformada por 892 usuarios con edades entre 20 años hasta los 49 años de ambos sexos con diagnóstico de sobrepeso y obesidad de la Microred de San Jerónimo.</p> <p><b>Muestra:</b> De acuerdo con los resultados obtenidos a través de la fórmula, fueron 282 usuarios de la Micro Red de San Jerónimo quienes participaron del estudio.</p>	<p><b>Técnicas:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento:</b></p> <p>VI: Cuestionario</p> <p>VD: ficha de observación</p>	<p>Se utilizó el Coeficiente de correlación <b>Prueba exacta de Fisher</b> para analizar la relación entre variables y para evaluar la hipótesis. El proceso estadístico se realizó a través del software SPSS V25 al igual que la codificación y tabulación de datos, Análisis e interpretación de datos, presentación de datos como cuadros, tablas estadísticas y gráficos.</p>		
 <p>M: Muestra= Usuarios de 20-49 años con sobrepeso y obesidad que pertenecen a la Micro Red de san Jerónimo.</p> <p>Ox: variable 1 = factores de riesgo</p> <p>Oy: variable 2 = sobrepeso y obesidad</p> <p>r: correlación entre variables</p>							

## **ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Estimado (a) usuario de la “Micro Red San Jerónimo” la presente encuesta es por motivo de investigación con el objetivo de identificar los factores de riesgo que influyen en el sobrepeso y obesidad, de tal manera que se desarrollara una tesis y así optar el título profesional de licenciado en enfermería, los datos manejados son con total anonimato. Ruego a usted que responda solo con la verdad.

Gracias por su apoyo.

### **CUESTIONARIO APLICADO HA USUARIOS DE LA MICRORED SAN JERONIMO EN EL AÑO 2020**

**Código:**

#### **DATOS GENERALES**

##### **1. Sexo**

- 1) Femenino
- 2) Masculino

##### **2. Grupo de edad que se encuentra.**

- 1) 20-24 años
- 2) 25-29 años
- 3) 30-34 años
- 4) 35-39 años
- 5) 40-44 años
- 6) 45-49 años

### **3. Zona del domicilio**

- 1) Urbano
- 2) Urbano Marginal
- 3) Rural

### **DATOS ESPECÍFICOS**

#### **4. Mencione que tipo de inactividad física practica con mayor frecuencia.**

- 1) Uso con mucha frecuencia el transporte automotor como las mototaxis y autos.
- 2) Frecuentemente no practico ningún deporte.
- 3) En el día no realizo ejercicio o caminatas por al menos 30 minutos.

#### **5. Los alimentos carbohidratos y azucarados que usted come mayormente son:**

- 1) Arroz, papa, maíz, camote y cereales.
- 2) Fideos, tallarines, Pasteles, pan, galletas.
- 3) Gaseosas, refrescos o frugos.

#### **6. Las comidas grasosas que usted mayormente come son:**

- 1) Carne de cordero, res, cerdo, cabra o al menos uno de ellos.
- 2) Alimentos preparados con manteca.
- 3) Frituras

#### **7. Los alimentos que proceden de fábrica, que come con mayor frecuencia son:**

- 1) Chorizo, salchichas o jamón.
- 2) Tallarines, fideos, Pan, queques, tortas, bizcochos, O al menos uno de ellos.

3) Mantequilla, enlatados.

**8. ¿Alguien de su familia más cercana tiene sobrepeso u obesidad?**

1) Familiares paternos.

2) Familiares maternos.

**9. Usted ha sentido sensaciones por**

1) Comer cantidad elevada de alimentos.

2) Comer mayor número de veces al día (mayor a 3).

**10. Usted ha sentido demasiada preocupación o ansiedad por:**

1) Querer comer alimentos azucarados.

2) Querer comer alimentos grasos y/o salados.

### ANEXO 3. FICHA DE OBSERVACION

Estimado (a) usuario de la “Micro Red San Jerónimo” la presente encuesta es por motivo de investigación con el objetivo de **identificar los factores de riesgo que influyen en el sobrepeso y obesidad**, de tal manera que se desarrollara una tesis y así optar el título profesional de licenciado en enfermería, los datos manejados son con total anonimato. Ruego a usted que responda solo con la verdad.

Gracias por su apoyo.

#### Datos generales

**Código:**

#### Datos Específicos

**Peso:**

**Talla:**

**IMC:**

#### 1. Valor del IMC:

- 1) 25<30: Sobrepeso
- 2) 30<35: Obesidad I
- 3) 35<40: Obesidad grado II
- 4) ≥40: obesidad grado III

## ANEXO 4. BASE DE DATOS

N°	Sexo	Edad	Domi cilio	Sedenta rismo	Carbohi dratos	Grasas	A. Industriales	Genes	Conducta a.	Ansiedad	V. IMC
1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1
2	2	5	1	1	3	1	2	2	1	2	1
3	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1
4	2	3	1	1	2	3	2	1	2	1	2
5	2	5	2	3	1	1	2	2	1	2	2
6	2	3	3	1	1	1	2	2	1	2	1
7	1	1	1	2	2	3	2	2	1	1	3
8	2	6	2	1	2	1	2	2	1	2	2
9	1	3	3	2	1	1	2	1	1	2	2
10	1	5	3	2	1	1	2	1	1	2	2
11	1	1	2	3	1	3	2	1	2	2	1
12	1	3	2	2	1	3	2	1	1	2	1
13	1	6	1	3	2	3	2	2	2	2	1
14	1	5	1	3	1	1	2	1	1	2	2
15	1	4	2	3	2	3	1	1	1	2	2
16	1	5	1	1	1	3	2	1	2	2	1
17	2	1	1	1	3	3	2	2	1	1	1
18	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1
19	1	6	1	2	1	1	2	2	2	2	1
20	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2
21	2	6	1	1	1	1	2	2	1	2	1
22	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1
23	1	4	1	3	2	3	2	2	2	1	1
24	1	4	3	2	1	1	2	1	2	2	1
25	1	6	2	2	2	1	2	1	2	2	2
26	1	5	1	2	1	1	2	2	2	2	2
27	1	6	2	3	1	1	2	1	2	2	2
28	1	4	1	1	1	1	2	2	2	2	2
29	2	3	2	2	1	3	2	1	2	2	2
30	1	5	2	2	1	1	3	2	2	1	3
31	1	2	1	3	1	3	2	2	2	1	2
32	1	4	2	2	1	1	2	1	2	2	1
33	1	2	1	3	1	1	2	1	1	2	1
34	2	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1
35	1	5	1	3	2	1	2	1	2	2	1
36	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1
37	1	5	1	3	2	3	2	2	2	1	2
38	1	3	3	3	1	1	2	1	1	2	1
39	1	2	3	2	1	1	2	2	2	2	2
40	2	4	1	1	2	3	2	1	1	2	1
41	1	2	1	3	2	3	2	2	2	1	2

42	2	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1
43	1	6	2	2	2	1	2	1	1	2	2
44	2	5	1	3	3	1	1	1	1	2	1
45	2	6	2	1	1	1	2	2	1	2	1
46	1	5	2	2	1	1	2	2	2	2	1
47	2	6	2	3	2	1	2	1	1	2	1
48	2	5	3	1	1	1	2	1	1	2	2
49	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2
50	1	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2
51	2	1	2	3	1	1	2	1	1	2	1
52	1	5	2	3	1	1	2	2	1	2	3
53	1	6	2	3	1	1	2	1	1	1	2
54	1	6	2	3	1	1	2	1	1	2	2
55	2	4	2	1	1	1	2	1	1	1	1
56	1	5	2	2	1	3	2	1	2	2	2
57	2	3	2	3	1	3	2	1	1	2	1
58	1	4	2	2	1	1	2	2	1	2	1
59	1	6	2	2	1	1	2	1	2	2	1
60	2	3	2	1	1	1	2	2	1	2	1
61	1	2	1	1	1	3	2	2	1	2	1
62	2	6	2	1	1	1	2	1	1	2	1
63	2	2	1	3	1	1	2	2	1	1	1
64	1	4	1	2	2	3	1	1	2	2	3
65	1	3	2	2	1	1	2	2	1	2	1
66	1	3	2	3	2	3	2	1	2	2	1
67	2	4	1	3	1	1	2	2	1	1	1
68	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1
69	1	3	2	3	1	1	2	2	1	2	1
70	1	2	3	2	1	1	2	2	1	1	1
71	2	4	2	3	3	3	1	1	1	2	1
72	1	2	1	2	3	3	2	1	2	2	1
73	2	3	2	1	1	1	2	1	1	2	1
74	2	5	1	3	1	1	2	1	1	2	1
75	2	3	1	3	3	3	2	2	1	2	2
76	1	6	1	3	2	1	2	1	1	2	1
77	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1
78	2	3	1	1	1	1	1	2	1	2	2
79	1	3	2	3	1	1	2	2	2	2	1
80	1	3	2	3	1	1	2	2	2	2	1
81	1	5	3	2	1	1	2	2	1	2	1
82	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1
83	2	3	2	3	2	1	2	1	1	2	1
84	1	5	1	2	1	3	1	2	1	2	2
85	2	1	1	3	1	1	2	1	2	2	1

86	1	4	2	2	1	1	2	2	2	2	2
87	2	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1
88	1	6	1	3	1	1	1	2	2	2	1
89	1	2	3	3	2	3	2	1	1	2	2
90	1	4	1	3	1	1	2	1	1	1	1
91	2	3	2	1	1	1	2	2	1	2	1
92	2	4	2	1	1	1	2	1	1	2	1
93	1	6	1	2	1	3	2	2	1	2	1
94	1	5	2	2	1	1	2	2	1	2	1
95	1	6	1	3	2	1	2	1	1	2	1
96	1	6	1	2	1	3	2	2	1	2	2
97	1	1	2	3	1	1	2	2	1	2	1
98	2	5	1	3	1	1	2	2	1	2	1
99	1	5	3	2	1	1	2	2	1	2	1
100	1	5	2	3	1	1	2	2	1	2	1
101	2	5	2	1	1	1	2	2	1	2	1
102	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	1
103	1	2	1	3	3	3	2	1	2	2	2
104	1	6	1	3	1	3	2	1	1	1	1
105	1	6	1	2	1	1	2	1	1	2	1
106	2	6	2	1	1	3	2	1	1	2	2
107	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
108	1	2	1	3	2	1	2	2	1	2	2
109	1	4	3	2	1	1	2	2	1	2	1
110	1	1	1	3	2	3	2	1	2	1	2
111	1	6	3	2	1	1	2	2	1	1	3
112	1	3	1	3	1	1	2	2	1	2	2
113	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2
114	1	5	3	2	1	1	2	1	1	2	1
115	1	4	1	2	1	3	2	1	1	2	2
116	1	5	2	2	1	3	2	1	2	1	2
117	1	3	1	3	1	3	2	1	2	1	1
118	2	4	3	2	1	1	2	1	1	2	1
119	1	3	2	2	1	1	2	1	1	2	2
120	1	5	2	3	1	1	2	1	1	2	2
121	1	3	2	3	1	1	2	1	1	2	2
122	2	2	2	2	1	3	2	1	1	2	2
123	1	1	1	2	2	3	2	1	2	1	1
124	2	2	1	3	2	1	1	1	1	2	1
125	1	3	1	1	1	3	2	2	2	2	2
126	1	3	3	2	1	1	2	2	1	2	1
127	1	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2
128	1	1	2	3	2	1	2	1	1	1	2
129	1	4	2	3	2	1	2	2	2	2	2

130	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2
131	2	3	1	3	2	1	2	2	1	2	3
132	1	3	1	3	2	3	2	1	2	2	1
133	1	2	2	3	3	1	2	2	1	1	2
134	1	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1
135	1	2	1	3	1	1	2	2	1	2	1
136	1	5	3	2	2	1	2	1	1	2	1
137	1	3	2	3	1	3	2	1	1	2	1
138	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1
139	1	2	2	3	1	1	2	1	2	1	1
140	2	6	1	3	1	1	2	2	1	2	1
141	1	5	3	2	1	1	2	2	2	2	1
142	1	4	2	3	1	1	2	2	1	2	2
143	1	2	3	2	1	1	2	1	1	1	2
144	1	5	3	2	1	1	2	1	1	2	2
145	2	4	3	1	1	1	2	2	1	2	1
146	2	4	1	3	1	3	2	1	1	2	1
147	2	4	2	3	1	1	2	1	2	2	2
148	1	2	2	3	2	3	2	1	1	2	1
149	1	2	3	2	1	1	2	1	1	2	2
150	1	3	1	2	1	1	2	2	1	1	2
151	1	3	2	2	1	3	2	1	1	2	2
152	1	1	1	2	3	3	2	2	1	1	1
153	2	4	2	1	1	1	2	2	1	2	1
154	2	4	1	3	1	1	2	1	1	2	1
155	1	4	2	2	1	3	2	2	2	1	1
156	1	4	2	2	1	3	2	2	1	2	1
157	1	3	2	2	1	1	2	1	1	2	2
158	1	5	3	2	1	1	2	1	1	2	1
159	1	4	3	2	1	1	2	2	1	2	1
160	1	5	1	3	2	3	2	1	1	2	2
161	1	6	1	2	1	1	2	2	2	1	2
162	1	1	2	3	1	3	2	1	2	2	1
163	1	4	2	3	1	1	2	1	2	2	1
164	1	1	2	3	2	1	2	2	1	1	1
165	2	4	1	3	1	1	2	2	1	2	1
166	1	3	1	2	2	3	1	1	2	1	1
167	1	4	1	3	1	3	2	2	2	1	2
168	1	4	2	2	1	1	2	1	2	2	1
169	1	6	1	2	1	3	2	2	1	2	1
170	1	2	3	2	1	1	2	2	2	2	1
171	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
172	1	1	1	2	2	3	2	1	2	1	1
173	1	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2

174	1	3	2	3	1	1	2	2	2	1	1
175	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2
176	1	4	2	2	1	1	2	1	2	2	1
177	1	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2
178	2	5	2	3	3	1	2	2	1	2	1
179	1	6	3	2	1	1	2	1	1	2	1
180	2	5	1	3	1	1	2	1	1	2	1
181	2	3	1	3	1	1	2	2	1	2	2
182	1	1	1	3	2	3	2	1	1	2	2
183	1	5	1	3	2	3	2	2	2	1	4
184	2	5	1	1	1	1	2	1	1	2	1
185	1	5	2	2	1	1	2	1	1	2	2
186	2	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1
187	1	6	2	3	1	1	2	2	2	2	1
188	1	5	2	3	1	3	2	1	1	1	2
189	1	3	2	3	1	1	2	2	2	2	1
190	1	6	1	2	1	1	2	2	1	2	2
191	1	3	1	3	2	1	2	2	1	2	2
192	1	4	2	2	1	1	2	2	1	2	2
193	1	5	1	3	1	3	2	1	2	1	2
194	1	3	1	2	1	1	2	1	1	2	2
195	1	6	2	2	1	1	2	1	1	2	1
196	1	5	1	2	2	3	2	1	1	2	1
197	2	5	2	3	1	1	2	1	1	2	1
198	1	4	1	2	2	3	2	1	1	1	2
199	1	6	2	2	1	1	2	1	1	2	2
200	1	3	3	3	1	1	2	1	2	2	3
201	1	4	3	2	1	1	2	1	1	2	2
202	1	1	3	1	1	1	2	1	2	2	1
203	1	5	1	2	1	3	2	1	1	2	1
204	1	6	2	2	1	1	2	2	2	2	2
205	2	4	2	1	1	1	2	2	1	2	2
206	1	5	3	1	1	1	2	2	1	2	2
207	1	3	1	2	1	1	2	1	1	2	2
208	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2
209	1	4	1	2	1	1	2	2	2	2	1
210	1	4	1	1	1	1	2	1	2	2	2
211	1	4	2	3	1	3	2	1	1	2	2
212	1	6	3	2	1	1	2	2	1	1	2
213	1	4	1	2	1	1	2	2	1	2	2
214	1	5	1	2	1	1	2	1	1	2	1
215	1	4	1	3	1	1	2	2	1	2	1
216	1	3	1	3	2	3	2	2	2	1	2
217	1	5	2	2	1	1	2	1	1	2	1

218	1	4	2	3	2	1	2	2	1	2	2
219	1	3	2	3	1	1	2	1	2	2	2
220	1	5	3	2	1	1	2	1	1	2	1
221	1	6	1	2	1	1	2	1	1	2	2
222	1	6	1	2	1	3	3	1	2	2	3
223	1	6	1	2	1	1	2	1	2	2	2
224	1	5	2	2	1	1	2	2	1	2	2
225	1	5	2	3	1	1	2	2	1	2	3
226	1	4	1	3	2	1	2	1	2	2	2
227	1	5	2	2	1	1	2	2	2	2	2
228	1	3	3	2	1	1	2	1	1	2	2
229	1	5	1	3	1	1	2	2	1	2	3
230	1	3	1	3	1	1	2	1	1	2	2
231	2	1	1	2	1	3	4	2	2	2	2
232	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
233	1	5	1	1	1	1	2	2	2	2	1
234	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	1
235	1	5	1	2	1	1	2	2	2	2	1
236	1	3	1	3	1	1	2	2	2	2	1
237	1	5	2	2	1	1	2	2	1	2	1
238	1	6	2	1	2	1	2	2	1	2	1
239	1	1	2	3	2	1	2	1	1	2	1
240	1	3	1	3	1	1	2	2	2	2	1
241	1	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1
242	1	5	1	3	1	1	2	2	1	2	1
243	1	5	1	2	1	1	2	2	2	2	2
244	1	1	3	2	1	1	2	2	1	2	1
245	1	3	3	2	1	1	2	2	1	2	1
246	1	6	2	2	1	1	2	2	1	2	1
247	2	5	1	1	1	1	2	2	2	1	1
248	1	3	1	3	2	3	2	1	1	2	1
249	1	1	1	3	1	1	2	2	1	2	1
250	1	5	2	1	1	1	2	2	2	2	1
251	1	5	2	2	1	1	2	2	2	1	1
252	2	5	2	1	1	3	2	2	1	2	2
253	1	4	1	1	2	1	2	1	2	1	1
254	1	5	3	3	1	3	2	2	1	1	2
255	1	4	3	3	1	1	2	1	2	2	2
256	2	3	1	3	2	3	2	2	1	2	2
257	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2
258	1	4	3	2	1	3	2	2	1	2	2
259	2	2	2	1	1	3	2	2	1	1	2
260	1	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2
261	1	3	1	3	2	1	2	2	1	2	2

262	1	4	1	1	1	3	2	2	1	2	1
263	1	5	1	3	1	3	2	1	2	2	1
264	1	5	3	2	1	1	2	2	1	2	1
265	1	3	1	1	1	1	2	2	1	2	2
266	2	5	1	1	3	3	1	2	1	1	2
267	2	3	1	1	2	3	2	1	1	1	1
268	1	5	3	2	1	3	2	2	1	1	2
269	1	4	1	1	1	1	2	2	1	2	2
270	1	4	1	2	1	3	2	2	2	1	1
271	2	4	1	1	1	1	2	2	2	2	1
272	1	5	2	2	1	3	2	2	1	2	1
273	1	4	1	1	1	3	2	1	2	2	1
274	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	1
275	1	1	2	3	1	1	2	2	1	2	1
276	1	4	1	3	1	3	2	2	1	1	1
277	1	3	1	3	2	3	2	2	2	2	1
278	2	4	2	1	1	1	2	1	1	1	1
279	2	6	1	2	1	1	2	1	1	2	2
280	1	3	1	1	1	3	2	2	2	2	1
281	1	3	1	1	1	1	2	1	1	2	1
282	1	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1

**Leyenda:**

<b>1. Sexo</b>		<b>4. Sedentarismo</b>		<b>8. Genético hereditario</b>	
Femenino	1	Mayor uso de transporte automotor.	1	Antecedentes familiares paternos.	1
Masculino	2	Prácticas nulas de deporte.	2	Antecedentes familiares maternos.	2
<b>2. Grupo de edad que se encuentra.</b>		Inactividad física mayor a 2 horas diarias.		<b>9. Conducta alimentaria</b>	
20-24 años	1	<b>5. Azúcares y carbohidratos</b>		Cantidad elevada del consumo de alimentos.	1
25-29 años	2	Tubérculos, cereales.	1	Número elevado de veces de consumo de alimentos (mayor a 3).	2
30-34 años	3	harinas refinadas.	2	<b>10. Ansiedad</b>	
35-39 años	4	Bebidas, refrescos edulcorados, gasificadas.	3	Ansiedad de comer alimentos azucarados.	1
40-44 años	5	<b>6. Grasas</b>		Ansiedad de comer alimentos grasos, salados.	2
45-49 años	6	Carnes rojas.	1	<b>1. IMC</b>	
<b>3. Zona del domicilio</b>		Grasas de origen animal.		25-29: Sobrepeso	1
Urbano	1	Frituras.	3	30-34: Obesidad I	2
Urbano Marginal	2	<b>7. Alimentos industrializados</b>		35-39: Obesidad grado II	3
Rural	3	Embutidos.	1	≥40: obesidad grado III	4
		harinas procesadas, pastas.	2		
		Grasas industriales.	3		

# ANEXO 5. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

## Validez de cuestionario por juez(a) 1

Formato de evaluación del instrumento de medición: "cuestionario de encuesta observación" juez(a)										
Estimada(o) profesional en su condición de haber asesorado trabajos de investigación, laborar en el primer nivel de atención de salud –Área de control de enfermedades no transmisibles- CENTRO DE SALUD SAN JERONIMO. Por los considerados, usted ha sido seleccionada(o) a participar en la evaluación del instrumento de medición.										
Datos/preguntas	Respuestas	Claridad. Se entiende sin dificultad alguna los enunciados y preguntas.		Congruencia. Los enunciados y las preguntas tienen relación con dimensiones de las variables.		Contexto. Todas las palabras están acorde al lenguaje para responder.		Dominio del constructo. Los enunciados y las preguntas evalúan el componente de la dimensión		Sugerencia
		SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	
I. datos generales										
1. Sexo	1) Femenino 2) Masculino	✓		✓		✓		✓		
2. Grupo de edad que se encuentra.	1) 20-24 años 2) 25-29 años 3) 30-34 años 4) 35-39 años 5) 40-44 años 6) 45-49 años	✓		✓		✓		✓		
3. Zona del domicilio.	1) Urbano 2) Urbano Marginal 3) Rural	✓		✓		✓		✓		
II. Datos específicos.										
4. Mencione que tipo de inactividad física practica con mayor frecuencia.	1) Uso con mucha frecuencia el transporte automotor como las mototaxis y autos. 2) Frecuentemente no practico ningún deporte. 3) En el día no realizo ejercicio o caminatas por al menos 30 minutos.	✓		✓		✓		✓		
5. Los alimentos azucarados y carbohidratos que usted come mayormente son:	1) Arroz, papa, maíz, camote y cereales. 2) Fideos, tallarines, Pasteles, pan, galletas. 3) Gaseosas, refrescos o frugos.	✓		✓		✓		✓		



  
 Nilton César Cruz Galván  
 JEFE ACLAS  
 SAN JERONIMO

  
 Teresa Lucía Riviña  
 CEP N° 25857

6. Las comidas grasosas que usted mayormente come son:	1) Carne de cordero, res, cerdo, cabra o al menos uno de ellos 2) Alimentos preparados con manteca 3) Frituras	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. Los alimentos que proceden de fábrica, que come con mayor frecuencia son:	1) Chorizo, salchichas o jamón. 2) Tallarines, fideos, Pan, queques, tortas, bizcochos, O al menos uno de ellos 3) Mantequilla, enlatados.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8. ¿Alguien de su familia más cercana tiene sobrepeso u obesidad?	1) Familiares paternos 2) Familiares maternos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9. Usted ha sentido sensaciones por:	a) Comer cantidad elevada de alimentos b) Comer mayor número de veces al día (mayor a 3)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10. Usted ha sentido demasiada preocupación o ansiedad por:	1) Querer comer alimentos azucarados 2) Querer comer alimentos grasos y/o salados	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



Nilton César Cruz Galván  
SECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO URBANO  
SAN JERÓNIMO

Teresa Ascue Reynaga  
GEP N° 25857

Firma y sello

## Validez de cuestionario por juez(a) 2

Formato de evaluación del instrumento de medición: "cuestionario de encuesta observación" juez(a)										
Estimada(o) profesional en su condición de haber asesorado trabajos de investigación, laborar en el primer nivel de atención de salud. Por los considerados, usted ha sido seleccionada(o) a participar en la evaluación del instrumento de medición.										
Datos/preguntas	Respuestas	Claridad. Se entiende sin dificultad alguna los enunciados y preguntas.		Congruencia. Los enunciados y las preguntas tienen relación con dimensiones de las variables.		Contexto. Todas las palabras están acorde al lenguaje para responder.		Dominio del constructo. Los enunciados y las preguntas evalúan el componente de la dimensión		Sugerencia
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
<b>I. datos generales</b>										
1. Sexo	1) Femenino 2) Masculino	✓		✓		✓		✓		
2. Grupo de edad que se encuentra.	1) 20-24 años 2) 25-29 años 3) 30-34 años 4) 35-39 años 5) 40-44 años 6) 45-49 años	✓		✓		✓		✓		
3. Zona del domicilio.	1) Urbano 2) Urbano Marginal 3) Rural	✓		✓		✓		✓		
<b>II. Datos específicos.</b>										
4. Mencione que tipo de inactividad física practica con mayor frecuencia.	1) Uso con mucha frecuencia el transporte automotor como las mototaxis y autos. 2) Frecuentemente no practico ningún deporte. 3) En el día no realizo ejercicio o caminatas por al menos 30 minutos.	✓		✓		✓		✓		
5. Los alimentos azucarados y carbohidratos que usted come mayormente son:	1) Arroz, papa, maíz, camote y cereales. 2) Fideos, tallarines, Pastiles, pan, galletas. 3) Gaseosas, refrescos o frugos.	✓		✓		✓		✓		

  
**Cindy Y. Sarmiento Campos**  
**ENFERMERA**  
**C.E.P. N° 67962**

6. Las comidas grasosas que usted mayormente come son:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Carne de cordero, res, cerdo, cabra o al menos uno de ellos</li> <li>2) Alimentos preparados con mantecca</li> <li>3) Frituras</li> </ul>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
7. Los alimentos que proceden de fábrica, que come con mayor frecuencia son:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Chorizo, salchichas o jamón.</li> <li>2) Tallarines, fideos, Pan, queques, tortas, bizcochos, O al menos uno de ellos</li> <li>3) Mantequilla, enlatados.</li> </ul>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8. ¿Alguien de su familia más cercana tiene sobrepeso u obesidad?	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Familiares paternos</li> <li>2) Familiares maternos</li> </ul>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9. Usted ha sentido sensaciones por:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Comer cantidad elevada de alimentos</li> <li>b) Comer mayor número de veces al día (mayor a 3)</li> </ul>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10. Usted ha sentido demasiada preocupación o ansiedad por:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Querer comer alimentos azucarados</li> <li>2) Querer comer alimentos grasos y/o salados</li> </ul>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

  
**Cindy Y. Semia Campos**  
**ENFERMERA**  
**C. EPM 67102**

### Validez de cuestionario por juez(a) 3

Formato de evaluación del instrumento de medición: "cuestionario de encuesta observación" juez(a)										
Estimada(o) profesional en su condición de haber asesorado trabajos de investigación, laborar en el primer nivel de atención de salud. Por los considerados, usted ha sido seleccionada(o) a participar en la evaluación del instrumento de medición.										
Datos/preguntas	Respuestas	Claridad. Se entiende sin dificultad alguna los enunciados y preguntas.		Congruencia. Los enunciados y las preguntas tienen relación con dimensiones de las variables.		Contexto. Todas las palabras están acorde al lenguaje para responder.		Dominio del constructo. Los enunciados y las preguntas evalúan el componente de la dimensión		Sugerencia
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
I. datos generales										
1. Sexo	1) Femenino 2) Masculino	X		X		X		X		
2. Grupo de edad que se encuentra.	1) 20-24 años 2) 25-29 años 3) 30-34 años 4) 35-39 años 5) 40-44 años 6) 45-49 años	X		X		X		X		
3. Zona del domicilio.	1) Urbano 2) Urbano Marginal 3) Rural	X		X		X		X		
II. Datos específicos.										
4. Mencione que tipo de inactividad física practica con mayor frecuencia.	1) Uso con mucha frecuencia el transporte automotor como las mototaxis y autos. 2) Frecuentemente no practico ningún deporte. 3) En el día no realizo ejercicio o caminatas por al menos 30 minutos.	X		X		X		X		
5. Los alimentos azucarados y carbohidratos que usted come mayormente son:	1) Arroz, papa, maíz, carne y cereales. 2) Fideos, tallarines, Pasteles, pan, galletas. 3) Gaseosas, refrescos o frugos.	X		X		X		X		

  
 Mg. Ent. María Guillermina Escobar  
 CEP: 1984  
 TUVN: 13

## ANEXO 6 EVIDENCIAS



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC  
DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD CHANKA ANDAHUAYLAS  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



San Jerónimo, 07 de Junio del 2022

CARTA N° 017 - 2022-GERENCIA-CLAS-S.J-DISA APU-II

Sr/a  
Bach. Enf. Américo Leguía Rojas

ANDAHUAYLAS.-

ASUNTO : RESPUESTA A PETITORIO

REF. : SOLICITUD S/N

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de informarle respecto al documento de referencia, considerando la autorización para la aplicación del instrumento – encuesta para desarrollar el proyecto de Tesis denominado: " Factores de riesgo que influyen en el sobrepeso obesidad en usuarios de 20 – 49 años, en la Microred San Jerónimo- Andahuaylas 2020" Para lo cual deberá coordinar con la Lic. Teresa Ascue cuyo celular es el 980814919.

Sin otro particular, me despido de ustedes reiterando mis consideraciones de estima personal.

Atentamente,

  
  
Mag. Arturo Alarcón Anaya  
GERENTE  
ACLAS SAN JERONIMO

Cc  
Arch  
Gerencia/TET  
AAA

## ANEXO 7 CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado usuario de la Micro Red “San Jerónimo”.

Soy Bachiller en Enfermería, llevo a cabo un estudio, determinado “Factores de riesgo que influyen en el sobrepeso-obesidad en usuarios de 20-49 años, en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, 2020” dado que es un requisito realizar una investigación para obtener el grado de licenciatura. Donde el objetivo de dicho estudio es Determinar los factores de riesgo que influyen en el sobrepeso y la obesidad en los usuarios de 20 a 49 años en la Micro Red San Jerónimo-Andahuaylas, durante el año 2020. Por ello solicito su aceptación para que pueda participar del estudio.

El estudio consiste en realizarle ciertas preguntas mediante un cuestionario relacionadas al sobrepeso y la obesidad dentro de las cuales le tomará responder un aproximado de 10 minutos, el proceso del manejo de los datos será estrictamente confidencial, la no participación o participación del estudio no afecta en nada los vínculos con los servicios de salud de su localidad.

La participación es voluntaria, el estudio no conlleva a ningún riesgo ni recibe ningún beneficio o compensación económica. Los resultados del estudio serán publicados en la página principal de la Universidad Tecnológica de los Andes si desea obtenerlo podrá descargarlo en su plataforma del repositorio de la institución, en caso de consulta adicional sobre el estudio puede comunicarle al investigador a través del correo electrónico [ame.leguiarojas700@gmail.com](mailto:ame.leguiarojas700@gmail.com).

Nombre del investigador: Américo Leguia rojas

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente acepto el consentimiento para ser partícipe de dicho estudio.

---

## ANEXO 8 FORMULA DE PROPORCION DE MUESTRAD DE ESTUDIO.

$$n = \frac{N(z^2).p(1-p)}{(N-1)e^2 + z^2.p(1-p)}$$

Donde:

**n**= Muestra a determinar

**N**=Población total

**Z**: Nivel de confianza al 95% (1,96)

**e**: Margen de error de 5% (0,05)

**p**: Proporción:  $p(1-p) = 0,25$

Entonces:

$$n = \frac{892(1,96)^2 \cdot 0,25}{(892-1)(0,05)^2 + (1,92)^2 \cdot 0,25}$$

$$n = 282$$