



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA

TEMA:

PATRONES ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL GRUPO DE MUJERES ASOCIACIÓN DE PRODUCCIÓN PESQUERA ARTESANAL AFROECUATORIANA UNIDOS PARA EL PROGRESO (ASOPESAFURO) DEL CANTÓN SAN LORENZO, 2018.

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
en Nutrición y salud comunitaria

AUTOR:

Milena Vanessa Montaña Ramírez

DIRECTORA:

Lcda. Sandra Magaly Palacios de Jesus Mgc

IBARRA-ECUADOR

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, Mgc, Sandra Magaly Palacios de JESUS, en calidad de directora del trabajo de grado titulado “PATRONES ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL GRUPO DE MUJERES ASOCIACIÓN DE PRODUCCIÓN PESQUERA ARTESANAL AFROECUATORIANA UNIDOS PARA EL PROGRESO (ASOPESAFURO) DEL CANTÓN SAN LORENZO 2018”, elaborado por la señorita **MILENA VANESSA MONTAÑO RAMÍREZ**, para obtener el Título de Licenciada en Nutrición y salud comunitaria, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 26 días del mes de junio del 2019

Lo certifico

(Firma)..........

Mgc, Sandra Palacios de Jesús

C.I.: 1002326435

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	080417616-2		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Montaño Ramírez Milena Vanessa		
DIRECCIÓN:	Ibarra, Barrio Avenida Carchi		
EMAIL:	kiaramontao9@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0939678560
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“PATRONES ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL GRUPO DE MUJERES ASOCIACIÓN DE PRODUCCIÓN PESQUERA ARTESANAL AFROECUATORIANA UNIDOS PARA EL PROGRESO (ASOPESAFURO) DEL CANTÓN SAN LORENZO, 2018.”		
AUTOR (ES):	Montaño Ramírez Milena Vanessa		
FECHA:	2019/06/07		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Nutrición y Salud Comunitaria		

ASESOR /DIRECTOR:	Mgc. Sandra Palacios de Jesús
--------------------------	-------------------------------

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 26 días del mes de junio del 2019.

LA AUTORA

(Firma).....

Milena Vanessa Montaña Ramírez

C.C.: 080417616-2

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

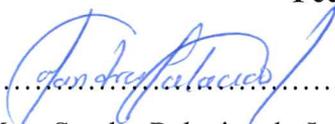
Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 26 de junio 2019

Montaño Ramírez Milena Vanessa “PATRONES ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL GRUPO DE MUJERES ASOCIACIÓN DE PRODUCCIÓN PESQUERA ARTESANAL AFROECUATORIANA UNIDOS PARA EL PROGRESO (ASOPESAFURO) DEL CANTÓN SANLORENZO 2018.” / Trabajo de grado. Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTORA: Mgc. Sandra Palacios El principal objetivo de la presente investigación fue identificar el patrón alimentario y su relación con sobrepeso y obesidad en el grupo de mujeres de la Asociación de Producción Pesquera Artesanal Afro-ecuatoriana Unidas para el Progreso del Cantón San Lorenzo. Entre los objetivos específicos tenemos: Identificar las características sociodemográficas del grupo en estudio. Evaluar el estado nutricional de las integrantes del grupo de mujeres “Asopesafuro” a través de indicadores antropométricos. Determinar el patrón alimentario a través del método de frecuencia de consumo de alimento y recordatorio de 24 horas. Relacionar el patrón alimentario con el sobrepeso y obesidad en el grupo de estas mujeres.

Fecha: Ibarra, 26 junio del 2019

.....

Mgc. Sandra Palacios de Jesús

Directora

.....

Milena Vanessa Montaño Ramírez

Autora

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada con todo mi amor a mis padres, ya que son mi pilar fundamental y apoyo en mi formación académica, me han dado todo lo que soy como persona mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño y todo ello de una manera desinteresada y llena de amor.

Milena Montaña

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a mi Dios por traerme al mundo con un gran propósito, por estar siempre conmigo en todos los momentos de mi vida, por levantarme en medio de pruebas y demostrarme cuán grande es su fidelidad.

Agradezco a mis padres Winston Montaña, Narcisa Ramírez y a mi hija Kiara son la mejor bendición de mi vida, gracias por ser mi sustento, mi soporte, por estar apoyándome siempre en mis decisiones, por ese amor tan grande que me demuestran cada día, cada hora, cada minuto, cada segundo.

A mi directora de tesis Mgc. Sandra Palacios por su paciencia, apoyo, entrega y colaboración a lo largo de esta investigación.

A la Universidad Técnica del Norte y Facultad Ciencias de la salud por permitirme realizar esta investigación y culminar mi carrera profesional.

Milena Montaña

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLA.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
TEMA:	xv
CAPITULO I.....	1
1. El problema de investigación	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación Del Problema	3
1.3 Justificación.....	4
1.4. Objetivos	6
1.4.1 Objetivo General	6
1.4.2. Objetivos Específicos.....	6
1.5. Preguntas De Investigación.....	7
CAPITULO II.....	8
2. Marco Teórico	8
2.1. Estado Nutricional.....	8
2.1.2. Evaluación del estado nutricional.....	9
2.1.3. Antropometría	10
2.1.4. El peso.....	10
2.1.5. Clasificación de pesos.....	10
2.1.6. Posición correcta de los pies para tomar el peso.....	11
2.1.7. La talla.....	11
2.1.8. Circunferencia de la cintura.....	12

2.1.9.Índice de masa corporal.....	13
2.1.10. El anàlisis de la composiciòn corporal.....	13
2.2.Obesidad y Sobrepeso.....	14
2.2.1. Definiciòn de sobrepeso.....	14
2.2.2.Signos de sobrepeso.....	14
2.2.3. Definiciòn de obesidad.....	15
2.2.4.Clasificaciòn de obesidad.....	17
2.2.5.Tipos de obesidad.....	17
2.2.6. Causa de la Obesidad.....	17
2.2.7.Consecuencias y complicaciones de la obesidad.....	18
2.2.8.Factores de riesgo de la obesidad.....	18
2.3. Patrones Alimentarios.....	20
2.3.1. Que se considera un patron alimentario adecuado.....	21
2.3.2. Importancia de los patrones alimentarios.....	21
2.3.3.Hàbitos Alimentarios.....	22
2.3.4. Recomendaciones de alimentaciòn saludable.....	23
3.3.5. Evaluaciòn Dietètica.....	23
3.3.6. Recomendaciones de ingesta diaria.....	24
2.3.7. Valores de referencia para el porcentaje de adecuaciòn.....	25
3.3.8. Requerimiento Nutricional.....	25
3.3.9. Frecuencia de consumo.....	27
2.3.10.Recordatorio de 24 horas.....	28
CAPITULO III.....	29
3. Metodologìa de la Investigaciòn.....	29
3.1.Tipo de estudio.....	29
3.2. Localizaciòn y ubicaciòn del Estudio.....	29
3.3. Poblaciòn.....	29
3.3.1. Universo y Muestra.....	29
3.3.2. Criterios de inclusiòn.....	29
3.3.3. Criterios de excusiòn.....	30
3.5. Operalizaciòn de variable.....	30

3.6. Métodos de recolección de información.....	32
3.7. Procesamiento y análisis de datos.....	35
CAPITULO IV.....	36
4. Resultados de la Investigación y Análisis.....	36
4.1.1. Datos sociodemográficos del grupo de mujeres Asopesafuro.....	36
4.1.3. Relación de variables.....	50
CAPITULO V.....	60
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	60
5.1. Conclusiones.....	60
5.2. Recomendación.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	62
ANEXOS.....	65
Anexo 1.....	65
Anexo 2.....	66
Anexo 3.....	69
FOTOS.....	73

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Edad y Estado civil del grupo de mujeres Asopesafuro.....	36
Tabla 2. Ocupación y Nivel de instrucción del grupo de mujeres Aspesafuro.....	37
Tabla 3. Frecuencia de consumo de alimentos del grupo de mujeres Asopesafuro	41
Tabla 4. Media de la ingesta calórica de las integrantes del grupo de mujeres Asopesafuro.....	49
Tabla 5. Relación entre la ingesta Calórica y el Estado Nutricional según el IMC.....	50
Tabla 6. Relación entre la ingesta Calórica y el Estado Nutricional según el Porcentaje de grasa.....	51
Tabla 7. Relación entre la Ingesta de Carbohidratos y el Estado Nutricional según el IMC.....	52
Tabla 8. Relación entre la Ingesta de Carbohidratos y el Estado Nutricional según el porcentaje de Grasa.....	53
Tabla 9. Relación entre la Ingesta de Proteínas y el Estado Nutricional según el IMC.....	54
Tabla 10. Relación entre la Ingesta de Proteínas y el Estado Nutricional según el el porcentaje de grasa corporal.....	55
Tabla 11. Relación entre la Ingesta de Grasa y el Estado Nutricional según el IMC.....	56
Tabla 12. Relación entre la Ingesta de Grasa y el Estado Nutricional según el porcentaje de grasa corporal.....	57
Tabla 13. Patrones Alimentarios y el Índice de Masa Corporal.....	58
Tabla 14. Patrones Alimentarios y el Porcentaje de Grasa.....	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Índice de Masa corporal del grupo de mujeres Asopesafuro.....	38
Gráfico 2. Porcentaje de grasa por bioimpedancia del grupo de mujeres Asopesafuro.....	39
Gráfico 3. Circunferencia abdominal del grupo de mujeres Asopesafuro.....	40
Gráfico 4. Consumo de preparaciones poco saludables del grupo de mujeres Asopesafuro.....	44
Gráfico 5. Calorías consumidas del grupo de mujeres Asopesafuro.....	45
Gráfico 6. Porcentaje de adecuación de proteína del grupo de mujeres Asopesafuro.....	46
Gráfico 7. Porcentaje de adecuación de carbohidratos del grupo de mujeres Asopesafuro.....	47
Gráfico 8. Porcentaje de adecuación de grasa del grupo de mujeres Asopesafuro...	48

RESUMEN

PATRONES ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL GRUPO DE MUJERES ASOCIACIÓN DE PRODUCCIÓN PESQUERA ARTESANAL AFRO-ECUATORIANA UNIDAS PARA EL PROGRESO (ASOPESAFURO) DEL CANTÓN SAN LORENZO, 2019.

Autora: Montaña Ramírez Vanessa Milena
Correo: kiaramontao9@hotmail.com

El objetivo del presente estudio fue identificar el patrón alimentario y su relación con sobrepeso y obesidad en el grupo de mujeres de la Asociación de Producción Pesquera Artesanal Afro Ecuatoriana Unidos para el Progreso del cantón San Lorenzo, 2018. Es un estudio descriptivo, relacional, de corte transversal. La muestra la constituyen todas las participantes del grupo en edades entre 19 a 60 años, las variables estudiadas corresponden a características sociodemográficas, evaluación nutricional, frecuencia de consumo de alimentos y recordatorio de 24 horas. Entre los principales resultados se encontró: que predomina la unión libre, la ocupación laboral de la mayoría con un 76,7% es el comercio, en el nivel de instrucción están la primaria completa y bachiller con un 26,7%. Se evaluó el estado nutricional de las mujeres del grupo mediante dos indicadores, el IMC, el 50% de la población presento obesidad, el 26,7% tiene sobrepeso y el 23,3% se encontró con un estado nutricional normal y con el porcentaje de grasa se encontró que el 56% tiene obesidad, el 27% esta con sobrepeso y el 17% esta normal. En la frecuencia de consumo se encontró que los alimentos consumidos diariamente son: proteína animal (pollo), proteína vegetal, (fréjol), carbohidratos (arroz, azúcar.), frutas (manzana), verduras (cebolla paiteña), grasa (aceite de palma), las preparaciones poco saludables las consumen de 5 a 7 veces por semana. En cuanto a la ingesta calórica se observó una media de 2558.21 kcal. Evidenciándose una ingesta hipercalórico. **Conclusión** La relación de los patrones alimentarios y el estado nutricional está establecida desde el punto estadístico y nutricional

Palabras claves: Patrón alimentario, Estado nutricional, Recordatorio de 24 horas, Frecuencia de consumo de alimentos, Mujeres.

ABSTRACT

FOOD PATTERNS AND THEIR RELATIONSHIP WITH OVERWEIGHT AND OBESITY IN THE WOMEN'S GROUP AFRO-ECUADORIAN ARTISAN FISHERIES PRODUCTION ASSOCIATION UNITED FOR THE PROGRESS (ASOPESAFURO) OF THE SAN LORENZO CANTON

Author: Montaña Ramírez Vanessa Milena

Mail: kiaramontao9@hotmail.com

The objective of the present study was to identify the dietary pattern and its relation to overweight and obesity in the group of women of the association of Afro-Ecuadorian artisanal fisheries production united for the progress of San Lorenzo Canton, 2018. It is a descriptive, relational study of cross-section. The sample is made up of all the participants of the group in ages between 19 to 60 years, the variables studied correspond to sociodemographic characteristics, nutritional assessment, frequency of food consumption and reminder of 24 hours. Among the main results was found: that the free union predominates, the occupation of the majority with 76.7% is commerce, in the level of instruction are the complete primary and bachelor with 26.7%. The nutritional status of the women in the group was evaluated with two indicators, through the IMC, 50% of the population with obesity, 26.7% with overweight and 23.3% with a normal nutritional status and with the Fat percentage was found that 56% are obese, 27% are overweight and 17% are normal. In the frequency of consumption it was found that the foods consumed daily are: animal protein (chicken), vegetable protein, (beans), carbohydrates (rice, sugar.), Fruits (apple), vegetables (paiteña onion), fat (oil palm), unhealthy preparations consume them 5 to 7 times a week. Regarding caloric intake, an average of 2558.21 kcal was observed. Evidence of a high caloric intake. **End.** the relationship of the alimentary patterns and the nutritional state is established from the statistical and nutritional point of view.

Key words: Food pattern, Nutritional status, 24-hour reminder, Frequency of food consumption, Women

TEMA:

PATRONES ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL GRUPO DE MUJERES ASOCIACIÓN DE PRODUCCIÓN PESQUERA ARTESANAL AFRO-ECUATORIANA UNIDAS PARA EL PROGRESO (ASOPESAFURO) DEL CANTÓN SAN LORENZO, 2018

CAPITULO I

1. El problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

Según los últimos informes de dieta a nivel mundial una mala calidad de esta combinada con la falta de ejercicio es responsable del creciente número de personas con sobrepeso y obesidad. (1)

Según la OMS el sobrepeso y la obesidad son los trastornos nutricionales más frecuentes en las sociedades modernas, constituyéndose actualmente en uno de los problemas emergentes de la salud pública, ha llegado a afectar, tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de estos, más de 650 millones eran obesos. En 2016, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. En general, en 2016 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado. (2).

La obesidad y el sobrepeso han alcanzado proporciones epidémicas en la región de las Américas, que ahora tiene la prevalencia más alta de todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud: 62% de los adultos tienen sobrepeso o son obesos. La epidemia no es ajena a los niños y adolescentes, ya que entre el 20 y el 25% están afectados por el sobrepeso o la obesidad. (2).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) publicada entre 2014 y 2015, se informa que en Ecuador el 29,9 % de niños entre 5 a 11 años tienen sobrepeso y obesidad. Este dato incrementa al 62,8 % en adultos (de 19 a 59 años). Se reportan las prevalencias de sobrepeso y obesidad en adultos de 19 a 60 años con un

64,1 % en la provincia de Esmeraldas. En la zona1 con un 9,75% y en el grupo Afro ecuatoriano con una tasa del 5,2% de Sobrepeso y Obesidad. (3).

La dieta se relaciona a enfermedades crónicas tales como la patología cardiovascular, la obesidad, la diabetes, la hipertensión y algunos tipos de cáncer. Añadiendo que, la dieta es uno de los factores de riesgo posibles de cambiar. Reflexionando la pesada carga de morbilidad y mortalidad que simbolizan las citadas enfermedades crónicas en la actualidad, es de gran importancia establecer patrones alimentarios, tanto en niños como en adultos, con la intención de que sirvan de base para el diseño de intervenciones educativas orientadas a su prevención. (4)

La composición corporal de las mujeres es diferente a la de los hombres esto se debe que el reparto de la grasa también es diferente entre hombres y mujeres. La mujer tiene unos porcentajes de grasa de entre el 20 y el 25 %, en el hombre se ubica entre un 12 y un 16%. La mujer tiene más distribución de grasa en glúteos, pecho, cadera, muslos y al momento de dar a luz. (2)

1.2 Formulación del Problema

¿La presencia de la obesidad y el sobrepeso en el Grupo de mujeres de la Asociación de Producción Pesquera Artesanal Afro ecuatoriana, está influenciado por los patrones alimentarios inadecuados?

1.3 Justificación

Las relaciones entre la dieta y la salud son necesarias para considerar las posibles interacciones entre los alimentos o los nutrientes a fin de detallar el efecto general de la dieta en la salud. Los enfoques multidimensionales, como la identificación de patrones dietéticos, permiten la estimación de asociaciones más fiables entre dieta y salud, teniendo en cuenta la dieta global y su complejidad.

En consecuencia, el consumo de algunos alimentos (por ejemplo, carne roja, frutas, pescado, alcohol, etc.) o algunos nutrientes (por ejemplo, Carbohidratos (CHO), Sodio (Na) etc.) generalmente se asocia con un aumento o disminución del riesgo de muchas enfermedades crónicas, como obesidad, hipertensión, ECV o ciertos cánceres, DLP.

La presente investigación tiene como finalidad identificar los patrones alimentarios que pueden o no influir en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el grupo Asociación de Producción Pesquera Artesanal Afroecuatoriana Unidos para el Progreso del cantón San Lorenzo. Actualmente en nuestro país existe poca información que se pueda relacionar para confirmar este hallazgo. Desde una perspectiva de salud la importancia de identificar los patrones dietéticos de esta población permitirá conocer su modelo de alimentación relacionado con el sobrepeso y obesidad.

Los patrones dietéticos pueden destacar los hábitos alimenticios concretos, las preferencias y la disponibilidad en los países. Las combinaciones de patrones dietéticos reflejan claramente las actitudes contradictorias de la población hacia la comida, como la conciencia de la salud, la indulgencia, el placer, la convivencia, pero también la conveniencia y la practicidad. Estas diferentes conductas de consumo de alimentos también se pueden observar en el IMC, tal como lo define la Organización Mundial de la Salud.

Con el fin de tomar medidas específicas contra nuevos aumentos de las enfermedades relacionadas con la dieta, es esencial mejorar continuamente la base de información sobre la calidad de la dieta de la población y sus factores asociados. Para obtener información sobre la calidad de la dieta, la literatura internacional se refiere cada vez más a los patrones dietéticos.

A partir de los resultados de la investigación, se socializará con las participantes del grupo, para generar actitudes de cambio que ayuden a prevenir estas patologías y mejorar su calidad de vida.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Identificar el patrón alimentario y su relación con sobrepeso y obesidad en el grupo de mujeres de la Asociación de Producción Pesquera Artesanal Afro Ecuatoriana Unidos para el Progreso del cantón San Lorenzo, 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas del grupo en estudio.
- Evaluar el estado nutricional de las integrantes del grupo de mujeres “Asopesafuro” a través de indicadores antropométricos.
- Determinar el patrón alimentario de las integrantes del grupo de mujeres “Asopesafuro”, mediante los métodos frecuencia de consumo de alimentos (FCA) y recordatorio de 24 horas (R24H).
- Relacionar el patrón alimentario con el sobrepeso y obesidad del grupo de estas mujeres.

1.5. Preguntas De Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del grupo en estudio?
- ¿Cuál es el estado nutricional de las integrantes del grupo de mujeres “asopesafuro”?
- ¿Cuáles son los patrones alimentarios de las integrantes del grupo de mujeres “asopesafuro”?
- ¿Cuál es la relación de los patrones alimentarios con la presencia de exceso de peso del grupo en estudio?

CAPITULO II

2. Marco Teórico

2.1. Estado Nutricional

El estado nutricional es el resultado del balance entre las necesidades de requerimientos de nutrientes y el gasto de energía alimentaria reflejándose en las condiciones físicas que presentan las personas (Hodgson, 2012). Los factores influyen mucho en las condiciones de vida de los grupos familiares, afectando especialmente el estado nutricional, generándose tanto en el país como en el mundo y presentándose en diversas poblaciones, siendo los más vulnerables las niñas y los niños en sus etapas de crecimiento y desarrollo temprano. (5).

Factores que determinan el estado nutricional de una población. El estado nutricional de una localidad está ajustado por varios elementos que están profundamente relacionados con el aspecto salud, la agricultura, el comercio externo e interno, el mercado laboral y aspectos socio cultural de la población.

Factor 1: Disponibilidad de alimentos. Depende de gran escala de la producción y procesamiento adecuado de los alimentos, de las leyes que regulan el procesamiento de estos alimentos y de los sistemas de almacenamientos y comercialización. La tecnología y de la demanda dependen del nivel adquisitivo de la población. El acceso y las vías de comunicación son factores esenciales para que la distribución de los alimentos a los grupos poblacionales, sea equitativa y afectiva.

Factor 2: Consumo. Una de las características más importantes del factor consumo son los hábitos alimentarios de la familia. Estos hábitos están condicionados por: Es fundamental determinar la composición del peso perdido. La pérdida de masa magra, tiene mayor valor que una pérdida de igual de tejido adiposo. (6)

Aspectos Geográficos: lugar o país que ocupa la familia, clima, suministros de agua y capacidad de producción de la población.

Aspectos Culturales: es relevante nombrar las tradiciones, religión y los tabúes, métodos tradicionales que se transmiten de familia en familia.

Aspectos Sociales: al grupo social que pertenece la familia determina el grupo alimentarios. La actividad ocupacional que desarrolla el padre de familia influye grandemente en el consumo de alimentos.

Aspectos Educativos: el nivel educativo del padre o la madre nos proporciona información sobre la alimentación que recibe el grupo familiar.

Aspectos Económicos: considerado como uno de los más importantes para la familia. De acuerdo al nivel adquisitivo de la familia se obtendrá la alimentación adecuada para todos sus miembros.

Factor 3: Utilización de los nutrientes. Los requerimientos de los distintos nutrientes están explícitos por el estado de salud de las personas, por su ambiente y por su actividad. A su vez el estado de salud obedece del saneamiento ambiental del tipo de atención médica que recibe y del nivel educativo y conocimiento sobre nutrición. (6)

2.1.2. Evaluación del estado nutricional

Se define como la condición corporal resultante del balance entre la ingestión de alimentos y su utilización por parte del organismo correcta valoración del estado nutricional (VEN) permite identificar las alteraciones nutricionales por exceso y por defecto, y posibilita el adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico. Una VEN completa debe incluir la realización de la historia clínico-nutricional, incluyendo la valoración dietética, una correcta exploración y estudio antropométrico, y la valoración de la composición corporal. (8)

2.1.3. Antropometría

Es una de las técnicas más ampliamente utilizadas en estudios clínicos y epidemiológicos para evaluar el estado nutricional pues su simplicidad la hace apropiada en grandes poblaciones, aunque requiere personal muy entrenado y una buena estandarización de las medidas. El objeto es cuantificar los principales componentes del peso corporal e secundariamente valorar el estado nutricional a través del empleo de medidas muy sencillas como peso, talla, longitud de extremidades, perímetros o circunferencias corporales, medida de espesores de pliegues cutáneos, etc. y, a partir de ellas, calcular diferentes índices que permiten estimar la masa libre de grasa y la grasa corporal. Dos de los índices más utilizados en la actualidad son el Índice de Masa Corporal y la relación circunferencia de cintura. (9).

2.1.4. El peso

El peso real o la masa corporal es la suma de los elementos orgánicos de un individuo (masa grasa + masa libre de grasa), y se marca en kilogramos o libras. (10)

2.1.5. Clasificación de pesos

- **El peso habitual**

Es el que un individuo o persona tiene durante mucho tiempo y se puede cambiar en distintas etapas de la vida. Para aquellos que presentan alguna enfermedad, explica, se considera el peso habitual anterior al padecimiento. La comparación de ambos tipos de peso establece la influencia de la enfermedad.

- **El peso teórico o peso ideal**

Es una medida corporal donde se compara el peso actual de la persona con referencia en tablas de valores, de acuerdo con su estatura o índice de masa corporal (IMC). La

definición más aceptada de este tipo de peso es la proporcionada por el IMC, según la fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura al cuadrado (m)}$.

- **El peso corporal saludable**

Se refiere al intervalo de peso corporal que se relaciona con estadísticas de buena salud. (11). El peso corporal es un indicador de la masa corporal total. Se valora con el paciente en ropa interior. Es aconsejable tomar la medida siempre a la misma hora. (10).

2.1.6. Posición correcta de los pies para tomar el peso

Encuentre una superficie plana horizontal y firme para colocarla. No colocarse sobre alfombra ni tapetes. Asegúrese de que la unidad de peso se encuentre en Kg. Esto se logra colocando el selector de modo peso en la modalidad de Kg. Calibre la báscula antes de empezar el procedimiento. Antes de usar la báscula oprima el botón de reposición situado en el borde inferior derecho de la plataforma para que marque “0.0”

Procedimiento. La medición se realizará con la menor cantidad de ropa posible y sin zapatos. Se pide a la persona que suba a la balanza colocando los pies paralelos en el centro, de frente al examinador.

Debe estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caigan naturalmente a los lados. Si la pantalla muestra algo que no sea “0.0” asegúrese de que la báscula esté expuesta a una fuente de luz suficiente. (12)

2.1.7. La talla

Es la altura que tiene una persona u individuo en posición vertical desde la cabeza hasta los talones en posición de “firmes”, se mide en centímetros (cm).

Posición correcta de los pies para tomar la talla

Ubique a la persona debajo del tallímetro de espalda a la pared con la mirada al frente, sobre una línea imaginaria vertical que divida al cuerpo en dos hemisferios.

- Confirme que los pies estén en posición correcta. – Asegúrese que la cabeza, espalda, pantorrillas, talones y glúteos estén en contacto con la pared y sus brazos caigan naturalmente a lo largo del cuerpo.
- Coloque la cabeza en posición recta coloque la palma de la mano izquierda abierta sobre el mentón del sujeto, y suavemente cierre sus dedos.
- Trace una línea imaginaria (Plano de Frankfort) que va del orificio del oído a la base de la órbita del ojo. Esta línea debe ser paralela a la base del tallímetro y formar un ángulo recto con respecto a la pared.
- Al realizar la lectura identifique que los ojos del individuo y la escala del equipo, estén a la misma altura.
- Si la marca del tallímetro se encuentra entre un centímetro y otro, anote el valor que esté más próximo; si está a la mitad, se tomará el del centímetro anterior.
- Baje el tallímetro y tome cuidadosamente la lectura en centímetros. Hágalo por triplicado y anote el promedio de las 3 mediciones en la hoja de registro de antropometría. (12)

2.1.8. Circunferencia de la cintura

La CC es una medida antropométrica que ha tomado especial relevancia a partir del reconocimiento de la obesidad como un problema de salud pública. La representación de obesidad abdominal muestra un incremento en el riesgo de los factores cardiovasculares y algunos tipos de cánceres. Por otro lado, es examinada como un criterio importante para la identificación del síndrome metabólico. Es la única variable antropométrica que se utiliza para estimar la grasa abdominal de la cintura; no es invasiva, es muy económica y, lo más importante, es que ha demostrado buena

correlación con la cantidad de grasa intra-abdominal valorada por tomografía computarizada. La medición de la CC fue realizada tomando en cuenta el punto medio de la línea axilar, en la distancia que va del reborde de la última costilla hasta la espina ilíaca. (13)

2.1.9. El índice de masa corporal (IMC)

El índice de masa corporal (IMC) es una cifra que se calcula con base al peso y a la estatura de la persona. El IMC es un indicador de la obesidad bastante confiable para la mayoría de las personas. El IMC no mide la grasa corporal directamente, pero las investigaciones han mostrado que tiene una correlación con mediciones directas de la grasa corporal, tales como el pesaje bajo el agua y la absorciometría dual de rayos X (DXA, por sus siglas en inglés).^{1, 2} El IMC se puede medir una alternativa para mediciones directas de la grasa corporal. Además, es una técnica económica y fácil de hacer para descubrir categorías de peso que logran llevar a problemas de salud.

¿Cómo se usa el IMC?

El IMC se usa como un instrumento de descubrimiento para identificar posibles problemas de salud de los adultos. Sin embargo, el IMC no es un instrumento de diagnóstico. Por ejemplo, una persona puede tener un alto IMC, pero para determinar si el exceso de peso es un riesgo para la salud, un provisor de atención médica necesitará hacer evaluaciones adicionales. Estas evaluaciones pueden contener la medición del grosor de los pliegues cutáneos, evaluaciones de la alimentación, la actividad física, los antecedentes familiares y otras pruebas de salud que sean adecuadas. (14)

2.1.10. El análisis de la composición corporal

Compone una parte fundamental en la estimación del estado nutricional de un individuo y consiste en la separación de la masa total del cuerpo en sus distintos componentes principales.^{6,7} La evaluación de ciertos parámetros de composición

corporal admite, no sólo estar al tanto de las reservas calóricas y proteicas, sino también asemejar la presencia de algunos factores de riesgo relacionados con la enfermedad producto de una mala nutrición, tanto por déficit como por exceso. (15).

2.2. Obesidad y Sobrepeso

El sobrepeso y la obesidad se definen en concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Sobrepeso: IMC igual o superior a 25. Obesidad: IMC igual o superior a 30. (16).

2.2.1. Definición de sobrepeso

El Sobrepeso, es un estado pre mórbido de la obesidad y al igual que ésta se caracteriza por un aumento del peso corporal y se acompaña a una acumulación de grasa en el cuerpo, esto se produce por un desequilibrio entre la cantidad de calorías que se consumen en la dieta y la cantidad de energía (en forma de calorías) que se gasta durante las actividades físicas. Se ha sugerido que el porcentaje de grasa acumulado en el cuerpo, es un indicador del riesgo de enfermedades cardiovasculares por lo que cada vez más frecuentemente se emplean la índice cintura/cadera (ICC) y el contorno de la cintura. Antiguamente el sobrepeso se determinaba mediante el índice Broca. Primero se calculaba el peso ideal de una persona según su estatura. A partir de la diferencia entre el peso real y el peso ideal se diagnosticaba el sobrepeso o la falta de peso. (18)

2.2.2. Signos de sobrepeso

Por lo general, el aumento de peso sucede a través del tiempo y la mayoría de las personas saben cuándo han aumentado de peso. Algunos de los signos de sobrepeso u

obesidad son: La ropa queda apretada y se empiezan a usar tallas más grandes. La báscula muestra que ha habido un aumento de peso. Hay exceso de grasa en la cintura. El índice de masa corporal y la circunferencia de cintura son más altos que lo normal. Actividades cotidianas como subir escaleras o abrocharse los zapatos comienzan a realizarse con lentitud o dificultad (18)

2.2.3. Definición de obesidad

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (16)

La obesidad es una enfermedad crónica con resultados negativos para la salud y existe una asociación clara y directa entre el grado de obesidad y la morbilidad. De hecho, está relacionada al 60% de las muertes debidas a enfermedades no contagiosas. (17)

- **La obesidad**

Es una patología multifactorial en la que concurren múltiples factores de tipo genético, metabólico, hormonal, social, cultural, que de forma regulada e pasiva causan un desbalance entre el ingreso y el gasto energético, que deja de indicar a ajustes corporales, liberando a largo plazo un logro significativo de la masa grasa y del peso.

De hecho, en muchos países del mundo concurre una altísima proporción de adultos y niños con obesidad. En este capítulo se detallan los diferentes tipos de obesidad y los métodos y medidas más adecuados para su evaluación y diagnóstico. Se menciona el mapa actual de la obesidad en el mundo y en España y los resultados clínicos de la obesidad en el adulto y en el niño, analizando la contribución del sobrepeso/obesidad a las enfermedades crónicas más prevalentes, con especial mención del Síndrome metabólico. (19)

2.2.4. Clasificación de obesidad

La clasificación internacional de obesidad para un adulto es la propuesta por la OMS según el IMC (Tabla 1).

IMC de la OMS (Kg/m ²)	
Bajo Peso	< 18,5
Normo peso	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Obesidad Grado I	30 – 34,9
Obesidad Grado II	35 – 39,9
Obesidad Grado III	>40

Sin embargo, según la definición de obesidad, las personas con obesidad son aquellas que tienen un exceso de grasa corporal. Se dice que un hombre adulto de peso normal demuestra un contenido de grasa en un rango del 15 al 20% del peso corporal total, y las mujeres entre el 25 y 30% del peso corporal total. Deurenberg y contribuyentes formaron una ecuación para estimar el porcentaje total de grasa en adultos, basado en el IMC, la edad y el sexo.

Tabla 3. Ecuación de Deurenberg para estimar grasa corporal

% grasa corporal = 1.2 (IMC) + 0.23 (edad) – 10.8 (sexo) – 5.4
Donde, sexo = 1 para hombres, y sexo = 0 para mujeres

(17)

2.2.5. Tipos de obesidad

Obesidad androide o central o abdominal: se identifica por el depósito de grasa en exceso, en la parte superior del cuerpo del individuo.

Obesidad ginecoide o periférica: Se muestra por la acumulación de grasa en exceso en la parte inferior del cuerpo de la persona.

Obesidad de distribución homogénea: Se nombra de esta manera cuando el tejido graso excesivo, no se acumula en ningún lugar determinado del cuerpo del individuo. (20)

2.2.6. Causas de la Obesidad

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es una inestabilidad energética entre calorías consumidas y calorías gastadas. Se ha visto una preferencia universal a tener una mayor ingesta de alimentos ricos en grasa, sal y azúcares, pero menesterosas en vitaminas, minerales y otros micronutrientes. El ajeno aspecto de preeminencia es la disminución de la actividad física producto del estilo de vida sedentario debido a la mayor automatización de las actividades laborales, los métodos modernos de transporte y de la mayor vida urbana. En su etiopatogenia se piensa que es una enfermedad multifactorial, reconociendo los factores genéticos, ambientales, metabólicos y endocrinológicos.

Solo 2 a 3% de los obesos tendría como causa alguna enfermedad endocrinológica, entre las que destacan el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo y lesiones hipotalámicas asociadas a hiperfagia.

Sin requisición, se ha descrito que la acumulación excesiva de grasa, puede producir subsidiariamente alteraciones de la ordenación, metabolización y secreción de diferentes hormonas. Por lo tanto, podemos decir que la obesidad una enfermedad crónica, multifactorial en su origen y que se presenta con una amplia gama de fenotipos. (21)

2.2.7. Consecuencias y Complicaciones de la Obesidad

La obesidad se reflexiona un significativo factor de riesgo para enfermedades no transmisibles, tales como las enfermedades crónicas no trasmisibles como: cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, los trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (endometrio, mama y colon). El riesgo de contraer estas enfermedades crónicas no transmisibles acrecienta con el mayor grado de obesidad. La obesidad se considera un significativo factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, los trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (endometrio, mama y colon). El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles aumenta con el mayor grado de obesidad.

Por otro lado, se ha apreciado que las consecuencias -tanto sicológicas como sociales- perjudican enormemente la calidad de vida de los pacientes obesos. Los niños que tienen obesidad presentan una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos presentan mayor dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2 y efectos psicológicos deletéreos. (21).

2.2.8. Factores de Riesgo de la obesidad

En lo frecuente, la obesidad es fruto de una combinación de causas y factores que contribuyen a ella, entre ellos:

Genética. Tus genes podrían afectar la cantidad de grasa corporal que almacenas y dónde se comercializa esa grasa. La genética también puede efectuar un rol respecto de la eficacia con que el cuerpo transforma los alimentos en energía y cómo quema calorías durante el ejercicio.

Estilo de vida de la familia. La obesidad tiende a presentarse en toda la familia. Si uno de los padres o los dos son obesos, el riesgo de ser obeso es mayor. Esto no se debe solo a la genética. Los familiares tienden a compartir hábitos alimentarios y de actividad similares.

Inactividad. Si no se realiza actividad, no quemas tantas calorías. Si el estilo de vida es sedentario, es muy fácil que todos los días ingieras más calorías de las que quemas cuando haces ejercicio y realizas actividades cotidianas normales. Tener problemas médicos, como artritis, puede suponer menos actividad, lo que contribuye al aumento de peso.

Dieta poco saludable. Una dieta hipercalórico y con porciones demasiado grandes, pero con pocas frutas y vegetales contribuye al aumento de peso.

Problemas médicos. En algunas personas, la obesidad puede tener un origen médica, como el síntoma de Prader-Willi, el síndrome de Cushing y otras perturbaciones. Las molestias médicas, como la artritis, también pueden hacer disminuir la actividad física, lo que puede provocar el aumento de peso.

Ciertos medicamentos. Algunos medicamentos pueden provocar aumento de peso si no los compensas con dieta o con actividad física. Entre estos medicamentos, encontramos a algunos antidepresivos, anticonvulsivos, medicamentos para la diabetes, antipsicóticos, esteroides y betabloqueantes.

Problemas sociales y económicos. La obesidad tiende a mostrarse en toda la familia. Si uno de tus padres o los dos son obesos, tu riesgo de ser obeso es mayor. Esto no se debe solo a la genética. Los familiares tienden a compartir hábitos alimentarios y de actividad similares. La obesidad tiende a presentarse en toda la familia. Si uno de tus padres o ambos son obesos, tu riesgo de ser obeso es mayor.

Embarazo. En el proceso de embarazo, las mujeres forzosamente aumentan de peso. Para algunas mujeres, después del nacimiento del bebé, es difícil bajar ese peso que aumentaron. Ese aumento de peso puede contribuir a la manifestación de la obesidad en las mujeres.

Dejar de fumar. Con periodicidad, dejar de fumar está asociado con el aumento de peso. En muchos casos, dejar de fumar puede hacer que las personas aumenten tanto de peso que se vuelven obesas. Sin embargo, a largo plazo, dejar de fumar sigue siendo más beneficioso para la salud que seguir fumando.

Edad. La obesidad puede presentarse a cualquier edad, también, en niños pequeños. Sin embargo, a medida que envejeces, los cambios hormonales y un estilo de vida menos activo aumentan el riesgo de padecer obesidad. De igual forma, la cantidad de músculo en el cuerpo tiende a disminuir con la edad. Esta menor masa muscular produce una disminución en el metabolismo. Estos cambios también reducen las calorías que necesitas, por lo que pueden hacer que resulte más difícil evitar el exceso de peso. Si no controlas de forma consciente lo que comes y no haces más actividad física a medida que envejeces, es probable que aumentes de peso.

Falta de sueño. No dormir lo suficiente o hacerlo en demasía puede provocar cambios hormonales que aumentan el apetito. También es posible que sientas ganas de comer alimentos con alto contenido de calorías e hidratos de carbono, que pueden contribuir al aumento de peso. (22)

2.3. Patrones Alimentarios

En el contenido alimentario, el patrón de consumo corresponde a la frecuencia de ingesta de alimentos comestibles y preparados por un individuo o grupo. Se manda en función a una serie de factores, entre ellos los hábitos, costumbres, tiempo, lugar, constituyéndose en la asignación necesaria de los distintos grupos de alimentos acostumbrados a consumir para satisfacer las necesidades tanto nutritivas como sociales

Patrones de consumo es la forma en que las personas consiguen los alimentos sea por la influencia del mercado, la tecnología, los costos de producción o por los precios, los cuales tienen que ver con el ingreso de las personas y que a su vez la forma de este tipo de productos se homogeniza, en el sector urbano y rural. (23)

2.3.1. Que se considera un patrón alimentario adecuado

Los patrones alimentarios con buenas fuentes de carbohidratos son (cereales integrales), los alimentos fuentes de grasas como (aceites vegetales ricos en grasas insaturadas y omega -3 etc.), proteínas (nueces, legumbres, pescados, aves etc.), la ingesta adecuada de frutas y verduras una mínima ingesta de cereales refinados, refrescos azucarados y carnes rojas se asocian a un aumento o disminución del riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. (8)

2.3.2. Importancia de los patrones alimentarios

Muchas de las investigaciones se han centrado sólo en nutrientes específicos y en la ingesta de algunos alimentos y bebidas. En la última década, el interés ha pasado a centrarse en los patrones de alimentación en general, ya que engloban la ingesta de todos los alimentos y bebidas, así como los nutrientes y, por tanto, consideran también los posibles efectos acumulativos e interacciones entre ellos. Estudios como el en Kid (hábitos alimentarios y estatus nutricional en niños y jóvenes españoles), realizado en España entre 1998-2000, han investigado estos patrones en niños y jóvenes, lo que ha permitido describir modelos de alimentación en la población más joven.

El análisis de “clusters” (conjuntos) o “conglomerados” se ha convertido en un método de investigación cada vez más común para el estudio de patrones de estilos de vida, sobre todo para tener un mayor conocimiento de la relación entre el consumo de alimentos y de bebidas, La práctica de actividad física y los hábitos sedentarios en

niños y adolescentes, así como el posible efecto acumulativo en el desarrollo del sobrepeso y obesidad cuando se combina un conjunto de conductas en un patrón menos saludable. Por ejemplo, se pudo detallar un patrón que contiene un mayor consumo de frutas, verduras y pescado y otro determinado por una mayor ingesta de aperitivos y alimentos y bebidas de alta densidad calórica.

No se ha podido identificar ningún elemento en particular que pueda considerarse como factor causal universal de la actual epidemia de obesidad, sino conductas diferentes y factores determinantes que actúan a distintos niveles favoreciendo un balance energético positivo (una mayor ingesta con respecto al gasto energético). Muchos de estos hábitos están relacionados entre sí y su combinación puede producir diferentes efectos en la salud. La coexistencia de diferentes grupos de personas que comparten características similares es un concepto que se ha aplicado durante los últimos años de forma exitosa para comprender las posibles relaciones entre los diferentes hábitos de vida. Este enfoque reconoce que hay múltiples variables que influyen e interactúan en estos estilos de vida. (24)

2.3.3. Hábitos alimentarios

Dichos factores evolucionan a lo largo de los años y constituyen la respuesta a los nuevos estilos de vida, a los nuevos productos a consumir, a las comidas rápidas, etc. Y se relacionan muy directamente con el aumento de los recursos y con el contacto entre personas de culturas alimentarias distintas.

Los hábitos alimentarios de las poblaciones son la expresión de sus creencias y tradiciones y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Los factores que condicionan los hábitos alimentarios son de tipo económico, religioso, como las normas del Torah o del Corán que se relacionan a su vez con la higiene, psicológico y pragmático. (25)

Siendo la familia el primer contacto con los hábitos alimentarios debido a que ejercen una fuerte influencia en la alimentación del niño. Actualmente los hábitos alimentarios se han ido modificando. Se define como hábitos alimentarios aquel comportamiento individual y colectivo del consumo alimentario, se adquieren de manera directa e indirecta como parte de las prácticas socioculturales; su adopción se basa principalmente en tres agentes; la familia, los medios de comunicación y el CIBV. Por diferentes factores que alteran de una u otra manera la dinámica e interacción familiar con la alimentación; la situación económica, la menor dedicación y falta de tiempo para preparar alimentos. (26).

3.3.4. Recomendaciones de alimentación saludable

Es por ello que las pautas alimentarias aprendidas durante estos años son bases para la constitución de los hábitos alimentarios. Por la velocidad de crecimiento en los niños se debe aumentar los requerimientos nutricionales, sumado a una capacidad de ingesta limitada en volumen; es por ello que en esta etapa se presenta una alta vulnerabilidad nutricional.

Debido a que una alimentación adecuada a las necesidades del niño es crítica, las intervenciones tempranas y oportunas merecen especial atención y sirven para prevenir secuelas a futuro. Una adecuada alimentación durante los primeros años de vida resulta fundamental para el óptimo crecimiento y desarrollo. (26)

3.3.5. Evaluación dietética

La evaluación nutricional proporciona información actualizada, de alta calidad y basada en la evidencia, para el establecimiento de objetivos, la planificación, el

seguimiento y la evaluación de los programas con el objetivo de erradicar el hambre y la reducción de la carga de la malnutrición.

Acceso global y libre a las informaciones sobre la dieta y la nutrición a nivel nacional, e información para los tomadores de decisiones con el objetivo alcanzar una mejor alimentación para todos

Evaluación nutricional es la mejor manera de determinar si efectivamente se están cumpliendo las necesidades nutricionales de las personas, una vez que la comida está disponible y es de fácil acceso. (27)

2.3.6. Recomendaciones de ingesta diaria

Estas proporciones se consideran adecuadas para que la población española alcance unos hábitos alimentarios saludables, pero son exclusivamente referidas a ingesta energética, por lo que para otros nutrientes y, fundamentalmente vitaminas y minerales, puede que no se ajusten a la realidad de distribución entre las diferentes tomas de alimentos. Sin embargo, a la hora de valorar ingestas concretas de un menú, un plato, o una receta, no contamos con elementos de referencia válidos, salvo la tradicional distribución de porcentajes de energía entre las diferentes tomas de alimentos, tácitamente aceptada por la mayoría de los dietistas y nutricionistas que corresponde en torno a un 20% en el desayuno, 40% en el almuerzo, 10% en la merienda y 30% en la cena.

Las recomendaciones de ingesta diaria de los principales nutrientes para diferentes grupos de población (por sexos, edades y situaciones fisiológicas especiales de la mujer). Por tanto, hoy en día tenemos referencias nutricionales válidas, tanto de ingestas habituales como de las recomendadas para un día completo, de un amplio abanico de grupos poblacionales. (28)

2.3.7. Valores de referencia para el porcentaje de adecuación

Variables en la clasificación del consumo de alimentos

70-90 % Subalimentación

- 90-110 % Normal

- 110 % Sobrealimentación

El porcentaje de adecuación se realiza según las recomendaciones nutricionales para cada paciente, el cálculo que se utilizó fue la ingesta (por cada nutriente) multiplicada por 100 y dividida por la recomendación del Comité de Consenso de asesoramiento y manejo Nutricional de la FQ. (29)

3.3.8. Requerimiento nutricional

Las necesidades de energía en las personas mayores son menores que en los más jóvenes; como media disminuyen un 10% cada década a partir de los 60 años, por disminución de la masa celular activa y de la actividad física. En la tercera edad se deben consumir menos calorías, ya que si se mantiene la misma ingesta que en la edad adulta se corre el riesgo de presentar obesidad o agravarla.

Los requerimientos nutricionales son las necesidades que los organismos vivos tienen de los diferentes nutrientes para su óptimo crecimiento, mantenimiento y funcionamiento en general. Las cantidades nutricionales varían dependiendo de la especie, el sexo y la edad, o más bien, del momento del desarrollo del individuo.

En las personas mayores las necesidades de los diferentes nutrientes (proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, agua) no se diferencian mucho de las calculadas para los adultos. Requerimientos nutricionales según la edad. Aproximadamente se habla de un consumo de unas 2200 kilocalorías en varones de 65 años sedentarios y de 1850 en mujeres de la misma edad y características.

- **Proteínas**

Estos factores equilibran la situación, de manera que las necesidades proteicas son iguales en la edad geriátrica que en la edad adulta, es decir, un 0,8 gr por kg de peso corporal y día. Respecto las proteínas, aunque hay una disminución de la masa magra, es decir, de la cantidad de músculo, también hay un aumento de la utilización de proteínas (y sus elementos básicos, los aminoácidos) a nivel de vísceras como hígado e intestinos. Sin embargo, se suele recomendar una cantidad de 1 gr por kilo de peso y día, para asegurar el aporte de aminoácidos esenciales (los que no puede sintetizar nuestro organismo), aun ante la presencia de enfermedades gastrointestinales, infecciosas o estrés. Se recomienda que la ingesta de proteínas constituya aproximadamente el 10% de las calorías totales de la dieta.

- **Lípidos**

Además, es interesante reducir su consumo de cara a la prevención de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, existen también ácidos grasos esenciales, es decir, los elementos básicos y formadores de las grasas, que no se pueden sintetizar en el organismo humano, cuya falta provoca patología. La ingesta de lípidos, en general, debería reducirse, sobre todo porque de ellos se obtiene energía y, como ya se ha comentado, las necesidades energéticas son menores. Por esto se deben asegurar ingestas de grasas poliinsaturadas: vegetales y del pescado azul, mejor que grasas de origen animal. No deberían superar el 30% de la ingesta calórica.

- **Hidratos de carbono**

Se recomienda disminuir ligeramente el consumo de hidratos de carbono o glúcidos, ya que las necesidades energéticas disminuyen, sobre todo a expensas de azúcares sencillos de absorción rápida (glucosa, lactosa, fructosa) y mantener los azúcares de absorción lenta, los almidones (cadenas largas de glucosa y otros monosacáridos). Deben representar, a pesar de todo, entre el 55 y el 60% de la ingesta calórica total.

- **Agua**

Se recomienda la ingesta de al menos 2 litros de líquidos al día (agua, zumos, caldos, infusiones, etc.) como la ideal, sin embargo, y asumiendo que la disminución de la sensación de sed hace que sea muy difícil llegar a estas cantidades, se asume como deseable que al menos ésta no sea inferior a un litro y medio. El agua, considerada nutriente esencial para el mantenimiento del metabolismo, sigue siendo también en las personas mayores primordial, a pesar de la disminución del contenido en agua del organismo. (30)

3.3.9. Frecuencia de consumo

Se trata de un método originalmente diseñado para proporcionar información descriptiva cualitativa sobre patrones de consumo alimentario y posteriormente evolucionó para poder obtener información sobre nutrientes especificando también el tamaño de la ración de consumo usual. Los instrumentos que incluyen entre 100-150 alimentos pueden requerir entre 20-30 minutos para completarse y puede hacerse mediante entrevista o bien ser auto-administrados.

Por tanto, este método permite evaluar la ingesta en un amplio periodo de tiempo de manera relativamente sencilla, coste-efectiva y eficiente desde el punto de vista del tiempo requerido para procesarla los cuestionarios de frecuencia de consumo (CFC) son una versión más avanzada.

El método Historia de la Dieta encaminado a evaluar la dieta habitual preguntando con qué frecuencia y qué cantidad se consume de una relación seleccionada de alimentos o bien de grupos de alimentos específicos incluidos en una lista en un periodo de tiempo de referencia^{1,2}. (31).

2.3.10. Recordatorio de 24 horas

El tiempo medio estimado de la entrevista puede variar entre 20 y 30 minutos. El método consiste en recordar precisamente, describiendo y cuantificando la ingesta de alimentos y bebidas consumidas durante el periodo de 24 horas previas, o durante el día anterior a la entrevista, desde la primera toma de la mañana hasta los últimos alimentos o bebidas consumidas por la noche (antes de ir a la cama). El R24h es un método subjetivo, retrospectivo que requiere una entrevista cara a cara.

- **Ventajas del Recordatorio de 24 horas**

Elevado índice de respuesta. – Puede ser administrado a poblaciones con un bajo índice de alfabetización (por medio de entrevistas directas). – Validez (en la extensión en que el método o instrumento mide lo que se supone que debe de ser medido y está exento de errores sistemáticos). Siendo un método retrospectivo, la consumición habitual del sujeto no se ve alterada. – Los recuerdos en serie pueden estimar la ingesta habitual a nivel individual además de a nivel de comunidad. – Su administración no requiere demasiado tiempo. – Mejora con incrementados números de 24hDR administrados al mismo sujeto de estudio (2-3 veces).

Es considerado como un instrumento válido para la valoración de energía y nutrientes. Para validar R 24h, el uso de recuerdos alimentarios u otros métodos tales como la observación directa de la consumición real (records de alimentos pesados, agua doblemente etiquetada, grabación, cámaras, etc.) así como ciertos parámetros bioquímicos. Alta precisión (capacidad del método de producir medidas o resultados similares cuando la herramienta es administrada repetidamente en un contexto). (32)

CAPITULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Tipo de estudio

Es un estudio no experimental con enfoque cuantitativo porque se analizó las variables en sus diferentes escalas, es **descriptiva**: Porque se observaron los patrones alimentarios y el estado nutricional del grupo en estudio, **transversal**: Porque se tomaron los datos en un tiempo delimitado y **relacional**: Porque se relacionó el patrón alimentario con la presencia de sobrepeso y obesidad.

3.2. Localización y ubicación del estudio

El Grupo Asociación de Producción Pesquera Artesanal Afro-Ecuatoriana Unidas para el Progreso se encuentra ubicado en el Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas, su sede está ubicado en el barrio “Las Marías “ubicado entre las calles panes sirena del pailón y el riviel.

3.3. Población

3.3.1. Universo y muestra

Todas las participantes del Grupo Asociación de Producción Pesquera Artesanal Afro-Ecuatoriana Unidas Para El Progreso del Cantón San Lorenzo, es un total de 30 mujeres cuyas edades oscilan entre 19 y 60 años.

3.3.2. Criterios de inclusión

- Todas las mujeres que conformen el grupo Asopesafuro y que deseen participar en la investigación.
- Personas que firmaron el consentimiento informado.

3.3.3. Criterios de exclusión

- Mujeres que estén en estado de gestación y lactancia.

3.5. Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Características Sociodemográficas	Edad	Adulta Joven 19- 39 años Adulta 40 -64 años Adulta Mayor Más de 65 años Fuente OMS
	Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Bachillerato Superior
	Ocupación	Comerciante Empleado privado Empleado público Estudiante Profesional
	Estado civil	Casado/a Divorciado/a Soltero/a Unión libre
Estado Nutricional	Indicadores antropométricos IMC	Bajo peso < 18,5 Normo peso 18.5-24.99 Sobrepeso 25-29.9 Obesidad I 30-34.9 Obesidad II 35-39.9 Obesidad III >40

		Fuente: tablas según la OMS								
	Circunferencia de la Cintura	Menos de 80 cm = normal 80-88 cm= riesgo alto Más de 88 cm= riesgo muy alto Fuente: tablas según la OMS								
	% de Grasa	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Clasificación</th> <th>Mujer (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal</td> <td>24-30</td> </tr> <tr> <td>Límite</td> <td>31- 33</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td>>33</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: tablas según la OMS</p>	Clasificación	Mujer (%)	Normal	24-30	Límite	31- 33	Obesidad	>33
Clasificación	Mujer (%)									
Normal	24-30									
Límite	31- 33									
Obesidad	>33									
Consumo de alimentos	Frecuencia de consumos Proteína animal (leche y derivados, huevos, carnes y derivados). Proteína vegetal (Leguminosas) Frutas y verduras Carbohidratos (tubérculos, cereales derivados, azúcar, panes). Grasas. Otros.	Diario 7 Veces a la semana Muy frecuente 5-6 Veces a la semana Frecuente 3-4 Veces a la semana Poco frecuente 1-2 Veces a la semana								

		Ocasional 1 Veces al mes
	Recordatorio de 24 horas	70-90 % Subalimentación 90-110 % Normal > 110 % sobrealimentación Escala de % de adecuación

3.6. Métodos de recolección de información

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta estructurada de aplicación directa a las participantes del Grupo Asociación de Producción Pesquera Artesanal Afroecuatoriana

La toma de medidas antropométricas se realizó utilizando instrumentos de medición para determinar el estado nutricional de las mujeres que presenten sobrepeso y obesidad.

- **Características socio demográficas.**

Las características socio demográficas se las identifico mediante la aplicación del cuestionario que tenía preguntas relacionadas con el estado civil, edad, nivel de instrucción y ocupación.

- **Peso**

Para la toma de peso se utilizó una balanza calibrada de marca **Seca**, donde las participantes estuvieron con la cantidad mínima de ropa posible y sin zapatos para la obtención de un dato real.

- **Talla**

Para la toma de la talla se utilizó una cinta métrica el participante adopto una posición erguida tomando en cuenta los cinco puntos, para la correcta medida.

- **IMC**

Los datos antropométricos servirán para calcular el IMC, el mismo que se obtendrá aplicando la siguiente fórmula.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso Kg}}{\text{Talla m}^2}$$

Talla m²

Se utilizará los siguientes puntos de corte

IMC de la OMS (Kg/m ²)	
Bajo Peso	< 18,5
Normo peso	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Obesidad Grado I	30 – 34,9
Obesidad Grado II	35 – 39,9

Obesidad Grado III	>40
--------------------	-----

Fuente: tablas según la OMS

Circunferencia abdominal

Para la determinación de la circunferencia de cintura se utilizó una cinta métrica inextensible. Se procedió a medir la circunferencia abdominal de la participante y se registró en el formulario correspondiente.

Se utilizaron los siguientes puntos de corte

Menos de 80 cm = normal
80-88 cm= riesgo alto
Más de 88 cm= riesgo muy alto

Fuente: tablas según la OMS

- **Porcentaje de grasa**

Para determinar el porcentaje de grasa se utilizó la balanza de bioimpedancia, en el cual se ingresa datos de sexo, talla y edad, para la obtención del porcentaje de grasa.

Clasificación	Mujer (%)
Normal	24-30
Límite	31- 33
Obesidad	>33

Fuente: tablas según la OMS

- **Frecuencia de Consumo**

Los cuestionarios de frecuencia de consumo (CFC) son una versión más avanzada del método Historia de la Dieta encaminado a evaluar la dieta habitual preguntando con qué frecuencia y qué cantidad se consume de una relación seleccionada de alimentos

o bien de grupos de alimentos específicos incluidos en una lista en un periodo de tiempo de referencia^{1,2}.

- **Recordatorio de 24 horas**

Se trata de una herramienta para el análisis de consumo de alimentos, que recolecta información sobre la ingesta de alimentos y preparaciones del día anterior; a partir de este método se puede estimar los macronutrientes y micronutrientes de la dieta consumida; es un método sencillo de aplicación, pero depende mucho de la capacidad del entrevistador para la aplicación. Algunas de las desventajas que tiene es que depende de la memoria del entrevistado y también la estimación de peso a partir de las medidas caseras; aunque el entrevistador puede hacer uso de fotografías o medidas de utensilios de cocina, para disminuir el sesgo. El recordatorio es aplicable a todos los grupos etarios.

3.7. Procesamiento y análisis de datos

La tabulación de los datos fue realizada en el paquete informático EXCEL, mediante la creación de una base de datos, posteriormente la base de datos se pasó al Programa SPSS. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

CAPITULO IV

4. Resultados de la investigación y análisis

4.1.1. Datos sociodemográficos del grupo de mujeres Asopesafuro

Tabla 1. *Edad y Estado civil del grupo de mujeres Asopesafuro*

Edad	F	%	Estado Civil	F	%
19-39	16	53,33	soltera	4	13,3
40-64	14	46,66	casada	1	3,3
			unión libre	25	83,3
Total	30	100,0	Total	30	100,0

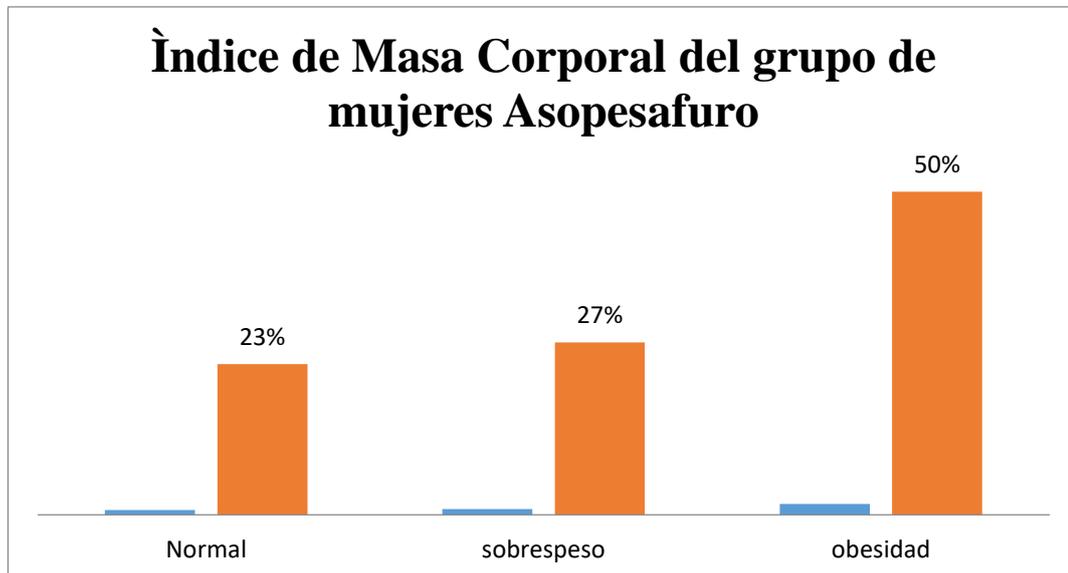
Según la variable edad el 53,33% están entre 19-39 años y el 46,66 % están en los rangos entre 40-64años, para el estado civil en el 83,3% predomina la unión libre y a continuación con el 13,3% se encuentran el estado civil soltera. A diferencia de un estudio realizado por Ebelin Benalcázar titulado “Factores de riesgo en Síndrome Metabólico relacionado con hábitos alimentarios y actividad física en los adultos del barrio Tanguarín, san Antonio de Ibarra, 2017” donde se observó que el 14,89% se encuentran con un rango de 19 a 35 años y el 85.1% entre las edades de 35 a 60 años. En cuanto el estado civil de la población encuestada el 76 % se encuentra en un estado civil casado.

Tabla 2. *Ocupación y Nivel de instrucción del grupo de mujeres Asopesafuro*

Ocupación	F	%	Nivel instrucción	F	%
Comerciante	23	76,7	Primaria incompleta	1	3,3
Maestra	4	13,3	Primaria completa	8	26,7
Cocinera	2	6,7	Secundaria incompleta	4	13,3
Secretaria	1	3,3	Secundaria completa	5	16,7
			Bachiller	8	26,7
			Superior	4	13,3
Total	30	100,0	Total	30	100,0

La ocupación laboral de la mayoría de mujeres con un 76,7% es el comercio. Para el nivel de instrucción en porcentajes iguales se encuentran la primaria completa y bachiller con el 26,7%. A diferencia del estudio anterior realizado por Ebelin Benalcázar se encontró que el 48% son amas de casa y el 17% se dedican a las artesanías en madera, para el nivel de instrucción de la población el 38% terminó la primaria.

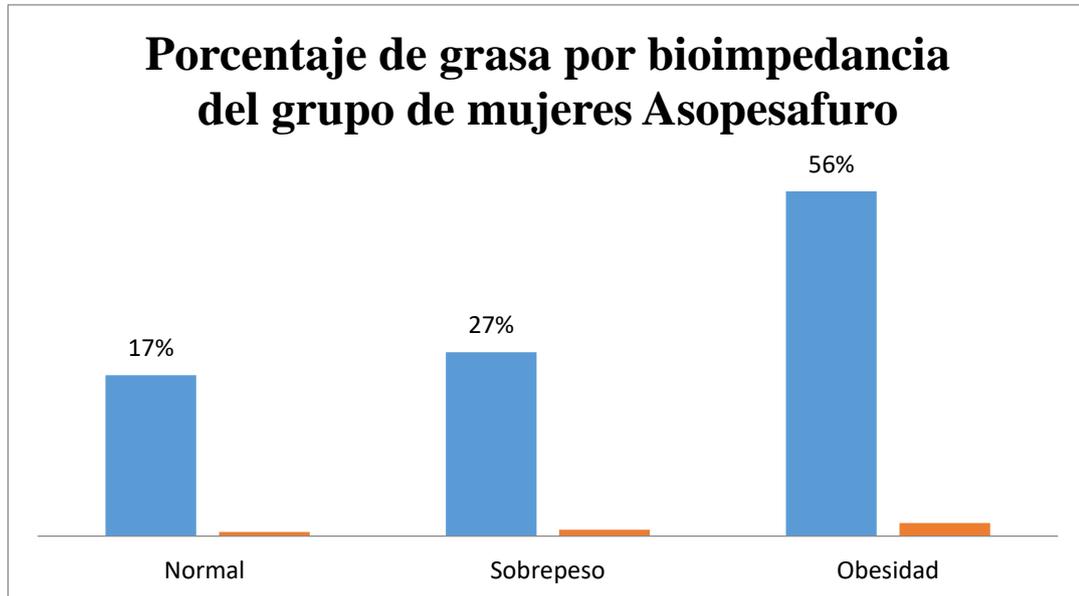
Gráfico 1. Índice de masa corporal del grupo de mujeres Asopesafuro



El 50% de la población presentó obesidad, el 26,7% tiene sobrepeso y el 23,3% se encontró con un IMC normal.

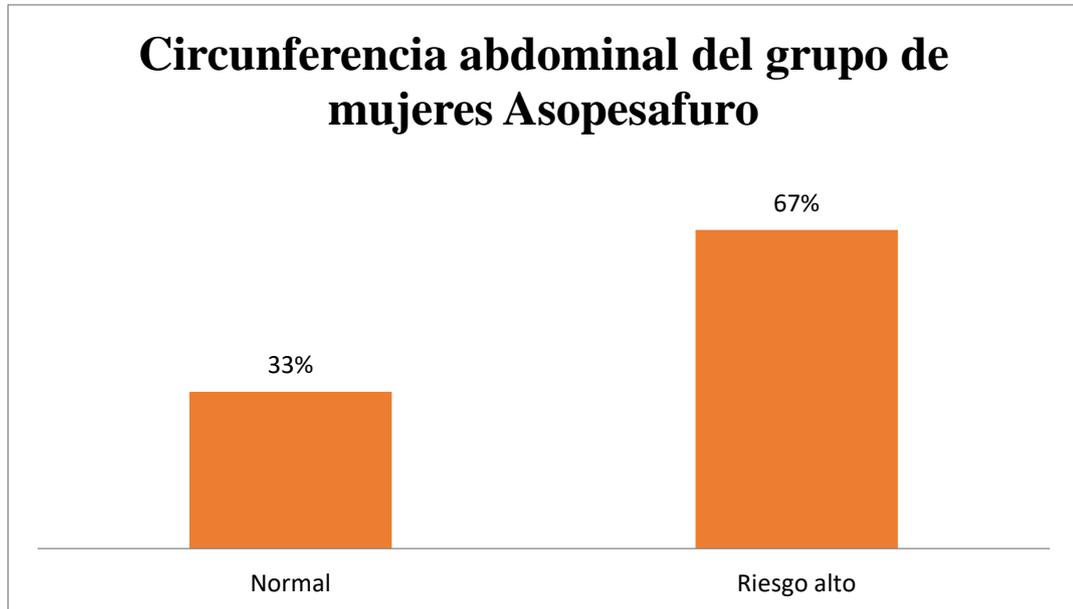
A diferencia del estudio realizado por Gabriela Alvarado titulado “Sobrepeso y Obesidad en mujeres trabajadoras como personal de administración de la pontificia Universidad Católica del Ecuador, julio 2018 Quito. Se pudo observar que la prevalencia de sobrepeso fue superior a la de obesidad, con un 43% y 8% respectivamente. El 46% de la población valorada ocupan aquellas personas que se encuentran con un estado nutricional normal. Lo cual indica que la tendencia a la obesidad es lo que se expresa frente a una realidad que tiene relación con el presente estudio.

Gráfico 2. *Porcentaje de grasa por bioimpedancia del grupo de mujeres Asopesafuro*



Según el porcentaje de grasa el 56% tiene obesidad y el 27% esta con sobrepeso. Lo cual tiene similitud con el estudio anterior realizado por Deyny Gabriela Abad Alvarado “Sobrepeso y Obesidad en mujeres trabajadoras como personal de administración de la pontificia Universidad Católica del Ecuador, julio 2018 Quito (33) “Los datos obtenidos en el estudio reflejan que el indicador porcentaje de grasa para evaluación del estado nutricional se evidenció que de las 35 mujeres evaluadas, 18 mujeres presentaron obesidad, correspondiente al 51%; 16 mujeres presentaron sobrepeso, correspondiente al 46%; y únicamente una mujer presenta un estado nutricional normal la cual corresponde al 3%.

Gráfico 3. *Circunferencia abdominal del grupo de mujeres Asopesafuro.*



Según el indicador circunferencia abdominal el 67% presenta riesgo cardiovascular y el 33% se encuentra en un estado normal. A diferencia con el anterior estudio realizado por Gabriela Alvarado, el 77% de las mujeres evaluadas presentaron alto riesgo cardiovascular por otra parte, el 23% de presentaron un estado normal.

Tabla 3. Frecuencia de consumo de alimentos del grupo de mujeres Asopesafuro

Frecuencia de consumo n=30	Diario 7v/s		Muy frecuente 5-6 v/s		Frecuente 3-4 v/s		Poco frecuente 1-2 v/s		Ocasional 1 v/m		Total consumo		No consume	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Proteína animal (leche y derivados enteros, huevo de gallina, carnes(pollo) y embutidos)	10	33,33	5	16,66	5	16,66	7	23,33	1	3,33	28	93,31	2	6,66
Proteína vegetal (Leguminosas)	0,0	0,0	6	20	10	33,33	14	46,66	0,0		30	99,99	0,0	0,0
Frutas (manzana,T.arbol) y verduras(C.paiteña,pimiento,T.riñon)	12	40	5	16,66	5	16,66	7	23,33	1	3,33	30	99,99	0,0	0,0
Carbohidratos (tubérculos (p.verde,p.maduro,yuca), cereales(Arroz) derivados, azúcar, panes)	18,85	62,83	7,28	23,33	3,85	12,83	0,0	0,0	0,0	0,0	29,98	98,99	0,0	0,0
Grasas	30	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30	100	0,0	0,0
Otros (coco)	7	23,33	4	13,33	10	33,33	3	10	3	10	27	90	3	10

En el consumo de proteínas de origen animal (leche y derivados enteros, huevo de gallina, carnes (pollo) y embutidos) el 33,33% consumen este grupo las siete veces a la semana, lo que significa que forman parte de la base de su alimentación.

El 46,66% de las mujeres tienen un consumo poco frecuente entre 1 a 2 veces por semanas de proteínas de origen vegetal (leguminosas, frejol, lenteja arveja), y el 33,33% tienen un consumo frecuente de 3 a 4 veces por semana.

El 40% consume frutas (manzana, tomate de árbol) y verduras (C.paieteña, pimiento, T.riñon) a diario, mientras que el 23,33% tienen un consumo poco frecuente de 1 – 2 veces por semana.

En cuanto al consumo de carbohidrato (tubérculos (plátano verde, plátano maduro, yuca), cereales (Arroz) derivados, azúcar, panes) el 62,83% lo hace a diario, y el 23,33% tienen un consumo muy frecuente de 5 a 6 veces por semana. Las grasas son consumidas a diario por el 100% de la población estudiada

El 23,33% de la población consume (coco) muy frecuente entre 5 a 6 veces por semana.

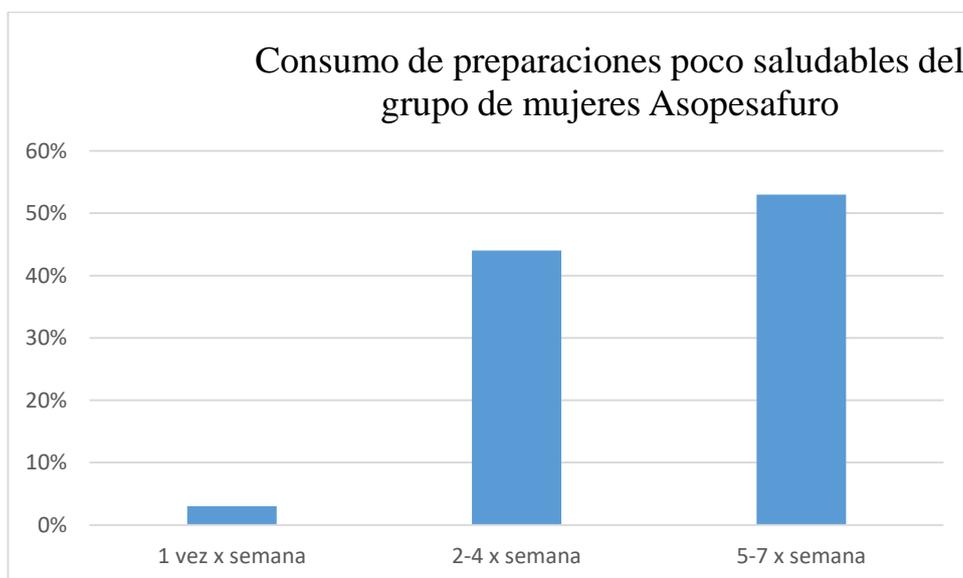
A diferencia del estudio realizado por Lansinot Evelyn titulado Valoración del estado nutricional y hábitos alimentarios en los adultos mayores en Ibarra en el año 2017. En cuanto al consumo de alimentos fuentes de proteínas se observó que el 54% de la población consume proteínas de origen animal (leche y derivados, huevos, carnes y derivados) 1 vez a la semana.(34) El 44% de la población consume proteína de origen vegetal (arveja, frejol) 2 veces a la semana. En el consumo de frutas y verduras el 88% manifestaron consumir de 1 a 2 veces al día.

En el consumo de cereales y derivados se encontró una similitud con la investigación estudiada con un 76% consume a diario cereales y derivados (arroz, avena) y el 64% 3 veces a la semana panes y pastas.

Los patrones alimentarios de la investigación estudiada determinaron que una ingesta alta de carnes, arroz, plátano verde, plátano maduro, yuca, grasas, aceite se asocia con un mayor riesgo de padecer sobrepeso u obesidad.

Las personas que padecen obesidad generalmente suelen tener una conducta alimentaria inadecuada, la cual se caracteriza por un mayor consumo de energía, generando así un desequilibrio alimentario los hidratos de carbono y las grasas son considerados los principales macronutrientes aportadores de calorías, además de ser los alimentos de mayor consumo entre individuos que padecen obesidad que entre sujetos de peso normal (34)

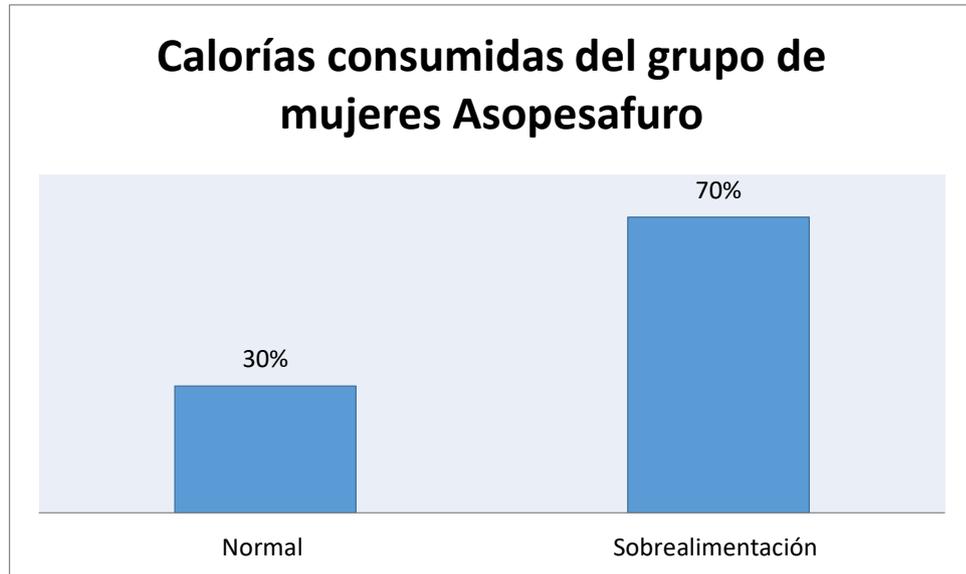
Gráfico 4. *Consumo de preparaciones poco saludable del grupo de mujeres ASOPESAFURO*



El 53 % de las integrantes del grupo de mujeres presento un consumo de preparaciones poco saludable como frituras, encocados entre 5 a 7 veces por semana, y el 44% presento un consumo de preparaciones poco saludable entre 2 a 4 veces por semana.

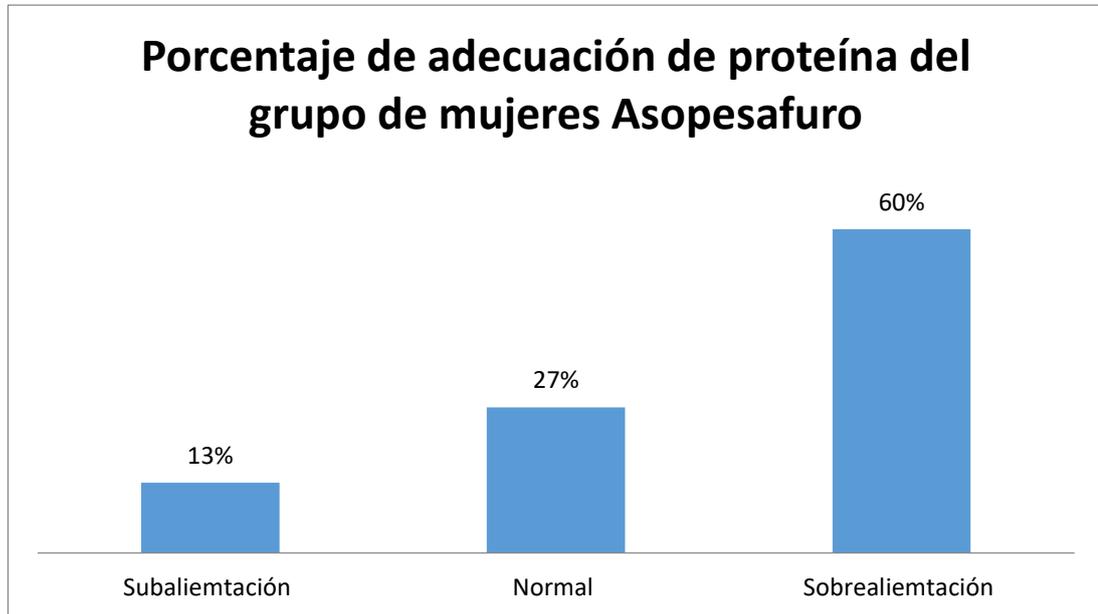
En un estudio similar realizado por Ebelin Benalcázar titulado "Factores de riesgo en Síndrome Metabólico relacionado con hábitos alimentarios y actividad física en los adultos del barrio Tanguarín, San Antonio de Ibarra, 2017. Se encontró el 61,7% con un consumo de preparaciones poco saludable de tres veces por semana. (35)

Gráfico 5. *Calorías consumidas del grupo de mujeres Asopesafuro*



En el recordatorio de 24 horas el consumo de calorías, el 70% de las integrantes del grupo de mujeres presento una sobrealimentación mayor a 110%, mientras que el 30% tienen un consumo normal. A diferencia de un estudio realizado en cuba por Aida E. Esplugas Montoya (2015) el 52,9% presentaron una sobrealimentación mayor al 110%. (36)

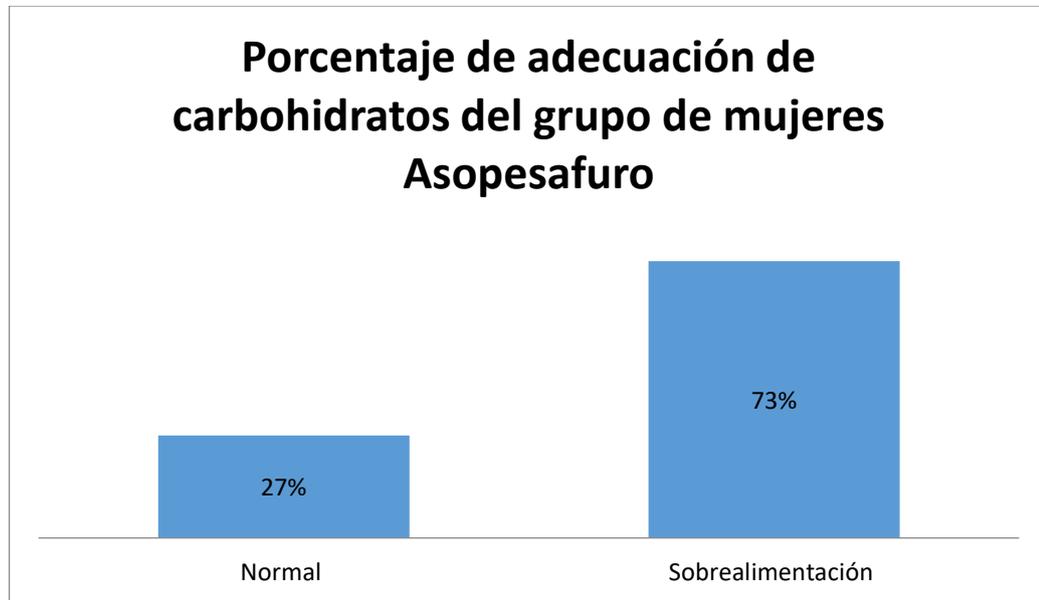
Gráfico 6. *Porcentaje de adecuación de proteína del grupo de mujeres Asopesafuro*



En el método de recordatorio de 24 horas en cuanto al consumo de proteína el 60 % de las integrantes presenta una sobrealimentación en el consumo de proteína entre 128-180% y el 27% presenta un consumo normal entre 90-110% mientras el 13 % presenta una subalimentación entre 77-89%.

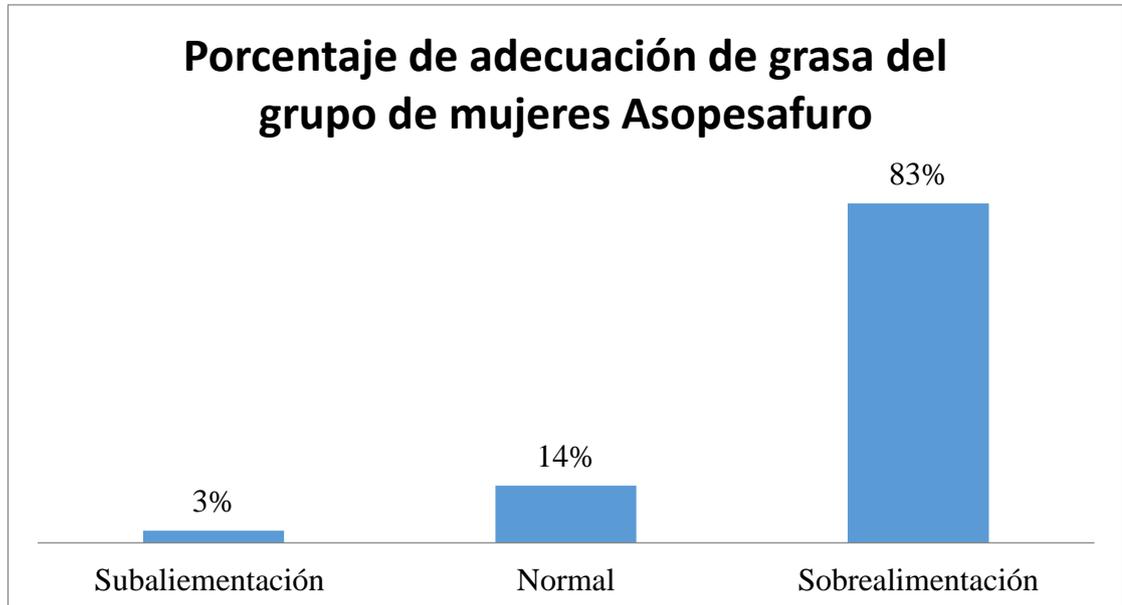
En un estudio similar realizado por Lizeth Marisol Moran Anrango titulado Hábitos Alimentarios en grupos de adultos jóvenes (18-30 años de edad) y adultos mayores (>60 años de edad), de la población de tanguarín Ibarra (2017) se observó al 63,6% con una sobrealimentación en el consumo de proteína. (37)

Gráfico 7. *Porcentaje de adecuación de carbohidratos del grupo de mujeres Asopesafuro*



En el porcentaje de adecuación de carbohidratos el 73% de las integrantes del grupo de mujeres presento una sobrealimentación en el consumo de carbohidratos y el 27% tiene una adecuación normal. Esto difiere a lo citado anteriormente con el estudio realizado por Lizeth Marisol Moran Anrango donde se observó que el 54,5% tiene una sobrealimentación en el consumo de carbohidratos (37).

Gráfico 8. *Porcentaje de adecuación de grasa del grupo de mujeres Asopesafuro*



En el porcentaje de adecuación de grasa el 83% de mujeres presento una sobrealimentación, el 14% tiene un consumo normal y el 3% presento una subalimentación. De acuerdo a lo citado anteriormente un estudio realizado por Lizeth Marisol Moran Anrango tiene similitud con la sobrealimentación en el consumo de grasa con el 81.8% (37).

Tabla 4. *Media de la ingesta calórica de las integrantes del grupo de mujeres asopesafuro*

IMC	F	Consumo de Calorías	Consumo de CHO	Consumo de Grasa
Normal	7	1688,58kcal 2368,88kcal	100,2% - 108,8%	100,88% – 104,9%
Sobrepeso	8	2899,89kcal 2998,59kcal	115,5%-158,36%	113,89% 166,33%
Obesidad	15	3041,18kcal 3389,58kcal	246,12%- 368,25%	278,99% 365,28%

De las 30 mujeres estudiadas 15 mujeres presentaron una media de consumo de calorías entre 3041.18-3389.58 kcal, una media de consumo de carbohidratos entre 246,12%-368,25% y una media de consumo de grasa entre 278,99%-365,28%, las 8 mujeres se encontraron con una media de calorías de 2899,89kcal-2998,59kcal, una media de consumo de carbohidratos entre 115,5%-158,36% y una media de consumo de grasa entre 113,89%– 166,33% y finalmente las 7 mujeres presentaron una media de calorías de 1688,58 kcal-2368,88kcal y una media de carbohidratos de 100,2% - 108,8% y una media de consumo de grasa de 100,88% – 104,9%.

En el anterior estudio realizado por Aida E. Esplugas Montoya tiene similitud con nuestra investigación se encontró una media de calorías entre 3908 – 3424Kcal, una media de consumo de carbohidratos entre 2011 – 230 % y una media de consumo de grasa de 128%.

4.1.2. Relación de Variables

Tabla 5. *Relación entre la Ingesta Calórica y Estado Nutricional Según el IMC*

% de Adecuación Ingesta Calórica	Estado Nutricional según el IMC							
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
Sig. 000**	F	%	F	%	F	%	F	%
Subalimentación (<90%)	0	0	0	0	0	0	0	0
Normal (90-110%)	5	55.5	4	44.44	0	0	9	30
Sobrealimentación (>110%)	2	9.52	6	19.04	15	71.42	21	70
Total	7	23.3	8	26.7	15	50	30	100

La siguiente tabla indica que el 70 % de la población presentó una sobrealimentación en el consumo de energía y el 30% tiene un consumo normal, en lo referente al estado nutricional según el IMC la mayoría presentan obesidad con el 50% seguido del 27% de personas con sobrepeso y el 23% con un estado nutricional normal al relacionar las dos variables encontramos una significancia bilateral a menos de 001, es decir que en esta población si se encontró relación entre la ingesta calórica y el estado nutricional según el IMC. En la población se observó una media de ingesta calórica de 34kcal x Kg evidenciándose una ingesta hipercalórico, La media de calorías es de 2558.21 kcal. Seguido de una media de IMC es de 29.84 kg y la media de peso es de 74.09 kg

Tabla 6. *Relación entre la Ingesta Calórica y el Estado Nutricional Según el porcentaje de Grasa*

% de Adecuación Ingesta Calórica	Estado Nutricional según el % de grasa							
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
Sig. 000**	F	%	F	%	F	%	F	%
Subalimentación (<90%)	0	0	0	0	0	0	0	0
Normal (90-110%)	6	66.66	3	33.33	0	0	9	30
Sobrealimentación (>110%)	2	9.52	2	9.52	17	80.95	21	70
Total	8	26.7	5	16.7	15	56.7	30	100

La siguiente tabla indica que el 70 % de la población presentó una sobrealimentación en el consumo de energía y el 30% tiene un consumo adecuado normal, en lo referente al estado nutricional según el porcentaje de grasa de la población la mayoría presentan obesidad con el 56.7% seguido del 17% de personas con sobrepeso y el 27% con un estado nutricional normal al relacionar las dos variables encontramos una significancia bilateral a menos de 001, es decir que en esta población si se encontró relación entre la ingesta calórica y el estado nutricional según el porcentaje de grasa. En la población se encontró una media de ingesta calórica de 34kcal x Kg evidenciándose una ingesta hipercalórico.

Tabla 7. *Relación entre la Ingesta de Carbohidratos y el Estado Nutricional según el IMC*

% de Adecuación	Estado Nutricional según el IMC									
	Ingesta de Carbohidratos		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
Sig. 000**	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Subalimentación (<90%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Normal (90-110%)	5	62.5	2	25	1	12.5	8	27		
Sobrealimentación (>110%)	2	4.54	6	27.2	14	63.63	22	73		
Total	7	23.3	8	26.7	15	50	30	100		

El 73% de la población presentó una sobrealimentación en el consumo de carbohidratos y el 27% presentó un consumo normal, en la población se pudo observar el estado nutricional según el IMC el 50% presentaron obesidad seguido del 27% con sobrepeso y el 23% se encontró con un estado Nutricional normal. Al relacionar las dos variables encontramos una significancia bilateral a menos de 001, es decir que en esta población si se encontró relación entre la ingesta de carbohidratos y el estado nutricional según el IMC.

Tabla 8. *Relación entre la Ingesta de Carbohidratos y el Estado Nutricional según el porcentaje de Grasa*

% de Adecuación	Ingesta de Carbohidratos	Estado Nutricional según el % de grasa							
		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Sig. 000**		F	%	F	%	F	%	F	%
Subalimentación (<90%)		0	0	0	0	0	0	0	0
Normal (90-110%)		6	75	1	12.5	1	12.5	8	27
Sobrealimentación (>110%)		2	9.09	4	18.18	16	72.72	22	73
Total		8	26.7	8	16.7	15	56.7	30	100

El 73% de la población presentan una sobrealimentación en el consumo de carbohidratos y el 27% presentaron un consumo normal, en cuanto al estado nutricional según el porcentaje de grasa se observó que el 56.7% presentaron obesidad seguido del 17% con sobrepeso y el 27% con un estado nutricional normal. Al relacionar las dos variables encontramos una significancia bilateral a menos de 001, es decir que en esta población si se encontró relación entre la ingesta de carbohidratos y el estado nutricional según el porcentaje de grasa.

Tabla 9. *Relación entre la Ingesta de Proteínas y el Estado Nutricional según el IMC*

% de Adecuación Ingesta de Proteína	Estado Nutricional según el IMC							
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
Sig. 000**	F	%	F	%	F	%	F	%
Subalimentación (<90%)	1	25	3	75	0	0	4	13.3
Normal (90-110%)	5	62.5	3	37.5	0	0	8	26.7
Sobrealimentación (>110%)	1	5.55	2	11.11	15	83.33	18	60
Total	7	23.3	8	26.7	15	50	30	100

El 60% de la población tienen una sobrealimentación en el consumo de proteínas, mientras que el 27% tiene un consumo normal y el 13% presentaron una subalimentación en la ingesta de proteínas, y en lo que se refiere al estado nutricional según el IMC el 50% presentaron obesidad seguido del 27% con sobrepeso y el 23% con un estado nutricional normal. Al relacionar las dos variables encontramos una significancia bilateral a menos de 001, es decir que en esta población si se encontró relación entre la ingesta de proteínas y el estado nutricional según el IMC.

Tabla 10. *Relación entre la Ingesta de Proteínas y el Estado Nutricional según el porcentaje de grasa corporal*

% de Adecuación Ingesta de Proteína	Estado Nutricional según el % de grasa							
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
Sig. 000**	F	%	F	%	F	%	F	%
Subalimentación (<90%)	2	50	2	50	0	0	4	13.3
Normal (90-110%)	5	62.5	2	25	1	12.5	8	26.7
Sobrealimentación (>110%)	1	5.55	1	1.55	16	88.88	18	60
Total	8	26.7	8	16.7	15	56.7	30	100

El 60% de la población tienen una sobrealimentación en el consumo de proteínas, mientras que el 27% tiene un consumo normal y el 13% presentaron una subalimentación en la ingesta de proteínas, y en lo que se refiere al estado nutricional según el porcentaje de grasa el 56.7% presentaron obesidad seguido del 17% con sobrepeso y el 27% con un estado nutricional normal. Al relacionar las dos variables encontramos una significancia bilateral a menos de 001, es decir que en esta población si se encontró relación entre la ingesta de proteínas y el estado nutricional según el porcentaje de grasa.

Tabla 11. *Relación entre la Ingesta de Grasa y el Estado Nutricional según el IMC*

% de Adecuación	Estado Nutricional según el IMC							
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
Ingesta de Grasa	F	%	F	%	F	%	F	%
Sig. 000**								
Subalimentación (<90%)	1	100	0	0	0	0	1	3.3
Normal (90-110%)	3	75	1	25	0	0	4	14
Sobrealimentación (>110%)	3	12	7	28	15	60	25	83.3
Total	7	23.3	8	26.7	15	50	30	100

El 83% de la población estudiada presentó una sobrealimentación en el consumo de grasa mientras que el 14% presentaron un consumo normal y el 3% se encontró con una subalimentación en el consumo de grasa, en lo que se refiere a estado nutricional según el IMC se encontró el 50% de la población con obesidad seguido del 27% con sobrepeso y el 23% con un estado nutricional normal. Al relacionar las dos variables encontramos una significancia bilateral a menos de 001, es decir que en esta población si se encontró relación entre la ingesta de grasas y el estado nutricional según el IMC

Tabla 12. Relación entre la Ingesta de Grasa y el Estado Nutricional según el porcentaje de grasa corporal

% de Adecuación Ingesta de Grasa	Estado Nutricional según el % de grasa							
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
Sig. 000**	F	%	F	%	F	%	F	%
Subalimentación (<90%)	1	100	0	0	0	0	1	3.3
Normal (90-110%)	4	100	0	0	0	0	4	13.3
Sobrealimentación (>110%)	3	12	5	20	17	68	25	83.3
Total	8	26.7	8	16.7	15	56.7	30	100

El 83% de la población presentó una sobrealimentación en el consumo de grasas mientras que el 14% presentaron un consumo normal y el 3% se encontró con una subalimentación en el consumo de grasa, en lo que se refiere a estado nutricional según el porcentaje de grasa. Se encontró el 56.7% de la población con obesidad seguido del 17% con sobrepeso y el 27% con un estado nutricional normal. Al relacionar las dos variables encontramos una significancia bilateral a menos de 001, es decir que en esta población si se encontró relación entre la ingesta de grasas y el estado nutricional según el porcentaje de grasa.

Tabla 13. *Patrones alimentarios y el estado nutricional según el IMC*

Correlación Rho de Spearman

		IMC		Patrones alimentarios
Rho de Spearman	IMC	Coeficiente de correlación	de 1,000	,565**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	30	30
	Patrones alimentarios	Coeficiente de correlación	de ,565**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	30	30

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

En la tabla se puede observar que al relacionar mediante el Rho de Spearman las variables Patrones alimentarios y el estado nutricional según el IMC obtenemos un valor de $p=0.00$ por lo que se puede afirmar la relación significativa que existe entre las dos variables.

Por otra parte, el coeficiente de correlación Spearman $=0,565^{**}$ lo que nos hace establecer un nivel de significancia de 0,01 la cual indica una relación positiva de nivel moderado. Esto nos indica que a mayor consumo de carbohidratos y grasa (Tabla.3) mayores problemas nutricionales según el IMC (Sobrepeso y Obesidad).

A diferencia del estudio anterior realizado por Deyny Gabriela Abad Alvarado, Relación entre la presencia de sobrepeso y obesidad con la frecuencia de consumo de alimentos de las Trabajadoras del Personal Administrativo de la PUCE –2018. Se encontró una relación significativa únicamente entre el consumo diario de snacks ($p=0,043$) y carnes/embutidos ($p=0,027$) con la presencia de sobrepeso u obesidad.

Tabla 14. Patrones alimentarios y el estado nutricional según porcentaje de grasa
Correlación Rho de Spearman

		% de Grasa		Patrones alimentarios
Rho de Spearman	% de Grasa	Coeficiente de correlación	de 1,000	,569**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	30	30
	Patrones alimentarios	Coeficiente de correlación	de ,569**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	30	30

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

En la tabla se puede observar que al relacionar mediante el Rho de Spearman las variables Patrones alimentarios y el estado nutricional según el porcentaje de grasa obtenemos un valor de $p=0.00$ por lo que se puede afirmar la relación significativa que existe entre las dos variables.

Por otra parte, el coeficiente de correlación Spearman $=0,569^{**}$ lo que nos hace establecer un nivel de significancia de 0,01 lo cual indica una relación positiva de nivel moderado. Esto nos indica que a mayor consumo de patrones alimentarios mayor porcentaje de grasa corporal.

CAPITULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La población estudiada son mujeres afro ecuatorianas, dedicadas al comercio la mayoría se encuentran con un estado civil unión libre, y un nivel de instrucción primaria incompleta condición que no es beneficiosa particularmente en lo que corresponde a la presencia de la madre en el hogar quien dirige a sus hijos en todo el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- De acuerdo al estado nutricional de las integrantes se encontró al 50% de esta población con obesidad, el 27% con sobrepeso y el 23% con un estado nutricional normal según el IMC en semejanza con el indicador porcentaje de grasa el 56% con obesidad seguido del 27% con sobrepeso y el 17% con un estado nutricional normal. Los resultados reflejan la magnitud del sobrepeso y la obesidad como problema de salud
- Por medio de la frecuencia de consumo de alimentos se identificaron los alimentos que son consumidos en mayor proporción por la población estudiada, a diario consumen: leche entera, huevos de gallina, pollo, pescado, embutidos seguido el arroz, plátano verde, maduro, yuca en cuanto a las frutas que más consumen son las manzanas y tomate de árbol en cuanto a verduras las más utilizadas son la cebolla paiteña, el pimiento verde y el tomate riñón el azúcar común, coco y el aceite de palma.
- La relación de los patrones alimentarios y el estado nutricional está establecida desde el punto estadístico y nutricional. Encontrándose una relación significativa ente las variables patrones alimentarios y estado nutricional lo que significa que a mayores hábitos alimentarios inadecuados mayor riesgo de padecer sobrepeso u obesidad.

5. 2. Recomendaciones

- Es necesario concientizar a la población de la importancia que tiene una adecuada alimentación para así evitar la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como: sobrepeso u obesidad, diabetes, hipertensión.
- Se recomienda investigar otros factores asociados al estado nutricional, como trastornos del comportamiento alimentario, factores psicológicos, genética y factores ambientales, con el fin de justificar el desbalance energético en la población.
- El sobrepeso y la obesidad tuvieron una estrecha relación con los hábitos alimenticios e índice de masa corporal, por lo que estos factores deben ser tomados en cuenta para implementar políticas de prevención primaria que permitan la disminución en la prevalencia de estos problemas de salud.
- La actividad física y la nutrición trabajan de manera conjunta para mejorar la salud y con ello la calidad de vida. Además, es importante porque conforme envejecemos el metabolismo se hace más lento, así que para mantener un balance de energía necesitamos movernos más y alimentarnos inteligentemente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
<http://www.fao.org/americas/noticias/ver/es/c/463396/>
2. OMS. Sobrepeso y Obesidad. Organización Mundial de la Salud. 2017.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2014.
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
4. Silvia Berciano a JMO. Nutrición y salud cardiovascular. Revista Española de Cardiología. 2014 septiembre ; 67(9).
5. Quiñonez A. estado nutricional en niñas y niños del centro de desarrollo infantil “mis sonrisitas de crisis. 2015 marzo.
6. Aguirre Y, Cambillo E. Factores que determinan el estado nutricional de una población. Revista de la F.C.M de La Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013 Marzo; 38-37 (1).
7. J.M.Marugan de Miguelsanz. Evaluación del estado nutricional España.Rev.Sepeap.4.2015.
8. Montoya AEE. Evaluación del estado nutricional. In Evaluación del estado nutricional: A pacientes afectados con fibrosis quística. España: Editorial Académica Española,; 2012. p. 52.
9. Azcona ÁC. Composición Corporal. Manual de Nutrición y Dietética,Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. 2016 Agosto .
10. Salas J, Bonada A, Tallero R, Burgos R, Salo Me. In Elsevier Health Sciences. Nutrición y Dietética Clínica.: 4ta; 2019. p. 756.
11. Medidas Antropométricas,» centros para el control y prevención de enfermedades. 2014.

12. manual de procedimientos para la toma de medidas y valoraciones clinicas antropometricas, deflexibilidad y movimiento en el adulto mayor. 2015 Febrero .
13. Jaime Pajuelo Ramírez ,JSA, Dongo DÁ. La circunferencia de la cintura en adolescentes del Perú. An Fac med. 2016; 77 (2).
14. Métodos de valoración del estado nutricional, Madrid. scielo. 2013 octubre ; 25.
15. Espinoza EN. Clasificación del Estado Nutricional Basada en Perfiles Antropométricos del Personal Silvoagropecuario Femenino de un sector del centro-Sur de Chile. 2016 Enero.
16. OMS. sobrepeso y obesidad. Organización Mundial de la Salud. 2017 octubre .
17. G DMM. Definición y Clasificación de Obesidad. MED.CLIN.CONDES. 2012 ; 23(2).
18. MILITAR THEN. Sobrepeso. SEMAR. 2015 .
19. Muñoz FJS. La obesidad un grave problema de Salud Pública. In. España ; 2016. p. 6-26.
20. Burgos Df. Qué es la Obesidad y cuantos tipos existen. Revista obymed (Centro Medico Especializado en Obesidad). 2017 4 de Julio .
21. Duardo D, Ricardo D. Obesidad y Sobrepeso. Revista Medica Clinica Los Condes. 2014 .
22. Sobrepeso Y Obesidad. Revista Mayo Clinic. 2017 .
23. Gutiérrez lsc. patrones de consumo alimentario,estado nutricional y características metabólicas en muestras poblacionales urbanas del nivel del mar y altura del PERÚ. 2017.
24. Nutrición FE dl. Patrones de hábitos alimentarios,estilos de vida y sobrepeso en niños y adolescentes españoles. ANIBES. 2015;(5).
25. Lic Iza DAH. Hábitos Alimentarios y Sobrepeso/Obesidad en Adolescentes. 2016.
26. Cacuango JGC. hábitos alimentarios y estado nutricional en niños y niñas de 1 a 3 años de edad del centro infantil del buen vivir (CIBV). In ; 2017. p. 25-26.

27. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y Agricultura ; 2019.
<http://www.fao.org/nutrition/evaluacion-nutricional/es/>
28. Rafael Moreno Rojas1 . Nutrición Hospitalaria. Estimación de la distribución diaria de nutrientes en la dieta. 2015; p. 2660-2667.
29. Aida E. Esplugas Montoya . Evaluación nutricional dietética en pacientes afectos de fibrosis quística. In ; 2015.
30. Queralt DM. Requerimientos nutricionales. MAPFRE Salud. 2016 noviembre.
31. Rodrigo CP, Aranceta J, Salvador G, Varela G. Métodos de Frecuencias de Consumo Alimentario, FOOD FREQUENCY QUESTIONNAIRES. Española y Comunitaria. 2015; 45-52(21).
32. Castell GS, Ribas-Barba LSML. ¿Qué y cuánto comemos? El método Recuerdo de 24 horas. Rev Española Nutrición Comunitaria. 2015 octubre; 42-44.
33. Abad DG. sobrepeso y obesidad en mujeres trabajadoras como personal de administración de la pontificia universidad católica del ECUADOR. Tesis. Quito;; julio 2018.
34. Evelyn L. Valoración de estado nutricional en adultos mayoes. ; 2017; Ibarra.
35. Maricela BCE. Factores de riesgo en síndrome metabólico relacionado con hábitos alimentarios y actividad física en los adultos. In ; 2017; Ibarra.
36. Montoya AEE. Evaluación nutricional dietética en pacientes afectos de fibrosis quística. In ; 2015; Cuba. p. 6-8.
37. Anrango LMM. hábitos alimentarios en grupos de adultos jóvenes (18-30y adultos mayores (>60 años de edad).; Ibarra. p. 51-52.

ANEXOS

Anexo 1 Encuesta de datos sociodemográficos, antropométricos

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA

TEMA: Patrones alimentarios y su relación con sobrepeso y obesidad en el grupo de mujeres Asociación de Producción Pesquera Artesanal Afro-Ecuatoriana Unidas Para El Progreso (asopesafuro) del Cantón San Lorenzo, 2018

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Fecha: _____

Encuesta N°: _____

Nombre del Encuestador: Montaña Milena

OBJETIVO: Identificar el patrón alimentario y su relación con sobrepeso y obesidad en el grupo asociación de producción pesquera artesanal afro-ecuatoriana unidas para el progreso del cantón San Lorenzo, 2018

ENCUESTA N°-----

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMODRAFÍCAS

Edad años cumplidos	
Estado civil	Soltero casada unión libre Viudo/a
N° hijos	
Instrucción	
Ocupación	

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso (kg)	
Talla (m)	
IMC (kg/m ²)	
Circunferencia abdominal (cm)	
% de Grasa	

- **Anexo 2 Formulario de Recordatorio de 24 horas**

HABITOS ALIMENTARIOS

Nombre	
Evaluación dietética	
Apetito	Aumentado () Bueno () Regular () malo ()
Cambio de peso	Aumentado () DISMINUIDO () NORMAL ()
Consumo de comida poco saludable	DIARIA () 2X SEM () 3X SEM () C/15 DIAS () MES ()

TIEMPO COMIDA	Preparación	Alimento	Cantidad	
			Medida casera	Gramos
Desayuno				
Refrigerio				
Almuerzo				
Refrigerio				
Merienda				

Consumo de agua en vasos/día			SAL ADICIONAL	

Anexo 3 Frecuencia de consumo

GRUPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA				
	Diario 7v/s	Muy frecuente 5-6 v/s	Frecuente 3-4 v/s	Poco frecuente 1-2 v/s	Ocasional 1 v/m
Leche descremada					
Leche semidescremada					
Leche entera					
Queso					
Yogurt					
OTROS					
HUEVOS Y CARNES Y MARISCOS					
Huevo de gallina					

Huevo de codorniz					
Pollo					
Pavo					
Pescado					
Res					
Conejo					
Cuy					
Hígado					
Embutidos					
Camarones					
Conchas					
Otros					
VERDURAS Y LEGUMBRES					
Espinaca					
Col, coliflor, brócoli					

Lechuga					
Tomates					
Cebollas					
Zanahoria					
Pepinillos					
Rabanos					
Pimientos					
Espárragos					
Champiñones					
Granos secos					
Granos tiernos					
OTROS					
FRUTAS					
Naranjas					
Mandarinas					
Limón					

Babaco					
Papaya					
Piña					
Mora					
Sandia					
Manzana					
Pera					
Plátano seda					
Guayaba					
Guanábana					
Guabas					
Mango					
Fresas					
Uvas					
Frutos secos					
OTROS					

PANES Y CEREALES					
Pan blanco					
Pan integral					
Supan					
Pan tipo arepa					
Arroz					
Bollería					
Papas					
Camote					
Yuca					
Zanahoria blanca					
Pasta					
Fideos					
Tallarín					

FOTOS







ABSTRACT

DIETARY PATTERNS AND THEIR RELATIONSHIP WITH OVERWEIGHT AND OBESITY IN AFRO-ECUADORIAN WOMEN OF THE ARTISAN FISHERIES ASSOCIATION "UNIDOS POR EL PROGRESO" (ASOPESAFURO) OF SAN LORENZO CANTON

Author: Montaña Ramírez Vanessa Milena

Mail: kiaramontao9@hotmail.com

The objective of the research was to identify the dietary pattern and its relation to overweight and obesity in Afro-Ecuadorian women of the artisan fisheries association "Unidos por el progreso" of San Lorenzo Canton, 2018. It is a descriptive, relational and cross-sectional study. The sample is composed of all the participants of the group in ages between 19 to 60 years; the variables studied correspond to sociodemographic characteristics, nutritional assessment, food consumption frequency and a 24 hour diet recall. Among the main results it was found: that free union predominates, 76.7% works in commerce, their level of instruction is primary and secondary with 26.7%. The nutritional status of the women in the group was evaluated under two indicators, through the BMI, 50% of the population suffers obesity, 26.7% overweight and 23.3% has a normal nutritional status and by measuring the fat percentage it was found that 56% are obese, 27% are overweight and 17% are normal. In regarding the food consumption frequency it was found that the foods consumed daily are: animal protein (chicken), vegetable protein, (beans), carbohydrates (rice, sugar.), Fruits (mainly apples), vegetables (onion), fat (oil palm)), unhealthy foods are consumed five to seven times per week. Regarding caloric intake, it was observed an average of 2558.21 kcal. Evidence of a high caloric intake. Conclusion. The relationship of the alimentary patterns and the nutritional state is statically established from the nutritional point of view.

Key words: Food pattern, Nutritional status, 24-hour reminder, Frequency of food consumption, Women.

Victor Pachay
M. O.



Urkund Analysis Result

Analysed Document: imprimir hoy borrador CORRECCIONES 19.pdf (D54464989)
Submitted: 7/17/2019 3:44:00 PM
Submitted By: smpalacios@utn.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

Lo certifico


.....

MSc, Palacios de Jesús Sandra Magaly

C.I.: 1002326435

DIRECTORA DE TESIS