



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

TÍTULO:

Sobrepeso y obesidad en adultos, y su relación con funcionalidad familiar
y actividad física Javier Loyola 2023.

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:

Magister en Atención Primaria en Salud

Autor:

Edith Betzabeth Ramírez Abambari

Director:

Dra. Miriann Alexandra Mora

Cuenca – Ecuador

2023

DEDICATORIA

A mi madre **CELIA ABAMBARI**, a **MIS ABUELITOS CESAR Y TERESA** por confiar en mí y ayudarme de manera incondicional en el transcurso de este periodo académico. Con mucho amor también ofrezco este trabajo a mi **HIJA AMANDA DENICCE** quién ha sido mi mayor motivación y fuerza para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ella.

AGRADECIMIENTO

A **DIOS**, por darme la salud y no quebrantar en ningún momento de mi vida.

A mi madre **CELIA ABAMBARI**, por impulsarme a cumplir mi meta propuesta.

A mis abuelitos **CESAR ABAMBARI Y TERESA AREVALO**, referentes de trabajo y esfuerzo que me guiaron con amor en esta larga trayectoria de vida.

A mi tía **MARTHA ABAMBARI**, quien dispuso su tiempo me ayudo en la recolección de los datos para la tesis.

A toda mi **FAMILIA**, por su apoyo incondicional.

A mi **DIRECTORA DE LA TESIS DRA MIRIANN MORA**, por haber compartido su amplia experiencia en la supervisión de mi tesis.

A mis **PROFESORES/ AS DE LA MAESTRÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY**, por compartir un interaprendizaje que me permitirá fortalecer mi vida profesional.

ÍNDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CAPITULO I.....	11
1.1 INTRODUCCIÓN	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION	15
CAPITULO II.....	15
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
CAPITULO III	16
3. Marco Teórico.....	16
3.1 Sobrepeso y Obesidad	16
3.2 Criterios diagnósticos del sobrepeso y obesidad	16
3.3 Tipos de obesidad y su clasificación.....	17
3.4 Actividad Física.....	18
3.5 Medición del nivel de actividad física	19
3.6 Funcionalidad familiar	20
3.7 Deporte	20
CAPITULO IV.....	21
4. METODOLOGÍA.....	21
4.1 Tipo de estudio y diseño	21
4.2 Universo, tamaño de la muestra y selección de participantes.	21
4.3 Instrumentos a utilizar y análisis de datos.	22
4.4 Criterios de Inclusión	22
4.5 Criterios de exclusión	23
CAPITULO V	24
5. RESULTADOS	24
CAPITULO VI.....	33

6. DISCUSIÓN	33
CAPITULO VII	36
7. CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 IMC y sexo de la población de 18 a 64 años	25
Tabla 3 IMC y estado civil de la población de 18 a 64 años	26
Tabla 5 Distribución de la población respecto al IMC y etnia de la población de 18 a 64 años.....	27
Tabla 7 IMC y lugar de residencia de la población de 18 a 64 años	27
Tabla 9 IMC y nivel de educación de la población de 18 a 64 años	28
Tabla 11 IMC y ocupación de la población de 18 a 64 años.....	29
Tabla 13 IMC y funcionalidad familiar de la población de 18 a 64 años	30
Tabla 15 IMC y nivel de actividad física de la población de 18 a 64 años	31
Tabla 17: Análisis de los factores de riesgo para sobrepeso y obesidad	32

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: prevalencia de obesidad y sobrepeso.....	25
---	----

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDA A POBLACIÓN ADULTA	43
ANEXO 2: ENCUESTA A PARTICIPANTES	44
ANEXO 4: CUESTIONARIO IPAQ	48

RESUMEN

El mayor problema que tiene la población a nivel general es el sobrepeso y la obesidad, por la OMS los considera una epidemia, que puede desencadenar en enfermedades crónicas sin riesgo de transmisión tales como: diabetes mellitus tipo II, infartos de miocardio, ataque cerebrovascular y diferentes tipos de cáncer; siendo una causa la inequidad entre gasto de energía y la ingesta.

Objetivo: Determinar prevalencia entre sobrepeso y obesidad adulta comprendida de 18 a 64 años, y relacionar la actividad física con la funcionalidad familiar en la Parroquia Javier Loyola, año 2023. **Metodología:** Se utilizó un estudio analítico transversal con el muestreo de 240 ciudadanos radicados en la parroquia Javier Loyola del cantón Azogues, a quienes se les tomó las medidas peso, talla, perímetro abdominal y valoración de IMC, con posterioridad llenaron el cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL, cuestionario IPAQ y deporte. **Resultados:** normopeso prevalente de 35.8%, 41.7% el exceso de peso, 18.8% corpulencia grado I, el 2.9% tiene obesidad grado II, y el 0.8% tiene obesidad grado III. El 54.6% son adultos jóvenes. El 61.7% corresponde a mujeres. El 91.3% de los individuos no realiza deporte con un riesgo de hasta 9.23 veces más de tener sobrepeso y obesidad. El riesgo de padecer sobrepeso obesidad están en las familias severamente disfuncional con un 2.8 veces más, en tanto que en una familia disfuncional aumenta el riesgo hasta 6 veces más. **Conclusiones:** la mayor incidencia de obesidad y el sobrepeso supera el 60% de la población; el sexo femenino y aquellos con gran escolaridad (tercer y cuarto nivel) tienen mayor malnutrición en exceso. El 91.7% no realiza actividad física.

Palabras claves: Sobrepeso, obesidad, actividad física, funcionalidad familiar.

ABSTRACT

The biggest problem that the population has at a general level is overweight and obesity; the WHO considers them an epidemic, which can lead to chronic diseases without risk of transmission such as: type II diabetes mellitus, myocardial infarctions, cerebrovascular attacks and different types of cancer; One cause being the inequity between energy expenditure and intake.

Objective: Determine the prevalence of overweight and adult obesity between 18 and 64 years of age, and relate physical activity to family functionality in the Javier Loyola Parish, year 2023. **Methodology:** A cross-sectional analytical study was used with the sampling of 240 citizens living in the Javier Loyola parish of the Azogues canton, who had their weight, height, abdominal perimeter measurements and BMI assessment taken, and subsequently filled out the FF-SIL family functioning questionnaire, IPAQ questionnaire and sports. **Results:** 35.8% had normal weight, 41.7% were overweight, 18.8% had grade I corpulence, 2.9% had grade II obesity, and 0.8% had grade III obesity. 54.6% are young adults. 61.7% correspond to women. 91.3% of individuals do not do sports with a risk of up to 9.23 times greater than being overweight and obese. The risk of suffering from overweight or obesity is 2.8 times higher in severely dysfunctional families, while in a dysfunctional family the risk increases up to 6 times higher. **Conclusions:** the highest incidence of obesity and overweight exceeds 60% of the population; The female sex and those with a high level of education (third and fourth level) have greater excess malnutrition. 91.7% do not do physical activity.

Keywords: Overweight,obesity,physical activity,family functionality.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la obesidad es “el exceso de grasa y acumulación anormal de grasa que es perjudicial para la salud” (1). Estos problemas causan 2,8 millones de morbilidad en personas adultas, representando el quinto factor de riesgo, pues también es responsable de generar en un alto porcentaje enfermedades cardiopatías isquémicas, algunos tipos de cáncer diabetes mellitus tipo II (17).

En lo referente a la forma genética, esta patología depende mucho de factores ambientales y no encaja bien con los patrones conocidos. Luego de diversos estudios demostraron la necesidad de estrategias de atención integral, ya que es un factor riesgo para el desarrollo de la enfermedad crónica y la mortal, trayendo consigo importantes costos y reducción de la productividad del Sistema de Salud (44).

Así, cuando se produce la obesidad, la respuesta inmune se altera, lo que a menudo resulta en un proceso inflamatorio crónico y de baja intensidad, también se encuentra en otras enfermedades degenerativas relacionadas, como la: diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensión y cardiopatías. Esta inflamación crónica se asocia también con el desarrollo de resistencia a la insulina (45).

Hay iniciativas, específicamente de la OMS, que tienen como objetivo educar a la población, en primera instancia a personas que tienen contacto con servicios sanitarios. Todo esto es para que a través de programas educativos, sea posible que las personas tomen decisiones adecuadas sobre nutrición y realicen actividades físicas en su vida cotidiana a través del conocimiento (23).

En América Latina y el Caribe, en cambio la base de la dieta son principalmente carbohidratos, a pesar de que se tiene un acceso privilegiado a frutas y legumbres. En este contexto es necesario brindar estrategias para realizar de manera organizada cambios significativos en el estilo de vida de modo que disminuya el número de personas con sobrepeso y obesidad en la región (17).

En base a esto, será posible alcanzar objetivos relacionados con tasa de morbilidad específicas en cada región teniendo en cuenta que la presencia de sobrepeso y obesidad,

están estrechamente relacionadas con los niveles de presión alta, resistencia a la insulina, problemas de movilidad, dismorfia corporal, etc. (5).

Con el fin de tomar acciones sobre esta problemática de salud pública, es indispensable conocer cifras medidas de manera objetiva, con un método estandarizado. Además, es necesario que se realice una asociación con factores de riesgo propios de cada localidad, debido a que se debe caracterizar a una población, así posteriormente, será posible hacer recomendaciones sobre posibles modificaciones al estilo de vida que permitan reducir los excesos de peso corporal.

Este estudio tiene como objetivo conocer la existencia de exceso de peso y masa corporal en personas de 18 a 64 años en la Parroquia Javier Loyola durante el año 2023. También se espera hacer una relación entre estos casos de morbilidad y funcionalidad familiar junto con la actividad física.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud (1) en 1975, las tasas mundiales de obesidad triplicaron. En 2016, personas mayores de 18 años tenían sobrepeso en un número de 1.900 millones y los obesos superaba los 650 millones.

Estudios nuevos han considerado como un inconveniente de salud pública a la obesidad, y de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles y de mortandad prematura para diversas poblaciones (2- 6). Además, la corpulencia también puede provocar problemas psicológicos en las personas, debido al rechazo, la no aceptación y la estigmatización social (7).

El número de personas con este problema sigue incrementándose en países con alto nivel de vida. Una investigación realizada con 401 adultos africanos, con el único objetivo de evaluar la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre hombres y mujeres libias, encontró que el 75,3 % de los adultos tenían sobrepeso y obesidad, mientras que en las mujeres los datos eran significativamente mayor, comparando con los datos que reportaron los hombres (8). Asimismo, un estudio realizado entre 23.729 trabajadores de Aragón (España) determinó un 18,4% de personas obesas y el 38,6%, con mayor proporción entre los hombres. Estudios investigativos han evidenciado que la hipertensión, síndrome metabólico, la diabetes tipo II y dislipidemia están asociados significativamente con estas enfermedades metabólicas (9).

En esta misma línea de análisis los casos existentes de exceso de peso y obesidad en La Región de las Américas es alarmante. De hecho, tras un estudio sobre “Tendencias divergentes en obesidad, diabetes mellitus tipo II y presión arterial elevada en las Américas”, se encontró que la obesidad, diabetes y una elevada presión arterial, son los tres factores más asociados al riesgo cardíaco metabólico (10).

Por otro lado, en un estudio realizado en 161 países encontró que el sobrepeso y obesidad poseen un impacto económico importante, especialmente en los países de desarrollo intermedio. Asimismo, el impacto económico del sobrepeso y obesidad asciende al 2,19% PIB mundial (11).

Según el II Consenso Latinoamericano de Obesidad, en el 2020, seis de los países con mayor obesidad estaban en América latina: México, República Dominicana, Costa Rica, Venezuela y Uruguay. Honduras al igual que Guatemala tienen mayor porcentaje acumulado en sobrepeso y obesidad, con 76,6% y el 75,0%, respectivamente, mientras que en Cuba tienen las más bajas 44,8% de su población (37).

Según la encuesta STEPS en Ecuador, personas comprendidas entre 18 a 69 años tienen obesidad y sobrepeso en un 63,6%, con una incidencia de obesidad del 25,7%. Sumadas estas dos patologías, las mujeres tienen una prevalencia de un 67,4% frente a un 59,7% en hombres, es decir, 8 de cada 10 mujeres padecen estas enfermedades (38).

En el cantón Azogues, se han levantado datos en su población escolar, con resultados que oscilan entre el 20,3% y el 21,7% de prevalencia de sobrepeso, y entre el 10,9% y el 17,8% para obesidad (39, 40).

Estudios previos, estrés el desequilibrio en el balance dietético, el sedentarismo, malas costumbres y estrés son desencadenantes de riesgo en el incremento de peso y corpulencia, sin embargo, el ejercicio físico, la práctica de conductas positivas y la alimentación balanceada contribuyen a prevenir el acumulo de peso (12-15).

Entre las consecuencias asociadas a la obesidad resaltan el género, envejecimiento, raza/etnia y el nivel socioeconómico; surgen diferencias significativas cuando se tuvieron en cuenta estos factores. La dinámica y el funcionamiento familiar pueden tener un impacto en los resultados relacionados con las enfermedades crónicas.

El rol familiar en la delimitación de la salud dentro de un sistema apoyado en la aplicación de medicina familiar es un tema de mayor atención.

Los jóvenes con sobrepeso y obesidad tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones en la edad adulta. Este estudio encontró que los adolescentes varones provenientes de

familias disfuncionales tenían 3,04 veces más probabilidades de sufrir obesidad que las mujeres con las mismas características, lo que sugiere que factores familiares como el funcionamiento familiar están asociados con la presencia de esta condición en los adolescentes (41, 42).

La inestabilidad entre la energía consumida y el gasto energético pueden causar sobrepeso y obesidad. Los factores que causan este aumento comprenden: cambios en los hábitos alimentarios globales, que tienden a incrementar la ingesta de alimentos grasos, hipercalóricos y azucarados bajos en minerales, micronutrientes y macronutrientes. A medida que muchos empleos se vuelven cada vez sedentarios, la innovación en patrones de movilidad y la creciente urbanización reducen determinada actividad física. Se conoce que algunas personas pueden estar interesadas en cambiar sus hábitos de salud, pero es poco probable que tomen alguna medida. De hecho, algunas investigaciones mencionan que sólo el 30% de mayores de 65 años efectúan ejercicio regularmente, mientras que el 50% de los que siguen una vida sedentaria pretenden iniciar un plan de actividad física regular basado en un mayor movimiento corporal. Múltiples indagaciones han mostrado que el entrenamiento físico es parte crucial de un plan de pérdida de peso y también tiene beneficios metabólicos. Otros autores han confirmado que la pérdida de peso se produce lentamente si se da sin una dieta adecuada (43).

Ante esto, el presente estudio plantea realizar una investigación sobre los casos del problema planteado en la parroquia Javier Loyola del cantón Azogues, Por lo tanto, esta población podría presentar riesgos importantes en su salud que requieren ser atendidos, a fin de procurar bienestar, acorde a la Agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible (16).

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la prevalencia de sobrepeso y obesidad que muestran los adultos entre 18 y 64 y su relación con la funcionalidad familiar y actividad física, de la parroquia Javier Loyola, Azogues-Ecuador, ¿2023?

CAPITULO II

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 18 a 64 años y su relación con la funcionalidad familiar y actividad física en la Parroquia Javier Loyola, año 2023.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar mediante el uso medidas antropométricas el sobrepeso y obesidad de los adultos entre 18 y 64 años.
- Establecer el sobrepeso y obesidad de acuerdo a: edad, sexo, instrucción, estado civil, etnia, lugar de residencia, ocupación, actividad física deporte y funcionalidad familiar.
- Determinar la relación de sobrepeso y obesidad con actividad física y funcionalidad familiar.

CAPITULO III

3. Marco Teórico

3.1 Sobrepeso y Obesidad

La obesidad general se la define como una enfermedad compleja y multifactorial, resultante de una inestabilidad entre la energía ingerida y el gasto de energético, a manera de grasa en el tejido adiposo lo que resulta un aumento del tamaño y cantidad de su tejido. La interrelación entre factores fisiológicos, comportamental, genéticos y medioambientales pueden incidir en la reacción de un individuo tanto en su actividad física como su dieta. Posterior a ello cuando aparece la obesidad, la respuesta inmune cambia, debido a la aparición frecuente de procesos inflamatorios crónico de baja intensidad, los mismos que están presentes en ciertas enfermedades degenerativas como la hipertensión, cardiopatías, diabetes tipo 2 y dislipidemia; que pueden desencadenarse una resistencia a la insulina (45).

3.2 Criterios diagnósticos del sobrepeso y obesidad

La OMS y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11 código 5B81) considera que "La obesidad como una enfermedad multifactorial no permutable definida como un exceso perjudica el bienestar. Se estima que es un sobrepeso cuando la masa corporal supera al 25 ". Más de 30 se considera obeso" (19). Se cree que su origen es multifactorial, ya que puede verse influenciado por la genética, la dieta, factores ambientales y hábitos poco saludable (20).

Las medidas antropométricas: peso, talla, altura, IMC y la circunferencia de la cintura se utilizan para diagnosticar el sobrepeso y la obesidad. Siguiendo protocolos internacionales que establecen instrucciones para quienes participan en pruebas controladas se les pedirá que se quiten la ropa gruesa, vacíen los bolsillos, se retiren los zapatos y se pongan de pie antes de medir su peso y altura. El peso suele medirse en kilogramos mediante una báscula calibrada (20).

La OMS sugiere que la prueba para comprobar si un paciente padece de acumulación anormal o excesiva de grasa se calcula mediante el índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet, éste se determina mediante el peso (Kg)/cuadrado de la estatura, caracterizando de esta forma las dimensiones corporales del atendido (21).

El IMC se determina mediante la fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$, el cociente-Cintura Talla es = a cintura (cm)/talla (cm), el Índice de conicidad es igual a= (cintura (m)/[0,109× $\sqrt{\text{peso (kg)}/\text{altura(m)}}$]) (22).

El porcentaje de grasa corporal también se puede medir mediante la toma del índice de circunferencia de la cintura, el coeficiente cintura-cadera y el índice de conicidad. Para ello se pedirá mantener los pies juntos, colocar los brazos a los costados, relajar el abdomen y luego colocar la cinta métrica al nivel de su ombligo. Respirar profundamente y luego exhalar. La OMS estipula que la circunferencia abdominal máxima saludable es de 80 centímetros femenino y de 90 centímetros masculino. (22).

3.3 Tipos de obesidad y su clasificación

3.3.1. Tipos de obesidad

Según la SEEDO' (Sociedad Española para el estudio de la Obesidad) 2000 (23), dentro de los tipos de obesidad se encuentran los siguientes:

- **Obesidad androide u central o abdominal (en forma de manzana):** el exceso de grasa es más común en la cara, abdomen y tórax. En general, se asocia comúnmente con un mayor riesgo de diabetes, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares y mortalidad.
- **Obesidad ginoide u obesidad periférica (en forma de pera):** la grasa se recauda principalmente en las nalgas y muslos. Se asocia a problemas de retorno venoso en las extremidades inferiores (varices) y artrosis de rodilla (gonartrosis) en las extremidades inferiores.
- **Obesidad distribuida homogénea:** es la existente en el cuerpo, sin exceso de grasa en ninguna parte (23).

3.3.2. Clasificación de la obesidad

Se categoriza en función de variables de los cuales son (24):

Atendiendo a su origen, la obesidad se puede dividir en obesidad hiperplástica e hipertrófica. La hiperplástica se originada por una ingesta excesiva de calorías en la dieta, en tanto que la hipertrófica es causada por desequilibrios hormonales y metabólicos.

Según los aspectos de etiología comprende la primaria generada por el incremento de células grasas y la secundaria u hipertrófica causada por el aumento en el tamaño de las células adiposas.

En lo referente a la etiología, la obesidad se divide en primaria y secundaria. La primera se produce cuando existe una desigualdad entre el consumo de alimentos y la energía consumida, mientras que la secundaria se da por determinadas patologías que provocan excesivo desarrollo de grasa corporal (24).

La OMS agrupa al el grado de obesidad en cuatro categorías, indicando los criterios referentes a la repartición de los depósitos de lípidos (21):

- Normopeso: IMC 18,5 - 24,9 Kg/m²
- Sobrepeso: IMC 25 -29 Kg/m²:
- Obesidad grado I con IMC 30-34 Kg/m²
- Obesidad grado II con IMC 35-39,9 Obesidad grado I con IMC 30-34 Kg/m²
- Obesidad grado III con IMC \geq 40 Obesidad grado I con IMC 30-34 Kg/m²
- Obesidad de tipo IV (extrema) con IMC $>$ 50.

3.4 Actividad Física

La Organización Mundial de la Salud menciona a la actividad física como “cualquier actividad que involucre movimientos corporales producidos por el sistema osteomuscular y el debido consumo de fuerza”. Comprende todo movimiento voluntario e involuntario dentro de un tiempo o actividad determinado " (25).

Por tanto, los resultados muestran que el mantenerse activo es un hábito saludable que mejora la salud e integra la realización de diferentes actividades como gimnasio, caminata, deportes, bailoterapia, ejercicio (26- 27).

Continúa demostrándose ser un factor protector contra el sobrepeso y la obesidad en diversas poblaciones la practica continua de la actividad física (29).

3.5 Medición del nivel de actividad física

En diversos países se desarrollaron estándares para unificar los criterios de evaluación de la actividad física, uno de ellos es el cuestionario Internacional de Actividad Física IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), diseñado por la OMS, su versión corta tiene 7 preguntas, el coeficiente de confiabilidad es de 0,8, lo que se considera alto (30). Según este instrumento, la actividad física se mide mediante 3 parámetros: intensidad, frecuencia y duración, para los cuales se deben calcular las unidades de tasa metabólica (METS).

- Actividad física vigorosa: 8 MET x minutos x días por semana
- Actividad física moderada: 4 MET x minutos x días por semana
- Caminata: 3,3 x minutos x días por semana.

Ejemplo: 8 MET x 30 minutos x 5 días = 1200 MET (actividad física intensa).

Posterior de su aplicación al sujeto, ya sea mediante auto aplicación, entrevista o vía telemática, se puede calcular la puntuación total, la misma que será igual a la sumatoria entre Actividad física vigorosa + Actividad física Moderada + caminata.

Los niveles se clasifican en:

- Nivel de actividad física alto: mínimo 3.000 MET-min/semana hasta 1.500 MET-minutos por semana
- Nivel moderado: mínimo 600 MET-min/semana
- Actividad física bajo: el nivel de actividad está por debajo de las categorías alta o moderada.

Hay que tener en cuenta que el entrenamiento físico se puede realizar por medio de prácticas o actividad física organizada planificada repetitiva con movimientos que buscan un propósito particular”. Y por medio del deporte, que se define como “Una actividad o ejercicio físico, determinado bajo ciertas normativas o reglas, con pruebas, de competición o no, de destreza, habilidad o fuerza física” (37).

3.6 Funcionalidad familiar

La familia es un sistema “coexistente cuyos miembros estén o no relacionados biológicamente, interactúan entre sí y cumplen sus roles para contribuir a su bienestar (31).

Se define a la familia como la unidad básica de la sociedad, donde conviven un grupo de personas que comparten costumbres, valores e intereses comunes. Es el entorno de interacción emocional y social el principal sistema de apoyo.

En cuanto a la clasificación de las familias según su grado de funcionamiento, se pueden distinguir dos tipos de familia:

- Funcional: Satisface las necesidades emocionales y psicosociales de sus integrantes y contribuye a su empoderamiento y transcendencia, mediante interacciones saludables con valores y desafíos compartidos (32).
- Disfuncional: Se produce una pérdida total o parcial del cuidado y bienestar de sus miembros, provocando una ruptura de los valores básicos, las normas de la reciprocidad, disminución de la calidad de vida y afectando negativamente tanto física como mentalmente a los integrantes del sistema familiar (32).

Hay varios aspectos para medir el funcionamiento familiar, dentro de ellos para algunos autores el Apgar familiar es una herramienta confiable que se enfoca en medir el nivel de compromiso, adaptabilidad, gradientes de recursos, emocionalidad y capacidad de resolución entre los miembros del grupo familiar (33).

Otra herramienta muy útil considerada en este estudio es el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL ,que resulta de gran utilidad para evaluar el funcionamiento familiar. El valor alfa de Cronbach es 0,890 lo que indica una alta confiabilidad al examinar diversos aspectos como la permeabilidad, emocionalidad, cohesión, armonía, comunicación el rol y la adaptabilidad (34).

3.7 Deporte

Se lo define como “Actividades físicas estructuradas de reglas acordadas que permiten la competencia contra uno mismo o un oponente” (46)

La palabra “ejercicio” generalmente se refiere a una actividad que proporciona fuerza física, tiene un impacto positivo en la salud física y mental, lo que mejora el bienestar social y la calidad de vida. Las personas que realizan actividad física regular y otras actividades no sedentarias tienden a sentirse más felices experimentan mayor felicidad. (47).

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio y diseño

Esta propuesta investigativa es un estudio analítico transversal realizada en la parroquia Javier Loyola, del cantón Azogues. Tomando a consideración las medidas de peso, talla, perímetro abdomen; con la ayuda de instrumentos con una regla de altura, una cinta métrica y una báscula para tomar medidas. A partir de los datos recogidos se calculó el IMC, obesidad central mediante la fórmula de cintura estatura y se aplicó el cuestionario FF-SIL para establecer la funcionalidad familiar; el cuestionario IPAQ para medir el nivel de actividad física. El análisis es univariante para prevalencias y multivariante mediante Odds ratio (OR).

4.2 Universo, tamaño de la muestra y selección de participantes.

En la propuesta de investigación se utilizó un universo no conocido el cual está comprendido por pacientes cuya edad oscila entre 18 hasta 64 años, pertenecientes a la parroquia Javier Loyola del cantón Azogues.

La muestra se calculó con una significancia estadística del 95% y error del 5%, se realizará en la parroquia Javier Loyola con un total de 240 personas, los participantes fueron seleccionados por conveniencia y los pacientes participaron de manera voluntaria con el previo consentimiento informado.

4.3 Instrumentos a utilizar y análisis de datos.

Para la medición antropométrica se utilizó tallímetro, balanza y cinta métrica. Los pacientes fueron invitados a participar de manera voluntaria mediante consentimiento informado. (Anexo 1). Se recolectaron las variables de interés mediante una encuesta que recoge datos sociodemográficos (Anexo 2) y el cuestionario FF-SIL e IPAQ (Anexo 3 y 4 respectivamente) para luego procesarlos en el programa de Excel, se utilizó el software estadístico SPSS en donde se realizó respectivamente el análisis univariante y el análisis bivariante mediante Odds ratio (OR).

A través del cuestionario FF SIL se determinó si existe relación entre la funcionalidad familiar y el sobrepeso u obesidad, así se encuentra en un estudio realizado en el año 2021, en donde participaron 63 jóvenes y se concluyó que el 50.7% tenían peso saludable y el 49.3% tuvieron sobrepeso, los valores de este último corresponden a familias disfuncionales $\chi^2: 11.650$ $p 0.020$. El 14.3% de los participantes vivían en familias funcionales, el 60.3% a familias moderadamente funcionales y el 25.4% a familias disfuncionales. Los adolescentes que vivían en familias disfuncionales tenían niveles más altos de glicemia, todo un valor Alfa de Cronbach de 0.901 para el cuestionario FF-SIL. (47)

Un estudio del año 2020 realizado en Cuenca, Ecuador, da cuenta que de 378 adultos que respondieron el cuestionario IPAQ concluyó que la actividad física disminuía a medida que los participantes envejecían ($p.001$), los concurrentes solteros, viudos o divorciados presentaron una mayor de actividad física, la actividad de los pacientes activos era alta ($p.001$); los valores de alfa de Cronbach para el IPAQ fueron de 0.701, el cual está por encima del 70% y se concluye que este instrumento tiene una consistencia interna aceptable. (48)

4.4 Criterios de Inclusión

- Personas de 18 a 64 años de la parroquia Javier Loyola que deseen participar en el estudio.

- Pacientes que firmen el consentimiento informado para el estudio.

4.5 Criterios de exclusión

- Pacientes que no puedan colaborar debido a discapacidad auditiva.
- Mujeres embarazadas
- Pacientes que estén domiciliados fuera de Javier Loyola

CAPITULO V

5. RESULTADOS

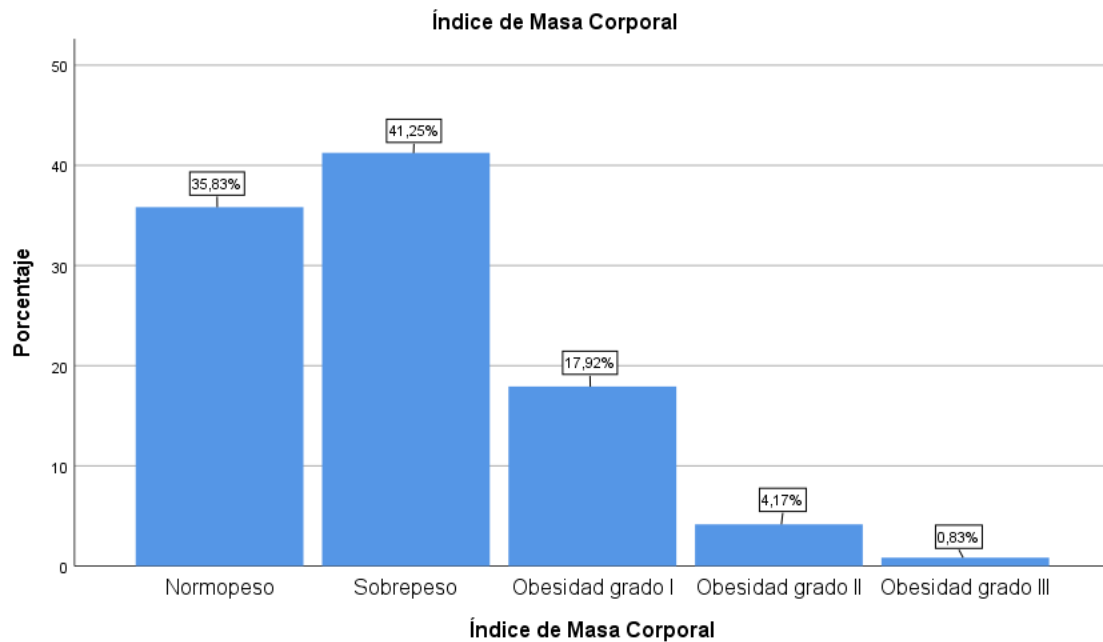
En la muestra de participantes se observaron diversas tendencias en función de múltiples variables de un total de los 240 atendidos. En cuanto al índice de Masa Corporal (IMC), se evidencio el normopeso representando el 35,8%, el sobrepeso el 41,3%, y la obesidad I, II y III el 17,9%, 4,2% y 0,8%, respectivamente.

Al considerar el género, se evidenció que el 38,3% de los participantes fueron hombres, mientras que el 61,7% fueron mujeres. En relación con el estado civil, el 55,8% se clasificó como casado, seguido por solteros con el 37,1%. La mayoría de los participantes pertenecían a la etnia mestiza (99,2%), y residían principalmente en áreas rurales (99,6%). En cuanto al nivel de educación, se observó una distribución diversa: el 31,7% tenía educación primaria, el 57,5% bachillerato, y el 8,3% tercer nivel. La participación en deportes fue baja, con solo el 8,8% practicando algún tipo de actividad física. En términos de ocupación, se identificaron diversas categorías, destacando que el 31,7% se dedicaba a los quehaceres del hogar, el 18,3% eran estudiantes, y el 10,8% trabajaba como empleado público.

La funcionalidad familiar varió, siendo el 42,9% de las familias consideradas funcionales, el 32,1% moderadamente funcionales, el 21,7% disfuncionales y el 3,3% severamente disfuncionales. En cuanto al Nivel de Actividad Física según la IPAQ, se evidenció que el 89,2% tenían un nivel de actividad física leve, un 9,2% moderado, mientras que el 1,7% alta. Estos resultados proporcionan una visión integral de la diversidad de la muestra, permitiendo un análisis más detallado sobre las relaciones entre las variables.

Del total de 240 ciudadanos/as estudiadas se pudo observar que tan solo el 35.8% (n=86) tienen un indicador de masa corporal adecuado, mientras que por el contrario el 66.4% (n=154) presentan algún grado de sobrepeso u obesidad. La mayoría pertenece al grupo con sobrepeso (41.7%) seguido de aquellos con obesidad general (22.9%).

Gráfico 1: prevalencia de obesidad y sobrepeso.



Fuente: Encuesta del estudio

Elaboración: Edith Ramírez.

El análisis de la distribución individual de los grupos se evidencia que existe una diferencia en las proporciones de sobrepeso y obesidad en función del sexo. Las mujeres tienen un 20% más de personas con sobrepeso en comparación con el sexo masculino. En el grupo femenino, 62.6% tienen sobrepeso, mientras que en los hombres es del 37.4%. Esta tendencia se mantiene en la obesidad grado I en donde el 58.1% son mujeres y el 41.9% son hombres. Esta diferencia es incluso mucho mayor en obesidad grado III, donde 90% son mujeres y 10% son hombres.

Tabla 1 IMC y sexo de la población de 18 a 64 años

Índice de Masa Corporal

Sexo		Normopeso	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III
		Masculino	35 40,70%	37 37,40%	18 41,90%	1 10,00%
Femenino		51 59,30%	62 62,60%	25 58,10%	9 90,00%	1 50,00%

Fuente: Encuesta del estudio

Elaboración: Edith Ramírez.

Existen diferencias mucho más notables en cuanto a la distribución por grupos en base al estado civil de las personas en estudio. Pese a ello se puede observar que en el grupo de casados existe una mayor proporción en los grupos de sobrepeso y obesidad grado I, 62.6% (n=62) y 72.1% (n=31) respectivamente, en comparación al grupo de solteros, 32.3% (n=32) y 18.6% (n=8). De la misma forma lo relevante de esto es que el grupo de solteros es el que mayor porcentaje de personas con obesidad grado II presenta con el 50% (n=5) del total.

Tabla 2 IMC y estado civil de la población de 18 a 64 años

		Índice de Masa Corporal				
		Normopeso	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III
<i>Estado Civil</i>	Casado	37	62	31	3	1
		43,00%	62,60%	72,10%	30,00%	50,00%
	Divorciado	1	1	0	0	0
		1,20%	1,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Soltero	43	32	8	5	1
		50,00%	32,30%	18,60%	50,00%	50,00%
	Unión de hecho	2	4	1	1	0
		2,30%	4,00%	2,30%	10,00%	0,00%
	Viudo	3	0	3	1	0
		3,50%	0,00%	7,00%	10,00%	0,00%

Fuente: Encuesta del estudio

Elaboración: Edith Ramírez.

Los grupos de distribución en base a la etnia de los pacientes mantienen esta diferencia inequitativa de proporción de pacientes incluidos en el estudio, existiendo muy pocos casos reportados en las personas de etnia indígena. A pesar de esta diferencia los dos casos reportados en la población indígena corresponden al grupo de personas con nivel de sobrepeso que representa el 2% del total de pacientes. Estas distribuciones no resultan estadísticamente significativas con un p valor menor a 0.05.

Tabla 3 Distribución de la población respecto al IMC y etnia de la población de 18 a 64 años

		Normopeso	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III
<i>Etnia</i>	Mestizo	86	97	43	10	2
		100,00%	98,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Indígena	0	2	0	0	0
		0,00%	2,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fuente: Encuesta del estudio

Elaboración: Edith Ramírez.

Los porcentajes y diferencias de distribuciones de la población en base a su lugar de procedencia EL 99, % CORRESPONDE AL ÁREA RURAL

Tabla 4 IMC y lugar de residencia de la población de 18 a 64 años

		Índice de Masa Corporal				
		Normopeso	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III
<i>Lugar de Residencia</i>	Rural	86	98	43	10	2
		100,00%	99,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Urbano	0	1	0	0	0
		0,00%	1,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fuente: Encuesta del estudio

Elaboración: Edith Ramírez.

El 53.3% (n=53) de la población en la que se presenta sobrepeso tiene un nivel de escolaridad correspondiente al nivel de bachillerato y el 33.3% (n=33) tienen un nivel de escolaridad primaria. Por el contrario, la población con un nivel de educación de tercer y cuarto nivel representan el 10.1% (n=10) y 1% (n=1) respectivamente. Esta diferencia se mantiene en las distribuciones de obesidad de grado I y II en donde los grupos correspondientes a bachillerato y primaria presentan los mismos porcentajes de distribución 46.5% (n=20) y 50% (n=5) respectivamente.

Tabla 5 IMC y nivel de educación de la población de 18 a 64 años

Índice de Masa Corporal

Nivel de Educación		Normopeso	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III
	Primaria		17	33	20	5
		19,80%	33,30%	46,50%	50,00%	50,00%
Bachillerato		60	53	20	5	0
		69,80%	53,50%	46,50%	50,00%	0,00%
Tercer Nivel		7	10	2	0	1
		8,10%	10,10%	4,70%	0,00%	50,00%
Cuarto Nivel		1	1	0	0	0
		1,20%	1,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Ninguna		1	2	1	0	0
		1,20%	2,00%	2,30%	0,00%	0,00%

Fuente: Encuesta del estudio

Elaboración: Edith Ramírez.

Se puede observar que el grupo con mayor número de personas que presentan sobrepeso corresponde a quienes se dedican a los quehaceres domésticos con un 29.3% (n=29), seguido de los grupos correspondientes a otros tipos de ocupaciones, estudiantes y comerciantes que representan el 14.1% (n=14), 13.1% (n=13) y 11.1% (n=11) respectivamente. Esta tendencia en el grupo de personas que realiza quehaceres domésticos en donde los porcentajes de distribución de obesidad grado I, II y III son los más altos correspondiendo al 41.9% (n=18), 40% (n=4) y 50% (n=1). Los empleados públicos, comerciantes y otros tipos de profesiones corresponden a aquellos que presentan la segunda frecuencia más altas respecto a la obesidad grado I correspondiendo cada una al 11.6% (n=5) de los casos.

Tabla 6 IMC y ocupación de la población de 18 a 64 años

Índice de Masa Corporal

Ocupación	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III
Agricultor	3	9	4	0	0
	3,50%	9,10%	9,30%	0,00%	0,00%
Comerciante	5	11	5	2	0
	5,80%	11,10%	11,60%	20,00%	0,00%
Costurera	2	3	2	3	0
	2,30%	3,00%	4,70%	30,00%	0,00%
Empleado Privado	0	2	1	0	0
	0,00%	2,00%	2,30%	0,00%	0,00%
Empleado Público	11	9	5	0	1
	12,80%	9,10%	11,60%	0,00%	50,00%
Estudiante	30	13	1	0	0
	34,90%	13,10%	2,30%	0,00%	0,00%
Quehaceres del hogar	24	29	18	4	1
	27,90%	29,30%	41,90%	40,00%	50,00%
Desempleado	1	4	0	0	0
	1,20%	4,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Ninguno	0	1	0	0	0
	0,00%	1,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Jubilado	0	4	2	0	0
	0,00%	4,00%	4,70%	0,00%	0,00%
Otros	10	14	5	1	0
	11,60%	14,10%	11,60%	10,00%	0,00%

Fuente: Encuesta del estudio

Elaboración: Edith Ramírez.

Los grupos de comparación basados en la funcionalidad familiar nos permiten observar que los niveles de sobrepeso en los grupos de familias funcionales y moderadamente funcionales son mayores, 40.4% (n=40) y 31.3% (n=31) respectivamente, al ser comparados con las frecuencias de distribución de las familias disfuncionales y severamente disfuncionales, 27.3% (n=27) y 1% (n=1). Estas diferencias se mantienen al comparar los grupos de obesidad grado I en donde las familias funcionales y moderadamente funcionales representa el 25.6% (n=11) y 37.2% (n=16) en comparación a tan solo el 27.9 % (n=12) en las familias disfuncionales y 9.3% (n=4). El grupo con mayor porcentaje de obesidad grado II corresponde a las familias disfuncionales

representando el 50% (n=5) del total de personas incluidas seguida por las familias moderadamente disfuncionales 30% (n=3).

Tabla 7 IMC y funcionalidad familiar de la población de 18 a 64 años

		Índice de Masa Corporal				
		Normopeso	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III
<i>Funcionalidad Familiar</i>	Familia Funcional	51	40	11	1	0
		59,30%	40,40%	25,60%	10,00%	0,00%
	Familia Moderadamente Funcional	26	31	16	3	1
		30,20%	31,30%	37,20%	30,00%	50,00%
	Familia Disfuncional	7	27	12	5	1
		8,10%	27,30%	27,90%	50,00%	50,00%
	Familia Severamente Disfuncional	2	1	4	1	0
		2,30%	1,00%	9,30%	10,00%	0,00%

Fuente: Encuesta del estudio

Elaboración: Edith Ramírez.

En el grupo que realiza actividad física leve el sobrepeso y obesidad grado I correspondieron el 94.9% (n=94) y 95.3% (n=41) respecto a los grupos de actividad física moderada que tan solo se reportan el 5.1% (n=5) y 4.7% (n=2). La totalidad de casos de obesidad grado II y III corresponden a los pacientes que realizan actividad física leve.

Tabla 8 IMC y nivel de actividad física de la población de 18 a 64 años

		Índice de Masa Corporal				
		Normopeso	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III
<i>IPAQ - Nivel de Actividad Física</i>	Actividad Física Leve	67	94	41	10	2
		77,90%	94,90%	95,30%	100,00%	100,00%
	Actividad Física Moderada	15	5	2	0	0
		17,40%	5,10%	4,70%	0,00%	0,00%
	Actividad Física Alta	4	0	0	0	0
		4,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fuente: Encuesta del estudio

Elaboración: Edith Ramírez.

El cálculo del riesgo que existe en la población estudiada por medio de los OR de los grupos comparativos basados en las tablas cruzadas. Llama la atención que pese a las diferencias establecidas en las tablas cruzadas tan solo el grupo correspondiente a familias disfuncionales parece tener un mayor riesgo estadísticamente significativo de presentar sobrepeso u obesidad (OR 6.062, IC 95% 2.502 – 14.696), de la misma manera se puede observar que en el resto de los grupos basados en la funcionalidad familiar esta tendencia de riesgo mayor se mantiene sin embargo la misma no resulta estadísticamente significativo.

Así como se puede observar en la tabla basado en el nivel de actividad física y los niveles de sobrepeso y obesidad, se puede constatar que existe un riesgo significativamente mayor en las personas que no realizan actividad física (OR 9.239, IC 95% 2.996 – 28.484) y que el realizar actividad física en esta población significa en cierta representa un factor de riesgo al desarrollo de sobrepeso y obesidad (OR 0.108, IC 95% 0.035 – 0.333)

Tabla 9: Análisis de los factores de riesgo para sobrepeso y obesidad

VARIABLE		OR	P	IC
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y MALNUTRICION EN EXCESO	Familia funcional	1	0.278	0.578 – 1.727
	Familia moderadamente funcional	1.747	0.309	0.952 – 3.205
	Familia disfuncional	6.062	0.451	2.502 – 14.696
	Familia severamente disfuncional	2.830	0.839	0.545 – 14.682
ACTIVIDAD FISICA Y MALNUTRICION	No realiza actividad física	9.239	0.574	2.996 – 28.484
	Si realiza actividad física	0.108	0.574	0.035 – 0.333

Fuente: Encuesta del estudio

Elaboración: Edith Ramírez.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Se examinaron las diferencias en los niveles de sobrepeso y obesidad en relación con el nivel de actividad física y la funcionalidad familiar en una muestra de 240 personas. Los resultados proporcionan una descripción detallada de las características de las poblaciones analizadas y sus implicaciones para la salud pública.

Posterior a ello, se encontró que el 66,4 % de población muestra sobrepeso u obesidad, mientras que solo el 35.8% presentan un índice de masa corporal adecuado. El sobrepeso (41.7%) fue el grado de obesidad más común, seguido por la obesidad grado I (18.8%) y la obesidad grado II (2.9%). La obesidad grado III fue la menos común (0.8%). En contraste con una revisión sistemática acerca de la epidemiología del sobrepeso y obesidad, un estudio en México, se encontró que 48.6 millones de adultos tiene sobrepeso y obesidad, de los cuales el 39% tiene sobrepeso y el 13 tiene obesidad incluyendo los distintos tipos de la misma. (49)

Así mismo, en el estudio antes citado, se estima que la prevalencia de sobrepeso es de 42.5% en hombres y 37.4% en mujeres, mientras que la obesidad en mujeres es de 34.5% y en hombres 24.2%. El sobrepeso y obesidad juntos afectan a casi el 70% de la población en ambos sexos, pero es superior en mujeres (49). Se identificaron diferencias notables en la distribución de sobrepeso y obesidad según el género. Las mujeres mostraron una mayor proporción de obesidad en comparación con los hombres, aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Este hallazgo destaca la necesidad de abordar de manera equitativa el inconveniente del sobrepeso y obesidad en ambos géneros.

Presentaron en cuanto al estado civil, los casados mayor proporción de obesidad grado I y sobrepeso en comparación a los solteros, pero estas diferencias tampoco resultaron estadísticamente significativas. Es importante considerar que el estado civil podría influir en las prácticas alimenticias y el estilo de vida de las personas, lo que merece una mayor exploración en futuras investigaciones. Puesto que, tras una investigación realizada en Chile durante el año 2022, se estudió la calidad de vida de pacientes obesos y se encontró

que el 30.6% de ellos son casados, el 22.6% es soltero, el 25.8% es viudo y el 19.4% tiene unión libre. (50)

La etnia de los participantes tuvo una influencia limitada en los niveles de sobrepeso y obesidad, con pocos casos reportados en la población indígena. Sin embargo, la obesidad grado I fue más común en este grupo. Es fundamental realizar investigaciones adicionales para comprender las implicaciones de la etnia en la salud y el bienestar de la población.

Un estudio realizado en Chimborazo, Ecuador para caracterizar el sobrepeso y obesidad, encontró el 60.56% de la población era femenina y el 39.44% masculina, con un 69.65% tiene sobrepeso y el 30.05% de obesidad; el 57.75% habían terminado la secundaria y el 73.34% eran mestizos. (51) Existen grandes diferencias en los niveles educativos, y una mayor proporción de personas con sobrepeso y obesidad grado I tienen educación secundaria y primaria. Este hallazgo puede sugerir que la educación juega un papel en la toma de decisiones respecto con la dieta y el ejercicio.

Las ocupaciones de los participantes también se asociaron con ciertas discrepancias en la distribución de sobrepeso y obesidad. Siendo Las personas que trabajan en quehaceres domésticos las que tienen índices más altos de sobrepeso y obesidad, seguidas por otros tipos de ocupaciones. Estos resultados sugieren que la ocupación puede relacionarse con los niveles de actividad física y la dieta. Un estudio realizado en Cuba, en 2020, concluyo que los pacientes con menos esfuerzo físico en sus ocupaciones, se relacionan con una mayor prevalencia obesidad y sobrepeso, costurera 3.4%, administrativa 11.4%, auxiliar de limpieza 2.5%. (52)

La funcionalidad familiar presentó una asociación significativa con los niveles de sobrepeso y obesidad. Las familias disfuncionales tenían un mayor riesgo de presentar este problema, destacando la relevancia del entorno familiar como estrategia de prevención y tratamiento de estas condiciones. Un estudio del 2022 sobre el Ambiente Familiar, actividad física y el comportamiento sedentario en preadolescentes, comparó dos grupos de niños: 50 niños con obesidad (GO) y sus madres y otro grupo 50 niños con normopeso (GN) y sus madres, el cuestionario IPAQ determino actividad física grupal. Se encontró que el grupo de GO presentó menos actividad física alta; el estado civil

casada fue el más prevalente entre las madres de los niños del grupo GO, con un nivel socioeconómico medio 56%, se encontró que la conducta de modelo parental para realizar actividad física fue menor en familias del grupo GO (90% sedentarios); en el grupo GO hubo una relación directa entre el IMC de las materno y el sedentarismo de los niños ($r=0.43$ $p < 0.01$). (53)

Desempeña un rol relevante en la distribución de sobrepeso y obesidad la actividad física. Parece actuar la misma como un factor protector, aunque las personas inactivas tenían un riesgo significativamente mayor. Se ha demostrado que la obesidad central aumenta el riesgo cardiovascular, independientemente del tipo, acrecienta el riesgo cardiovascular y el ejercicio reduce la circunferencia de la cintura ,y, por tanto, el riesgo de desarrollar enfermedades del sistema circulatorio .Ensayo clínico aleatorizado ciego publicado el año 2021; se realizó 3 intervenciones a 543 participantes en relación 1:1:1: un grupo sin actividad física o control (n=181) , otro grupo con entrenamiento tradicional consistente en ejercicio aeróbico y entrenamiento de fuerza (EX) (n=181), otro grupo de TaiChi (TC) (n=181); los resultados se evaluaron al inicio, a las 12 y 38 semanas.

El grupo de ejercicio mostró una reducción en la circunferencia abdominal, grupo TC versus control -1.8cm $p < 0.001$, grupo EX versus control -1.3cm $p > 0.001$, grupo control +0.8cm; también se observó una reducción en el peso corporal tanto en el grupo TC como en el EX, $p < 0.005$. (54)

Un estudio observacional realizado en el año 2021, analizó a 188 pacientes, de estos, el 52.1% tuvo sobrepeso, y el 82.7% realiza poca actividad física. (55)

En una investigación realiza en un hospital básico de Ecuador, se analizó una muestra de 75 pacientes adultos jóvenes, de los cuales el 44% tiene sobrepeso y el 13.3% tiene obesidad; de los 49 pacientes que realizan ejercicio físico ,22 tienen peso normal, 18 gordura y 9 adiposis. (56) contrario a lo citado anteriormente la tasa de individuos que no realiza actividad física es alta, en el presente estudio el 91.3% es sedentario.

En Perú, se realizó un estudio de 20488 personas, el 22.5% de las personas obesas residen en áreas urbanas y el 9% en áreas rurales, mientras que los pacientes con sobrepeso el

42.7% y 32% reside en áreas urbanas y rurales respectivamente. (57) En contraste con el presente estudio el 41.3% de los pacientes con sobrepeso viven en zonas rurales.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES

El sobrepeso y obesidad son prevalentes en la parroquia Javier Loyola, representan más del 60% de la población; el sexo femenino y aquellos con mayor escolaridad (tercer y cuarto nivel) tienen mayor malnutrición en exceso. Casi toda la población reside en área rural y el 91.7% no realiza actividad física. El 42.9% tiene familia funcional, sin embargo, las disfuncionales tienen riesgo de padecer malnutrición excesiva en un promedio de 6 veces más .

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Schetz M, De Jong A, Deane AM, Druml W, Hemelaar P, Pelosi P, et al. Obesity in the critically ill: a narrative review. *Intensive Care Medicine*. 2019 Mar 19;45(6):757–69.
3. Pan XF, Wang L, Pan A. Epidemiology and determinants of obesity in China. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2021;9(6):373–92.
4. Vélez-Páez J, Aguayo-MoscOSO SX, Castro-Bustamante C, Montalvo-Villagómez M, Jara-González F, Baldeón-Rojas L. Biomarkers as predictors of mortality in critically ill obese patients with COVID-19 at high altitude. *BMC Pulmonary Medicine*. 2023;23(1).
5. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism*. 2019;92(92):6–10.
6. Gammone MA, D’Orazio N. COVID-19 and Obesity: Overlapping of Two Pandemics. *Obesity Facts*. 2021;14(6):1–7.
7. Kim SR, Kim HN, Song SW. Associations Between Mental Health, Quality of Life, and Obesity/Metabolic Risk Phenotypes. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*. 2020;18(7).
8. Lemamsha H, Randhawa G, Papadopoulos C. Prevalence of Overweight and Obesity among Libyan Men and Women. *BioMed Research International*. 2019; 8531360:1–16.
9. Ramón-Arbués E, Martínez-Abadía B, Gracia-Tabuenca T, Yuste-Gran C, Pellicer-García B, Juárez-Vela R, et al. Prevalencia de sobrepeso/obesidad y su asociación con diabetes, hipertensión, dislipemia y síndrome metabólico: estudio transversal de una muestra de trabajadores en Aragón, España. *Nutrición Hospitalaria*. 2018;36(1).
10. Lanas F, Seron P. Diverging trends in obesity, diabetes, and raised blood pressure in the Americas. *The Lancet Global Health*. 2020;8(1): e18–9.
11. Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Powis J, Ralston J, Wilding J. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. *BMJ Global Health*. 2022;7(9).
12. Viola D, Arno PS, Maroko AR, Schechter CB, Sohler N, Rundle A, et al. Overweight and obesity: Can we reconcile evidence about supermarkets and fast food retailers for public health policy? *Journal of Public Health Policy*. 2013;34(3):424–38.
13. Li M, Shi Z. Ultra-Processed Food Consumption Associated with Overweight/Obesity among Chinese Adults—Results from China Health and Nutrition Survey 1997–2011. *Nutrients*. 2021;13(8):2796.

14. Jia P, Luo M, Li Y, Zheng J, Xiao Q, Luo J. Fast-food restaurant, unhealthy eating, and childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2019;22(S1).
15. Canhada SL, Luft VC, Giatti L, Duncan BB, Chor D, Fonseca M de JM da, et al. Ultra-processed foods, incident overweight and obesity, and longitudinal changes in weight and waist circumference: the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Public Health Nutrition*. 2020;23(6):1076–86.
16. Steinmetz J (Jayne). Achieving Sustainable Development Goals with Happiness in a Changing World. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2022;54(5):375–6.
17. Vaamonde JG, Álvarez-Món MA. Obesidad y sobrepeso. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2020;13(14):767–76.
18. Pajuelo Ramírez J, Torres Aparcana L, Agüero Zamora R, Bernui Leo I. El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2019;80(1):21–7.
19. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 [Internet]. *icd.who.int*. 2018. Available from: <https://icd.who.int/es>
20. Gómez Salas G, Quesada Quesada D, Monge Rojas R. Perfil antropométrico y prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población urbana de Costa Rica entre los 20 y 65 años agrupados por sexo: resultados del Estudio Latino Americano de Nutrición y Salud. *Nutrición Hospitalaria*. 2020;37(3):534–42.
21. Flores Paredes A, Coila Pancca D, Ccopa SA, Yapuchura Saico CR, Pino Vanegas YM. Actividad física, estrés y su relación con el índice de masa corporal en docentes universitarios en pandemia. *Comuni@cción: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*. 2021;12(3):175–85.
22. Segura-Fragoso A, Rodríguez-Padial L, Alonso-Moreno FJ, Villarín-Castro A, Rojas-Martelo GA, Rodríguez-Roca GC, et al. Medidas antropométricas de obesidad general y central y capacidad discriminativa sobre el riesgo cardiovascular: estudio RICARTO. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2019;45(5):323–32.
23. Sociedad Española para el Estudio de la obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina clínica*. 2000;115(15):587–97.
24. Bastos A, González R, Molinero O, Salguero A. Obesidad, Nutrición y Actividad Física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2005;5(18):140–52.
25. World Health Organization: WHO. Actividad física [Internet]. *Who.int*. World Health Organization: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
26. Baño-Baño M, Herrera-López J. Actividad física y su relación con el índice de masa corporal en docentes de la carrera de enfermería durante el confinamiento. *Enfermería*

Investiga. 2023;8(1):45–52.

27. Sánchez A, Pérez A, Lastre A. La prevención de las enfermedades no transmisibles favorecida por el ejercicio físico terapéutico. *Revista Cubana de Medicina del Deporte y la Cultura Física*. 2020;15(2).

28. Bermúdez A, Serrano N, Leyva M. La importancia del ejercicio físico para disminuir la obesidad y su riesgo cardiovascular. *Correo Científico Médico*. 2018;23(1).

29. Organización Panamericana de la Salud. La OPS insta a hacer frente a la obesidad, principal causa de enfermedades no transmisibles en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www.paho.org. 2023 [cited 2023]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2023-ops-insta-hacer-frente-obesidad-principal-causa-enfermedades-no-transmisibles>

30. Mantilla Toloza S, Gómez-Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*. 2007;10(1):48–52.

31. Valdiviezo Verdezoto C, Lara-Machado J. Influencia del funcionamiento familiar y bienestar psicológico en padres de familia ecuatorianos. *Revista Médica Electrónica*. 2021;43(4):987–1000.

32. Poma J, Carrillo L, González J. Funcionalidad familiar y factores de riesgo modificables para hipertensión arterial. *Universitas Médica*. 2018;59(1).

33. Suarez Cuba M, Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*. 2014;20(1):53–7.

34. Fuentes Aguilar P, Merino Escobar J. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Revista electrónica Ajayu (RAP)*. 2016;14(2):247–83.

35. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2018.

36. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud-FCI [Internet]. 2012. Available from: https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf

37. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad. II CONSENSO LATINOAMERICANO DE OBESIDAD 2017. [Internet]. 2017. Available from: <http://www.administracion.usmp.edu.pe/institutoconsumo/wp-content/uploads/LIBRO-II-CONSENSO-LATINOAMERICANO-DE-OBESIDAD-2017.pdf>

38. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. ENCUESTA STEPS ECUADOR 2018. Informe de resultados. [Internet]. 2018. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>

39. Álvarez-Ochoa R, Cordero-Cordero G, Vásquez-Calle M. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes de la Escuela de Educación Básica “Dolores Sucre”, Azogues,

Ecuador. Revista Killkana Salud y Bienestar. 2020; 4(1). Disponible en: https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killkana_salud/article/view/579

40. Álvarez-Ochoa R, Cordero-Cordero G, Vázquez-Calle M, Altamirano-Cordero L, Gualpa-Lema M. Hábitos alimentarios, su relación con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Azogues. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [revista en Internet]. 2017; 21(6). Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3069>

41. Vallejo Solís M. Obesidad y sobrepeso asociado a disfunción familiar en adultos. 2020. Especialidad thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/20741/>

42. Carrión Bravo G. Funcionalidad familiar y su relación con el Sobrepeso y Obesidad en adolescentes de bachillerato - zona 7 Ecuador – 2016. 2017. Tesis de Grado. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18305/1/TESIS%20MFC-DRA%20LILIANA%20C.%20PDF.pdf>

43. Aguilar Cordero M. J., Ortigón Piñero A., Mur Villar N., Sánchez García J. C., García Verazaluce J. J., García García I. et al . Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: revisión sistemática. Nutr. Hosp. [Internet]. 2014 Oct; 30(4): 727-740. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001100002&lng=es

44. Tejero María Elizabeth. Genética de la obesidad. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2008 Dic; 65(6): 441-450. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600005&lng=es

45. Blancas-Flores G, Almanza-Pérez J. C., López-Roa R. I., Alarcón-Aguilar F. J., García-Macedo R, Cruz M. La obesidad como un proceso inflamatorio. Boletín médico del Hospital Infantil de México, versión impresa. 2010 Mar./abr.; 67(2). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462010000200002

46. Naciones Unidas. El deporte como instrumento de prevención del uso indebido de drogas. 2003. Oficina contra la Droga y el Delito. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_sport_spanish.pdf

47. Murillo Álvarez N, Rodríguez-Orozco AR. Percepción del funcionamiento familiar, estado nutricional y control metabólico en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. Aten Primaria. abril de 2021;53(4):101974.

48. 1. Belaunde Clausell A, Arada Collado A, Belaunde Clausell A, Arada Collado A. Sobrepeso y obesidad en mujeres laboralmente activas de un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. diciembre de 2020 [citado 24 de octubre de 2023];36(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252020000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

49. Villa EAR, Monje RGR, Rivera JIV. Revisión de la epidemiología del sobrepeso y obesidad. *Psic-Obesidad* [Internet]. 2017 [citado 23 de septiembre de 2023];7(25). Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/psic/article/view/80749>

50. Torres GB, Mendoza JS, Vázquez JJ, Contreras EC, Hernández MEC, Santiago M de los ÁO, et al. Calidad de vida en personas con obesidad, diabetes e hipertensión. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 25 de marzo de 2022;6(2):943-64.

51. Solis Cartas U, Valdés González EM, Abad Urgiles KE, Soria Granizo FY, Valdés González JL. Caracterización clínico epidemiológica del sobrepeso y la obesidad en la parroquia rural San Gerardo, Chimborazo, Ecuador. *Revista de Investigación TALENTOS*. 2021;8(2):78-87.

52. Belaunde Clausell A, Arada Collado A, Belaunde Clausell A, Arada Collado A. Sobrepeso y obesidad en mujeres laboralmente activas de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 24 de octubre de 2023];36(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252020000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

53. Blanco M, Veiga OL, Sepúlveda AR, Izquierdo-Gomez R, Román FJ, López S, et al. Ambiente familiar, actividad física y sedentarismo en preadolescentes con obesidad infantil: estudio ANOBAS de casos-contróles. *Atención Primaria*. 1 de abril de 2020;52(4):250-7.

54. Siu PM, Yu AP, Chin EC, Yu DS, Hui SS, Woo J, et al. Effects of Tai Chi or Conventional Exercise on Central Obesity in Middle-Aged and Older Adults : A Three-Group Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med*. agosto de 2021;174(8):1050-7.

55. Guevara-Valtier MC, Pacheco-Pérez LA, Velarde-Valenzuela LA, Ruiz-González KJ, Cárdenas-Villarreal V, Gutiérrez-Valverde JM. Apoyo en redes sociales y factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Enfermería Clínica*. 1 de mayo de 2021;31(3):148-55.

56. Arévalo Rodríguez DA. Factores relacionados al sobrepeso y obesidad en el personal de salud de un hospital básico en Ecuador, 2022. *Repositorio Institucional - UCV* [Internet]. 2022 [citado 25 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/98233>

57. Pajuelo Ramírez J, Torres Aparcana L, Agüero Zamora R, Bernui Leo I. El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. enero de 2019;80(1):21-7.

Anexo 1: consentimiento informado dirigida a población adulta



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Yo, Nombres:Apellido: con cédula de identidad número..... declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación sobre “Describir el sobrepeso y obesidad en adultos, y su relación con la funcionalidad familiar y actividad física, Javier Loyola 2023”. en el horario de 8:00h a 17:00h, para lo cual se tomarán medidas antropométricas como el peso, talla, perímetro abdominal y aplicarán una encuesta para determinar el nivel de actividad física, deporte y la funcionalidad familiar que demoran alrededor de 20 minutos, entiendo que la información registrada será confidencial y que los nombres de los participantes serán asociados a números de series, esto significa que la respuesta no será conocida por otra persona, ni tampoco identificada en la publicación de los resultados.

No habrá retribución de ninguna clase por la participación en este estudio y los datos obtenidos no me serán entregados, y el beneficio de investigación es para la sociedad pudiendo también negarme a la participación y retirarse en cualquier momento.

Si, acepto voluntariamente a participar en este estudio de investigación.

Fecha:

Firma del participante:

Esta investigación está siendo realizada por la Lcda. Edith Betzabeth Ramírez.

Usted puede ponerse en contacto con:

Nombres y Apellidos: Edith Betzabeth Ramírez.

Número de celular: 0984776023.

Anexo 2: encuesta a participantes

FACULTAD DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS, Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ACTIVIDAD FÍSICA, JAVIER LOYOLA 2023,

Lea detenidamente las preguntas y señale con una X donde corresponda, hasta la pregunta 6.

1. Edad: _____ 2. Sexo: Masculino _____, Femenino _____, Otro _____

3. Estado civil: Soltero _____, Casado _____, Viudo _____, Divorciado _____, Unión de hecho _____,

4. Etnia: Blanco----- _____, mestizo _____, indígena _____, afrodescendiente _____
montubio _____, otro _____

5. Lugar de residencia, Señale si es: Urbana _____ Rural _____

6. Nivel de educación: Ninguna _____, Primaria _____, Bachillerato....., Tercer nivel _____, Cuarto nivel _____.

7. Ocupación: Empleado público _____, Empleado privado _____, Desempleado _____, Jubilado _____, Ama de casa _____, estudiante _____, Agricultor _____, Comerciante _____
Costurera _____

Datos que colocara la encuestadora:

8. Peso: _____ kg 9. Talla: ____-__cm 10. IMC: _____ 11. Perímetro abdominal: _____ cm

12. Obesidad general: Si _____ No _____ 13. Obesidad central Si _____ No _____

14. Funcionalidad familiar: _____

15. IPAQ, tipo de actividad física: _____

16. Realiza algún deporte : Si _____ No _____

Anexo 3: cuestionario ff-sil, funcionalidad familiar

Instrucciones: responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas, marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	FFSIL	1	2	3	4	5
	SITUACIÓN	CASI NUNC A	POCA S VECE S	A VEC ES	MUCH AS VECES	CASI SIEMPRE
1	LAS DECISIONES IMPORTANTES SE TOMAN EN CONJUNTO					
2	EN MI CASA PREDOMINA LA ARMONÍA					
3	EN MI CASA CADA UNO CUMPLE SUS RESPONSABILIDADES					
4	LAS MANIFESTACIONES DE CARÍÑO FORMAN PARTE DE NUESTRA VIDA COTIDIANA					
5	SE EXPRESAMOS SIN INSINUACIONES, EN FORMA CLARA Y DIRECTA					
6	PODEMOS ACEPTAR LOS DEFECTOS DE LOS DEMÁS Y SOBRELLEVARLOS					
7	TOMAMOS EN CONSIDERACIÓN LAS EXPERIENCIAS DE OTRAS FAMILIAS ANTE SITUACIONES DIFÍCILES					
8	CUANDO ALGUNO DE LA FAMILIA TIENE UN PROBLEMA LOS DEMÁS LO AYUDAN					
9	SE DISTRIBUYEN LAS TAREAS DE MANERA QUE NADIE ESTE RECARGADO					
10	LAS COSTUMBRES FAMILIARES PUEDEN MODIFICARSE ANTE DETERMINADAS SITUACIONES					

11	PODEMOS CONVERSAR DIVERSOS TEMAS SIN TEMOR					
12	ANTE UNA SITUACIÓN FAMILIAR DIFÍCIL, SOMOS CAPACES DE BUSCAR AYUDA EN OTRAS PERSONAS					
13	LOS INTERESES Y NECESIDADES DE CADA UNO SON RESPETADOS POR TODA LA FAMILIA					
14	NOS DEMOSTRAMOS EL CARIÑO QUE NOS TENEMOS					
TOTAL						

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Anexo 3: cuestionario IPAQ

Piense en todas las actividades **intensas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades físicas **intensas** se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos realizó actividades físicas **intensas** tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

_____ días por semana

Ninguna actividad física intensa



Vaya a la pregunta 3

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

Piense en todas las actividades **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos días hizo actividades físicas **moderadas** como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? **No** incluya caminar.

_____ días por semana

Ninguna actividad física moderada



Vaya a la pregunta 5

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

Piense en el tiempo que usted dedicó a **caminar** en los **últimos 7 días**. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los **últimos 7 días**, ¿En cuántos **caminó** por lo menos **10 minutos** seguidos?

_____ días por semana

Ninguna caminata



Vaya a la pregunta 7

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

*La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **sentado** durante los días hábiles de los **últimos 7 días**. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.*

7. Durante los **últimos 7 días** ¿cuánto tiempo pasó **sentado** durante un **día hábil**?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro