

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

**“PREVALENCIA DE OBESIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN EL PERSONAL
ADMINISTRATIVO DEL RECTORADO DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL CALLAO, 2019”**

(PERIODO DE EJECUCIÓN: Del 01 de diciembre 2019 al 30 de noviembre 2020.)

(Resolución de aprobación N°1313-2019-R)

AUTOR:

Dra. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

CALLAO, 2020

PERÚ

DEDICATORIA
A Dios, por el Camino recorrido
A mis hijos por ser mi fuerza
A la vida por lo Aprendido

A small, handwritten signature in black ink, appearing to read "Luisa Anton", is located at the bottom left of the page. The signature is written in a cursive style.

AGRADECIMIENTO

A la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la Universidad Nacional del
Callao

ÍNDICE

	PÁG.
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la realidad problemática	8
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Objetivos	13
1.4. Limitantes de la investigación	14
II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	16
2.2. Bases teóricas.....	30
2.3. Conceptual	35
2.4. Definición de términos básicos	51
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	
3.1. Hipótesis	53
3.2. Definición conceptual de variables	53
3.3. Operacionalización de variables	54
IV. DISEÑO METODOLOGICO	
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	56
4.2. Método de la investigación	56
4.3. Población y muestra.....	57
4.4. Lugar de estudio.....	58
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	59
4.6. Análisis y procesamiento de datos	60
V. RESULTADOS	
5.1. Resultados descriptivos.....	63
5.2. Resultados inferenciales	67
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis.....	69
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares	74
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	83
ANEXOS	
ANEXO 1 Matriz de consistencia	89
ANEXO 2 Ficha de registro IMC	92
ANEXO 3 Ficha encuesta	93
ANEXO 4 Validez y confiabilidad del instrumento.....	98
ANEXO 5 Consentimiento informado	100
ANEXO 6 Características generales del personal administrativo	101
ANEXO 7 Base de datos	102



INDICE DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1. Dimensiones de la variable estilo de vida en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao	66
Tabla 2. Prevalencia de obesidad asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao	67
Tabla 3. Prevalencia de obesidad I asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao	67
Tabla 4. Prevalencia de obesidad II asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao	68
Tabla 5. Prevalencia de obesidad III asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao	68
Tabla 6. Prueba Chi cuadrado de asociación entre la obesidad y los estilos de vida.....	70
Tabla 7. Prueba Chi cuadrado de asociación entre la obesidad I y los estilos de vida.....	71
Tabla 8. Prueba Chi cuadrado de asociación entre la obesidad II y los estilos de vida.....	72
Tabla 9. Prueba Chi cuadrado de asociación entre la obesidad III y los estilos de vida.....	74



ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1. Prevalencia general de obesidad en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao	63
Figura 2. Prevalencia de obesidad I en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao.....	64
Figura 3. Prevalencia de obesidad II en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao	64
Figura 4. Prevalencia de obesidad III en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao	65
Figura 5. Estilo de vida general en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao.....	65



RESUMEN

El objetivo fue determinar la prevalencia de obesidad asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019. El tipo de investigación fue aplicada correlacional y prospectiva de corte transversal la nuestra estuvo confirmada un total de 52 personal administrativo del Rectorado de la UNAC a los cuales se les aplico 01 ficha de recolección datos IMC y el cuestionario del perfil de estilos de vida, para el análisis estadístico se utilizó la prueba del chi cuadrado en el programa SPSS v23 . Resultados, el personal administrativo presenta 38.5 % de prevalencia de obesidad; en cuanto a la obesidad grado I la prevalencia es de 26.9%, en grado II de obesidad es de 7.7% de prevalencia de obesidad y la prevalencia de obesidad grado III es de 3.8 %. En los estilos de vida el 46.2 % del personal administrativo presento un nivel bajo de estilos de vida ; las dimensiones con nivel bajo en un 100% en ejercicios , responsabilidad en la salud 96.2% y manejo de estrés con un 63.5%, a si mismo se refleja un nivel medio en nutrición 61.5%, soporte interpersonal 62.2%, e indicando un alto nivel de autorrealización . la prevalencia de la obesidad no se asocia con los estilos de vida ($p=0.895$) así como cada una de las dimensiones de la prevalencia de obesidad y estilos de vida .Conclusión. La prevalencia de la obesidad no se asocia con los estilos de vida. Es importante por ello consolidar políticas Universitarias para la vigilancia, prevención y control de la obesidad y los estilos de vida.

Palabra clave: Prevalencia de obesidad, estilos de vida



ABSTRACT

The objective was to determine the prevalence of obesity associated with lifestyles in the administrative staff of the Rectorate of the National University of Callao, 2019. The type of research was applied correlational and prospectively cross-sectional, ours was confirmed by a total of 52 personnel administrative office of the Rectorate of the UNAC to which 01 BMI data collection form and the lifestyle profile questionnaire were applied, for statistical analysis the chi-square prieda was used in the SPSS v23 program. Results, the administrative staff presents 38.5% prevalence of obesity; Regarding grade I obesity, the prevalence is 26.9%, in grade II obesity it is 7.7% prevalence of obesity and the prevalence of grade III obesity is 3.8%. In the lifestyles 46.2% of the administrative personnel presented a low level of lifestyles; the dimensions with low level 100% in exercises, responsibility in health 96.2% and stress management with 63.5%, itself reflects a medium level in nutrition 61.5%, interpersonal support 62.2%, and indicating a high level of self-realization. the prevalence of obesity is not associated with lifestyles ($p = 0.895$) as well as each of the dimensions of the prevalence of obesity and lifestyles. Conclusion. The prevalence of obesity is not associated with lifestyles. It is therefore important to consolidate University policies for the surveillance, prevention and control of obesity and lifestyles.

Keyword: Obesity prevalence, lifestyles



INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad constituyen dos problemas graves por malnutrición de la población a nivel mundial, debido a que se está extendiendo como una pandemia (1), de acuerdo al avance observado en los últimos años, esta situación es agravante debido a que constituye un marcado factor de riesgo con las enfermedades crónicas no transmisibles, las mismas que conforme a las estadísticas epidemiológicas se sitúan entre las principales causas de muerte, derivado en gran parte por los estilos de vida poco saludables, especialmente la alimentación y la falta de ejercicio físico. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la obesidad se define como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (2). Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), De acuerdo a un estudio presentado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en América Latina y el Caribe (2013), el 23% de los adultos y el 7% de los niños en edad preescolar han sido afectados por la obesidad (3) “Los estudios de la prevalencia en distintos estratos y localizaciones de los países latinoamericanos oscilan entre el 22 – 26% en Brasil, 21% en México, 10% en Ecuador, 3 – 22% en Perú, 22 – 35%” [5]. Se estima que para el año 2021, la prevalencia de la malnutrición por exceso alcance al 39% de la población total mayor de 20 años (4)

La Organización Mundial de la Salud (2012), indica que el 2,7 millones de muertes anuales son atribuibles a una ingesta insuficiente de frutas y verduras y de manera general, el 1,9 millón de muertes anuales son imputables la



inactividad física, estos dos factores revisten una gran importancia en la génesis de la hipertensión, hiperglucemia, hiperlipidemia, sobrepeso u obesidad, los que constituyen importantes factores de riesgo de las principales enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, el cáncer o la diabetes (6)

En el Perú en los últimos años la prevalencia de exceso de peso se incrementó de 52.1% en el 2013, a 53.8% en el 2016. (6)

En este contexto, los resultados de la investigación nos proporcionarán información útil respecto a la asociación de las variables en estudio y tener una prevalencia real del problema en la Universidad Nacional del Callao.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Antonio', is enclosed in a light gray rectangular box.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de obesidad se ha triplicado desde 1975(1). En 2016, más de 1 900 millones de personas de ≥ 18 años de edad tenían sobrepeso. De estos, más de 650 millones de personas fueron obesos (1). Esto significa que 39% de personas con una edad de 18 años o más tenían sobrepeso. Este porcentaje fue 39% en varones y 40 % en mujeres (1). La obesidad, en 2016, afectaba al 13% de la población mundial, de edad igual o mayor de 18 años, siendo la prevalencia de obesidad 11% en varones y 15% en mujeres (1). Esta condición también está afectando a los niños. La OMS estimaba en 2016 la existencia de 41 millones de niños < 5 años, con sobrepeso u obesidad. Esta condición se está incrementando en los países con ingresos medios y bajos, sobre todo en las zonas urbanas. La mitad de esta población menor de 5 años con sobrepeso vive en Asia; y en África la obesidad en este grupo etario se ha duplicado desde el año 2000(2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la obesidad como la epidemia del siglo XXI; entre 1980 – 2013, se ha ampliado de 28,8 a 36,9% el obesidad en hombres y en mujeres, de 29,8 a 38% (9). Esta misma organización determina que estas enfermedades se constituyen en los principales factores de riesgo para la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) como diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, ciertos tipos de cáncer. (2)



Según la Organización Mundial de la Salud, un estudio realizado en el año 2005 proyectó que para el año 2015 se esperaría un aproximado de 2.300 millones de adultos con sobrepeso y 700 millones con obesidad en el mundo, estadísticas que se acercaron de manera significativa con la realidad (1); Por otro lado, la hipertensión arterial se estima que afecta entre el 20% y el 40% de los adultos en América Latina, representando casi un total de 250 millones de personas (2).

En América Latina, la epidemiología de la obesidad no se ha estudiado a fondo en la mayoría de los países, sin embargo, su prevalencia en mexicanos se ha triplicado en la última década, incrementándose de 9,8% a un 39,3% con especial impacto en los sectores más pobres y en la población adolescente (4).

En América Latina, más de la mitad de la población presenta sobrepeso en un 58% y obesidad en un 23%. Esta epidemia es la consecuencia de la creciente urbanización, el consumo de dietas ricas en grasas, azúcares y enlatados; por otra parte, una dieta pobre en frutas, leguminosas y legumbres, a lo que se suma el sedentarismo, determina el desarrollo de sobrepeso y obesidad en la población en general (3,4).

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la actualidad son la primera causa de muerte en el mundo. De los 56 millones de muertes que ocurrieron en el 2015, 38 millones fueron causados por ECNT y se estima que este número aumentará a 52 millones para 2030 (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas cifras de mortalidad resultan de cambios acelerados que han ocurrido en la dieta y estilos de vida de a población en los últimos años, los cuales han impactado de manera negativa



en la salud de las personas en términos de hábitos alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y aumento en el consumo del tabaco. Entre las prácticas alimentarias inadecuadas sobresalen el alto consumo de grasas saturadas, sal y carbohidratos refinados, así como el bajo consumo de frutas y verduras (2).

Una alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo de tabaco son factores de riesgo comportamentales modificables a los que se les atribuye la mayoría de muertes por las ECNT más importantes como las enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer (3,4). Esto, debido a que favorecen la aparición de factores de riesgo metabólicos como el sobrepeso y la obesidad, que en 2014 alcanzó una prevalencia mundial del 39% y del 61% en América (1). En Colombia, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN-2010), el 46.5% de la población general adulta entre 18 y 64 años es físicamente inactiva y el 51.2% presenta exceso de peso según índice de masa corporal (IMC). Además, en población de 5 a 64 años de edad, el consumo diario de frutas es bajo (69.5% en área urbana y 58.5% en área rural) y el de verduras y hortalizas muy bajo (29.9% área urbana y 22.8% área rural) (5). Por otra parte, en relación al consumo de tabaco, la prevalencia en adultos es de 12.8% (4).

El INS 2017 pública que Lima lidera cifras en nivel de sobrepeso y obesidad a nivel nacional, más de 12 millones de personas en el Perú tienen problemas de salud con el peso. De este total, el 6,4% está en la región Lima. Le siguen Tacna (6,3%), Arequipa (6,2%), Cajamarca (6,1%) e Ica (5,8%), entre las regiones con



mayor nivel de sobrepeso, informó el diario Ojo. Estas cifras detallan que el 20% de limeños tiene este tipo de problema de salud. En la capital, San Juan de Lurigancho es el distrito con mayor nivel de obesidad con el 11,8% de su población. Le siguen Villa El Salvador (11,9%), Ate (11,7%), Los Olivos (11,7%), San Martín de Porres (11,7%), entre otros que lideran la lista. Otras cifras señaladas por el INS indican que el rango de obesidad está entre los 30 y 56 años.(5)

El informe “Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles”, elaborado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Minsa, indica que una de cada dos personas mayores de 15 años en el país presenta exceso de grasa corporal. Además, señala que la prevalencia de exceso de peso en el Perú se incrementó de 52.1% en el 2013, a 53.8% en el 2016. En tanto, este periodo, Tacna, Callao, Ica, Lima, Moquegua, Madre de Dios, Lambayeque, Arequipa, Tumbes, La Libertad y Piura, fueron las regiones que albergaron la mayor cantidad de población con este problema de salud. Por otro lado, el informe señala que la población femenina reúne la mayor cantidad de personas con sobrepeso y obesidad en el país, con 57.7%, es decir, tres de cada cinco mujeres padecen esta enfermedad. En el caso de los varones, estos llegan al 49.8%, es decir, uno de cada dos tiene exceso de grasa corporal. (6)

La Universidad Nacional del Callo cuenta con un Rectorado y Vicerrectorados 11 Facultades y 01 escuela de Posgrado, Docentes y personal administrativo los cuales están distribuidos en la ciudad Universitaria y el rectorado. Durante mi ejercicio profesional como docente con más de veinte años en la Facultad de



Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional del Callao he observado en los trabajadores diferentes conductas durante sus actividades laborales como permanecer sentados durante todas sus horas de trabajo, algunos consumen sus alimentos en su escritorio, están comiendo golosinas, piqueo durante el día , y con el pasar del tiempo se va notando que subieron de peso , preguntándoles y ellos afirman si subí de peso , me estoy sintiendo mal tengo de vez en cuando mareos , cansancio , desgano , me siento pesado.

Por lo que nos planteamos la siguiente interrogante.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema general

¿Cuál es la Prevalencia de obesidad asociada a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2019?

Problemas específicos

¿Cuál es la prevalencia de la obesidad grado I asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2019?

¿Cuál es la prevalencia de la obesidad grado II asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2019?



¿Cuál es la prevalencia de la obesidad grado III asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2019?

1.3. OBJETIVOS

1. 3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de obesidad asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Establecer la prevalencia de la obesidad grado I asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao 2019.
2. Establecer la prevalencia de la obesidad grado II asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao 2019
3. Establecer la prevalencia de la obesidad grado III asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao 2019



1.4 JUSTIFICACIÓN

En la Universidad Nacional del Callao no se cuenta con alguna estrategia o programa que controle el problema de Salud Pública de las enfermedades crónicas y mida los estilos de vida en el personal que labora en esta institución; por ello los resultados del estudio evidencian el estado actual de la prevalencia de obesidad y los estilos de vida del personal administrativo del rectorado para así se pueda justificar la implementación de programas o actividades que se requiera para lograr una mejor salud.

Esta investigación es relevante porque permitirá contribuir desde el punto:

Social; En la toma de conciencia y sensibilización de la comunidad universitaria en especial en el personal administrativo de la universidad, para así prevenir los riesgos a la salud y mejorar su calidad de vida.

Práctica; en el fomento de actividades saludables en el personal administrativo para que puedan practicar y modificar los estilos de vida de salud, así como actuar sobre las autoridades universitarias, como la Unidad de Bienestar Universitario para su trabajo preventivo la realice en coordinación con la Dirección de Recursos Humanos de la Universidad

Teórica; porque los resultados del estudio permitirán aumentar las evidencias sobre la relación estrecha que existe entre la Obesidad y estilos de vida, ya que las investigaciones tanto nacionales como internacionales es escasa respecto al tema de estudio; sin embargo, otros estudios evalúan el estilo de vida aislado



a las enfermedades no infecciosas. El estudio permite un mejor entendimiento de la teoría de Nola Pender, la cual es basada en el modelo de promoción de la salud, donde las personas interactúan con el entorno, teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente hacia un estilo de vida saludable.

1.5 LIMITANTES

Limitante teórico

Que existen escasos trabajos de investigación en trabajadores y más que nada que se sepa sobre sus estilos de vida.

Limitante temporal

El tiempo será la principal limitante, debido a que se requiere mayor tiempo para poder entrevistar y evaluar a cada uno de los trabajadores que estén inmiscuidos en el estudio.

Limitante espacial

Los horarios para la entrevista con cada uno de los trabajadores participantes.



II MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Internacional

SALAZAR Estrada José G MARTÍNEZ Moreno Alma Gabriela 2016. "Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en trabajadores de manufacturas en Jalisco, México "siendo su objetivo evaluar los patrones de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y algunos comportamientos de salud en relación con el índice de masa corporal (IMC), en una muestra de trabajadores de la industria manufacturera en Jalisco, México, que no contaban con alguna enfermedad manifiesta. Se utilizó un diseño transversal con una muestra de 392 trabajadores de la industria manufacturera, 200 (51%) proceden de industrias pequeñas, 118 (30%) de la industria mediana y 74 (19%) de la industria grande. De los 392 trabajadores encuestados, la mayoría era mujer (65.1%), soltera (72%), en su mayor parte trabajadoras de producción (91%); el decremento de la actividad física, la disminución de los componentes mentales del SF-36 y el incremento de la percepción de problemas de salud se ven relacionados con el incremento IMC, en ambos sexos, con una asociación lineal significativa en el deterioro de la función física y la percepción de salud en mujeres en contraste con los hombre. En conclusión, existen comportamientos en salud, así como un deterioro físico e incremento en la percepción de malestares de salud asociados al incremento de IMC en los trabajadores de la industria manufacturera, con diferencias significativas por género. (7)



RIVADENEIRA Andrade Martha Gabriela, RUIZ Jácome Ingrid Valeria 2014, PREVALENCIA DE OBESIDAD Y FACTORES DE RIESGO EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LOS MUNICIPIOS DE IBARRA Y OTAVALO 2014 , siendo su objetivo determinar la PREVALENCIA DE OBESIDAD Y FACTORES DE RIESGO EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LOS MUNICIPIOS DE IBARRA Y OTAVALO 2014. El estudio se lo realizó en 50 empleados administrativos del municipio de Ibarra y 50 empleados administrativos del municipio de Otavalo, los mismos que fueron elegidos al azar. Se realizó la evaluación nutricional, para lo cual se tomó las medidas antropométricas, para obtener el IMC, CIN/CAD. Con estos indicadores se determinó el sobrepeso u obesidad, así como también el riesgo cardiovascular. Se aplicó una encuesta cualitativa para evaluar la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos y consumo de agua, recordatorio de 24 horas y hábitos alimentarios. También se evaluó los factores de riesgo como son el consumo de cigarrillo y alcohol. En cuanto a estilos de vida, se consideró la actividad física, la misma que se evaluó mediante el Score de actividad física. Se analizó también las enfermedades presentadas en los últimos 6 meses, dando importancia a las asociadas al sobrepeso y obesidad. Según el IMC, tanto en sobrepeso como obesidad I y II la mayor prevalencia es para el sexo masculino, porque además es el grupo mayoritario. El CIN/CAD mostró que un mínimo porcentaje presentan un riesgo cardiovascular bajo, el 39% de los empleados municipales tiene riesgo moderado o leve, mientras que el 49% de la población tiene un riesgo alto y muy alto; en cuanto al porcentaje de grasa, encontramos que la mayor parte de la población (66%) tiene exceso de grasa. Los alimentos con mayor Frecuencia de



Consumo en esta población fueron los cereales, las frutas, los lácteos y las carnes. La mayor parte de la población, tiene una ingesta de agua menor a la recomendada (6-8 vasos/día). Entre los alimentos que más les gusta y lo consumen, está la carne y el que menos les gusta consumir son las verduras. La intolerancia más representativa que presenta la población, es la intolerancia a la leche de vaca. En cuanto al porcentaje de adecuación, la mayor parte de nutrientes analizados se ubican en un porcentaje (8)

QUINTERO, F., OSORIO, S., BONILLA, , RAMÍREZ, 2017 “ Prevalencia de hipertensión arterial y sobrepeso en empleados de una empresa de vigilancia de Bogotá y dos empresas de transporte público del municipio de Tenjo, Cundinamarca durante el periodo comprendido entre junio y noviembre del año 2017” Siendo su objetivo Hallar la prevalencia de hipertensión arterial y sobrepeso en conductores de servicio público y guardas de seguridad.. La población que se tomó en cuenta fue, empleados de empresas de transporte de servicio público y trabajadores de seguridad privada, en quienes se realizó toma de tensión arterial, peso, talla y perímetro abdominal en dos ocasiones con intervalo de un mes en cada una de las tomas, por otro lado, los individuos que requirieron una tercera toma de tensión arterial, su intervalo de toma fue de tres semanas. Adicionalmente se realizó una encuesta a cada uno de los trabajadores para de esta manera caracterizar la población y establecer los factores de riesgo. Se obtuvieron resultados como la prevalencia de 4% de hipertensión arterial en conductores de servicio público y para los guardas de seguridad de 9%, en este grupo el valor se debe a la diferencia en número de población; por otro lado, la prevalencia de sobrepeso en conductores es de 15% y 8% para los guardas de seguridad, subestimando así los dos factores de riesgo significativos, entre ellos el consumo de alcohol y el sedentarismo. Los resultados obtenidos muestran que existe una mayor



prevalencia de sobrepeso en ambas poblaciones comparado con la tasa de hipertensión arterial encontrada en los dos grupos. (9)

MEZA Benavides Mary, MIRANDA VillalobosGrettel , “Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008”. Esta investigación, se desarrolló con el objetivo de establecer un análisis sobre los estilos de vida, el ambiente laboral y los factores protectores y de riesgo, entre seis diferentes grupos de trabajadores y trabajadoras de una empresa transnacional en Costa Rica. Se implementó una metodología cuantitativa de tipo descriptiva con la modalidad de estudio de caso colectivo. Cada uno de los estudios de caso fue trabajado en diferente tiempo, de manera que para el año 2005 se estudiaron dos casos, en 2006 y 2007 un caso cada año y para el 2008 dos casos. Se tiene como resultado que la población estudiada no cuenta con estilos de vida saludable; y se concluye que el ambiente laboral puede ejercer una influencia tanto positiva como negativa para la salud. (10)

Messier Riaño Sandra Patricia Céspedes Estrada Carolina “Estilo de vida en docentes y administrativos de la Universidad de Santander Cúcuta.” 2015, Teniendo como objetivo proponer un programa de estilos de vida saludable dirigido a docentes y administrativos de 35 a 55 años de edad con sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular en la Universidad de Santander sede Cúcuta. Método: Tipo de estudio descriptivo de campo; se aplicó el cuestionario “FANTÁSTICO” a trabajadores de la Universidad de Santander de forma auto- diligenciada, con selección de la muestra mediante criterio de expertos en una población finita. Población: de



195 docentes y administrativos entre el rango de edad 35 a 55 años seleccionando una muestra de 60 personas. Resultados: Según el cuestionario FANTÁSTICO la mayoría de los docentes y administrativos analizados poseen deficiencia significativa en algunas variables como son la actividad física donde un 63.3% de la población se encuentra en condiciones de inactividad muy importantes, un 48.3% una calidad de alimentación poco saludable y un manejo de niveles de estrés inadecuado presente en 30% de los trabajadores estudios ejecutados en distintos Conclusiones: Gran parte de la población del estudio no tiene buenos hábitos saludables, presentan inactividad física, alimentación poco sana y mal manejo del estrés, pues son causales de factores de riesgo para el sobrepeso, la obesidad y la hipertensión arterial, lo que genera un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares, por esto una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud es la identificación de modelos para formular un programa de estilos de vida saludable dirigido a esta población, siendo los fisioterapeutas profesionales del área de la salud competentes en la elaboración de este tipo de proyectos, que mejoran la calidad de vida de grupos de personas determinados(37)

Nacionales.

Quispe Contreras Lorena, Meléndez Olivari Cecilia 2015 “Creencias y prácticas de la actividad física y estilos de vida saludable en el personal administrativo de una universidad de Lima, Perú Objetivos: Determinar el nivel de creencias y prácticas de actividad física y los estilos de vida saludable en el personal administrativo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) en



el año 2014. Material y métodos: El diseño de estudio fue de tipo descriptivo observacional prospectivo de corte transversal. La población inicial fue de 150 trabajadores administrativos de la UPCH, y por diversos motivos (llenado mal de la encuesta, personal ausente, etc.) la población final fue de 100 trabajadores. El instrumento para la recolección de datos fue el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida. Resultados: Se encontró que las prácticas de la actividad física en la población era poca y que sus estilos de vida era poco saludable (43%). Sin embargo, según sus creencias sobre la importancia de la práctica de la actividad física es alta, así como la creencia de tener un estilo de vida saludable (52%). (36)

VILLENA Chávez Jaime E, Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú, 2017, siendo su Objetivo. Revisar los aspectos epidemiológicos de la obesidad y el síndrome metabólico en el Perú en lo concerniente a su prevalencia. Método. Se revisó la literatura a través de una búsqueda sistemática de PubMed, SciELO, LILACS y las publicaciones del Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud y otras agencias ligadas a la salud pública nacional. Resultados. La Encuesta Nacional de Hogares en 2006 encontró una prevalencia de sobrepeso de 30,9% en adultos jóvenes, 42,5% en adultos y 21,7% en adultos mayores. La prevalencia de obesidad en estos grupos etarios fue 8,7%, 19,8% y 10,6%, respectivamente. Los factores asociados al exceso de peso fueron: ser mujer, no ser pobre y vivir en área urbana. La prevalencia de sobrepeso en niños menores de 5 años fue 6,4%, en aquellos entre 5 a 9 años 15,5% y en adolescentes (10 a 19 años de edad), 11,0%. La prevalencia de obesidad en estos grupos fue 1,8%, 8,9% y 3,3%, respectivamente. Los factores asociados



al exceso fueron: no ser pobre, vivir en área urbana y nivel educativo primario. La Encuesta Nacional de Salud (ENDES) 2014, en personas ≥ 15 años de edad, encontró una prevalencia de sobrepeso de 33,8%. Esta fue mayor en Lima (35,7%) y en la costa (36,7%) que en la selva (33,4%) y que en la región andina (29,8%). La prevalencia de obesidad fue 18,3%, mayor en áreas urbanas (21,5%) que en rurales (8,9%). En el seguimiento de estos indicadores los años 2015 y 2016 se observó que el IMC promedio y la prevalencia de obesidad y sobrepeso se han estabilizado a nivel nacional. La prevalencia de SM (ATP III) fluctúa entre 10% y 45%, es más prevalente en mujeres, adultos mayores y en aquellos que viven en zonas urbanas y en altitudes bajas. (11)

RUIZ Saldaña, Keiko Betina 2013” Práctica de estilos de vida saludables y su influencia en la motivación laboral del personal de la sede administrativa red de salud de la UTES n° 6 provincia de Trujillo. Región La Libertad.” La investigación tuvo como objetivo explicar la práctica de estilos de vida Saludables y su influencia en la motivación del personal de la Sede Administrativa de la Red de Salud Trujillo UTES N° 6 de la Provincia de Trujillo, Región La Libertad. La presente investigación es de tipo explicativo en la que aplicándose la Escala de Likert a través de un test. Se justifica en el estudio de la Teoría de la Jerarquía de necesidades o teoría de la Motivación (Maslow, 1943) y la teoría de la satisfacción en el trabajo (Herzberg, 1987), también en el Enfoque de Promoción de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1998) y el Enfoque de Desarrollo Humano Amartya Send (1998). El universo muestral estuvo conformada por 96 trabajadores de la Sede Administrativa por modalidad Nombrados y CAS entre edades de 26 a 64 años. Los resultados mostraron que la práctica de estilos de



vida saludables (adecuado desempeño laboral de los trabajadores al incrementar su actividad física, asumir una alimentación saludable y mantener una adecuada salud mental) influye en la motivación laboral (recurso humano en la potenciación de sus capacidades y satisfacción de sus necesidades sociales, de estima y autorrealización) del personal de la Sede Administrativa de la UTES N° 6. (12)

ARBULÚ Pizarro, Ximena 2014 "Sobrepeso y estilo de vida de trabajadores administrativos de una empresa privada de Lima ", siendo sus Objetivos: determinar la prevalencia de sobrepeso y su asociación con el estilo de vida de los trabajadores administrativos de una empresa privada de Lima. Materiales y métodos: se realizó un estudio observacional, de corte transversal descriptivo, a 131 trabajadores administrativos de una empresa de seguridad de Lima. Se tomaron medidas antropométricas (peso, talla y perímetro abdominal) y se aplicaron encuestas dietéticas (frecuencia de consumo de alimentos y recordatorio de 24 horas). Los datos antropométricos se utilizaron para construir el Índice de Masa corporal (IMC) y determinar la proporción de la población afectada por sobrepeso. La información de las encuestas nutricionales se empleó para analizar la adecuación de ingesta de nutrientes, por parte de los evaluados. Se utilizó la metodología STEPS, llamada así por considerar tres niveles de diferentes de evaluación. Este método fue utilizado con la finalidad de obtener datos básicos sobre los factores de riesgo de enfermedades crónicas y así determinar la actividad física realizada, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. El consumo actual se halló utilizando el Nutrisurvey, para lo cual se utilizó la tabla de composición de Hilary Creed Kanashiro del Instituto de Investigación Nutricional; esta información se comparó con las recomendaciones del DRI. La información estadística fue procesada en el software STATA, sometiendo previamente las variables a la prueba de Shapiro Wilk, la misma que valida que, en efecto, la distribución de las variables



continuas sea normal. Por otro lado, se utilizó chi cuadrado para asociar los estilos de vida con sobrepeso y sexos. Otras pruebas estadísticas, como T-student, fueron aplicadas para evaluar diferencias entre adecuación de consumo y sobrepeso u obesidad. Se usó Spearman para evaluar la correlación entre MET min/semana (MET: Metabolic Equivalent for Task o Equivalente Metabólico por Actividad, la misma que expresa la intensidad o nivel de actividad física) y la adecuación de ingesta. Resultados: La prevalencia de sobrepeso y obesidad encontrada dentro de la población evaluada fue del 51,9% y del 20,6% respectivamente. El 73,3% de los evaluados fueron varones y el 26,7% fueron mujeres. El 37,4% del total realiza actividad física leve, el 60,3% no consume tabaco y el 58,0% consume alcohol (considerando los últimos 30 días a la entrevista). No se encontraron diferencias significativas ($p=0,8$) entre las categorías definidas de estado nutricional como normal, sobrepeso y obeso y la actividad física. Tampoco se evidenciaron diferencias en relación al tabaco ($p=0,09$) ni al consumo de alcohol ($p=0,7$). No se observó relación entre el IMC y la adecuación de ingesta. Conclusiones: no se encontró asociación entre el estilo de vida y el estado nutricional de los trabajadores administrativos. (13)

MALO Serrano Miguel, CASTILLO M Nancy 2017 La obesidad en el mundo, El presente artículo analiza el sobrepeso y obesidad, y lo que estos implican como un enorme problema de salud pública en el mundo y en el Perú. Representan un problema que ha tenido un acelerado crecimiento en las últimas décadas, particularmente en los grupos de menor edad, y está relacionado con cambios en las condiciones de vida de la población. Destaca entre ellos, el enorme crecimiento del mercado y consumo de productos llamados ultra procesados que paulatinamente van sustituyendo los alimentos naturales y mínimamente procesados en la dieta de las poblaciones. El artículo sostiene que este



crecimiento se debe principalmente a dos factores. Por un lado, la desregulación del mercado y, por otro, la enorme maquinaria publicitaria que estimula el consumo de estos productos. La obesidad está relacionada también con el proceso de urbanización que ha generado ciudades donde se prioriza la movilidad motorizada, en detrimento de la no motorizada, ciudades con carencia de espacios verdes y de recreación, cambios hacia formas sedentarias de recreación, con sus consecuencias en la disminución de la actividad física de la población. Luego, el artículo sostiene las respuestas y los compromisos que se han generado en los foros internacionales para enfrentar la obesidad y sus consecuencias en las enfermedades no transmisibles. Respuestas y compromisos para implementación de políticas públicas orientadas a combatir las condiciones de vida de las personas que favorecen la obesidad, calificado como ambiente obesogénico. Finalmente, se advierte el hecho de que estas políticas se enfrentan a intereses de sectores económicos poderosos vinculados con la industria alimentaria y de bebidas, lo que dificulta su implementación. (14)

Cuba Jhon, Ramirez Tati 2011 "Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional" siendo su objetivo Determinar los estilos de vida y su relación con el exceso de peso en el personal médico. Diseño: Estudio correlacional, observacional, prospectivo, transversal. Institución: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima, Perú. Participantes: Médicos residentes. Intervenciones: Se estudió una muestra de 34 médicos residentes comprendidos entre 25 y 60 años. Se tomó peso y talla, para determinar el índice de masa corporal, y se aplicó una encuesta



sobre estilos de vida. Principales medidas de resultados: Estilos de vida y su

relación con el exceso de peso. Resultados: De los 34 residentes, 88% fueron del sexo masculino y 12% del femenino; la edad promedio fue $31,5 \pm 7,5$. El 53% de la población presentó sobrepeso y 21% obesidad. En relación al estilo de vida, los residentes empleaban 9 minutos para el desayuno, 26 minutos para el almuerzo y 27 para la cena; 88% y 82%, respectivamente, consumían frutas y verduras por debajo de lo recomendado; 71% consumía alimentos entre comidas, de los cuales 69% presentaba exceso de peso. Un 46% de los que presentaba exceso de peso prefería alimentos altos en condimentos y 65% de ellos ingería alimentos en un tiempo menor de 2 horas antes de dormir. El 91% continuaba trabajando posteriormente a sus guardias nocturnas, 74% no realizaba actividad física programada y 65% se percibía estresado. Conclusiones: Existió una relación de 74% de exceso de peso en los médicos residentes del HNDAC; sin embargo, no se encontró correlación significativa con el estilo de vida. (34)

Tarqui Mamani, Carolina 2018 "Impacto de una intervención educativa sobre la reducción del sobrepeso y obesidad en trabajadores administrativos de una empresa privada de Lima-Perú ; teniendo como objetivo ,Determinar el impacto de una intervención educativa sobre la reducción del sobrepeso y obesidad en trabajadores administrativos de una empresa privada de construcción. Métodos: Estudio antes y después, se realizó evaluación basal, la intervención se basó en la implementación de estilos de vida saludables, monitoreo nutricional y la promoción de la actividad física en la empresa privada de Lima-Perú durante dos años. Muestreo no probabilístico, se incluyeron 84 trabajadores. Se solicitó el consentimiento informado verbal. Se calcularon promedios, porcentajes, t

student para muestras pareadas, wilcoxon y la prueba de Stuart-Maxwell para evaluar el efecto de la intervención. La intervención se realizó en el marco de las actividades de salud ocupacional implementada en la empresa. Resultados: Se encontró que el promedio del peso en la etapa pre intervención fue 75.3 kg y el peso promedio post intervención fue 71.6 kg. En la etapa pre intervención, , mientras que en la etapa post intervención, el 51.8% (44/85) presentaron sobrepeso u obesidad, evidenciándose una disminución de 24,7% al finalizar la intervención (p valor< 0.001). También se observó que el sobrepeso disminuyó en las mujeres de 60.4% a 55.6% (4.8 pp) y la obesidad se redujo en varones de 47.1% a 37.5% 9.6 pp (35)

Quispe Contreras Lorena , Meléndez Olivari Cecilia 2015 “Creencias y prácticas de la actividad física y estilos de vida saludable en el personal administrativo de una universidad de Lima, Perú Objetivos: Determinar el nivel de creencias y prácticas de actividad física y los estilos de vida saludable en el personal administrativo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) en el año 2014. Material y métodos: El diseño de estudio fue de tipo descriptivo observacional prospectivo de corte transversal. La población inicial fue de 150 trabajadores administrativos de la UPCH, y por diversos motivos (llenado mal de la encuesta, personal ausente, etc) la población final fue de 100 trabajadores. El instrumento para la recolección de datos fue el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida. Resultados: Se encontró que las prácticas de la actividad física en la población era poca y que sus estilos de vida era poco saludable (43%). Sin embargo, según sus creencias sobre la importancia de la



práctica de la actividad física es alta, así como la creencia de tener un estilo de vida saludable (52%).(36)

Cuba Jhon, Ramirez Tati 2011 “ Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional” siendo su objetivo Determinar los estilos de vida y su relación con el exceso de peso en el personal médico. Diseño: Estudio correlacional, observacional, prospectivo, transversal. Institución: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima, Perú. Participantes: Médicos residentes. Intervenciones: Se estudió una muestra de 34 médicos residentes comprendidos entre 25 y 60 años. Se tomó peso y talla, para determinar el índice de masa corporal, y se aplicó una encuesta sobre estilos de vida. Principales medidas de resultados: Estilos de vida y su relación con el exceso de peso. Resultados: De los 34 residentes, 88% fueron del sexo masculino y 12% del femenino; la edad promedio fue $31,5 \pm 7,5$. El 53% de la población presentó sobrepeso y 21% obesidad. En relación al estilo de vida, los residentes empleaban 9 minutos para el desayuno, 26 minutos para el almuerzo y 27 para la cena; 88% y 82%, respectivamente, consumían frutas y verduras por debajo de lo recomendado; 71% consumía alimentos entre comidas, de los cuales 69% presentaba exceso de peso. Un 46% de los que presentaba exceso de peso prefería alimentos altos en condimentos y 65% de ellos ingería alimentos en un tiempo menor de 2 horas antes de dormir. El 91% continuaba trabajando posteriormente a sus guardias nocturnas, 74% no realizaba actividad física programada y 65% se percibía estresado. Conclusiones: Existió una relación de 74% de exceso de peso en los



médicos residentes del HNDAC; sin embargo, no se encontró correlación significativa con el estilo de vida.(34)

Pajuelo Ramírez 2019 “ El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú” , teniendo como objetivo del presente estudio determinar la prevalencia nacional y distribución del sobrepeso(S), obesidad(O) y obesidad abdominal (OA), en el Perú. Métodos. Se realizó un estudio observacional mediante el análisis de la Encuesta Nacional de Hogares 2012-2013 en el que se evaluaron a 20488 adultos. El diagnóstico nutricional se determinó considerando el índice de masa corporal según la OMS: 18,5 a 24,9 normal, 25 a <30 sobrepeso, y \geq a 30 kg/m² obesidad. Asimismo, para la evaluación de OA se consideró la circunferencia de cintura \geq 102 cm para varones y \geq 88 cm para mujeres. Resultados. La prevalencia nacional de sobrepeso fue de 40,5% y de obesidad 19,7%, con un total de 60,2% de población adulta con exceso de peso. El 23,4% de O fueron mujeres y 15,7% varones; la OA en mujeres fue 51,2% y 14,8% en varones Los departamentos con mayor prevalencia de exceso de peso fueron Tacna (73,8%) e Ica (72,2%). Los departamentos con mayor prevalencia de OA fueron Lima, Ica y Lambayeque, con prevalencias superiores al 40%. Se presentó mayor prevalencia de O y OA en mayores de 40 años, en población que vive en la costa, a menos de 1000 msnm y que reside en áreas urbanas. Conclusiones. El 60,2% de población adulta peruana presentó exceso de peso (S y O), predominantemente en Tacna e Ica, incrementándose la prevalencia respecto a lo reportado previamente.(38)



2.2 BASES TEORICAS

2.2.1. Bases Epistemológicas

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ESTUDIO PERSONOLÓGICO DEL ESTILO DE VIDA

Existe una perspectiva en la cual se basan las diferentes concepciones de estilo de vida; esta es la perspectiva personológica; porque en ella la definición de estilo de vida no se encuentra reducida a los patrones de comportamiento que lo constituyen, sino que estos mismos son entendidos como expresión de lo psicológico o personológico. De esta forma se rompe la idea de dicotomía entre lo interno o subjetivo y lo comportamental; aunque reconociendo el carácter determinante del primero sobre el segundo. Desde la perspectiva personológica se puede comprender el aspecto comportamental como una cualidad de lo psíquico, en este sentido se logra deducir que tanto lo psicológico como lo comportamental constituyen el estilo de vida, debido a que el aspecto comportamental no deja de ser psicológico, ni lo psicológico deja de ser comportamental, ya que aunque no linealmente, siempre encontrará un modo de expresión en la conducta. (15)

El estilo de vida posee constituyentes o indicadores como el sistema individual de actividades, el sistema individual de contactos comunicativos, sistema de roles y la selectividad del empleo del tiempo libre. Debemos tomar en cuenta que “al concebir el estilo de vida como la forma en que el sujeto estructura su existencia, su cotidianidad, sus constituyentes serán todos aquellos procesos  que conforman tal estructuración”. (15)

Consecuentemente el estilo de vida se define por “la estructuración en las diferentes áreas de la vida cotidiana según la conformación e interrelación de los sistemas de actividades, comunicación, hábitos y enfrentamiento a los problemas. Tal estructuración constituye una estrategia y actitud del sujeto ante la vida”. Sin embargo para que estos aspectos se puedan considerar parte del estilo de vida deben cumplir con los siguientes atributos:

Consistencia en el tiempo (manifestación estable), eso quiere decir repetición en el tiempo, no necesariamente diaria pero sí periódica o episódica. En otras palabras un estilo de vida se manifestara cuando el sujeto se encuentre con circunstancias similares y muestre formas semejantes de actuar o estructurar su existencia. (15)

Consistencia interna de los constituyentes, los cuales dan soporte a la manera concreta de comportarse de un individuo en un determinado entorno social. Ello exige descubrir cuáles son los aspectos que constituyen el estilo de vida de los sujetos significa que existe una interrelación entre aquellos y cómo se interrelacionan y sostiene. (15)

Contrastable empíricamente en forma directa, se realiza en la realidad inmediata cotidiana. Los estilos de vida son asequibles ya que existe la oportunidad de observar los comportamientos, conductas o formas de expresión del estilo de vida (el qué y cómo se hace). (15)

Carácter funcional y adaptativo, este atributo hace que el estilo de vida sea una estrategia con una finalidad que puede ser la de optimizar significado personal, búsqueda de seguridad, entre otras. “Toda forma de actividad, comunicación,



enfrentamiento, hábitos, se convierte en estilo de vida si adquiere un sentido personal,

2.2.2 Base Científica

TEORÍA DE ENFERMERÍA DE NOLA PENDER

Nola Pender, Enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), sostiene que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. (16)

El modelo de Promoción de la Salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.(16)

Sustentos teóricos

El modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está basado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. (16)



1.- Teoría de aprendizaje social de Albert Bandura: es el primer sustento teórico, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). (16)

2. Modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather: es el segundo sustento teórico, , aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. (16)

Conceptos

1. Los conceptos centrales del modelo de Promoción de Salud se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende seis conceptos: El Primero, corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que



son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud.

2. El segundo, se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
3. El tercer concepto es la autoeficacia percibida, constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor, aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
4. El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta.
5. El quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirla.



6. El sexto concepto indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. (16)

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influye en la adopción de un compromiso para un plan de acción, que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud. En este compromiso pueden influir, además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo. En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. (17)

2.3 CONCEPTUAL

2.3.1 Prevalencia

En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo"). Por tanto podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo. (18)



- Prevalencia puntual: cuántas personas de un grupo definido están enfermas en un determinado momento.
- Prevalencia de periodo: la proporción de personas que están o estarán enfermas en algún momento.

La prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tenga la enfermedad en ese momento.

Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicatorias. La utilizan normalmente los epidemiólogos, las personas encargadas de la política sanitaria, las agencias de seguros y en diferentes ámbitos de la salud pública.(18,19)

Características de la prevalencia

1. Es una proporción. Por lo tanto, no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje.
2. Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal.



3. La prevalencia indica el peso o la abundancia del evento que soporta una población susceptible, teniendo su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios.
4. En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración. Por ello es poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas.

La prevalencia de una enfermedad en una población determinada influye en la eficacia real de una prueba para diagnosticar dicha enfermedad en esa población concreta. Se trata de un parámetro que, junto con los valores de sensibilidad y especificidad intrínsecos a esa prueba, permite obtener aplicando el teorema de Bayes los valores predictivos positivo y negativo, que son probabilidades de que la enfermedad esté realmente presente o no si el resultado de la prueba es positivo o negativo, respectivamente. En definitiva, se trata de que esas probabilidades de acierto por parte del test serán mayores en función no solo de la muestra sobre la que se realiza el estudio, sino también de la población de la que procede. Por ejemplo, si tratamos de detectar una enfermedad muy rara (con baja prevalencia) en una población A con una prueba de diagnóstico, la cantidad de falsos positivos que vamos a obtener va a ser mayor con respecto a los falsos positivos que obtendríamos usando esa misma prueba en otra población B donde la enfermedad es mucho más abundante (alta prevalencia), lo cual equivale a decir que en la población A la probabilidad de que una persona esté



realmente enferma si la prueba da positivo es menor que en la población B
(18)

2.3.2 ESTADO NUTRICIONAL

Es el estado físico en la que se encuentra un individuo como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de nutrientes (20,21).

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

La determinación del estado nutricional en los sujetos se realiza a través del Índice de Masa Corporal (IMC) que es la relación entre el peso corporal con la talla; su fórmula de cálculo es:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m)}^2.$$

Se utiliza este indicador porque su valor guarda correlación con la cantidad de grasa corporal (13).

Valores del Estado Nutricional determinados valores del estado IMC (kg/m²)

Nutricional determinados por la OMS por IMC estado nutricional

Nutricional	IMC (kg/m ²)
Peso bajo	<18,50
Peso Normal	18,50 - 24,99
Sobrepeso	25 – 29,9
Obesidad	> 30
Obesidad Grado I	30 - 34-99
Obesidad Grado II	35 - 39,99



Obesidad Grado III ≥ 40 (22)

2.3.3 OBESIDAD

Obesidad significa tener un exceso de grasa en el cuerpo. Se diferencia del sobrepeso, que significa pesar demasiado. El peso puede ser resultado de la masa muscular, los huesos, la grasa y/o el agua en el cuerpo.

La obesidad es el aumento del tejido graso con respecto a la masa magra (23).

Flier y Maratos, consideran a la obesidad como: “un estado de exceso de masa de tejido adiposo” (24)

TIPOS DE LA OBESIDAD

Por su Etiología

Origen exógeno: El más frecuente se produce por la ingesta excesiva de energía, ligada a los hábitos alimenticios (22).

Origen endógeno: se refiere que se debe al desequilibrio metabólico y endócrino, e indica que es el menos frecuente (24).

Por su Distribución

Obesidad androide, central o abdominal: en estos casos existe un exceso de grasa que se localiza preferentemente en la cara, tórax y abdomen; es mas frecuente en varones y está acompañada de mayor morbilidad y mortalidad de origen cardiovascular. (24)



Obesidad ginoide o periférica: es más frecuente en las mujeres y se caracteriza por que la grasa se acumula básicamente en la cadera, glúteos y muslos (18).

Por su alteración a nivel celular

Hiperplasia.- La causa es por el aumento del número de células adiposas, es más frecuente en la etapa de la niñez y en la adolescencia; estas células sólo acrecientan el tamaño. (24)

Hipertrofia.- Esto es característico de los adultos por el aumento en el volumen de los adipocitos. (24).

No cabe duda de que la obesidad es un riesgo para la salud de la persona que la padece. La grasa corporal acumulada dificulta el correcto funcionamiento de los órganos internos de una persona. Además de la propia obesidad, algunos factores no modificables como la edad, raza o antecedentes familiares contribuyen a aumentar las posibilidades de presentar una enfermedad o problema de salud relacionadas con la obesidad, como:

- Glucosa alta en sangre o diabetes.
- Presión arterial alta o hipertensión.
- Cardiopatías coronarias, insuficiencia cardíaca y accidentes cerebrovasculares.
- Nivel de colesterol y triglicéridos en sangre alto.
- Problemas óseos, articulares u osteoartritis.



- Apnea del sueño, provocando fatiga, somnolencia diurna y falta de atención.
- Cálculos biliares y problemas del hígado.

En función de la grasa corporal, podemos definir como personas obesas a aquellos que presentan niveles de grasa corporal por encima de los valores normales, que son del 10 al 20% de grasa corporal respecto al peso total en los hombres adultos y del 20 al 30% en las mujeres adultas.

En la práctica, se usan diferentes medidas como el Índice de Masa Corporal para clasificar los Tipos de Obesidad, aunque hay que tener en cuenta otros factores como la musculatura de la persona, la edad, sexo o raza de la persona.

Tipos de obesidad según el IMC

El Índice de Masa Corporal (IMC) se usa como medida del nivel de grasa corporal y se calcula según esta fórmula:

IMC = peso/estatura², medida en Kg/m².

Según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, los **grados de obesidad** se clasifican de este modo:

- Normopeso, si el IMC es de 18,5-24,9
- Sobrepeso (no obeso), si el IMC es de 25 a 29,9
- Obesidad grado 1 (de bajo riesgo), si el IMC es de 30 a 34,9
- Obesidad grado 2 (riesgo moderado), si el IMC es de 35 a 39,9



- Obesidad grado 3 (de alto riesgo, obesidad mórbida), si el IMC es igual o mayor a 40
- Obesidad grado 4 (obesidad extrema), si el IMC es igual o mayor a 50

En la población infantil o juvenil, se suele aplicar un reductor del 85-97% del IMC para tener en cuenta el factor edad y sexo. (22,24)

Hay que destacar los tipos de obesidad mórbida, debido al gran número de complicaciones y enfermedades que tiene asociadas. Generalmente las dietas y el ejercicio físico no resuelven el problema, siendo necesario emplear algún tipo de cirugía. En estos casos se trata de reducir el tamaño del estómago para reducir la sensación de apetito y de este modo reducir la ingesta de alimentos – contribuyendo de este modo a la adquisición de nuevos hábitos alimenticios –, y en las técnicas de cirugía bariátrica, tratar de modificar la digestión para limitar la absorción de calorías. (24)

Las causas de la obesidad

La obesidad está relacionada con algo más que solo lo que comes y haces. Es una enfermedad crónica compleja¹ influenciado por muchos factores tanto internos (biológicos) como externos (ambientales) del cuerpo(23)

Genética

Nuestros genes determinan en gran medida cada aspecto de nuestra fisiología. Algunas personas están genéticamente predispuestas a presentar obesidad, dependiendo de sus antecedentes familiares y su etnia: (22) Esta predisposición se debe a pequeñas variaciones en nuestros genes que pueden



afectar nuestra habilidad para perder o ganar peso. En algunos casos, estas variaciones pueden aumentar el riesgo de presentar obesidad entre un 20- 30%.² Los genes asociados a la obesidad se han relacionado con el balance energético, el almacenamiento de grasa y el apetito. ⁽²⁴⁾

Fisiología

Nuestro apetito o deseo de comer nos ayuda a regular nuestro consumo de alimentos y a mantener un peso saludable⁴. Las células especializadas en el estómago e intestino producen hormonas, las cuales juegan un papel importante en la regulación de nuestro apetito y consumo energético. El cerebro procesa las señales de estas hormonas y las traduce en sensaciones de disminución del hambre y aumento de la saciedad, controlando de este modo, la ingesta de alimento. Un trastorno de la regulación del apetito puede llevarnos a no comer lo suficiente (desnutrición) o comer demasiado (sobrepeso y obesidad), ambas con graves consecuencias para la salud (24)

Psicología

Además de una alteración en las sensaciones de llenura y saciedad, nuestro bienestar psicológico general puede contribuir a la obesidad.⁶ Algunas personas comen más cuando están estresadas, enfadadas o cansadas.⁷ El sueño ayuda a mantener el cuerpo en equilibrio y la falta del mismo se ha relacionado con el aumento de la sensación de hambre.⁶ El aumento de peso también es un efecto secundario de medicamentos comunes, tales como los antidepresivos. (23)

Factores ambientales



El lugar donde vives, la sociedad en la que vives y tu cultura también pueden influenciar tu predisposición a presentar obesidad. Varios aspectos de la vida moderna han tenido un impacto significativo en nuestra capacidad para mantener un peso saludable. Estos incluyen la mayor disponibilidad de alimentos poco saludables baratos con alto contenido de grasa y azúcar, los estilos de vida sedentarios tanto en el trabajo como en casa y más personas que viven en ciudades con menos acceso al espacio exterior. (24)

Mantener la pérdida de peso puede ser un desafío

La ciencia ahora muestra lo que muchos de nosotros sospechamos desde hace mucho tiempo: después de perder peso, la respuesta del cuerpo es tratar de recuperarlo. Durante al menos 12 meses después de la pérdida de peso, el cuerpo cambia las señales que regulan el apetito, lo que aumenta el apetito. Eso puede contribuir a comer en exceso y recuperar el peso perdido. Como resultado, solo un tercio de las personas mantiene con éxito su pérdida de peso. (24)

2.3.4 Estilo de vida

Mellado M, et al menciona que el estilo de vida “es un aspecto de la actividad vital diaria de la persona, que revela hábitos estables, costumbres, conocimientos, valores y riesgos de la conducta, que se convierten en componentes de las principales causas de muerte por comportamientos poco sanos”. (27)



Por su parte Guerrero L, y León A mencionan que el estilo de vida es un constructo utilizado de manera genérica como análogo a lo que se entiende como “estar en el mundo”, es decir el modo de vivir, lo cual esta expresado en “los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales”. (28)

La definición de estilo de vida está asociada a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos permeables que dependen de los sistemas socioeducativos. Estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras. Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectores y conductas de riesgo. (28)

Sobre la definición de estilos de vida Oblitas L, enfatiza que los estilos de vida llamados saludables suponen lo siguiente: “[...] conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su



longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, apresados a través de la investigación epidemiológica”. (29)

En el estudio de Grimaldo M , refiere que: “no es posible hacer referencia al estilo de vida, sin realizar un listado de comportamientos individuales y colectivos que definan el qué hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de cómo se viven”. En Tovar L, y González J (35) el estilo de vida es “un conjunto de prácticas más o menos integrado que un individuo adopta, no sólo porque satisfacen sus necesidades utilitarias, sino porque dan forma material a una crónica concreta de la identidad del yo”. (30)

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (19) mencionan que el campo de la salud contempla cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud. De ello, el estilo de vida representa: “[] el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas”. (19)

Teoría de promoción de a la salud por Nola Pender

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), sostiene que: “la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el

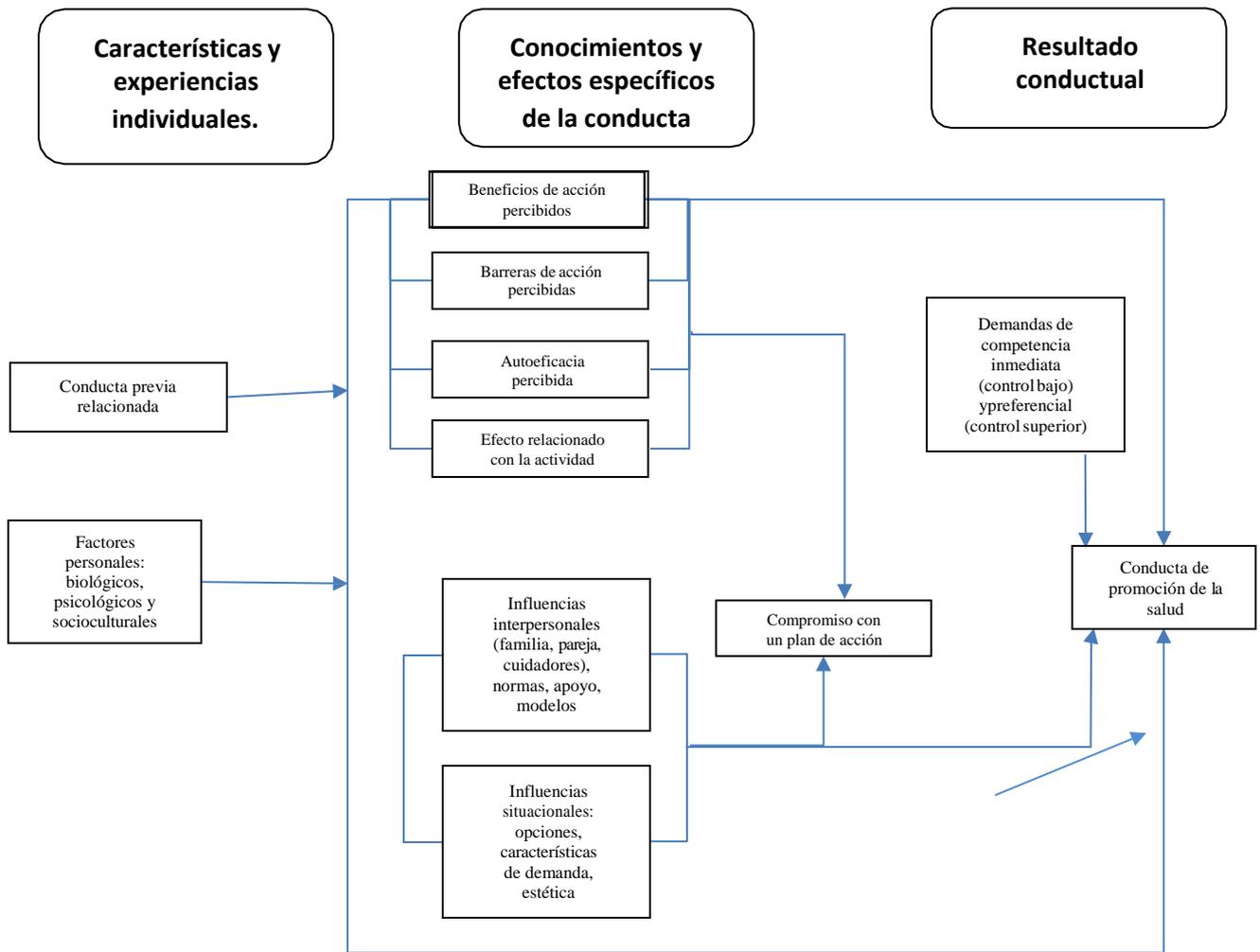


bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud". (32)

El modelo de Promoción de la Salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. (32)

El Modelo de Promoción de Salud (MPS) de Nola Pender se refiere a los estilos de vida como un concepto de Conductas Promotoras de Salud. El Modelo de Promoción de Salud (MPS) representa un esquema integrador de constructos de la teoría de expectativas-valores y de la teoría cognitivo-social, y otorga una solución de Enfermería a la política sanitaria y la reforma del cuidado de salud, asimismo identifica la estructura multidimensional que predice las conductas de las personas respecto a la salud, y finalmente ofrece un medio para comprender la motivación para alcanzar la salud y bienestar en interacción con el ambiente. (32)





Modelo de Promoción de La Salud.

En la figura del esquema del Modelo de Promoción de Salud, en el cual se puede identificar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. En relación al primer concepto, este se relaciona a experiencias anteriores que pueden tener efectos directos e indirectos sobre las conductas de promoción de la salud. Por otro lado, el segundo concepto se refiere a los factores

personales, que se categorizan en biológicos, psicológicos y socioculturales, de acuerdo con el enfoque del modelo estos factores son predictores de ciertas conductas que adopta el individuo. (36)

En la segunda columna se enumeran los elementos centrales del modelo: el primero se refiere a los beneficios percibidos por la acción, los cuales son resultados positivos anticipados que se producen como expresión de la conducta de salud. Como segundo componente se encuentran las barreras percibidas para la acción, se relaciona a las percepciones negativas o desventajas que se tiene sobre uno mismo y que obstaculizan un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real. El tercer constructo es la autoeficacia percibida, es uno de conceptos más relevantes del modelo ya que constituye la percepción de competencia, de la propia persona, para ejecutar una conducta, conforme la autoeficacia percibida es mayor se incrementa la posibilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. El cuarto concepto es el afecto relacionado con el comportamiento, se refiere a “las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta”. El quinto concepto se refiere a las influencias interpersonales, es más probable que los individuos tengan el compromiso de adoptar conductas de promoción de salud cuando las personas importantes para ellos esperan estos cambios e incluso ofrecen apoyo. El sexto y último concepto de esta columna se refiere a las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso de adoptar conductas promotoras de salud.



(32)

En la tercera columna se presentan el resultados conductual final al que se llega luego de la influencia de los factores mencionados anteriormente, estos son: el compromiso para un plan de acción y la conducta promotora de la salud. El primero constituye el precedente para el resultado final deseado, sobre este compromiso pueden influir, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. Finalmente la conducta promotora de la salud es “la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva”. (32)

Nola Pender elaboró un instrumento junto con Walker y Sechrist en 1987, teniendo como base una escala psicométrica formulada por las mismas autoras: promoción de la salud, estilo de vida, comportamiento de salud y estrategia de comunicación, posteriormente se realizó la validación de su versión en español en 1990. El instrumento comprende las siguientes dimensiones:

Responsabilidad en salud: alude a un sentido activo de responsabilidad por el bienestar de uno mismo. Esto implica que individuo preste atención a su salud, a la educación de la salud y al ejercicio de informarse y buscar ayuda sanitaria. (32)

Actividad física: incluye la participación de forma regular en actividades físicas ligeras, moderadas y/o vigorosas. Esto puede ocurrir dentro de dos contextos: el primero por un programa planificado y controlado y el segundo como parte de la vida diaria o actividades de ocio. (32)



Nutrición: incluye la selección, conocimiento y consumo de alimentos que son esenciales para la salud y el bienestar general. En este sentido implica la elección de una dieta diaria saludable. (32)

Autorrealización: esta dimensión se refiere al desarrollo de los recursos internos, que se logra a través de tres conceptos: (a) trascender, lo cual nos da la “posibilidad de crear nuevas opciones para llegar a ser algo más allá de quién y qué somos”, (b) conexión, es la “sensación de armonía, plenitud, y la conexión con el universo”, y (c) desarrollo, que implica “maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de sentido, la búsqueda de un sentido de propósito, y trabajar hacia las metas de la vida”. (32)

Relaciones interpersonales: alude al uso de la comunicación para obtener una sensación de intimidad y cercanía significativa con los demás. Ello constituye el intercambio de ideas y sentimientos mediante mensajes verbales y no verbales. (32)

Manejo del estrés: constituye la utilización de recursos psicológicos y físicos para controlar y reducir la tensión. (32)

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Estilos de vida

Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales. (31)



Prevalencia

Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado. (18)

Obesidad.

Enfermedad crónica tratable que aparece cuando existe un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo.(23)

Personal administrativo,

Personas cuyas labores se relacionan con tareas propias de oficina tales como, redacción y/o confección de cartas comerciales y otros documentos, recepción y clasificación de correspondencia, archivo de documentación, mantención de registros de personal y otras que revistan tal carácter, conforme se señalan en el Clasificador Internacional Uniforme de Ocupaciones de la OIT para los empleados de servicios administrativos y los de oficinas. (25)



III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Hipótesis General

Existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019

Hipótesis Específicas

- Existe asociación significativa entre la prevalencia de la obesidad grado I y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao 2019
- Existe asociación significativa entre prevalencia de la obesidad grado II y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao 2019
- Existe asociación significativa entre prevalencia de la obesidad grado III y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao 2019

3.2. Definición de variables

Obesidad

Enfermedad crónica tratable que aparece cuando existe un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo. (31)

Estilos de vida

Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales. (23)



3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA MEDICIÓN
Obesidad	Enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; cuando el índice de masa corporal (IMC, cociente entre el peso y la estatura de un individuo al cuadrado) es igual o superior a 30 kg/m ² . ² (OMS)	Obesidad grado I	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prevalencia de obesidad. ○ Índice Masa Corporal (Peso (kg) / altura (m)²) 	N°de casos de trabajadores con obesidad/ población de trabajadores del rectorado. > 30.0
		Obesidad grado II	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prevalencia de obesidad ○ Índice Masa Corporal (Peso (kg) / altura (m)²) 	N°de casos de trabajadores con obesidad I/ población de trabajadores del rectorado 30.0 -34.9
		Obesidad grado III	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prevalencia de obesidad ○ Índice Masa Corporal (Peso (kg) / altura (m)²) 	N°de casos de trabajadores con obesidad II/ población de trabajadores del rectorado 35.0 -39.9
Estilo de vida	Forma de vida de las personas que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alimentos al levantarse ○ Selección del tipo de comida. ○ Tres comidas por día ○ Identifica nutrientes ○ Consume alimentos con fibra ○ Comidas con 4 grupos básicos de nutrientes. 	Alto Medio Bajo
		Ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realiza ejercicios 3 veces/día o por semana. ○ Realiza ejercicios por 20 o 30 minutos. ○ Ejercicios bajo supervisión ○ Control del pulso ○ Actividades físicas de recreo. 	

<p>características personales individuales; se manifiesta a través de las conductas promotoras de salud. Las dimensiones del estilo de vida incluyen la nutrición, ejercicio, responsabilidad, manejo de estrés, soporte y autorrealización ()</p>	Responsabilidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> ○ Informas al médico de salud. ○ Colesterol en sangre ○ Cuidado de salud ○ Buscas otras opciones. ○ Cuidado de tu salud. ○ Cuidado PA ○ cuidado medio ambiente ○ Expresión de tus sentimientos. ○ Revisas tu cuerpo ○ Programas educativos 	
	Manejo del estrés	<ul style="list-style-type: none"> ○ Relajamiento ○ Tensión ○ Relajamiento ○ Relajamiento de músculos ○ Pensamientos agradables ○ Información cuidado de tu salud ○ Control de la tensión 	
	Soporte interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Discusión de problemas ○ Elogio a personas ○ Expresión de cariño ○ Relaciones interpersonales ○ Compartir con amigos ○ Expresiones de cariño ○ Muestras de afecto con expresiones 	
	Autorrealización	<ul style="list-style-type: none"> ○ Te quieres ○ Nuestra entusiasmo ○ Crecimiento positivo ○ Siente felicidad ○ capacidades debilidades ○ Metas ○ Futuro ○ Importancia de la vida ○ Éxitos ○ Como se ve el día ○ Ambiente de la vida ○ Metas ○ Propósito 	

IV. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Aplicada, correlacional y prospectiva.

Aplicada, porque según su propósito busca resolver un problema real (38), **Correlacional**, ya que en el estudio se asociará las variables, además se cuantificará la relación que existe entre ambas variables (33). **Prospectiva**, porque la información se registró según fueron ocurriendo los hechos, los cuales fueron tomados en las oficinas administrativas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao.

4.2. METODO DE INVESTIGACION

El diseño metodológico fue observacional (no experimental u Observacional), de corte transversal. **Observacional**, porque no se realizara manipulación deliberada e intencional de las variables en estudio, sino se observara los hechos tal como ocurren en su contexto natural (33).

Transversal, porque la recopilación de datos se realizó en un solo momento. (33)

Las variables consideradas en el diseño y sus relaciones se muestran a continuación:



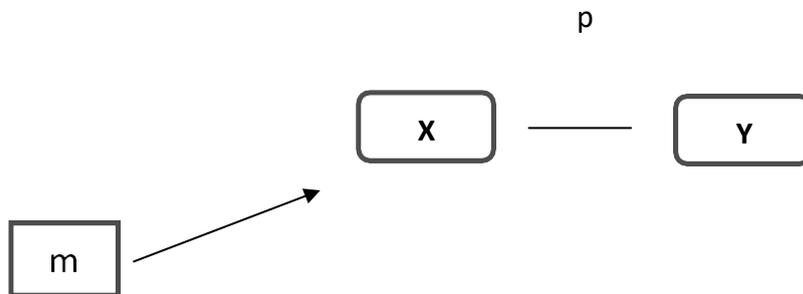
Donde:

m = Tamaño de la población

X = prevalencia de obesidad

Y = Estilo de vida promotor de salud

ρ = Relación



4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población estuvo conformada por el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, siendo un total de 65 personas.

MUESTRA:

De acuerdo a la población del personal administrativo del rectorado de la Universidad Nacional del Callao, se realizó el cálculo mediante la fórmula del tamaño de muestra de población conocida considerando una confiabilidad del 95% y error de precisión del 5%. Resultando un tamaño de muestra de 52 personas (personal administrativo de las oficinas del Rectorado UNAC)

Para el cálculo de la muestra con población conocida se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

- Tamaño de Población: N=65
- Nivel de Confianza (95%): $Z_{\alpha}=1.96$
- Proporción de favor: $p=0.8$
- Complemento de la proporción a favor: $q=0.2$
- Error de precisión: $d=0.05$
- Tamaño de la Muestra** $n = 52$

Muestreo: El tipo de muestreo será probabilístico

4.4. LUGAR DE ESTUDIO: El estudio se desarrolló en las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao sito en la Av. Sáenz Peña 1060 Callao



4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica

La técnica de recolección que se aplicó fue la encuesta, con una relación de diálogo y una observación directa al personal administrativo

Instrumento

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

1. 01 ficha de recolección de datos para el registro del grado de obesidad mediante la aplicación de la fórmula de: **IMC = peso/estatura²**, medida en Kg/m².
2. **Prevalencia** para la obtención de la prevalencia se aplicará la fórmula de prevalencia

$$\frac{\text{Número de casos de obesidad}}{\text{Población}} \times 100$$

3. **01 Cuestionario del perfil de estilo de vida (PEPS-I):** Creado por Nola Pender en el año 1996 para medir las variables de estilo de vida, el cual consta de 6 dimensiones y 48 ítems tipo Likert, cada ítem con 4 opciones de respuesta con el siguiente puntaje para cada opción: Nunca (1 punto), a veces (2 puntos), frecuentemente (3 puntos), rutinariamente (4 puntos). El mayor puntaje se interpreta como un mejor estilo de vida, el valor mínimo es de 48 y el máximo de 192 puntos, la mayor puntuación refiere mejor estilo de vida; las dimensiones que se analizan en el estudio son:



Nutrición: ítems 1, 5, 14, 19, 26, 35

Ejercicio: 4, 13, 22, 30, 38

Responsabilidad en salud: ítems 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46

Manejo de estrés: ítems 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45

Soporte interpersonal: ítems 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47

Autorrealización: ítems 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48

Finalmente el puntaje final se categorizado en nivel alto, medio y bajo.

Validez y confiabilidad: El cuestionario del perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender HPLP (Health Promoting Life Profile) es un instrumento publicado en español cuya varianza fue de 45,9% y fiabilidad entre 0,7 y 0,9. La Escala validada en el contexto latinoamericano con un alfa de Cronbach es de 0,93 y su validez reportada por análisis factorial de componentes principales, ha sido utilizada en mujeres caleñas en el estudio de Triviño en el año 2007 (28).

4.6. ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

4.6.1. Autorización

A fin de obtener los permisos para la aplicación del trabajo de campo, se realizará las respectivas coordinaciones con las autoridades responsables y la oficina de Recursos Humanos de la Universidad Nacional del Callao.

4.6.2. aplicación de instrumentos



De acuerdo al cronograma de actividades, se procedió a la recolección de datos (aplicación de los instrumentos), previa autorización de la oficina de RRHH de la UNAC y se solicitará a cada personal Administrativo su consentimiento informado para ingresar al estudio, previa información y discusión con la investigadora sobre el propósito y procedimientos en la investigación,

4.6.3. Consideraciones éticas

En el estudio se tuvo en cuenta el principio ético de autonomía, solicitando la aceptación del personal a participar en la investigación a través del Consentimiento Informado, documento mediante el cual se le brindara información sobre los fines del estudio, de la ausencia de riesgos, de la confidencialidad de la información, y sin prejujgamiento, manteniendo el respeto y anonimato de su identificación.

Los datos recolectados en el estudio han sido procesados sin adulteración alguna por la investigadora, por lo que evidencian el contexto real de las variables de estudio.



4.6.4 Procesamiento estadístico y análisis de datos

Base de Datos

Terminada la recolección de datos se procedió al llenado en la base de datos utilizando el software estadístico SPSS v.23. y la obtención de la prevalencia general y por grados de obesidad.

Asimismo se procedió al control de calidad (consistencia de datos), donde se realizó la depuración de acuerdo a la operacionalización de variables y objetivos del estudio.

Análisis estadístico de los datos

Análisis descriptivo: se realizó determinando las frecuencias absolutas (conteo) y frecuencias relativas (porcentaje), para el caso de las variables cualitativas.

Análisis Inferencial: para determinar si existe asociación entre las variables se utilizó la prueba de Chi-cuadrado con un nivel de confianza del 95%, considerando un $p < 0.05$ como significativo.

Presentación de resultados: Se elaboraron tablas de frecuencia para el análisis descriptivo y tablas de contingencia para el análisis inferencial.

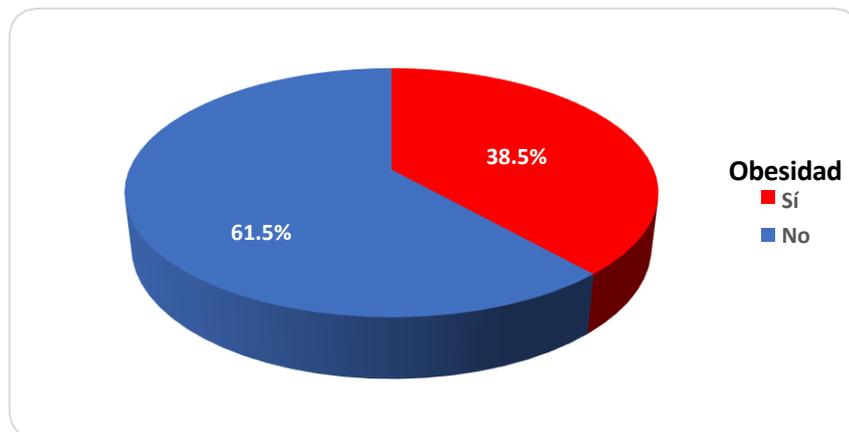


V. RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

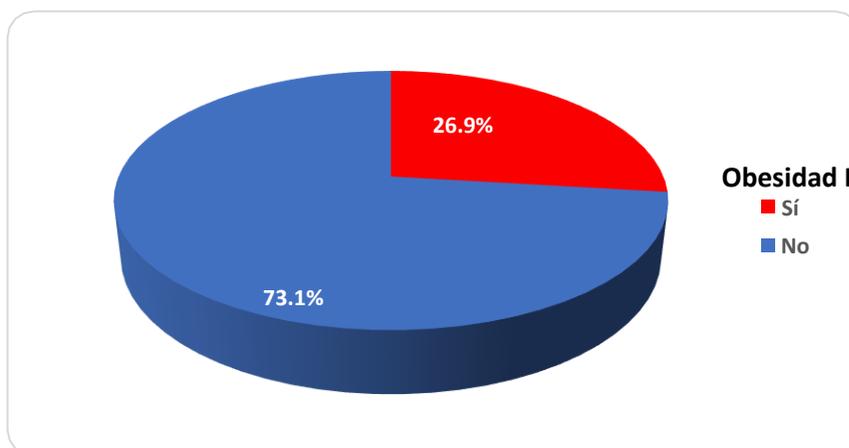
Se presentan los resultados a partir de una muestra de 52 colaboradores administrativos de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao. Observándose, que la edad promedio del personal administrativo fue 53.6 ± 9.9 años, el 30.8% tenía entre 51 y 60 años y el 32.7% fue mayor de 60 años. Por otro lado, el 63.5 fueron mujeres, el promedio de peso fue 76.2 ± 14.2 kg, de talla 1.6 ± 0.04 m y de IMC 28.9 ± 5.6 kg/m². Asimismo, el 21.2% del personal administrativo presentó IMC normal, el 40.4% evidenció sobrepeso y el 38.4% presentó obesidad, de este último se evidenció grado I (26.9%), grado II (7.7%) y grado III (3.8%).

Figura 1. Prevalencia general de obesidad en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao



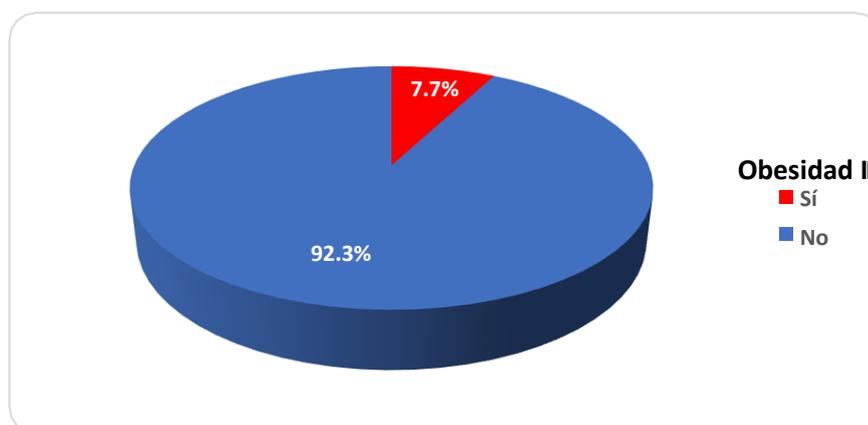
En la figura 1 se observa que la prevalencia de obesidad en el personal administrativo fue 38.5%.

Figura 2. Prevalencia de obesidad I en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao



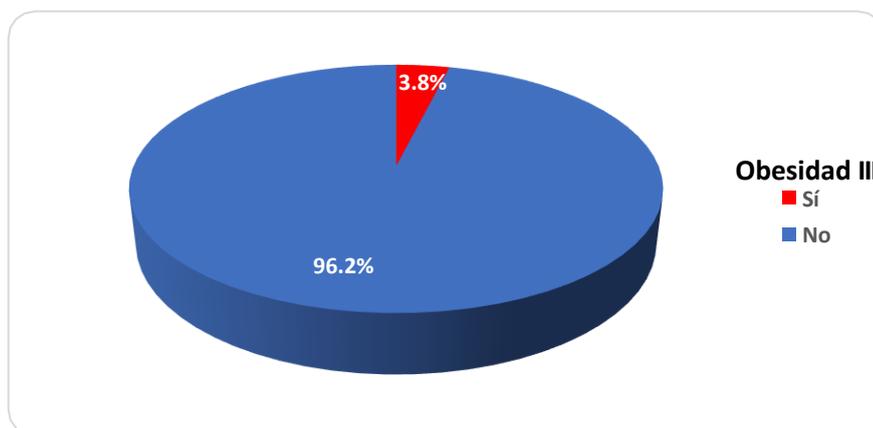
En la figura 2 se observa que la prevalencia de obesidad I en el personal administrativo fue 26.9%.

Figura 3. Prevalencia de obesidad II en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao



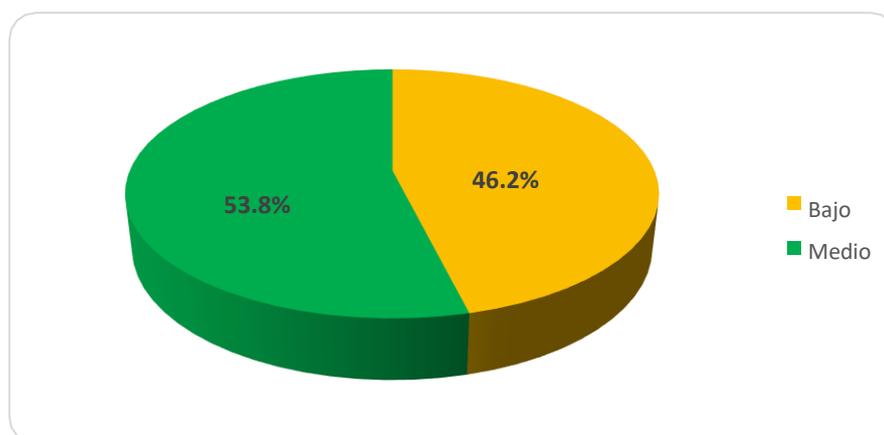
En la figura 3 se observa que la prevalencia de obesidad II en el personal administrativo fue 7.7%.

Figura 4. Prevalencia de obesidad III en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao



En la figura 4 se observa que la prevalencia de obesidad III en el personal administrativo fue 3.8%.

Figura 5. Estilo de vida general en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao



En la figura 5 se observa que el 46.2% del personal administrativo presentó un nivel bajo de estilo de vida, mientras que el 53.8% presentó un nivel medio.

Tabla 1. Dimensiones de la variable estilo de vida en el personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao

Estilo de vida	Bajo		Medio		Alto		Total
	N	%	N	%	N	%	
Nutrición	20	38.5%	32	61.5%	0	0.0%	52
Ejercicio	52	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	52
Responsabilidad en salud	50	96.2%	2	3.8%	0	0.0%	52
Manejo del estrés	33	63.5%	19	36.5%	0	0.0%	52
Soporte interpersonal	7	13.5%	36	69.2%	9	17.3%	52
Autorrealización	0	0.0%	19	36.5%	33	63.5%	52

En la tabla 1 se observa que el personal administrativo presentó un estilo de vida con bajo nivel de ejercicios (100%), responsabilidad en salud (96.2%) y manejo de estrés (63.5%), asimismo reflejaron un nivel medio en nutrición (61.5%) y soporte internacional (69.2%), e indicaron un alto nivel de autorrealización.



5.2 Resultados inferenciales

Tabla 2. Prevalencia de obesidad asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao

Obesidad	Estilos de vida				p*
	Bajo		Medio		
	N	%	N	%	
Sí	9	37.5%	11	39.3%	0.895
No	15	62.5%	17	60.7%	
Total	24	100%	28	100%	

*Prueba Chi cuadrado

En la tabla 2 se observa que no existe asociación entre la obesidad y el estilo de vida ($p=0.895$). La prevalencia de obesidad en el personal administrativo con bajo nivel de estilo de vida fue 37.5% y en el personal con nivel medio fue 39.3%.

Tabla 3. Prevalencia de obesidad I asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao

Obesidad I	Estilos de vida				p*
	Bajo		Medio		
	N	%	N	%	
Sí	5	20.8%	9	32.1%	0.359
No	19	79.2%	19	67.9%	
Total	24	100%	28	100%	

*Chi cuadrado

En la tabla 3 se observa que no existe asociación entre la obesidad I y el estilo de vida ($p=0.359$). La prevalencia de obesidad I en el personal administrativo con bajo nivel de estilo de vida fue 20.8% y en el personal con nivel medio fue 32.1%.



Tabla 4. Prevalencia de obesidad II asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao

Obesidad II	Estilos de vida				p*
	Bajo		Medio		
	N	%	N	%	
Sí	3	12.5%	1	3.6%	0.228
No	21	87.5%	27	96.4%	
Total	24	100%	28	100%	

*Chi cuadrado

En la tabla 4 se observa que no existe asociación entre la obesidad II y el estilo de vida ($p=0.228$). La prevalencia de obesidad II en el personal administrativo con bajo nivel de estilo de vida fue 12.5% y en el personal con nivel medio fue 3.6%.

Tabla 5. Prevalencia de obesidad III asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao

Obesidad III	Estilo de vida				p*
	Bajo		Medio		
	N	%	N	%	
Sí	1	4.2%	1	3.6%	0.911
No	23	95.8%	27	96.4%	
Total	24	100%	28	100%	

*Chi cuadrado

En la tabla 5 se observa que no existe asociación entre la obesidad III y el estilo de vida ($p=0.911$). La prevalencia de obesidad III en el personal administrativo con bajo nivel de estilo de vida fue 4.2% y en el personal con nivel medio fue

3.6%.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contratación de la hipótesis con resultados

A continuación, se presentan los procedimientos para contrastar las pruebas estadísticas.

Prueba de hipótesis general

Formulación de la hipótesis

Ho: No existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019

Hi: Existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019

Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (Ho). La significancia será el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$).

Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba Chi cuadrado.

Lectura del error

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un



valor $p=0.895$ el cual es superior a la significancia planteada.

Tabla 6. Prueba Chi cuadrado de asociación entre la obesidad y los estilos de vida

	Prueba Chi cuadrado	gl	p-valor
Obesidad	0.017	1	0.895

Toma de decisión

En la tabla 6 se observa un p-valor >0.05 para la obesidad, por ello se acepta la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que no existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019.

Prueba de hipótesis específica 1

H_0 : No existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad I y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019

H_1 : Existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad I y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019

Nivel de significancia



Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (H_0). La significancia será el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$).

Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba Chi cuadrado.

Lectura del error

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor $p=0.359$ el cual es superior a la significancia planteada.

Tabla 7. Prueba Chi cuadrado de asociación entre la obesidad I y los estilos de vida

	Prueba Chi cuadrado	gl	p-valor
Obesidad I	0.840	1	0.359

Toma de decisión

En la tabla 7 se observa un p -valor >0.05 para la obesidad I, por ello se acepta la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que no existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad I y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019.

Prueba de hipótesis específica 2

H_0 : No existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad II y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019



Hi: Existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad II y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019

Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (Ho). La significancia será el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$).

Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba Chi cuadrado.

Lectura del error



El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor $p=0.228$ el cual es superior a la significancia planteada.

Tabla 8. Prueba Chi cuadrado de asociación entre la obesidad II y los estilos de vida

	Prueba Chi cuadrado	gl	p-valor
Obesidad II	1.451	1	0.228

Toma de decisión

En la tabla 8 se observa un p-valor >0.05 para la obesidad II, por ello se acepta la hipótesis nula (Ho). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que no existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad II y los

estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019.

Prueba de hipótesis específica 3

Ho: No existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad III y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019

Hi: Existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad III y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019

Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (Ho). La significancia será el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$).

Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba Chi cuadrado.

Lectura del error

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor $p=0.911$ el cual es superior a la significancia planteada.



Tabla 9. Prueba Chi cuadrado de asociación entre la obesidad III y los estilos de vida

	Prueba Chi cuadrado	gl	p-valor
Obesidad III	0.012	1	0.911

Toma de decisión

En la tabla 9 se observa un p-valor >0.05 para la obesidad III, por ello se acepta la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que no existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad III y los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019.

6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares

En el presente estudio tuvo como objetivo general de investigación fue determinar la prevalencia de obesidad asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019. En nuestro estudio se encontró en el personal administrativo del Rectorado según el IMC una prevalencia de obesidad de 38.4%, valor superior a la prevalencia nacional de obesidad 19,7% según Jaime Pajuelo Ramírez del Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú, valor 18.7% mayor a la prevalencia nacional ó 1.95 veces más, redondeando el doble de la prevalencia nacional.(27)



Por otro lado encontramos que en el 40.4% de los trabajadores administrativos de la UNAC se evidenció sobrepeso, frente a la tasa nacional de sobrepeso que fue de 40,5%(27) valores sin diferencia coincidiendo nuestros resultados.

Pajuelo encontró en su investigación un total de 60,2% de población adulta con exceso de peso, prevalencia 18.6% menor a la encontrada por nosotros en la UNAC que fue de 78.8%. Finalmente, sólo encontramos 21.2% del personal administrativo tuvo peso normal en la UNAC ,frente 38.8% de la población peruana que contesto la Encuesta Nacional de Hogares 2012-2013 en el que se evaluaron a 20488 adultos.

De acuerdo a la teoría de Bandura para corregir esta brecha se debe intervenir en los comportamientos de las personas y de esta forma aprendan a modelar su comportamiento y de esta forma adoptar cambios conductuales en los estilos de vida que los llevaran a una mejorsalud.

Asimismo, fueron los Objetivos Específicos de nuestra investigación:

Establecer la prevalencia de la obesidad grado I asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao 2019. Encontrando una prevalencia de obesidad grado I (26.9%), no asociado a los estilos de vida saludable.

Establecer la prevalencia de la obesidad grado II asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao 2019. Encontrando una prevalencia de obesidad grado II (7.7%) no asociado a los estilos de vida saludable.

Establecer la prevalencia de la obesidad grado III asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao 2019.



Encontrando una prevalencia de obesidad grado III (3.8%), no asociado a los estilos de vida saludable.

Al comparar nuestros resultados con los de Tarqui C. (35) en una población similar a la nuestra encontramos que el 76.5% (65/85) presentaron una prevalencia de sobrepeso 36.1% mayor a lo encontrado por nosotros en la UNAC 40.4% y obesidad en 20% en el personal administrativo de una empresa privada frente a 38.4% de prevalencia de obesidad en los administrativos del Rectorado UNAC; no precisando superprevalencia en la obesidad tipo III por no tenerla (Tarqui) siendo la prevalencia de nuestros trabajadores administrativos 8 % mayor en la obesidad tipo I y II . Y Tarqui al realizar una intervención llegó a reducir un promedio de 27% la prevalencia en un año el problema de sobrepeso y obesidad. En nuestro caso reducir el exceso de la prevalencia en 18.7% significaría menos de 12 meses de intervención.

Según Pajuelo (38) los departamentos con mayor prevalencia de exceso de peso fueron Tacna (73,8%) e Ica (72,2%), mayor en población que vive en la costa, a menos de 1000 msnm y que reside en áreas urbanas; todas las características también de nuestros trabajadores administrativos. Nosotros encontramos en los administrativos de la UNAC una prevalencia de exceso de peso de 78.8%.

En los resultados del presente estudio sobre los estilos de vida en el personal administrativo de las oficinas del rectorado el 46.2 % presentan nivel bajo de estilos de vida y el 53.8 % presentó un nivel medio. En el detalle de las dimensiones de los estilos de vida se observa que en las dimensiones de ejercicio 100% no hace ejercicio, el 96.2% no tiene responsabilidad en salud y manejo de estrés en un 63.5%, presentan un bajo nivel; asimismo reflejando un nivel medio en la nutrición con un



61.5 % y el soporte interpersonal 69.2% y alto nivel en la autorrealización con un 63.5% .

De acuerdo a los conceptos teórico de Nola Penter las influencias interpersonales son efectivas para que las personas se comprometan a adoptar cambios en sus conductas de promoción de la salud con el apoyo de la familia y comañeros de trabajo .

En contraposición, la dimensión con mejor valoración fue la autorrealización, la mayoría de las dimensiones del estilo de vida presentan nivel bajo y medio. Al comparar con los resultados de Messier Riaño (37) en una población similar a la nuestra encontró en un nivel bajo la actividad física con un 63.3%, un 48.3% una calidad de alimentación poco saludable y un manejo de niveles de estrés inadecuado en 30%, Quispe Contreras encuentra que las prácticas de la actividad física en la población era poca y que su estilo de vida era poco saludable (43%).Meza en su estudio encuentra que la población estudiada no cuenta con estilos de vida saludable;

Finalmente, diferencias encontradas en los estudios sobre los estilos de vida, todos concuerdan que los aspectos relacionados con los ejercicios físicos y responsabilidad en salud fueron los que menor importancia presentaron en alrededor del más del 70% en el personal administrativo. Ello es preocupante ya que la poca actividad física se asocia al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles causales de factores de riesgo para el sobrepeso, la obesidad, lo que genera un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares y otras; más aun teniendo en cuenta que los hábitos nutricionales del personal administrativo son inadecuados, ello resulta en un efecto



negativo en la salud de esta población tan importante de la comunidad universitaria; esto desde el concepto de estilos de vida saludables de Nola Pender.

Es necesario entonces, que las autoridades universitarias de la UNAC tomen conciencia sobre el control del riesgo y el fomento de hábitos de salud en el personal administrativo, enmarcado en un programa de promoción y prevención, pertinente en la universidad.

ARBULÚ P, et al (13) en Lima en una empresa privada, encuentra en trabajadores administrativos una prevalencia de sobrepeso del 51,9%, por su parte en nuestro estudio encontramos 40.4% y Arbulu encontró 20,6% de prevalencia de obesidad mientras que nosotros en administrativos de la UNAC 38.4% respectivamente.

Nos diferenciamos con los resultados del estudio de Arbulú que el 37,4% del total realiza actividad física leve por su parte en nuestro estudio el 100% de trabajadores administrativos no realiza actividad física en la UNAC. No encontró diferencias significativas ($p=0,8$) entre las categorías definidas de estado nutricional como normal, sobrepeso y obeso y la actividad física. Coincidimos con los resultados del estudio de Arbulú en que: No observó relación entre el IMC ni encontró asociación entre el estilo de vida y el estado nutricional de los trabajadores administrativos; al igual que en nuestro estudio ($p= 0.895$). Asimismo Cuba J., Et al(34) en personal médico de un Hospital Nacional de Lima cuyos trabajadores tenían edades en el rango de 25 a 60 años encontró una prevalencia de obesidad en 21% y sobrepeso 53% y al igual que en nuestro estudio no encontró relación significativa de sus estilos



de vida y su relación con el exceso de peso: obesidad y sobrepeso.

Según el Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender se grafica una frecuencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales como la familia, pareja, cuidadores, normas y modelos en el que se observa cómo influyen finalmente en el compromiso y la conducta de la promoción de la salud. Aunque cada familia tiene su propia dinámica y procesos de interacción entre cada uno de sus miembros; puede generar al interior de la misma diversas fuentes de estrés que afectan la salud de cada uno de sus integrantes así también si el estímulo es positivo como el apoyo social puede modificar las conductas en cuanto a los estilos de vida que la persona adopta.

Castillo en su artículo analiza el sobrepeso y obesidad, y como un enorme problema de salud pública en el mundo y en el Perú. Representan un problema que ha tenido un acelerado crecimiento en las últimas décadas, y está relacionado con cambios en las condiciones de vida de la población.

Si comparamos nuestros resultados(sobrepeso y obesidad:78.8%) con investigaciones en trabajadores administrativos de universidades de Guatemala “Caracterización antropométrica, nivel de actividad física y estilos de vida saludables en el personal docente, administrativo y de servicio de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala” (De León Cecilia Liska)(40) y Ecuador refieren que más de dos tercios del personal administrativo y de servicio (68%) presentan sobrepeso u obesidad, datos muy por arriba de los recopilados en un estudio en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNEMI en Ecuador, en la que solamente un 37% de la muestra presentó sobrepeso u obesidad ,Robles (39). El sobrepeso y la obesidad se han convertido en un



problema de salud pública, siendo el quinto factor de riesgo de muerte a nivel mundial, Salazar (41)

Es necesario aumentar las facilidades del personal para realizar actividad física y orientar hacia el cambio de hábitos alimentarios para promover estilos de vida saludable. Pues las conductas saludables son aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, expresados a través de la investigación epidemiológica”. (29)

Según Feather en su modelo de valoración de expectativas de la motivación humana, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. con una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta ,el compromiso personal con la acción. (16) vista esta teoría y lo encontrado en nuestra investigación consideramos que este es el pilar teórico para estructurar la intervención sanitaria en el personal administrativo de la Universidad Nacional del Callao.



CONCLUSIONES

- a. No existe asociación entre la obesidad y el estilo de vida ($p=0.895$). La prevalencia de obesidad en el personal administrativo con bajo nivel de estilo de vida fue 37.5% y en el personal con nivel medio fue 39.3%.
- b. No existe asociación entre la obesidad I y el estilo de vida ($p=0.359$). La prevalencia de obesidad I en el personal administrativo con bajo nivel de estilo de vida fue 20.8% y en el personal con nivel medio fue 32.1%.
- c. No existe asociación entre la obesidad II y el estilo de vida ($p=0.228$). La prevalencia de obesidad II en el personal administrativo con bajo nivel de estilo de vida fue 12.5% y en el personal con nivel medio fue 3.6%.
- d. No existe asociación entre la obesidad III y el estilo de vida ($p=0.911$). La prevalencia de obesidad III en el personal administrativo con bajo nivel de estilo de vida fue 4.2% y en el personal con nivel medio fue 3.6%.



RECOMENDACIONES.

A las autoridades de la Universidad Nacional del Callao autorizar e implementar una intervención sanitaria para reducir la prevalencia de obesidad en trabajadores administrativos del rectorado y mejorar los niveles de estilos de vida saludable.

A las autoridades de la Universidad Nacional del Callao autorizar e implementar la creación de un comedor general para el personal administrativo del Rectorado.

A las autoridades de la Universidad Nacional del Callao autorizar e implementar la vigilancia, prevención y control de la obesidad y sus factores de riesgo en el personal administrativo del Rectorado.

A los docentes investigadores ejecutar investigaciones relacionadas al monitoreo del efecto de las intervenciones sanitarias recomendadas.



VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Obesidad y sobrepeso. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity>. Revisado junio 2018.
2. OMS. Obesity and Overweight. Fact Sheet, October 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Revisado octubre 2018.
3. OMS. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud: Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación de la estrategia mundial. Ginebra, 2016.
4. OMS. Atender el problema de la obesidad en América Latina. Revisado enero 2019. Disponible en: <https://eknuus.com/2019/05/30/oms-pidio-atender-el-problema-de-la-obesidad-en-latinoamerica/>
5. INS. Lima lidera cifras en nivel de sobrepeso y obesidad a nivel nacional, 2017. Disponible en: <https://lima/sucesos/lima-lidera-cifras-nivel-sobrepeso-obesidad-nivel-nacional>.
6. INEI. Perú enfermedades transmisibles y no transmisibles. 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitale. Revisado diciembre 2018
7. Salazar Estrada José G., Martínez Moreno Alma Gabriela. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en trabajadores de manufacturas en Jalisco, México: 2016. Disponible en: <https://medes.com/publication/109852> .
8. Rivadeneira Andrade Martha Gabriela, Ruiz Jácome Ingrid Valeria. Prevalencia de obesidad y factores de riesgo en el personal administrativo de los municipios Deibarra y Otavalo. Ecuador: 2014. Disponible en: <https://bitstream/123456789/2009/2/primeraparte.pdf>.



9. Quintero, F., Osorio, S., Bonilla, , Ramírez. Prevalencia de hipertensión arterial y sobrepeso en empleados de una empresa de vigilancia de Bogotá y dos empresas de transporte público del municipio de Tenjo, Cundinamarca durante el periodo comprendido entre junio y noviembre del año 2017. Disponible en: Repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/833/1/informe.
10. Meza Benavides Mary, Miranda Villalobos Grettel. Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art2.pdf>.
11. Villena Chavez, Jaime E. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. [online]. 2017, vol.63, n.4, pp.593-598. ISSN 2304-5132. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid.
12. Ruiz Saldaña, Keiko Betina. Práctica de estilos de vida saludables y su influencia en la motivación laboral del personal de la sede administrativa red de salud de la UTES N° 6 provincia de Trujillo. Región la Libertad. 2013. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/4069>.
13. Arbulú Pizarro, Ximena. Sobrepeso y estilo de vida de trabajadores administrativos de una empresa privada de Lima 2014. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UUPC_cfbaea74cdbc74c645b04788f4.
14. Malo-Serrano Miguel, Castillo M. Nancy. La obesidad en el mundo 2017. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
15. Rodríguez M., Zaldívar D. Retos a la psicología en el tratamiento de la categoría de estilo de vida en el proceso salud- enfermedad. Revista Cubana de Psicología. 2001; 8(1):20-27 17
16. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4a

ed. Barcelona: Harcourt Brace; 2003.

17. Pender N. Perfil de Estilos de vida promotor de salud [libro electrónico]. 1996. [Consultado: 10 de Octubre de 2018]. Disponible en: catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/capitulo2.pdf
18. Alarcón y col. Curso de Epidemiología. Perú, UNMSM.2007.
19. O:P:S. Epidemiologia Básica ,publicaciones técnicas básicas. 2013.
20. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). Dirección Ejecutiva y de Vigilancia Nutricional (DEVAN). Informe Técnico: Estado nutricional en el Perú por etapas de vida: 2013-2014. Lima 2015. Disponible en: <http://www.portal.ins.gob.pe/en/component/rsfiles/preview.pdf>. Accedido 16 octubre 2018.
21. Villena JE. Situación actual de la enfermedad metabólica (obesidad y síndrome metabólico) en población adulta de Perú. An Acad Nac Med. 2012;100-15.
22. Moreno M. Definición y clasificación de la obesidad, Rev-Med. CLIN CONDES. 2012; 23(2): 124-128.
23. Rodríguez Artalejo F. Epidemiología de la obesidad en España: Estudio ENRICA. V Convención NAOS. Madrid: Centro de Investigación Biomédica en red Epidemiología y Salud Pública. 2011.
24. Naciones Unidas. Declaración de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Trasmisibles [Internet].[citado 3 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/tabaco/index.php/component/content/article/4-destacados-slide/184>
25. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Dirección General de Salud Pública de la



Consejería de Sanidad y Política Social Murcia: Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Política Social, 2013.

26. OMS. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud. 2010
27. Mellado M, Pérez E, Árcega A, Soriano M, Arrijoja G. Estilo de vida: Precursor de factores de riesgo cardiovascular en adultos sanos. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2011; 19(2): 56-61
28. Guerrero L, León A. Estilo de vida y salud. Educere, 2010; 14(48):13- 19
29. Oblitas L. Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. Av. Psicol. 2008; 16(1):9-38
30. Grimaldo M. Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Pensamiento Psicológico. 2010; 8(15): 17-38
31. Tovar L, González J. Estilos de Vida y Participación Comunitaria. Venezuela: IAES “Dr. Arnoldo Gabaldon”; 2006: 98.
32. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2011; 8(4): 16-23.
33. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México D.F.: McGrawHill; 2014.
34. Cuba Jhon, Ramirez Tati. Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional. An. Fac. med. v.72 n.3 Lima jul./set. 2011



35. Tarqui Mamani, Carolina. Impacto de una

intervención educativa sobre la reducción del sobrepeso y obesidad en trabajadores administrativos de una empresa privada de Lima-Perú. 2018.

36. Quispe Contreras Lorena, Meléndez Olivari Cecilia. Creencias y prácticas de la actividad física y estilos de vida saludable en el personal administrativo de una universidad de Lima, Perú, 2017. Revista Herediana de Rehabilitación 1(2):46
37. Messier Riaño Sandra Patricia, Céspedes Estrada Carolina. Estilo de vida en docentes y administrativos de la universidad de Santander Cúcuta. Cucuta: Universidad de Santander UDES 2015
38. Pajuelo Ramírez Jaime. El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú. An. Fac. med. vol.80 no.1 Lima ene./mar. 2019.
39. Robles, J., Llimaico, M., & Villamar, G. Prevalencia de la Obesidad y Sobrepeso en Estudiantes, Docentes y Personal Administrativo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNEMI. 2014, Revista Ciencia UNEMI, 11(1), 9-18.
40. León Cecilia. Caracterización antropométrica, nivel de actividad física y estilos de vida saludables en el personal docente, administrativo y de servicio de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 2014.
41. Salazar, C., Feu, S., Vizúete, M., & de la Cruz-Sánchez, E. IMC y Actividad Física de los estudiantes de la Universidad de Colima. 2013. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 13(51), 569-584



ANEXOS

ANEXOS 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
------------------	-----------	-----------	-----------	-------------	-------------	-------------



				<p>Expresión de tus sentimientos. Revisas tu cuerpo Programas educativos.</p> <p>Manejo del estrés</p> <p>Relajamiento Tensión Relajamiento de músculos Pensamientos agradables Información cuidado de tu salud Control de la tensión</p> <p>Soporte interpersonal</p> <p>Discusión de problemas Elogio a personas Expresión de cariño Relaciones interpersonales Compartir con amigos Expresiones de cariño Muestras de afecto con expresiones.</p> <p>Autorrealización</p> <p>Te quieres Nuestras entusiasmos Crecimiento positivo Siente felicidad capacidades debilidades Metas Futuro Importancia de vida Éxitos Como se ve el día Ambiente de la vida Metas Propósito</p>	<p>Instrumentos:</p> <p>Questionario del perfil de estilo de vida (PEP-I): Creado por Nola Pender en el año 1996 para medir las variables de estilo de vida promotores de salud, el cual consta de 6 dimensiones y 48 ítems tipo Likert. Las ; las dimensiones que se analizan en el estudio son:</p> <p>Nutrición: ítems 1, 5, 14, 19, 26, 35 Ejercicio: 4, 13, 22, 30, 38 Responsabilidad en salud: ítems 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46 Manejo de estrés: ítems 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45 Soporte interpersonal: ítems 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47 Autorrealización: ítems 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48</p>
--	--	--	--	---	--

ANEXO 2
FICHA DE REGISTRO
INDICE MASA CORPORAL (PESO (KG) / ALTURA (M))

PARTICIPANTE N°

PESO KG

ALTURA M

INDICE DE MASA CORPORAL

A small, rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature is cursive and appears to read "Luis Antonio".

ANEXOS 3 FICHA ENCUESTA

CUESTIONARIO DEL PERFIL DEL ESTILO DE VIDA (PEOS-I)

Datos generales

Edad sexo cargo que desempeña

Instrucciones

- a. En el cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales y actuales
- b. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. favor no dejes preguntas sin responder
- c. Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleja mejor tu forma de vivir.

	1 = nunca	2= a veces	3= frecuentemente	4= rutinariamente	
N°	Pregunta				
1	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas				
	1	2	3	4	
2	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud				
	1	2	3	4	
3	Te quieres a ti misma (o)				
	1	2	3	4	
4	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana				
	1	2	3	4	
6	Tomas tiempo cada día para el relajamiento				
	1	2	3	4	
7	Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre)				
	1	2	3	4	



8	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	1	2	3	4
9	Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones Positivas	1	2	3	4
10	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas Personales.	1	2	3	4
12	Te sientes feliz y contento (a)	1	2	3	4
13	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la Semana.	1	2	3	4
14	Comes tres comidas al día	1	2	3	4
15	Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud	1	2	3	4
16	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	1	2	3	4
17	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	1	2	3	4
18	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	1	2	3	4
19	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol,	1	2	3	4

	sodio o sal, conservadores				
20	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estas de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	1	2	3	4
21	Miras hacia el futuro	1	2	3	4
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	1	2	3	4
23	Eres consciente de lo que te importa en la vida	1	2	3	4
24	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	1	2	3	4
25	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	1	2	3	4
26	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	1	2	3	4
27	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	1	2	3	4
28	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto	1	2	3	4

	al cuidado de tu salud.				
29	Respetas tus propios éxitos	1	2	3	4
30	Checas tu pulso durante el ejercicio físico	1	2	3	4
31	Pasas tiempo con amigos cercanos	1	2	3	4
32	Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado	1	2	3	4
33	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives.	1	2	3	4
34	Ves cada día como interesante y desafiante	1	2	3	4
35	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	1	2	3	4
36	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	1	2	3	4
37	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	1	2	3	4
38	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, Ciclismo	1	2	3	4

39	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros	1	2	3	4
40	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	1	2	3	4
41	Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud	1	2	3	4
42	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	1	2	3	4
43	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro	1	2	3	4
44	Eres realista en las metas que te propones	1	2	3	4
45	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)	1	2	3	4
46	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
47	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, profesores y amigos)	1	2	3	4
48	Creas que tu vida tiene un propósito	1	2	3	4



ANEXO 4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

Confiabilidad del Instrumento: Cuestionario Perfil del Estilo de Vida (Prueba Piloto)

Para evaluar la confiabilidad del cuestionario del Perfil del Estilo de Vida, se realizó a través de la Prueba de Alfa de Cronbach, con los datos de una muestra piloto de 20 registros.

Esta prueba de alfa de Cronbach sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida. Este coeficiente puede tener valores de 0 a 1, cuando el valor esté más cercano a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.9 excelente
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.8 bueno
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.7 aceptable
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.6 cuestionable
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.5 pobre
- Coeficiente de alfa de Cronbach < 0.5 inaceptable

El procedimiento para calcular del coeficiente de confiabilidad alfa-cronbach se realiza mediante la siguiente fórmula:

$$\alpha_{Cronbach} = \frac{k}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^k s_j^2}{S_T^2}\right), \text{ donde:}$$

K = El número de ítems, en este caso es 48.

El cálculo de varianza de cada ítem del instrumento, se utiliza mediante la siguiente fórmula:

$$s_j^2 = \frac{1}{(n-1)} \sum_{i=1}^n (x_i - X)^2$$

En dicha fórmula se calcula S_T que representa a la Varianza del total de puntaje (la misma fórmula pero para el total de puntaje de cada individuo) Por cada columna se calcula las varianzas, es decir para las 48 preguntas y también para el total de puntajes de las unidades muestrales. Se suman las 48 varianzas de las 48 preguntas (en el cuadro esta como \sum varianza), este valor se reemplaza en la fórmula, así:

$$\alpha - Cronbach = \frac{48}{(48-1)} \left(1 - \frac{36.03}{468.2}\right) = 0.94$$

Debido que el valor de α -Cronbach=0.94, entonces se puede afirmar que el instrumento Perfil del Estilo de Vida es confiable para su aplicación.



Confiabilidad del instrumento: Cuestionario Perfil del Estilo de Vida (Prueba de Alpha de Cronbach)

Unid.	ITEMS																																																Total			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48				
1	1	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	87	
5	1	4	4	3	1	2	3	4	3	4	4	4	2	4	2	3	3	4	4	4	3	1	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	2	4	4	3	4	4	4	4	2	4	4	3	4	4	4	4	157			
9	4	2	3	4	4	2	1	1	3	3	3	2	3	4	3	3	3	2	3	3	4	1	2	3	2	3	2	3	3	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	120		
10	2	2	3	2	4	2	1	3	2	4	3	3	2	4	3	3	2	2	1	2	3	1	2	2	4	4	1	2	2	1	2	1	1	2	4	1	4	2	3	1	1	2	1	1	1	1	4	4	108			
11	4	3	3	1	2	1	1	2	2	3	3	2	1	3	3	2	2	3	2	1	3	2	3	2	2	1	1	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	109			
12	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	3	2	2	2	1	3	3	2	3	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	3	3	2	1	2	3	86	
14	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	117		
20	2	2	4	1	4	1	1	4	3	4	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	4	1	3	4	3	3	1	3	3	1	4	1	1	3	3	1	3	2	4	3	2	4	3	3	2	2	3	4	126			
21	4	2	4	4	4	2	1	4	4	2	1	4	3	4	3	3	2	4	4	1	4	3	4	4	3	4	3	2	4	4	3	1	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	2	4	1	2	4	4	152	
29	2	2	3	2	2	2	1	3	3	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	79		
31	2	2	4	1	2	3	2	3	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	99		
32	4	3	4	2	3	3	1	3	3	3	3	4	2	4	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	137	
34	3	4	4	1	2	1	1	3	3	2	3	3	1	3	1	3	2	2	1	3	2	1	3	4	3	2	1	2	2	1	4	1	1	1	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1	1	4	3	108			
43	4	3	4	3	2	2	2	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	4	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	144
60	4	2	4	2	1	2	1	3	4	2	2	3	1	3	2	3	3	2	2	2	4	1	3	4	3	3	2	2	3	1	3	1	1	2	1	2	3	1	4	2	1	3	3	3	1	1	4	3	113			
66	4	1	4	2	1	3	2	4	3	2	3	4	2	4	2	3	3	2	2	2	4	1	4	4	4	3	3	2	3	1	3	2	2	4	3	1	2	3	4	3	2	3	1	4	2	2	4	4	131			
70	2	4	4	2	2	4	1	2	2	1	1	2	2	2	1	4	2	2	2	3	4	1	4	1	2	1	4	1	4	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	4	2	1	2	4	1	1	1	4	103		
72	3	2	3	2	3	1	1	3	4	1	3	2	2	3	3	1	1	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	4	4	4	2	2	3	3	2	4	4	3	4	2	3	3	3	2	3	4	4	131			
79	2	2	4	2	1	2	3	4	2	2	4	3	2	4	3	3	4	3	2	3	4	1	4	4	3	2	1	2	4	2	3	1	1	3	2	3	3	3	4	3	2	3	4	3	2	2	4	4	132			
97	1	1	4	1	3	3	4	4	2	2	2	3	4	2	3	1	1	2	2	1	2	3	2	1	3	2	3	2	2	2	2	1	1	1	3	2	1	2	2	1	1	2	2	3	2	2	4	4	104			
Var	1,4	0,8	0,5	0,8	1,1	0,6	0,8	0,9	0,5	1,1	0,7	0,8	0,6	0,9	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,6	0,8	0,7	0,7	1,2	0,6	0,5	0,8	0,5	0,8	1,0	0,6	0,2	0,7	0,5	0,8	0,5	0,5	0,5	0,7	1,0	0,5	0,5	0,8	0,7	0,7	0,8	0,7	1,1	0,5	468,2		
Var	36,03																																																			

Items = 48

Unidades = 20

Alpha de Cronbach = 0,94

El valor de α -Cronbach es 0.94, que es superior a 0.7 es decir se considera que el instrumento Perfil del Estilo de Vida es confiable para su aplicación.



ANEXO 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PREVALENCIA DE OBESIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL RECTORADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2019”

Estimada/:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El proyecto de investigación está aprobado por la unidad de investigación de la FCS y VRI UNAC; ejecutado por la Dra. Zoila Díaz Tavera.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar si desea o no participar en el estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Participación voluntaria: Debe saber que su participación en este estudio es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar o salir de ella en cualquier momento de la investigación sin perjuicio alguna.

Descripción general del estudio: El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de obesidad asociado a los estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019, para ello se utiliza una ficha de recolección del registro IMC=peso/estatura Kg/m y un cuestionario que mide el nivel de estilos de vida promotores de salud. La toma de datos se realizará en los ambientes de la Universidad Nacional del Callao y el tiempo estimado para el llenado de los cuestionarios es de aproximadamente 10-15 minutos en total.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio: Su participación en el estudio no le supondrá algún gasto económico, no recibirá por alguna compensación económica pero su participación contribuirá a un mejor entendimiento de la situación de salud en el personal administrativo de la UNAC No se prevén riesgos físicos o psicológicos para su salud a causa de la participación en el estudio.

Consentimiento informado:

- He leído la hoja de información que se me entrego
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información del estudio
- Comprendo que mi participación es voluntaria y anónima

Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en el estudio PREVALENCIA DE OBESIDAD ASOCIADO A LOS ESTILOS DE VIDA EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL RECTORADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2019,

Firma del Participante

Dra. Zoila Díaz Tavera
Investigadora Responsable

Fecha: _____



ANEXO 6

Características generales del personal administrativo de las oficinas del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao

Características generales		
	$\bar{x} \pm DS$	
Edad	53.6 \pm 9.9	
	N	%
30 a 40 años	7	13.5 %
41 a 50 años	12	23.1 %
51 a 60 años	16	30.8 %
>60 años	17	32.7 %
Sexo		
Masculino	33	63.5 %
Femenino	19	36.5 %
	$\bar{x} \pm DS$	
Peso	76.2 \pm 14.2	
Talla	1.6 \pm 0.04	
IMC	28.9 \pm 5.6	

DS: Desviación estándar

En la tabla 1 se observa que la edad promedio del personal administrativo fue 53.6 \pm 9.9 años, el 30.8% tenía entre 51 y 60 años y el 32.7% fue mayor de 60 años. Por otro lado, el 63.5 fueron mujeres, el promedio de peso fue 76.2 \pm 14.2 kg, de talla 1.6 \pm 0.04 kg y de IMC 28.9 \pm 5.6 kg/m².



ANEXO 7 BASE DE DATOS

“PREVALENCIA DE OBESIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL RECTORADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2019”

OBESIDAD					CUESTIONARIO ESTILOS DE VIDA																																																		
N° Part.	sexo	peso	talla	Edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48			
1	F	100	1.59	66	2	2	4	1	2	1	1	3	4	1	1	3	1	4	2	3	3	4	2	1	4	1	3	3	3	2	1	1	4	1	3	1	1	3	2	1	3	1	3	4	2	3	2	4	1	2	3	2			
2	F	90	1.6	58	1	1	3	1	1	2	1	3	3	3	2	3	1	4	1	3	3	3	2	2	3	1	3	3	3	2	1	3	3	1	3	1	1	3	1	1	3	1	3	3	2	2	2	3	1	2	4	4			
3	F	87	1.58	46	2	1	4	1	2	2	1	3	3	2	3	4	1	3	2	4	4	4	1	3	4	1	4	4	3	3	1	2	3	1	4	1	1	3	1	1	3	1	3	4	2	3	3	4	3	1	3	4			
4	F	92	1.59	63	1	2	4	1	2	1	1	4	4	1	1	3	1	4	1	3	3	3	3	2	4	1	3	3	4	2	1	3	4	1	4	2	2	4	2	2	4	1	4	4	3	3	1	4	2	1	3	3			
5	F	94	1.58	60	1	1	4	1	1	1	1	3	3	3	3	4	1	3	2	4	3	3	1	2	3	1	4	4	3	3	1	2	4	1	4	1	1	4	1	4	1	4	3	3	2	3	3	1	1	4	3				
6	F	78	1.65	38	2	1	3	2	1	1	1	3	4	1	1	3	1	4	2	2	4	2	2	3	4	2	3	2	2	4	1	2	3	1	2	3	1	2	1	3	2	1	3	1	2	4	2	4	1	1	2	4			
7	F	79	1.57	42	2	2	3	1	2	2	1	3	3	2	2	3	1	4	2	3	3	3	2	3	4	1	3	3	3	3	1	3	3	1	2	1	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3			
8	F	84	1.59	53	2	3	4	1	3	2	1	4	3	2	3	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	1	4	3	3	2	1	3	3	1	2	1	1	4	3	3	3	3	3	2	4	4	1	3	1	2	3	3			
9	F	80	1.62	63	3	3	3	1	2	2	1	3	4	3	3	4	2	3	3	2	3	3	3	4	3	1	3	4	3	4	3	3	4	1	3	1	2	4	2	2	4	1	3	3	2	2	4	2	1	4	4				
10	F	82	1.65	51	3	3	4	1	2	2	2	4	3	2	2	4	2	4	2	4	3	3	3	4	3	1	4	3	4	3	2	2	4	1	3	1	2	3	2	3	4	2	4	3	4	3	3	4	3	2	4	4			
11	F	81	1.6	57	3	2	4	2	2	3	1	3	4	1	1	3	1	4	2	2	3	4	2	4	3	2	4	3	4	3	1	2	4	1	3	2	1	3	2	3	4	1	4	4	2	3	1	3	3	2	3	3			
12	F	79	1.58	38	1	1	3	2	2	2	1	3	4	2	1	3	1	4	2	3	4	2	2	3	4	2	3	2	4	2	1	2	4	2	3	2	1	2	3	2	3	1	3	4	3	2	2	3	3	1	2	3			
13	F	78	1.65	45	2	2	4	1	3	2	3	3	3	1	3	3	1	4	3	3	3	3	2	2	3	1	3	3	3	2	4	1	3	1	3	2	3	1	1	3	1	3	3	2	3	2	2	2	4	3	4				
14	F	76	1.6	61	3	3	3	2	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	2	4	2	4	2	4	1	3	4	2	4	1	2	4	2	2	4	2	4	4	4	3	4	3	2	3	4	4			
15	F	69	1.56	63	3	3	4	3	2	3	2	4	4	4	1	3	2	3	2	2	4	4	3	1	4	1	3	4	3	3	3	2	4	1	3	3	1	3	3	2	4	1	2	4	4	3	4	3	4	4	3	4			
16	F	73	1.58	56	2	2	3	2	2	4	1	4	3	2	2	4	1	4	1	4	3	3	1	3	3	2	3	4	2	4	2	3	3	2	1	3	2	3	2	3	3	3	4	3	3	3	2	3	4	2	4	4			
17	F	48	1.56	65	1	3	4	2	3	2	3	3	4	3	4	3	1	4	1	3	4	3	1	3	4	1	4	4	3	2	2	4	1	2	1	3	3	2	2	3	2	3	2	4	3	3	3	3	2	2	3	3			
18	F	52	1.6	33	1	3	3	3	2	3	1	4	4	2	3	4	2	3	2	4	4	4	3	2	4	2	4	3	4	3	3	4	2	3	2	1	4	3	3	2	4	1	2	3	3	2	3	3	3	1	4	4			
19	F	50	1.59	36	2	2	3	2	2	2	2	4	4	1	2	4	2	3	2	4	3	4	2	2	3	1	3	3	4	3	2	1	3	1	2	2	2	4	2	2	3	4	1	3	4	2	4	2	4	2	3	3	4		
20	M	112	1.65	67	2	3	4	1	2	1	2	4	3	4	3	3	3	4	2	4	1	3	4	4	3	1	3	3	2	4	3	3	3	2	2	3	2	1	2	3	3	1	4	3	2	3	2	2	3	1	3	4			
21	M	110	1.6	63	3	2	4	1	2	1	1	3	3	4	3	2	3	4	2	4	1	3	3	3	3	2	4	2	1	3	4	2	4	2	2	2	1	2	3	2	4	2	3	2	1	4	1	3	2	1	2	3			
22	M	90	1.7	58	2	2	3	1	3	2	1	3	3	3	2	4	1	4	2	3	3	3	3	4	1	3	3	3	3	1	2	4	1	2	2	2	3	3	2	3	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	4			
23	M	84	1.68	56	2	1	3	1	2	1	2	4	4	3	2	4	2	4	2	3	4	3	3	4	4	1	4	3	4	2	2	3	4	2	3	1	1	3	3	2	4	1	2	4	3	2	1	2	3	2	2	3	4		
24	M	86	1.59	63	3	3	4	2	2	3	3	4	4	4	3	3	1	4	3	4	4	3	2	2	3	2	3	4	4	4	2	3	3	1	4	3	1	4	4	2	4	2	3	4	2	4	3	3	3	3	3	4			
25	M	92	1.65	65	3	2	3	1	3	1	2	3	4	2	3	4	1	4	1	3	3	4	3	3	4	1	4	4	3	3	2	4	3	1	3	2	2	3	3	1	3	2	4	3	4	3	2	4	2	3	3	4			
26	M	87	1.58	49	4	3	4	3	2	1	2	3	3	2	4	3	1	4	2	3	3	3	3	3	2	4	3	3	3	1	2	3	2	3	3	2	4	3	1	4	1	4	3	3	3	3	3	2	4	4	4	4			
27	M	80	1.7	62	2	3	4	2	2	2	2	3	3	3	3	4	1	4	2	3	4	3	2	3	3	1	4	3	4	3	1	3	4	2	3	3	1	3	3	2	4	2	3	4	2	3	3	4	3	2	3	4			
28	M	80	1.7	52	1	2	3	1	1	1	1	3	3	1	1	3	3	4	1	3	3	2	2	2	3	1	3	3	3	2	1	2	3	1	2	2	1	3	1	1	3	1	1	3	1	2	3	2	3	1	3	2	1	2	3
29	M	76	1.68	63	1	2	3	2	2	1	1	3	3	3	2	3	1	4	1	3	4	2	3	3	3	1	3	4	3	3	2	2	3	1	2	2	1	3	1	1	3	1	1	3	1	2	3	2	3	1	3	2	1	3	3
30	M	77	1.65	42	3	1	3	2	3	1	1	3	4	2	3	4	1	3	2	4	4	3	3	2	4	2	4	4	3	3	2	3	3	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	2	2	4	2	3	1	4	2	1	4	4
31	M	82	1.56	56	3	1	4	3	3	2	1	4	4	4	4	4	2	4	2	4	3	3	3	3	4	2	4	4	3	2	1	3	3	2	1	1	1	3	2	1	4	3	2	1	4	3	3	2	3	1	1	3	4		
32	M	75	1.63	47	2	3	4	2	2	2	2	3	3	4	3	4	2	4	3	4	3	3	2	3	3	2	4	3	3	3	1	3	4	1	1	1	1	4	2	2	2	1	13	4	3	4	1	4	1	2	3	3			
33	M	84	1.73	50	1	2	4	1	2	1	1	4	3	3	2	3	2	3	3	3	4	2	2	2	3	2	3	3	4	3	1	2	4	2	1	1	1	4	1	1	3	1	4	2	3	4	3	3	1	2	2	3			
34	M	81	1.62	38	3	2	3	1	1	2	2	3	4	2	1	2	3	4	3	3	4	4	2	2	4	1	3	4	4	4	2	1	3	1	2	2	4	1	1	1	1	4	3	2	4	2	2	2	1	4	3	4			
35	M	80	1.65	57	2	1	3	2	1	3	1	4	3	1	1	3	2	3	1	4	4	4	3	3	4	1	3	4	3	4	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	3	2	2	3	2	3	1	4	2	2	3	4			
36	M	78	1.59	49	1	1	4	1	2	1	2	4	3	2	2	4	1	4	2	4	3	3	3	2	4	2	4	3	3	2	1	3	4	1	1	1	1	3	1	1	4														

OBESIDAD				CUESTIONARIO ESTILOS DE VIDA																																																		
Nº Part.	sexo	peso	talla	Edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48		
38	M	73	1.7	48	2	3	3	1	1	1	3	3	3	1	2	3	1	4	2	3	3	4	3	2	3	1	3	3	3	3	2	1	3	1	1	1	1	3	2	2	3	1	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	1	3
39	M	68	1.65	32	2	2	4	1	1	1	3	3	2	2	3	1	3	2	3	3	3	2	2	3	1	3	2	2	4	2	2	3	1	1	2	2	3	2	1	3	1	2	2	4	1	3	3	3	1	1	3			
40	M	60	1.63	62	3	2	4	1	2	2	1	3	3	2	3	3	2	4	1	3	3	2	1	3	3	3	3	2	2	3	2	3	4	1	2	2	2	3	2	2	4	2	3	1	3	2	3	2	4	2	2	4		
41	M	69	1.6	65	3	2	4	1	2	2	1	4	4	3	3	4	2	4	1	4	4	2	1	3	4	2	3	3	3	4	3	3	4	1	2	2	2	4	3	2	4	2	3	2	4	2	3	2	4	2	2	3		
42	M	75	1.59	57	3	3	4	2	2	1	2	4	3	2	2	4	1	4	2	3	4	3	2	3	4	2	3	4	4	4	3	2	3	2	3	3	1	3	3	3	4	2	2	2	3	3	4	2	3	2	1	3		
43	M	72	1.68	54	3	3	3	2	1	1	2	4	4	3	3	4	1	3	3	4	4	4	2	1	4	2	4	4	4	3	3	1	3	2	3	2	1	3	2	3	3	1	3	3	3	3	4	1	4	3	1	4		
44	M	67	1.67	61	2	1	3	1	3	1	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	4	3	1	3	1	4	2	4	4	2	1	3	1	4	1	1	3	2	1	4	1	2	3	3	2	4	1	3	3	1	4	
45	M	70	1.65	64	2	2	3	1	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	4	4	2	3	1	3	1	4	3	2	3	3	1	4	1	4	1	2	4	2	1	3	1	2	2	3	2	3	2	4	2	2	3		
46	M	74	1.59	59	3	1	3	2	1	1	1	3	3	1	3	3	1	4	1	3	4	3	3	2	3	1	4	3	3	3	2	2	4	2	4	2	2	4	3	1	3	1	3	1	4	1	4	1	4	3	2	3		
47	M	68	1.63	60	3	1	4	1	1	2	2	4	3	1	3	3	1	4	2	4	4	2	3	2	4	1	4	3	3	4	3	3	3	2	4	3	1	4	3	1	3	2	3	1	4	2	4	1	4	3	1	4		
48	M	48	1.56	42	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	3	1	4	1	3	3	2	1	1	3	1	3	1	2	1	1	1	3	1	2	1	1	3	1	1	3	1	3	2	1	3	1	3	1	1	3	3		
49	M	53	1.58	62	1	1	3	2	2	1	1	3	3	2	2	3	1	3	1	3	3	3	1	1	3	3	3	2	3	1	2	2	3	2	2	1	1	3	1	1	3	1	3	2	2	3	2	3	1	1	3	3		
50	M	54	1.62	50	1	2	4	1	1	2	2	4	4	3	2	3	2	3	2	4	3	3	2	2	4	2	4	3	3	2	1	2	3	2	3	2	2	3	2	2	4	1	3	3	2	3	3	4	2	2	4	3		
51	M	56	1.65	48	2	1	4	2	3	1	2	4	4	2	3	4	2	4	2	4	4	2	2	3	4	2	4	2	2	3	2	1	4	2	3	3	2	4	2	2	3	2	4	3	2	4	2	4	1	2	4	4		
52	M	49	1.6	34	3	1	3	3	3	3	1	4	3	3	2	4	1	4	3	4	4	3	3	3	3	1	3	1	1	3	1	1	4	1	4	1	1	4	3	1	3	2	4	4	1	4	2	3	1	1	4	4		

