

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

Determinación social de la obesidad en hombres y mujeres de 20 a 65 años atendidos en el área de consulta externa del Hospital Militar de las Fuerzas Armadas en la ciudad de Quito

Sandra Lucía Urgilez Sanchez

Tutora: Ylonka Tillería Muñoz

Quito, 2023

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

	Reconocimiento de créditos de la obra	
	No comercial	
	Sin obras derivadas	

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Sandra Lucía Urgilez Sanchez, autora del trabajo intitulado “Determinación Social de la obesidad en hombres y mujeres de 20 a 65 años atendidos en el área de consulta externa del Hospital Militar de las Fuerzas Armada la ciudad de Quito”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet
2. Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

17 de marzo de 2023

Firma: _____

Resumen

La obesidad es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial. En la actualidad se considera un problema de salud pública, debido a que el número de casos crece de manera exponencial. En tal sentido, la presente investigación tuvo como objetivo evidenciar los procesos de exposición y vulnerabilidad en hombres y mujeres de 20 a 65 años diagnosticados con obesidad, atendidos en el área de consulta externa del Hospital Militar de las Fuerzas Armadas de la ciudad de Quito, periodo enero-diciembre del 2021. Para ello, el estudio estuvo enfocado en la epidemiología crítica, trabajada por Jaime Breilh.

Los datos fueron recabados a través de una encuesta socioepidemiológica aplicada a 78 pacientes, entrevistas a profesionales de salud y observación participante. Se identificaron cuatro fracciones de clase: empleados públicos sin título, trabajadores para el estado, trabajadores de empresas privadas y jubilados, de estos grupos el de mayor vulnerabilidad fueron los empleados del estado. Los resultados muestran que la obesidad es más frecuente en los hombres que en mujeres, principalmente en edades comprendidas entre 28 y 37 años. En cuanto a dimensión individual se observó un alto consumo de alimentos no procesados, alcohol y tabaco.

El paradigma de la determinación social de la obesidad permite identificar los procesos de vulnerabilidad, así como los procesos protectores, uno de ellos el acceso a la atención médica y fármacos, al igual que a la adquisición de alimentos saludables, en algunas fracciones de clase. En cuanto a los procesos destructivos se identificó un alto consumo de tabaco, alcohol, bebidas gaseosas y alimentos ultraprocesados. A partir de estos hallazgos se pueden diseñar estrategias específicas para su abordaje y prevención.

Palabras clave: obesidad, epidemiología crítica, modos de vida, enfermedades crónicas, estilos de vida

Tabla de contenidos

Figuras y tablas.....	9
Introducción.....	11
Capítulo primero Enfoque y marco conceptual.....	15
1.La obesidad un problema global.....	15
2.Fisiopatología de la obesidad	21
3.Medios de diagnóstico desde la epidemiología convencional.....	22
3.1.Índice de masa corporal (IMC).....	23
4.Determinación social de la obesidad: Un nuevo enfoque.....	24
4.1Procesos del dominio general	26
4.2.Procesos del dominio particular	30
4.3.Procesos del dominio singular.....	32
5.Modos de vida y estilos de vida.....	33
5.1.Modos de vida	33
5.2.Estilos de vida.....	37
6.Patrones de exposición y vulnerabilidad	39
6.1.Procesos destructivos y procesos protectores	40
Capítulo segundo Diseño metodológico.....	44
1.Pregunta central	44
2.Objetivos de la investigación.....	44
2.1.Objetivo general	44
2.2.Objetivos específicos.....	45
3.Tipo de estudio	45
4.Universo y muestra.....	46
4.1.Caracterización de la muestra.....	46
4.2.Diseño muestral	46
5.Recolección de la información	48
1.1.Técnicas e instrumentos.....	48
6.Análisis de los datos	49
7.Principios y consideraciones éticas	49
7.1.Recaudos éticos	49
8.Modelo analítico y operacional del análisis	50
Capítulo tercero Resultados.....	53

1.Caracterización de los modos de vida	53
2.Inserción social de los pacientes con obesidad.....	56
3.Inserción social y obesidad.....	60
4.Modos de vida de los pacientes con obesidad del Hospital Militar de las Fuerzas Armadas de Quito.....	65
4.1.Espacios de la configuración de los modos de vida (trabajo).....	65
4.2.Espacios de la configuración de los modos de vida: consumo (vivienda, acceso a salud, alimentación	67
4.3.Espacios de la configuración de los modos de vida (conocimiento-conciencia)	72
4.4.Espacios de la configuración de los modos de vida, Soportes (colectivos-familiares).....	74
5.Estilos de vida y salud individual	74
5.1.Procesos críticos identificados en la población de estudio.....	75
5.2.Procesos de exposición.....	76
5.3.Procesos protectores y destructivos	76
6.Discusión.....	77
Conclusiones y recomendaciones	83
Lista de referencias	87
Anexo 1: Formato de entrevistas para personal médico.....	91
Anexo 2: Formato de entrevista para Nutricionistas	92
Anexo 3: Formato de entrevista para enfermeras y auxiliares	93
Anexo 4: Formato de encuesta sobre la determinación social de la salud para personas con obesidad	94
Anexo 5. Consentimiento informado para pacientes.....	100
Anexo 6. Consentimiento informado para profesionales	101

Figuras y tablas

Figura 1. Interrelación de las causas de obesidad.....	22
Figura 2. Dimensiones de la determinación social	33
Figura 3. Determinación social y aplicación de las estrategias de promoción de salud. 38	
Figura 4. Proceso de producción y distribución de los alimentos	40
Figura 5.. Fracciones de clase de los pacientes con obesidad Quito, 2023	55
Figura 6. Escolaridad de los pacientes obesos.....	56
Figura 7. Ocupación diaria de los pacientes con obesidad.....	57
Figura 8. Promedio de ingresos mensuales del núcleo familiar de los pacientes con obesidad.....	58
Figura 9. Distribución de las ocupaciones de acuerdo al género.....	66
Figura 10. Relación entre la edad y la ocupación.....	67
Tabla 1 Clasificación de la obesidad según el IMC	23
Tabla 2 Índice de circunferencia de cintura.....	24
Tabla 3 Tamaño de muestra: Proporción.....	47
Tabla 4 Tamaño de la muestra.....	47
Tabla 5 Descripción de los participantes personal de la salud de la entrevista	48
Tabla 6 Caracterización de los pacientes según género, identidad étnica, edad y nivel de instrucción en pacientes con obesidad Quito, 2023.....	53
Tabla 7 Inserción social y obesidad en los pacientes atendidos en el Hospital Militar de las Fuerzas Armadas en Quito, 2023	60
Tabla 8 Prueba de Chi cuadrado entre la edad e IMC	61
Tabla 9 Relación entre el género e IMC.....	62
Tabla 10 Relación entre la procedencia e IMC	62
Tabla 11 Relación entre la fracción de clase e IMC.....	63
Tabla 12 Relación entre la escolarización e IMC.....	64
Tabla 13 Relación entre los ingresos e IMC.....	65
Tabla 14 Condición laboral de acuerdo con el género	66
Tabla 15 Tipo de afiliación.....	68
Tabla 16 Configuración de las condiciones de la vivienda de acuerdo con la fracción de clase	69

Tabla 17 Frecuencia de consumo de acuerdo con las fracciones de clase	70
Tabla 18 Frecuencias de consumo de alimentos no saludables de acuerdo con las fracciones de clase	71
Tabla 19 Procesos de vulnerabilidad	75

Introducción

Actualmente la obesidad es considerada como una patología con tendencia a convertirse en un fenómeno epidémico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica, a través del análisis epidemiológico, que desde el año 1975 hasta el 2016, las cifras han llegado a triplicarse. Se estima que en promedio existen aproximadamente 1900 millones de personas con sobrepeso en todo el mundo, patología más frecuente en personas de 18 años en adelante.

La obesidad representa un problema para la salud, especialmente en adultos mayores donde aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, entre otros. Anteriormente esta condición presentaba un patrón diferente puesto que era más frecuente en países desarrollados, sin embargo, hoy en día la realidad es otra, ya que la cifras han incrementado también en países con condiciones socioeconómicas deprimidas. La OMS estima que para el año 2030, 7 de cada 10 muertes en todo el mundo se deberán a enfermedades no infecciosas como las crónicas cuyo factor de riesgo sería precisamente la obesidad (Vaamonde y Álvarez 2020, 768)

Esto se debe a que las personas mayores de 60 años presentan una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas como, por ejemplo: patologías del sistema cardiovascular donde se incluyen enfermedades propias del corazón como la isquemia, hipertensión arterial, se incrementa el riesgo de episodios de trombosis, también son más susceptibles a manifestar diabetes mellitus, diferentes tipos de neoplasias. También son recurrentes los casos de litiasis vesicular y artritis. El incremento de estas enfermedades crónicas está relacionado con la presencia de diferentes factores predisponentes, siendo uno de estos la obesidad. Las estadísticas apoyan esta teoría debido a que la prevalencia de las patologías antes señaladas, se correlaciona con el incremento de las personas obesas. En tal sentido, durante el año 2017, se estimó que a nivel mundial existía en promedio 350 millones de personas con sobrepeso y 140 millones obesas. Según la distribución geográfica relacionada, en los países latinoamericanos y del caribe, la obesidad es un 10 % mayor en mujeres que en hombres (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2012).

En el Ecuador, la realidad es similar a otros países, uno de los primeros análisis epidemiológicos arrojó que la cantidad de casos asociados a esta patología es elevada; en el caso de la infancia se estimó que el 8,6 % de cada 100 niños ya era diagnosticado con

alguna de estas dos enfermedades. Estos resultados se correlacionaron con los datos de la evaluación de desnutrición del país, se obtuvo que en un periodo de 26 años la desnutrición severa disminuyó 15 %, mientras que el sobrepeso se duplicó en el mismo lapso de tiempo. Para las personas con edades entre 12 y 19 años las estadísticas son diferentes, en este grupo etario se encontró que el retardo de talla predomina y el índice de obesidad es de un 26 %. Asimismo, para los adultos se encontró una prevalencia del 63 % de problemas de sobrepeso. En términos generales, los datos indican que en promedio existen 900 mil sujetos en el rango de 10 a 59 años que presentan esta patología, de los cuales el 50 % además padece de síndrome metabólico.

De acuerdo con las cifras oficiales, anualmente se registran 2,8 millones de defunciones relacionadas con el sobrepeso y la obesidad. Con la llegada de la pandemia el escenario para las personas obesas se enfrentó a un peor pronóstico, puesto que los efectos de esta infección son más fuertes y se relacionan con una mayor probabilidad de ser ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI), riesgo de muerte y desarrollo de comorbilidades. A nivel fisiopatológico, la obesidad interfiere en el curso normal de diferentes procesos fisiológicos, por lo que es necesario conocer la relación entre el covid-19 y esta patología para disminuir los efectos adversos de la infección e incluso adoptar mejores medidas de prevención (Serrano Wiesner et al. 2021).

La crisis sanitaria por el covid-19 incrementó la preocupación por la incidencia de la obesidad, debido a que el confinamiento fue un factor predisponente para la aumentar los casos de problemas y enfermedades alimenticias, relacionadas principalmente con la desnutrición, sobrepeso y obesidad. Es por ello que la OMS, tomó como prioridad la promoción de políticas para fortalecer la nutrición. En Ecuador, los especialistas indican que existe un fenómeno conocido como doble carga de malnutrición, esto se debe a que el 24 % de la población infantil presenta cuadros de desnutrición severa mientras que al mismo tiempo más del 50% de los adultos presenta sobrepeso y obesidad mórbida (Llango 2021).

En la ciudad de Quito, en el Hospital Militar de Especialidades de las Fuerzas Armadas son atendidos pacientes afiliados al ISSFA, los cuales vienen de diferentes provincias, teniendo derecho a la atención los familiares como sus esposas, hijos, padres. El departamento de estadística de la institución reporta pacientes registrados en el sistema con diagnóstico con sobrepeso y obesidad. Así, en el periodo 2021, ingresaron en la consulta externa 308 pacientes.

Por lo expuesto, el presente estudio propone evaluar la obesidad desde la epidemiología crítica, trabajada por Jaime Breilh. Para ello se abordarán las categorías trabajadas desde la determinación social, cuyo objetivo principal es abordar la salud como un proceso. La evaluación de una problemática sanitaria que afecta a gran parte de la sociedad, a partir de la determinación social de la salud (DSS), permite conocer y analizar ampliamente la relación entre lo individual y lo grupal (Breilh 2013a, 20)

A través de este enfoque se logró identificar los diferentes mecanismos que permiten las características y comportamientos individuales, particulares y generales, de acuerdo a los aspectos económicos, políticos y culturales de la DSS en materia de nutrición. Siendo éstos un pilar fundamental para identificar y analizar la vulnerabilidad que presentan ciertos sectores de la sociedad que pueden definirse como estratos marcados por las desigualdades, barreras para el ingreso a las instituciones de salud, aspectos que influyen directamente en la calidad de la nutrición de las personas.

Por tal motivo, en el presente estudio se ha planteado como objetivo determinar los estilos de vida de las personas que acuden al el Hospital Militar de Especialidades de las Fuerzas Armadas, con la finalidad de identificar su relación con la obesidad y sobrepeso. Los resultados obtenidos permitirán el diseño e implantación de estrategias que permitan disminuir los índices de obesidad, promover la alimentación y nutrición saludables, al igual que mejorar la calidad de vida de la población.

La investigación se encuentra estructurada por capítulos; en el primero se aborda el enfoque y marco conceptual, exponiendo los principales conceptos relacionados con la problemática de estudio; el segundo corresponde al diseño metodológico, indicando los métodos y procedimientos que se emplearon para el desarrollo del estudio. En el tercero se exponen los resultados obtenidos, finalmente se presenta la discusión y conclusión.

En cuanto a la importancia y justificación del estudio, existe evidencia de que la obesidad, requiere de un abordaje integral, de acuerdo con un estudio publicado en el 2016 por la OMS donde se evaluó la epidemiología de la obesidad entre los años 1975 y 2016, se encontró que a nivel mundial se han diagnosticado más de 1900 millones de personas entre adultos jóvenes y mayores con esta patología, indicando que los casos se han triplicado. Tanto el sobrepeso como la obesidad fueron más frecuente en las mujeres (Hernández y Yuri 2019, 195). Aunque inicialmente la obesidad geográficamente era más prevalente en países con ingresos elevados, hoy en día se sabe que países con menos ingresos también reflejan altos índices. Por lo tanto, los problemas alimentos asociados al sobrepeso se han considerado un problema sanitario a escala mundial.

Esta realidad también se hace presente en Ecuador, por ejemplo, las estadísticas reportadas en el Hospital Militar de Especialidades de las Fuerzas Armadas, donde ha observado un incremento en los diagnósticos de sobrepeso y obesidad en los pacientes que acuden a consulta externa. Es por ello, que en el presente estudio se planteó el objetivo de realizar un estudio para aportar conocimientos sobre el impacto de la malnutrición que conlleva al sobrepeso y a la obesidad afectando la salud, al conocer los procesos críticos protectores y destructivos en los dominios general, particular e individual y la relación social-biológico, se puede determinar de manera más específica las repercusiones económicas de un problema de salud. En tal sentido, para mantener a una población saludable es necesario desarrollar estrategias enfocadas en el origen del problema.

La relevancia social del estudio radica en que la población es cada vez más vulnerable a los aspectos que se consideran un riesgo y conducen al desarrollo de obesidad, aunado a que las personas más jóvenes una vez que entran en la etapa de independencia económica y social son más susceptibles a adoptar conductas alimenticias poco favorables para la salud. En lo que se refiere a la relevancia científica es importante adoptar una metodología crítica para evaluar con mayor profundidad la realidad de las personas, el ambiente que les rodea, sus modos de vida y estilos de vida. Esto permite detallar los diferentes contextos que forman parte de un problema de salud pública, ya que permite identificar lo que las determinaciones de cada grupo social de acuerdo a su inserción social, forma de vida y cultura. Estos aspectos determinan de forma individual el concepto de estar o no sano (Breilh et al. 1990, 99)

Capítulo primero

Enfoque y marco conceptual

En el siguiente apartado se expone la descripción de la obesidad desde el punto de vista epidemiológico convencional, para ello se mencionan investigaciones realizadas previamente y las bases teóricas que la respaldan. A continuación, se muestran las bases conceptuales desde el paradigma crítico que fueron adoptadas para este estudio.

1. La obesidad un problema global

La obesidad se ha convertido en una de las enfermedades no transmisibles con mayor frecuencia en el mundo, a tal punto que es considerada actualmente desde el punto de vista epidemiológico, como un problema emergente para la salud pública (Pajuelo et al. 2020, 10). Clínicamente esta patología se define como un exceso de grasa, resultado de la acumulación anormal de ésta en el organismo, llegando a ser nociva para la salud. La obesidad no actúa solamente como una afección crónica, sino que también representa un riesgo para desarrollar otras condiciones como metabólicas, cardiovasculares, neoplasias, entre otras (Organización Mundial de la Salud 2023).

Fisiopatológicamente la obesidad es definida como una enfermedad metabólica inflamatoria crónica, que genera una acumulación excesiva y anormal de grasa en diferentes regiones del organismo, la localización de la acumulación de tejido adiposo será la responsable de establecer el riesgo cardio-metabólico. Es frecuente que la obesidad se acompañe de un incremento de peso, sin embargo, no todo aumento de peso se considera como obesidad (Delbono et al. 2009a, 56)

Debido a la complejidad de la enfermedad y dado que algunos conceptos solo abordan una parte de la patología, se han planteado otras definiciones más completas. Por ejemplo, Gutiérrez et al, (2020, 20) indican que desde un enfoque biopsicosocial la obesidad se encuentra relacionada con un conjunto de modificaciones tanto sociales como psicológicas que producen alteraciones conductuales. Este cambio en el comportamiento es el responsable de generar la necesidad de basar la alimentación en una dieta hipercalórica, incrementando el consumo de alimentos “fast food” los cuales presentan

un poder sacietógeno¹ disminuido, hecho que provoca que la persona requiera ingerir nuevamente comida en un periodo de tiempo corto.

Como se ha mencionado anteriormente, tradicionalmente, el diagnóstico de la obesidad se lleva a cabo por la determinación del IMC y el estimado de la grasa corporal, para ello, los especialistas recomiendan que se debe tener un conocimiento general de la composición del cuerpo, para establecer la cantidad de tejido adiposo que posee la persona. Normalmente, la cantidad de grasa corporal se asocia con el sexo, en el hombre entre el 12-20 % del peso total es grasa, mientras que en las mujeres este porcentaje es más elevado oscila 20-20 %, cuando se evidencia que la persona supera los límites normales de acuerdo al género, se determina que presenta un exceso de grasa corporal. Para establecer este incremento descontrolado existen métodos sofisticados como, por ejemplo, radiografías, densitometría, dilución isotónica, entre otros, sin embargo, al momento de la evaluación médica se utilizan otras técnicas más sencillas basándose en las medidas antropométricas (Delbono et al. 2009a, 60)

La obesidad se encuentra determinada por interacciones genéticas y medioambientales, con diverso predominio. El componente genético juega un papel importante ya que está involucrado entre un 40 % a 80 %. La gravedad y pronóstico de la obesidad, como entidad clínica, se relaciona con la cantidad de grasa corporal en exceso, la localización de la misma, además se tiene la hipótesis que el tejido adiposo es hipertrófico hecho que incrementa el riesgo de la enfermedad al igual que su posible depósito ectópico (Delbono et al. 2009b).

La obesidad es considerada una patología de evolución progresiva y degenerativa, en su etiología intervienen diferentes aspectos como antecedentes familiares, genética, hábitos de vida y alimentación poco saludables, entre otros. Actualmente, ha sido declarada como una problemática de salud pública en todo el mundo, como consecuencia de que incrementa las posibilidades de desarrollar otras enfermedades graves como es el caso de: diabetes mellitus, cardiovasculares, hipertensión arterial, diversas neoplasias, enfermedades osteomioarticulares, entre otras.

La obesidad es un problema que afecta diferentes aspectos del individuo, los efectos no sólo son a nivel fisiológico, sino que también conlleva alteraciones

¹ La frecuencia de consumo depende del equilibrio entre el hambre y la saciedad, ambas reguladas por el hipotálamo y procesos neurohormonales. Alimentos ricos en grasas y carbohidratos aportan una saciedad corta, por lo que la persona puede experimentar hambre en poco tiempo, incrementando el consumo de mayor cantidad y porciones de comida. Mientras que alimentos ricos en proteínas promueven un estado de saciedad más prolongado (Ochoa y Muñoz 2014).

psicológicas y emocionales que perturban el comportamiento social, interfiriendo en las relaciones interpersonales y perjudicando la autoestima

De acuerdo con lo antes señalado, los especialistas indican que cuanto mayor es el índice de obesidad, mayor es la posibilidad de manifestar algunas de las patologías indicadas. Asimismo, la obesidad más allá de un problema médico, actualmente también se considera un problema social, esto se debe a que deteriora de manera progresiva la calidad de vida, debido a las implicaciones psicológicas y sociales (Gutiérrez 2020, 63).

En este mismo orden existen otras definiciones de la obesidad, por ejemplo, Pasca y Montero (2015, 90) explican que el diagnóstico de esta enfermedad no debe limitarse únicamente al exceso de grasa corporal, sino que debe valorarse desde un paradigma más general. Los autores señalan que la obesidad es denominada como una patología sistémica cuya fisiopatología afecta diferentes órganos y se caracteriza por una inflamación de evaluación crónica, por lo tanto, tiene un efecto negativo en el metabolismo. En este proceso se interrelacionan aspectos genéticos y ambientales. Al igual que en otros conceptos de la enfermedad fenotípicamente se caracteriza por un depósito anormal y excesivo de tejido adiposo, esta situación crea un riesgo de mayor de morbilidad y mortalidad en los pacientes obesos en comparación con personas sanas.

Recientemente, esta enfermedad se ha relacionado directamente con muertes en edades pediátricas, ya que los niños obesos presentan más riesgo de morir a una edad temprana o bien desarrollar comorbilidades en la adultez, si se compara con niños sanos. La manifestación clínica de la obesidad en la infancia es similar a la de los adultos, comprendiendo episodios de hipertensión, problemas cardiorrespiratorios, aumento del riesgo de fracturas, elevación de los marcadores de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina, diabetes, alteraciones emocionales y psicológicas (Seidell 2007).

Revisión de estudios previos a cargo de Samper, Coll y Castellanos (2019, 335) realizada en Cuba titulada, “Metodología de actividades físicas para adultos mayores obesos con hábitos sedentarios”, tuvo como objetivo proponer una metodología de actividades físicas para adultos mayores obesos con hábitos sedentarios de 65 años. Se empleó una metodología descriptiva de enfoque mixto, con método analítico-sintético y abstracto, como técnicas de recolección de datos los investigadores utilizaron la observación, encuestas y entrevistas. Los resultados indicaron que mejorar el estilo de vida contribuyó a la disminución de la cantidad de grasa corporal de los adultos obesos.

De igual forma, Hernández et al. (2021, 7) efectuaron una revisión integrativa en México que llevó por nombre “Hábitos de alimentación asociados a sobrepeso y obesidad

en adultos mexicanos: una revisión integrativa”. El objetivo fue describir la relación entre la alimentación y el sobrepeso, la metodología consistió en realizar una búsqueda en bases de datos científicas empleando palabras claves y operadores booleanos. Los autores lograron identificar 12 artículos, a partir de los cuales concluyeron que los hábitos varían de acuerdo a la región, por ejemplo, en las zonas rurales se consumen mayor cantidad de frutas, vegetales, verduras y cereales que alimentos hipercalóricos, en cambio en las urbanas el patrón cambia, las personas tienen una mayor ingesta de alimentos ricos en lípidos, azúcares, comidas procesadas. Respecto a las distracciones que evitan llevar una adecuada alimentación se encontró el uso del teléfono durante las comidas, comer con prisa, poco consumo de agua y en su lugar una alta ingesta de gaseosas.

Por su parte, Plaza, Martínez y Navarro (2022, 75) efectuaron un estudio en Madrid titulado “Hábitos alimenticios, estilos de vida y riesgos para la salud”. La finalidad fue analizar los hábitos alimenticios, estilos de vida y datos antropométricos de una población militar. La metodología consistió en realizar una investigación observacional, descriptiva y transversal, se aplicó un cuestionario a 107 personas adultas para determinar los hábitos alimentarios. Se logró identificar que el 70 % de la muestra estudiada no presentaba adherencia a la dieta mediterránea y se diagnosticó sobrepeso y obesidad en el 30,17 % y 8,75 %, respectivamente.

Asimismo, Nalpan et al. (2022, 384) realizaron en Chile una revisión de la literatura titulada “Influencias de la familia en las elecciones alimentarias y nutrición de sus miembros”, cuya finalidad describir la evidencia actual de cómo variables familiares influyen en las elecciones alimentarias y el estado nutricional de sus miembros. La revisión pretendió identificar la relación entre la funcionalidad de la familia, los estilos de alimentación y comidas preferidas. Evidencia encontrada indicó que las familias organizadas, con una buena comunicación, con pocos conflictos y un buen equilibrio, al igual que padres que escuchan los requerimientos de los demás miembros, tiene una menor probabilidad de que incrementar el IMC y establecer malos hábitos. Por lo tanto, la familia puede intervenir para controlar el peso en pacientes con obesidad y mejorar los resultados del tratamiento.

De igual forma, Gutiérrez, Morales y Gelabert (2020, 12) llevaron a cabo un estudio que llevó por nombre “Eficacia de un programa de estilo de vida de salud en Chile”, el objetivo fue evaluar la eficacia del programa Consultores de Salud Familiar mediante un trabajo de seguimiento de los indicadores de salud medidos. Para ello se realizó un estudio analítico, cuasiexperimental y longitudinal en las ciudades de

Concepción y Temuco. Se evaluaron indicadores como el IMC, porcentaje de grasa corporal, porcentaje de músculo esquelético, nivel de grasa visceral, presión arterial sistólica y diastólica, perímetro de cintura y glucemia. Los resultados reflejaron que en el seguimiento general hubo diferencias relacionadas al IMC y porcentaje de grasa corporal, en tanto en el seguimiento personal obtuvo diferencias en los parámetros de presión arterial, porcentaje de grasa corporal IMC y perímetro de cintura. Esto permitió que los autores concluyeran que el programa permite fortalecer los factores protectores como mantener un peso sano, realizar deporte e incrementar el consumo de frutas y verduras.

De igual forma Muñoz, González y Cediell (2022, 31) realizaron un estudio en Colombia que llevó por nombre *Policy action initiatives against obesity in Colombia: a literature review using the Nourishing framework methodology Colombian policy actions against obesity*, el mismo presentó como identificar, mediante la metodología del marco Nourishing, las IAP y las evaluaciones de acción de política (EAP) contra la obesidad formuladas en Colombia desde 2005, para ello se realizó una revisión bibliográfica que permitió identificar que existen 42 Iniciativas de acción de política contra la obesidad, 16 se encuentran implementadas y 17 no implementadas. Las primeras estuvieron orientadas a realizar acciones multisectoriales, por su parte las segundas restringían las publicaciones de alimentos y bebidas. De acuerdo con los autores, el Estado debe tener un mayor compromiso para implementar medidas que ayuden a mejorar los hábitos de la alimentación de la población del país.

Igualmente, Pérez et al. (2022, 92) evaluaron la relación entre la obesidad y los aspectos socioculturales mediante un estudio que tuvo como objetivo analizar una serie de investigaciones publicadas en el país sobre el sobrepeso y la obesidad. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de 93 artículos, cuyos resultados mostraron que la obesidad está relacionada con diferentes procesos que fomentan su desarrollo como la crisis económica, un ambiente obesogénico, la transculturización, patrones de migración, entre otros. Al mismo tiempo los autores indicaron que existen otros aspectos que puede actuar como protectores siendo los principales la educación alimentaria, promoción de la salud y de las actividades físicas.

Por su parte Cardoso y otros (2022,201) realizaron un estudio en Brasil titulado: “Características de adultos con obesidad severa en tratamiento clínico en Rio de Janeiro y factores asociados a la pérdida de peso”, que tuvo como objetivo describir la clientela, el manejo y los factores asociados con la pérdida de peso en los Centros de Referencia para la Obesidad (CRO), en la ciudad de Río de Janeiro. Consistió en un estudio de

cohortes retrospectivo conformado por una muestra de 317 sujetos. Los resultados reflejaron que la mayoría de los pacientes presentaban antecedentes familiares de obesidad y más de dos comorbilidades, el tratamiento empleado principalmente consistió en mejorar los hábitos y llevar una dieta balanceada, sin embargo, solo el solo el 14,8 % de los participantes pudo reducir su peso, por lo tanto, los autores concluyeron que las estrategias terapéuticas ameritaban un replanteamiento.

Como se ha mencionado anteriormente, la migración representa en la comunidad latina un aspecto que tiene relación con el desarrollo de obesidad. Por eso, Tuñón (2022, 22) realizó una investigación con migrantes mexicanos en Estados Unidos titulada “Migrantes en Estados Unidos: testimonios sobre hábitos alimenticios, salud y cuerpo”. Presentó como objetivo contrastar los hábitos alimenticios y la percepción sobre los problemas de salud asociados con el sobrepeso y la obesidad, de mujeres y hombres migrantes de México que radican en el estado de Nueva York, Estados Unidos. Se empleó una metodología cualitativa, con una muestra de 35 familias. Se obtuvo como resultado que, aunque las amas de casa pretenden continuar con las comidas mexicanas indudablemente el patrón de alimentación cambia incorporando comidas rápidas americanas sobre todo en niños en edades escolares. También las familias indicaron que en el nuevo país las porciones de las comidas suelen ser más grandes que en su nación de procedencia. De acuerdo con estos hallazgos, la autora concluyó que ocurre una transformación en los hábitos alimentarios de las personas que migran, los cuales dependerán de su nivel socioeconómico, lugar de residencia y estado civil.

Por último, es necesario mencionar la investigación de Vásquez et al. (2021, 852) realizada en México, titulada “Efectos de la frecuencia de consumo de alimentos ultra procesados y su asociación con los indicadores del estado nutricional de una población económicamente activa en México”, el objetivo fue determinar la relación entre consumo de alimentos ultra procesados y los indicadores del estado de nutricional. Se empleó un estudio transversal con una muestra de 150 personas. Se obtuvo como resultado que más de la mitad de la muestra presentó obesidad, sobrepeso, un porcentaje elevado de grasa corporal y un alto riesgo metabólico. Asimismo, se encontró que el consumo de alimentos ricos en azúcares es de 10,4 veces por semanas. Los autores concluyeron

En otro estudio realizado en la ciudad de Cuenca por Verdugo (2014, 25) se determinó una tasa de prevalencia del 42,2 % y 40,6 % para el sobrepeso y obesidad respectivamente, al igual que en las estadísticas mundiales, estas enfermedades fueron más frecuentes en el sexo femenino con 69,3 %. De acuerdo con las conclusiones de la

investigadora, la obesidad en Cuenca presenta un índice de prevalencia superior al encontrado en otras zonas del país, se determinó que en los individuos con edades entre 40 a 64 años fue del 83,1 %, indicando un valor por encima de la prevalencia nacional estimada que se ubicó en 62,8 %.

La relevancia social del presente estudio radica en que la población es cada vez más vulnerable a los aspectos que se consideran un riesgo y conducen al desarrollo de obesidad, aunado a que las personas más jóvenes una vez que entran en la etapa de independencia económica y social son más susceptibles a adoptar conductas alimenticias poco favorables para la salud. En lo que se refiere a la relevancia científica aplicar una metodología crítica ayuda a analizar de manera más amplia y profunda la relación causa y efecto, al igual que la realidad en la que viven las personas con obesidad, el ambiente que les rodea, sus modos de vida y estilos de vida, permite detallar los diferentes contextos que forman parte de un problema de salud pública, ya que permite identificar lo que las situaciones y factores que cada persona considera normal de acuerdo a su posición socioeconómica, religión, forma de vida y cultura. Estos aspectos determinan de forma individual el concepto de estar o no sano (Breilh et al. 1990).

La importancia de estudiar la obesidad desde la epidemiología crítica se debe a que permite comprender la Génesis de la enfermedad más allá de los criterios clínicos, esto implica conocer la influencia de otros aspectos relevantes como la cultura, la sociedad, ingresos económicos y la educación. Esto permite que se obtengan nuevos conocimientos tanto a nivel teórico como metodológico que ayudan a la construcción de políticas públicas que mejoren la problemática desde el punto de vista social y sanitario.

2. Fisiopatología de la obesidad

A partir del enfoque de la obesidad formulado por Pasca y Montero (2015, 23), esta patología empezó a evaluarse como una enfermedad multisistémica definida por la interrelación de los factores genético y los ambientales, pero sin excluir los riesgos antropométricos, es por ello, que la enfermedad empezó a analizarse desde una perspectiva más amplia para comprender el proceso fisiopatológico que la genera. Como se ha mencionado, la obesidad a nivel corporal se manifiesta como una acumulación excesiva de tejido adiposo como consecuencia de la incapacidad del organismo para controlar el metabolismo de la grasa, la cual sufre modificaciones a nivel cuantitativo y cualitativo, además este proceso anormal va acompañado de un cuadro inflamatorio que

es denominado tipo - inflamatorio. De manera general la obesidad se encuentra asociada a múltiples desórdenes metabólicos como el síndrome metabólico y la resistencia a la insulina (Suarez, Sanchez y González 2017, 2). En la Figura 1 se visualiza la interrelación de las causas y riesgos vinculados a la obesidad desde el enfoque convencional.

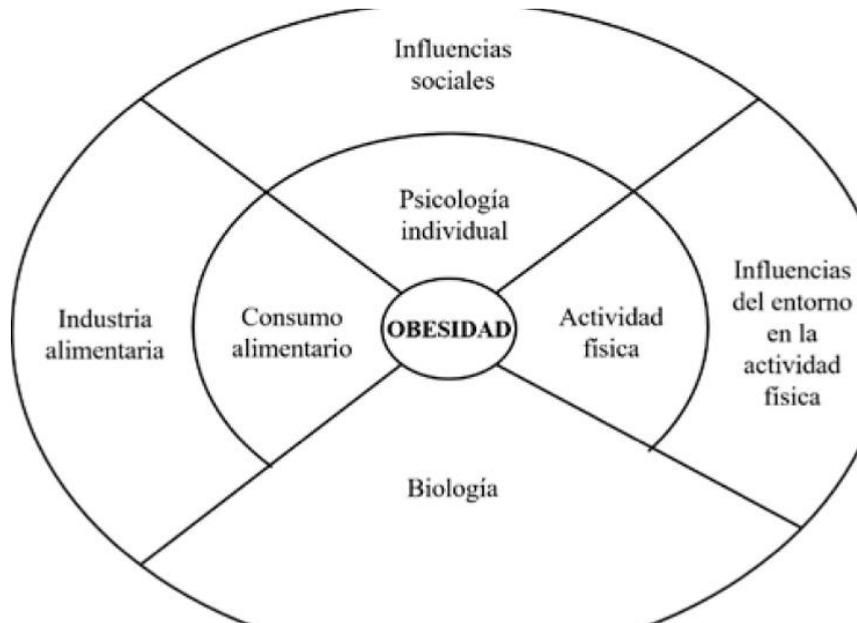


Figura 1. Interrelación de las causas de obesidad
Fuente: (Alvarez, y otros 2012, 4)

Como se indica en la figura anterior la obesidad se ve influenciada por diferentes aspectos en el caso de los innatos y no modificables como los genéticos, se relaciona con la herencia y los antecedentes familiares, pudiendo estar vinculados con la determinación biológica del metabolismo que incide en una mayor predisposición a la acumulación excesiva de tejido adiposo. En el caso de los ambientales están vinculados a las políticas sanitarias, las influencias del entorno donde se incluyen los sociales, la producción, distribución y consumo de alimentos. Por tal motivo, un análisis de la enfermedad abordando estos temas, permite la implementación de medidas en cada una de estas categorías, permitiendo un abordaje integral de la misma.

3. Medios de diagnóstico desde la epidemiología convencional

De manera general, se ha implementado el índice de masa muscular (IMC), como uno de los métodos más accesibles y rápidos para clasificar a las personas en los diferentes grados de obesidad, sin embargo, presenta algunas limitaciones diagnósticas, al no poder

identificar si el incremento de la masa se debe a exceso de grasa ha sido a expensas de condiciones magras. Por tal motivo, la realización de la evaluación, esta medida debe complementarse con otros criterios como la circunferencia de la cintura (CC), que se relaciona con la grasa visceral. A continuación, se describen cada uno de estos métodos (Pajuelo et al. 2020).

3.1. Índice de masa corporal (IMC)

Es un índice que se emplea para catalogar a las personas según su grado de obesidad y sobrepeso, se obtiene a partir del peso y estatura del individuo. Es importante señalar que el IMC no mide grasa corporal, pero si se puede correlacionar de manera moderna con esta. Esta medida se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la altura al cuadrado en metros. De acuerdo con el valor obtenido las personas se pueden ubicar en los siguientes estratos:

Tabla 1
Clasificación de la obesidad según el IMC

IMC	Sobrepeso/ obesidad
< 18	Desnutrición
18,5 – 24,9	Normal
24-29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidad I
35 – 39,9	Obesidad I
> 40	Obesidad III

Fuente: Bauce y Moya (2020)

De igual forma, se pueden considerar índices de obesidad si la medida obtenida sobre la cresta ilíaca es ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres. También puede emplearse los siguientes índices:

Índice cintura-talla: este índice puede ser utilizado para estimar la obesidad abdominal, siendo la medida 0,5 como límite de riesgo. Esto se debe a que la acumulación elevada de tejido adiposo a nivel abdominal se asocia a una mayor probabilidad de riesgo cardio-metabólico.

Índice cintura-cadera: permite clasificar la obesidad en dos tipos en función de la acumulación de la grasa corporal. La obesidad androide si el tejido graso es abundante en la zona abdominal y obesidad ginoide si se la grasa es acumulada en zonas como los glúteos,

cadera y muslos. Para obtener el índice se divide el perímetro de la cintura de una persona por el perímetro de su cadera en centímetros (cm), el índice $\geq 0,9$ en los hombres y $\geq 0,85$ en las mujeres representa un mayor riesgo (Rodríguez, Soriano, y Merino 2017).

De acuerdo con la definición de síndrome metabólico expuesta en las Guías propuestas por el Panel de Expertos en Colesterol en el Tercer Panel de Tratamiento para Adultos (ATP III) y las Guías Clínicas para la Obesidad del Instituto Nacional de Salud de los EE. UU. (NIH), los índices de circunferencia de cintura de 88 cm para las femeninas y 102 cm para varones se consideran los puntos de corte para el riesgo de obesidad y sus factores asociados (Seidell 2007).

Tabla 2
Índice de circunferencia de cintura

Sexo	Zona abierta	Nivel de acción
Hombres	> o igual a 94 cm	> o igual de 102 cm
Mujeres	> o igual de 80 cm	> o igual de 88cm

Fuente: Bauce y Moya (2020, 12)

4. Determinación social de la obesidad: Un nuevo enfoque

En la epidemiología crítica, la determinación social de la salud (DSS) forma parte de las categorías principales para el estudio de un determinado fenómeno, siguiendo la dimensión general, particular y singular. En tal sentido los resultados de la evaluación se presentan en el orden de general a particular, pero las recomendaciones se generan en el orden inverso. Durante el estudio epidemiológico crítico tiene lugar varias formas de subsunción, este término hace referencia a la interrelación humano-sociedad- salud y las transformaciones mutuas. Lo cual permite analizar los aspectos más simples y los más complejos de la problemática, es necesario recalcar que en cada diferentes existen diferentes niveles de complejidad y pueden surgir diferentes variables que dependen de las condiciones dinámicas que se presenten (Breilh 2013).

Para comprender la determinación social, la visión de la epidemiología crítica deja atrás el antropocentrismo y reconoce en el sociobiocentrismo, para darle paso a una nueva perspectiva mundial que apuesta por una relación saludable con el conjunto de la naturaleza y que, por lo mismo, supera la lógica puramente extractiva del positivismo y el capital. Ello tiene que ver también con las relaciones sujeto-objeto y, más aún, con las

relaciones sujeto-sujeto, intersubjetivo, interdisciplinario e intercultural (Acurio 2021, 25).

La necesidad de abordar la problemática de la obesidad con otras metodologías, surge a partir de la complejidad de la enfermedad, ya que, elementos como la reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza, ameritan un análisis crítico que la epidemiología clásica por sí sola no puede aportar. En otras palabras, es necesario comprender que la salud es un proceso biológico íntimamente relacionado con métodos sociales, por ellos se deben estudiar y trabajar las relaciones “social-biológico” y “sociedad-naturaleza”, de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación (Breilh 2010).

Es por ello que, un estudio crítico enfocado en la determinación social de la salud, requiere que el problema sea estudiado, contextualizado y caracterizado de manera territorial, es decir, ubicar socioespacialmente a la población de riesgo o a la muestra sujeto de estudio. Esto permite identificar como se produce el problema, que métodos emplea, como se reproduce a nivel social, que condiciones de vida se asocia, además se debe tomar en consideración, el patrón de emigración de la población, la cultura, nivel de educación y acciones humanas, de acuerdo los espacios geográficos definidos se relacionan con la malnutrición y desarrollando sobrepeso y obesidad en la población adulta.

Cuando se realiza una investigación con enfoque epidemiológico es necesario la intervención de otras áreas para abordar todas las dimensiones del tema en cuestión, por lo tanto, se convierte en un estudio multidisciplinario, con la finalidad de describir la problemática partiendo de sus orígenes, su ciencia, su visión territorial, su desarrollo eco sistémico. Los resultados obtenidos de estas investigaciones, impulsan la iniciativa de fomentar cambios y que estos sirvan para mejorar la calidad de la salud de la comunidad en general, por medio de estrategias y herramientas fundamentadas en información de carácter científico y epidemiológico (Breilh 2014).

A través de los años se ha incrementado el número de personas con diagnóstico de obesidad, al igual que los casos de muertes y comorbilidades asociadas, anteriormente era un patología más frecuente en países de desarrollo, sin embargo la enfermedad se ha propagado, presentando innumerables casos en la actualidad independientemente de la geografía, edad o estrato social, por lo tanto, ha sido necesario, empezar a evaluar la enfermedad desde otras perspectivas, centrándose no es las causas sino analizar cómo va surgiendo y enfocándose en las formas de prevenirlas abordando todos los aspectos. Es

necesario comprender que la pandemia de la obesidad surge a partir de la interrelación de aspectos, históricos, sociales, económicos y culturales, por lo que debe ser atendida de manera multidisciplinaria (Álvarez, Sánchez, y Gómez 2012).

Además de las típicas causas de la obesidad como el incremento de la ingesta de alimentos ricos en grasa saturadas, carbohidratos, azúcares y con poco aporte nutricional, aunado a que se ha propagado la tendencia del sedentarismo, existen otros aspectos que favorecen el desarrollo de la enfermedad. Desde el punto de vista de la epidemiología crítica, las diferentes patologías poseen determinantes sociales que influyen en su manifestación, en el caso de la obesidad influyen aspectos a nivel general, particular y singular, por ejemplo en el primero se incluye de manera más importante que en la actualidad existe una mayor disponibilidad y accesibilidad de alimentos en el mercado a un menor costo, permite que las personas pueda adquirir una mayor cantidad de productos ultra procesados y de alto porcentaje energético (Álvarez, Sánchez, y Gómez 2012).

La determinación social de la obesidad permite comprender, que la solución a la diseminación de la enfermedad no solo debe fundamentarse en llevar una dieta y estilo de vidas saludables, puesto que se ha comprobado que no todos los pacientes siguen estos regímenes. Esto se debe no solo a la falta de voluntad si no a un conjunto de aspectos económicos, sociales y emocionales que interfieren en el éxito de los tratamientos convencionales. En los determinantes sociales que puede afectar consumir una alimentación sana se encuentran (Rodríguez y Casas 2018).

4.1 Procesos del dominio general

El dominio general se forma a partir de los procesos estructurales que conforman la sociedad, dando lugar al establecimiento de patrones y leyes universales a nivel social, mismas que originan y se convierten en parte esencial de la determinación de las demás dimensiones tanto particular como singular (García 2020, 8). Para el análisis del proceso salud-enfermedad de las patologías asociadas con la alimentación, la determinación social del dominio general incluye una serie de aspectos elementales para entender cómo se establece la enfermedad donde se incluye la forma de producir, distribuir y consumir los alimentos en la sociedad.

Es por ello, que para comprender el dominio general es indispensable analizar los modos de vida, incluyendo además los aspectos políticos, económicos, culturales y

ambientales de la sociedad, además de la lógica de producción-consumo y la actuación del Estado (Cardona 2016, 85).

En tal sentido, es importante indicar los aportes de Izurieta (2022, 152) quien señala que en la sociedad actual existe una interrelación entre el consumo, el ambiente y la salud, por lo que analizar el patrón de consumo de la población puede representar un desafío, ya que ambos procesos están vinculados con grandes daños. Por un lado, a producción masiva de los alimentos conlleva a la contaminación del medio ambiente y deforestación de los bosques, mientras que el consumo excesivo de alimentos y bebidas poco beneficiosos induce al establecimiento de pandemias que hasta el momento son incontrolables para el sistema de salud, como es el caso de la obesidad y el sobrepeso.

Como indica Breilh (citado en Izurieta 2022, 1555), la economía actual produce un entorno nocivo que reproduce de los aspectos negativos de los modos de vida, por lo tanto, incide de manera directa en el proceso salud-enfermedad. Aunado a esto existen aspectos globales que se caracterizan por facilitar e incrementar la posibilidad de que se presenten casos de obesidad en la sociedad. Ejemplo de ello, son las formas de consumo que se transmiten a través del Régimen alimentario corporativo² donde se establece las formas de producción de los alimentos y el cómo será el consumo de los mismos. De igual forma, la transformación de los modos de vida, se ve influenciada por la economía y la publicidad masiva de alimentos procesados y poco saludables, volviéndolos más accesibles y atractivos. Al respecto, Echeverría (2010, 23) indica que

Los alimentos y bebidas correspondientes a esta forma de consumo, propias del régimen alimentario corporativo, son nocivos en cuanto a su contenido material por el nivel de artificialización. Para contrarrestar este carácter de nocividad de las dietas, el proceso de la publicidad alimentaria la subvierte a través de imágenes y discursos manipuladores que puede explicarse como una forma de producción semiótica. La estrategia de manipulación discursiva e icónica de la publicidad de alimentos y bebidas procesadas parte justamente del nivel general hacia la configuración de representaciones del alimento en consumidores.

En tal sentido, el patrón de producción y consumo se encuentra determinado por factores económicos, como el salario gran parte de la población de todos los países basan sus ingresos económicos principales en el salario mínimo, situaciones que está muy

² Philip McMichael (citado por Hernández 2016, párr. 3) indica que es una herramienta que permite comprender la relación que se establece entre ordenamiento del mundo y el comercio agroalimentario. “establece un orden capitalista mundial gobernado por reglas que estructuran la producción y el consumo de alimentos en una escala global, poniendo atención en el desarrollo de las relaciones políticas y económicas y sus tensiones”.

presente en Latinoamérica. En algunas familias sobre todo en las muy extensas es difícil cubrir todos los gastos mensuales con esta cantidad de dinero. Es tal sentido, llevar un régimen alimenticio especial en estas condiciones es casi imposible (Rodríguez y Casas 2018, 283).

En el caso de Ecuador, el salario mínimo establecido por el Estado para el 2021 es de USD 400 de acuerdo con el Acuerdo Ministerial n.º MDT-2020-249 de lunes, 30 de noviembre de 2020, se oficializó el valor del Salario Básico Unificado (SBU)(Instituto Nacional de Estadística, 2020). Al momento de estudiar la prevalencia de obesidad en comunidades vulnerables, es necesarios considerar si sus condiciones económicas permiten cumplir con las indicaciones médicas, con la finalidad de diseñar las estrategias más idóneas para lograr los objetivos de la intervención.

El precio de la canasta básica, al igual que el salario mínimo, constituye otro de los procesos generales que influyen de manera negativa en el desarrollo de la obesidad es el precio de la canasta básica. Como se sabe, la valoración de esta canasta se basa en la conformación de productos para llevar una alimentación saludable y balanceada, sin embargo, en la actualidad no todas las familias pueden adquirir fácilmente (Rodríguez y Casas 2018). En Ecuador, según el Boletín Técnico del Instituto Nacional de estadística (2023) el costo para enero de 2023 de la canasta básica ecuatoriana es 539,78, un valor superior a lo que es el sueldo mínimo nacional.

Debido a estos incrementos en el precio de los productos básicos las personas se han visto en la obligación de doblar las jornadas laborales, buscar empleos más fuertes y mejor remunerados, emigrar, cambiar hábitos personales, entre otros. Entonces surge la interrogante ¿Cómo afecta esto el desarrollo de la obesidad? La respuesta es simple estas condiciones desfavorables crean un círculo vicioso que conduce a la malnutrición, patologías, difícil acceso a la promoción de la salud y a la educación alimentaria, consumir alimentos rápidos por falta de tiempo y cansancio (Rodríguez y Casas 2018, 285).

También en el dominio general es importante evaluar cómo es el consumo de los alimentos en la sociedad moderna capitalista (Veraza 2007, 79) señala que la dieta moderna que se ha establecido en las sociedades se basa principalmente en el consumo de alimentos poco saludables como por ejemplo azúcar refinada, la carne roja, los aditivos, incremento en la frecuencia de la ingesta de comida rápida o “chatarra”, (“fast food”) al igual que los transgénicos. Todos estos productos se definen como elementos que predisponen e intervienen en el desarrollo de patologías crónicas como la obesidad,

diabetes y cáncer. Uno de los fenómenos más impactantes en la relación producción-consumo es la adicción que desarrollan las personas hacia un determinado alimento, en parte esto se debe a modificaciones de la psiquis de los consumidores debido a que han perdido progresivamente la capacidad de construir su emocionalidad e intelecto. Por lo tanto, se ha determinado que la construcción de individuo ha quedado bajo la responsabilidad de las empresas capitalistas, al mismo tiempo que el acceso a la salud se ha vuelto más difícil, con elevados precios, aunado a la dificultad de contener todas las enfermedades crónicas que afectan a la población.

Además de lo antes planteado, el dominio general también está constituido por el rol del Estado y de las políticas públicas como actores esenciales para el modelo productivo y la garantía de los derechos de los ciudadanos. Como se ha mencionado la distribución desigual de los recursos y el acceso a los servicios, es uno de los principales mecanismos implicados en el proceso salud-enfermedad. De acuerdo con el manuscrito realizado por Sepúlveda (2014) para la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en la actualidad los Estados actúan como garantes del cumplimiento de los derechos políticos, económicos y sociales de las personas.

En tal sentido, es necesario plantearse ¿cuál es la relación entre las políticas estatales y el aumento de la obesidad? Al momento de evaluar el patrón de la enfermedad en la comunidad, se debe analizar la situación política, económica y social de la misma, es deber del Estado crear políticas en las cuales todos los ciudadanos salgan favorecidos, así como la dotación de insumos y equipamiento adecuado para la atención en los centros de salud pública. Esto se debe, a que no todas las comunidades y familias disponen de los mismos recursos para acceder a consulta o adquirir medicamentos, además de llevar una dieta equilibrada, por lo que es necesario incrementar las políticas productivas, generar empleos, promover la seguridad social y trabajar de la mano con el sistema de salud.

Por último, se debe considerar el rol del territorio en la determinación social, según lo expuesto por Soliz (2023, 25) la enfermedad no se produce de manera deliberada o al azar, sino que, se presenta en personas de un territorio específico. La autora menciona que hoy en día procesos dialécticos de subsunción-autonomía, producción-reproducción, metabolismo sociedad-naturaleza y procesos críticos protectores-deteriorantes, son más claros y entendibles, puesto que se manifiestan a través de la enfermedad, los territorios, entendidos como comunidades, familias y el cuerpo, expuestos a condiciones desfavorables son más vulnerables para desarrollar alteraciones físicas y emocionales.

4.2. Procesos del dominio particular

El dominio particular se caracteriza por ser el nivel intermedio y de conexión entre lo general y lo singular, por lo que se relaciona con los procesos de producción y reproducción social de los diferentes grupos y comunidades. A diferencia del general, en este eslabón se determinan las directrices y leyes que rigen las condiciones de vida a nivel grupal, es decir, da origen a las clases sociales, etnias y géneros, debido a que se encarga de crear y recrear modos de vida, por lo que es esencial para determinar los procesos destructores y protectores de la comunidad (García 2014, 27).

Dentro de los determinantes particulares se incluye el ambiente familiar, mismo que se encarga de determinar los patrones de alimentación, preferencias y rechazos por ciertos alimentos, son características que están vinculadas directamente con el núcleo familiar y su influencia en la etapa de la infancia, debido a que, durante esta fase, el ser humano adquiere y desarrolla sus hábitos y prácticas alimentarias. En tal sentido, la familia se vuelve un determinante de gran importancia para prevenir y tratar la obesidad, en esta asociación se observa la interacción de aspectos ambientales, cognitivos, fisiológicos y socioculturales y la adopción de modelos familiares y sociales (Rodríguez y Casas 2018, 183).

Es por ello, que en el dominio particular se debe realizar un análisis de las condiciones de vida de la comunidad y la familia, identificar el patrón de trabajo, la forma en que acceden a los bienes y servicios, como se forman los valores y se reproduce la cultura y la identidad. Además de evaluar cómo se organizan las personas para obtener beneficios en común y la relación ecológica que se establece para el disfrute del medio ambiente (Cardona 2016, 95).

De igual forma se ve influenciado por la desigualdad social, las diferencias sociales y económicas hacen que las zonas vulnerables lo sean aún más, dificultando el acceso a los centros de salud y a las estrategias de promoción y prevención de la salud. Es por ello, que en los últimos años se ha visto una transformación de la incidencia de malnutriciones, pasando de que las comunidades menos favorecidas presentaran altos índices de desnutrición a en la actualidad exhibir patrones de obesidad (Rodríguez y Casas 2018).

En tal sentido, las personas que viven en zonas rurales a mayor distancia que de los centros de salud, tienen un menor acceso a la posibilidad de evaluaciones preventivas

y seguimiento de la patología, al igual que se hace más difícil la promoción de la salud. En este punto, también es necesario indicar el aspecto cultural, las comunidades fuertemente arraigadas a sus costumbres nativas como el tratamiento de enfermedades con plantas medicinales en el caso de los pueblos indígenas, puede actuar como un mecanismo que puede incrementar el desarrollo y complicaciones de la patología. A continuación, se indican las dimensiones que se evalúan en el este dominio:

- 1) *Consumo*: como se ha mencionado, por lo general, el patrón de consumo es igual en toda la familia, la forma de preparar los alimentos, el proceso de compra, frecuencia de las comidas, entre otros representan aspectos que son producidos y reproducidos en el núcleo familiar. Asimismo, se ve influenciado por las características propias de la comunidad, la forma de consumo varía de acuerdo a la localidad, por ejemplo, la dieta de un determinado grupo de personas difiere si vive en la sierra o en la costa, debido a la cultura, características geográficas de la zona, disponibilidad de productos y el precio de estos que es diferentes entre una zona y otra dependiendo de si se produce allí o no.
- 2) *Inserción laboral*: se vincula con el territorio y la distribución de los recursos. Como se ha evidenciado anteriormente la economía es uno de los principales procesos que está relacionado con el desarrollo de la enfermedad. Los ingresos mensuales determinan si se puede o no cubrir los gastos básicos, asimismo influye en la adquisición de los productos para el consumo. Las personas con mayores ingresos tendrán un mayor acceso a alimentos variados y por lo tanto una dieta equilibrada, en comparación con personas de menos ingresos.
- 3) *Inserción social*: permite valorar cómo se distribuyen las actividades en la comunidad, las personas que pertenecen a un determinado grupo social, tiene una mayor posibilidad de adquirir y transmitir modos de vida. Este punto puede actuar de manera ambigua tanto como proceso protector o destructivo, dependiendo de las características del grupo.
- 4) *Procesos protectores*: son todas las medidas que pueden emplearse como mecanismo para prevenir la aparición de la enfermedad, para la obesidad puede señalarse, el acceso al sistema de salud, condiciones de vida estables, poseer hábitos saludables, recursos económicos constantes para cubrir los gastos, acceso a la información y promoción de la salud, entre otros.

- 5) *Procesos destructivos*: corresponden a los diferentes aspectos que aumentan la probabilidad de desarrollar o agravar la enfermedad, como llevar un patrón de consumo no saludables, no realizarse evaluaciones médicas, falta de recursos para la adquisición de medicamentos, desigualdad de los servicios, entre otros.

4.3. Procesos del dominio singular

La dimensión singular o particular se encarga de evaluar y determinar los estilos de vida de cada individuo, así como los procesos físicos y psicológicos que se expresan tanto genotípicamente como fenotípicamente y que a su vez dependen de la determinación de los eslabones general y particular. Incluye las practicas inconscientes y conscientes que realiza la persona pero que a su vez se encuentran vinculadas con los modos de vida del grupo al que pertenecen (Torres 2019, 26).

Desde la determinación social de la obesidad, uno de los aspectos individuales que tiene influencia en el desarrollo de la patología es la actividad física. Investigaciones como las realizadas por Thomas y Ferrer (2020, 3) indican que la distribución del poder adquisitivo y los recursos tanto a nivel mundial, regional y local están directamente vinculados con la estratificación social. En el caso de la obesidad, los determinantes particulares como realizar actividad física está asociado en gran parte al estrato socioeconómico, por ejemplo, gran parte de la población que practica algún deporte o actividad física se ubican en las clases sociales altas, y la frecuencia va disminuyendo conforme lo hace la clase también. Por tal motivo, el contexto y determinantes del paciente obeso varia de su entorno social y económico.

También se incluyen otros aspectos como por ejemplo el horario y tipo de jornada laboral que lleva el individuo, patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivienda; acceso y calidad de servicios; recreación, valores y las acciones de defensa y promoción de la salud (Torres 2019, 19).

Como se indica en la figura 2 la determinación social de la obesidad y cada una de sus dimensiones se derivan de la naturaleza de la sociedad y de la soberanía de la alimentación. En tal sentido, en la génesis de esta patología, al igual que otras enfermedades nutricionales y metabólicas, interviene de manera externa, las formas de producir los alimentos, el consumo, la relación entre los mercados y la industria además del papel de los medios de comunicación. También influye la distribución del territorio,

los modos de vida y la inserción social, asimismo, el estilo de vida y los patrones de consumos individuales.

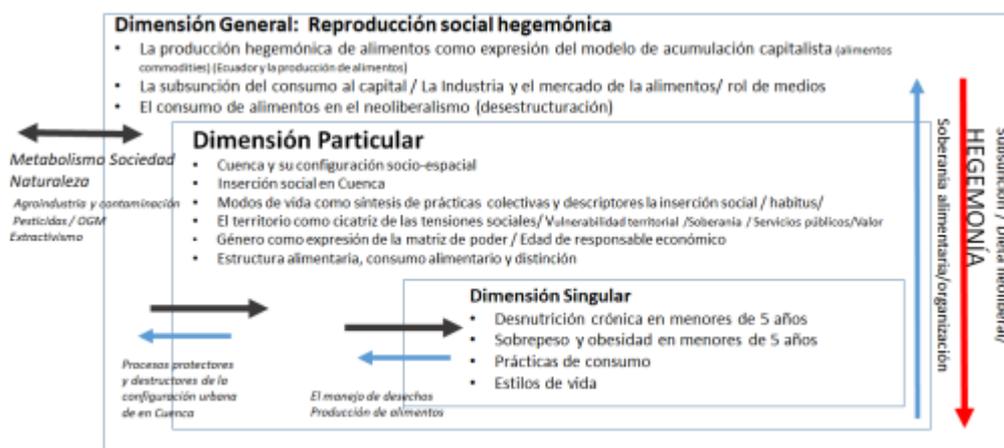


Figura 2. Dimensiones de la determinación social
Fuentes: Acurio (2021) basado en Breilh 2013.

5. Modos de vida y estilos de vida

En el análisis crítico-epidemiológico de una patología es necesario evaluar el proceso salud enfermedad, con la finalidad de comprender este fenómeno no solo como un proceso biológico sino como diferentes aspectos se interrelacionan para y se comportan en una comunidad para mantener la vida o generar la enfermedad que puede conducir a la muerte. Desde el punto de vista de la determinación social el surgimiento de la enfermedad depende de la relación que se establece entre las condiciones políticas, sociales y económicas que se establecen entre las dimensiones general, particular y singular. Aunado a esto, también forma parte de este proceso otros putos elementales como el modo y estilos de vida, lo cuales junto con las dimensiones estructurales permiten desarrollar una visión biopsicosocial de la enfermedad (Polo 2020, 155).

5.1. Modos de vida

Los modos de vida de una persona o de una comunidad tienen su origen en los antecedentes históricos de la población los avances, retrocesos y cambios económicos y sociales, que han marcado la estructura de poder. En el modo de vida se incluye el horario personal, horario laboral, patrones de alimentación, tiempo de ocio, tipo de vivienda, valores personales y familiares. La interacción de todas estas variables trae como resultado los estilos de vida individuales y colectivos (Breilh 2013).

La primera vez que se dio a conocer el término y significado de modos de vida fue en el año 1987 por Harlem Brundtland, aunque en décadas anteriores, investigadores como Henri Lefebvre en 1965 ya daban una crítica a la cotidianidad de las personas, explicando que, en el mundo moderno, el individuo se separó de sí mismo y de la industrialización, generando cada vez personas más pobres y un mundo de escasos. Por su parte, otros autores como Foucault (1977) y Michel De Certeau (1984) señalan que la producción de bienes, servicio y productos dependen del patrón de consumo de las personas y de sus necesidades, generando que se produzcan cambios en el orden social, económico y político (Polo 2016, 152).

Llevando estas teorías a la actualidad, se puede establecer una retrospectiva donde claramente se evidencia que la forma en que se establece el proceso salud-enfermedad hoy día, se encuentra íntimamente vinculado con la forma en que ocurre la relación entre necesidad-producción-consumo. Es por ello, que puede inferirse que el incremento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, está determinada por la forma en que ha ido evolucionando los modos de vida de las sociedades.

En tal sentido, los modos de vida están determinados por el acceso, la utilización y disfrute de los recursos de la sociedad, los cuales a su vez dependen de aspectos específicos de la población como el género, la etnia, religión o cualquiera otra característica cultural (Polo 2016, 160).

De acuerdo con el análisis de Bury (Bury, 1980, 310) los modos de vida están vinculados con la forma en que se distribuyen los recursos tanto naturales como humanos, en función de la ecología política. El autor indica que, en el mundo moderno, la forma y reproducción de los modos de vida se ha visto influenciada por el impacto de la globalización e industrialización. Por tal motivo, esta transformación de la sociedad, ha inducido también a que se produzcan nuevas costumbres.

Es por ello, que, es necesario el análisis de cómo es la producción y distribución de los alimentos a nivel industrial y comercial, al igual, que evaluar como es el acceso de la comunidad y familia a estos recursos. También es importante, para completar la evaluación de los modos de vida, determinar la facilidad que tienen las personas a los diferentes servicios incluyendo la salud, así como sus diferentes ingresos y flujos económicos desde una perspectiva colectiva.

En tal sentido Polo (2020, 160) indica que los modos de vida comprenden todas las prácticas que son realizadas por una determinada sociedad o comunidad, donde

destaca los elementos que la integran, el movimiento productivo y reproductivo, asimismo incluye la organización de las relaciones, la cultura y las relaciones desde el punto de vista ecológica. Es necesario aclarar que si bien los términos modos de vida y estilos de vida pueden estudiarse de manera simultánea y hacer sinergia entre sí para entender cómo opera el proceso salud – enfermedad, no significan lo mismo, puesto que los modos de vida abordan únicamente las actividades que realiza la población en general en el entorno social, mientras que los estilos es algo más particular donde aborda a la persona de manera individual.

Asimismo, González (2005, 7) menciona que los modos de vida se originan a partir de la evolución de la sociedad, siendo fuertemente influenciados por la transformación cultural, política y social que se vive en el mundo contemporáneo. Esta situación llevada a la salud se hace visible con el hecho de que el hombre también ha tenido que evolucionar desde el punto de vista biopsicosocial, sin embargo, el proceso de adaptación a estos nuevos modos de vida no ha sido fácil, debido a que no se ha logrado una regulación total de los sistemas fisiológicos, frente a los estímulos de un ambiente lleno de agentes contaminantes producto de la industrialización y las diferentes sustancias y productos de origen artificial a las que las personas se encuentran en constante exposición. Estos aspectos dificultan el proceso de autorregulación y adaptación.

En tal sentido, la salud y enfermedad son descritas desde el punto epidemiológico crítico y partir de los modos de vida como un proceso biopsicosocial donde se interrelacionan las características individuales y colectivas de las personas, mismas que provienen del contexto dinámico e histórico que ha dado origen al modo de producción y organización de la sociedad, en función de las relaciones que se establecen a nivel social, cultural, económico, productivo y político. Esta organización forma una estructura jerárquica, que influye desde lo general hasta lo individual. Es por ello, que los aspectos psicológicos y biológicos tanto de las personas como de la comunidad se determinan socialmente entre sí, interviniendo en la forma que realizan su vida, al mismo tiempo, que son responsables de generar salud o cuidado (Polo 2020, 165).

Por lo tanto, los modos de vida promueven ambientes con mayores posibilidades de generar enfermedad. Es por ello, que conductas generalizadas como el sedentarismo, tabaquismo, consumo de drogas y alcohol, al igual que aspectos vinculados con el ámbito social como es el caso de la discriminación, racismo, diferencias de género influyen de manera negativa en la sociedad, a tal punto que son capaces de promover en los individuos la adquisición de hábitos nocivos y desarrollo de sentimientos perjudiciales como por

ejemplo temores, presiones y pobre reflexión sobre la calidad de su vida. Esta situación genera que las personas desarrollen estrés y demás aspectos que van deteriorando progresivamente la salud, y lo han conducido a condiciones de vida estresantes (González 2005, 5).

Comprender los modos de vida, puede representar el punto de partida para la promoción de la salud. Esta práctica en países desarrollados lleva unas cuantas décadas, sin embargo, en Latinoamérica este nuevo enfoque de la atención médica aún está en proceso, puesto que requiere una transformación total de la percepción de salud y enfermedad.

En este sentido, Polo (2016, 43) destaca la importancia de analizar los modos de vida, puesto que esto forma parte de la atención biopsicosocial del paciente y la salud colectiva. En este contexto, la salud no solo depende de los procesos biológicos propios de un individuo, sino que también está determinada por los procesos sociales y económicos de su entorno. En este escenario es importante evaluar como el capitalismo y la industrialización ha influenciado a las poblaciones rurales y urbanas, como han modificado su modo de vida, sus costumbres y el acceso a los diferentes recursos de la sociedad.

Esto lleva a comprender que la forma en que se desarrolla la obesidad en el Ecuador es diferente según sea la población, es decir, el comportamiento de la patología va a variar entre las comunidades rurales y urbanas. Esto se debe a que el acceso a la educación sanitaria difiere, al igual que la atención médica en cuanto al número de centros de salud y profesionales. En el caso de la ciudad de Quito donde se desarrolla la presente investigación, los modos de vida estarán sujetos a las diferencias entre los estratos sociales, la facilidad de las personas a disfrutar de la atención médica, el tipo de seguro que posee la familia, las condiciones del entorno comunitario y de la familia, donde se incluye el tipo de educación, salario integral y los gastos.

Acurio (2018, 3) señala que tanto los modos de vida como los estilos son el resultado de la inserción social y la distribución de los recursos. A pesar que los primeros forman parte de la estructuración de la sociedad, influye de manera directa en la formación de los hábitos individuales. En la mayoría de los casos, las conductas de los modos de vida, son reproducidas a nivel singular, ya que dependen de las condiciones de vida del individuo, siendo un reflejo de la clase social a la que pertenece aunado a su forma particular de pensar, sentir.

5.2. Estilos de vida

Como se mencionó anteriormente, los diferentes elementos que componen los modos de vida, permiten la formación de estilos de vida propios y grupales. En ambos casos se construyen distintas maneras de vivir, se desarrollan conductas y se emplean elementos que puede afectar la salud, pero al mismo tiempo, se pueden concebir factores saludables y que actúen como una barrera protectora. Se podría decir, que los estilos de vida se caracterizan por la presencia de procesos destructivos y procesos protectores, y la relación entre ellos determinarán su fortaleza o vulnerabilidad ante las enfermedades. Los procesos positivos contribuyen al desarrollo de procesos fisiológicos favorables, fortalecimientos de las defensas físicas y psicológicas, por el contrario, los procesos destructivos ayudan a la aparición de alteraciones y trastornos fisiopatológicos, vulnerabilidades y debilidad psicológica (Breilh 2010).

De acuerdo con Acurio (2014, 10), el estilo de vida representa el componente más, comprendido y desarrollado por la población, las autoridades y los equipos de salud para comprender como se desarrolla la enfermedad. Se emplea para indicar y caracterizar como vive una persona incluyendo los aspectos propios, los socioculturales y las condiciones de vida. En este punto no solo se incluyen los hábitos saludables como la actividad física, alimentación balanceada, entre otros, sino los hábitos nocivos el consumo de sustancias nocivas, comidas no saludables, al igual que conductas que inciden en la vida colectiva como por ejemplo la tolerancia, solidaridad, respeto por las diferencias y los derechos humanos, participación, entre otras, que inciden en la vida colectiva.

Los estilos de vida forman parte de la estructura singular de la determinación social, indican el modo de en que viven las personas partiendo de sus comportamientos y costumbres, pero también están relacionado con su tipo de vivienda, posesiones, el urbanismo donde habita y la forma de relacionarse con los demás. Desde el punto de vista epidemiológico son definidos como un grupo de conductas que son desarrolladas y adoptadas por una persona, siendo en algunos casos saludables y en otros perjudiciales para la salud. Es por ello, que mientras los modos de vida incluyen el nivel particular, con toda la sociedad, el estilo de vida se refiere a las ideas y patrones conductuales individuales, mismos que se construyen a partir de la influencia del sistema educativo, la familia y el entorno en general (Guerrero y León 2010, 15).

La importancia de conocer los conceptos y diferencias entre el modo y estilos de vida, así como también el dominio con el que se relaciona, permite determinar las

acciones específicas que se deben plantear para abordar la enfermedad y el tiempo en que se pueden emplear, como se ejemplifica en la siguiente imagen (Cardona 2016, 85).

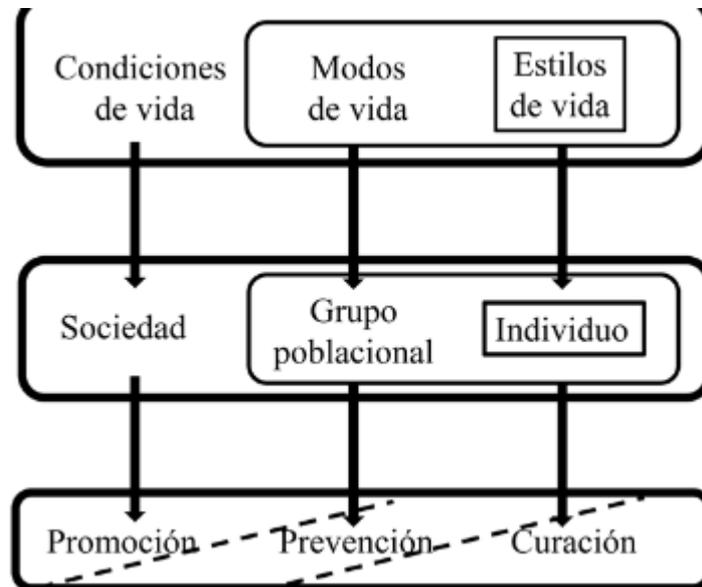


Figura 3 Determinación social y aplicación de las estrategias de promoción de salud
Fuente: Cardona (2016, 85)

De acuerdo con la Figura 3, el estilo de vida es inherente al individuo y las estrategias que se deben implementar son destinadas a la curación de la enfermedad, por lo que se ejecutan a corto plazo. En cuanto a los modos de vida, se relación a una determinado grupo o comunidad con características iguales, las estrategias de este nivel se dirigen a la prevención de enfermedad y se desarrollan de corto a mediano plazo. Finalmente, en las condiciones de vida que representan al dominio general, se encargan de la sociedad en general destinadas a la promoción de la salud, por lo que se aplican a largo plazo.

Una vez comprendido este contexto, se puede visualizar que las estrategias para mejorar el proceso salud-enfermedad en el domino singular debe comprender todos los aspectos del estilo de vida como, por ejemplo, las actividades, rutinas y hábitos de una persona. Por tal motivo, en patologías asociadas con la alimentación como la obesidad influye como los hábito alimentarios, frecuencia de consumo, la calidad del sueño, malos hábitos como el alcohol y tabaco, la cantidad y calidad de la actividad física, entre otros. Estas características pueden clasificarse en dos grandes grupos: los que ayudan a mantener una vida saludable y los que deterioran la salud. Como se explicó anteriormente, estos comportamientos se conocen como procesos protectores y destructivos (Guerrero y León 2010, 16).

Para conocer los modos y estilos de vida de las personas diagnosticadas con obesidad en el Hospital Militar de Quito es necesario evaluar cómo es la reproducción social de la ciudad, para identificar cual es patrón de consumo de las personas que residen en la localidad. Según un estudio efectuado por el Instituto Nacional de Estadística en el 2011, para evaluar el patrón de consumo y las características de la sociedad por estratos, se logró identificar que las clases sociales A y B con aspectos en común, por ejemplo, las personas de este nivel indicaron que realizan sus compras en centros comerciales, poseen acceso a todos los servicios incluyendo a los centros de salud y poseen seguros médicos. Puede inferirse que debido a sus ingresos pueden tener mayor facilidad de comprar alimentos procesados, sin embargo, tienen la ventaja de desarrollar procesos protectores como realizar ejercicios o acudir a consultas médicas con frecuencia.

Sin embargo, conforme avanza el análisis a los estratos inferiores hasta el D, el patrón de consumo varía, ya que las compras se realizan en lugares diferentes, los seguros médicos pasan a ser de dependencia pública, el tiempo y recursos para actividades físicas es menor.

6. Patrones de exposición y vulnerabilidad

La determinación social de la salud permite analizar la enfermedad y sus procesos críticos como un todo, es decir, hace un lado el paradigma antiguo de enfocarse solo en aspectos socioeconómicos y factores de riesgo para comprender el comportamiento epidemiológico de una patología, para dar paso a un nuevo método donde se valora otros aspectos que pueden incidir en el desarrollo e historia natural de la enfermedad como los patrones de trabajo y de consumo, las errores de los sistemas sociales y la diversidad cultural. Al interrelación de estos elementos provocan que las personas adopten malos hábitos de estilos de vida que conducen a que se manifiesta la enfermedad (Breilh 2013).

En los patrones de exposición y vulnerabilidad se incluyen las condiciones de consumo las cuales se relacionan con el ingreso económico de la persona o la familia. En tal sentido, cuando este se reduce la adquisición de productos también, pero cuando existe un incremento considerable en la producción de un aliento o aumenta el capital, se genera entonces, una elevación de las necesidades. Por lo tanto, las personas buscan adquirir estos nuevos productos que salen al mercado elevando la cantidad de alientos que usualmente consumen. Esto se debe a que ocurre una modificación en las necesidades y la producción de nuevas. El análisis de la subsunción del consumo bajo el capital requiere

mirar la premisa producción-consumo, sería un error estudiar el consumo separado de la producción pues son partes mismo proceso, son las características de la producción de alimentos las que marcan las formas de su consumo y a su vez las lógicas del mercado y circulación de alimentos definen ciertas formas de producción de los alimentos (Guerrero 2010, 17).

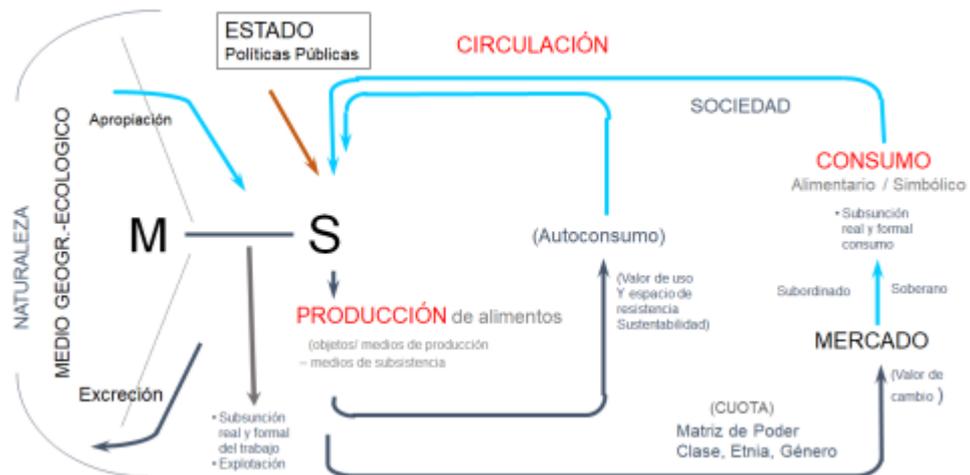


Figura 4 Proceso de producción y distribución de los alimentos
Fuente: Acurio (2021, 20)

Las investigaciones basadas en la DSS permiten estudiar la relación entre la ciencia y la política al momento de analizar el contexto sanitario de una comunidad con la finalidad de promover una transformación social. La DSS ayuda a comprender el comportamiento de la enfermedad a pesar de las diferencias que existen en una misma comunidad en cuanto a las clases sociales, etnias, cultura entre otros, por el contrario, se enfoca en encontrar aspectos que compartan por igual y que conecta a sus miembros a modo de identificar estilos de vida generalizados en la población (Breilh 2013).

6.1. Procesos destructivos y procesos protectores

El enfoque de la epidemiología crítica al momento de evaluar una enfermedad es completamente diferente a los paradigmas de la epidemiología tradicional. A menudo el comportamiento de la patología se analizaba desde una perspectiva individual para determinar la interacción causa-efecto de los llamados "factores de riesgo". Esta visualización parte de un concepto estático de la enfermedad, sin embargo, con la llegada de las DSS, esta teoría se ha tratado modificar, ya que, se busca comprender la enfermedad

desde otro punto de vista, tomando en cuenta que la salud no es un tema individual sino colectivo (Pineda 2020, 13).

En la epidemiología crítica los factores de riesgo son concebidos como los procesos destructivos que inciden en la manifestación de la enfermedad. Estos incluyen tanto los biológicos como los ambientales. Se encuentran en cada uno de los determinantes de la patología. Bajo esta visión, la cultura puede desempeñar un elemento importante en la manifestación de la enfermedad, como parte de la presión social y los estándares del entorno, generando una distorsión de la imagen corporal, la conducta alimentaria y la autoestima. Por ejemplo, basándose en las características de los pacientes que acuden al Hospital de las Fuerzas Armadas de Quito puede evidenciarse que estas difieren entre los sujetos de la costa y la sierra.

La sierra ecuatoriana es una de las zonas que presenta un gran número de etnias, con diversidad de culturas, estratos económicos y sociales, aunque su alimentación se basa en los productos del campo, con un consumo que baja de alimentos procesados, en estas comunidades la atención médica preventiva no es un hábito común. Por ello, es frecuente que el diagnóstico de la obesidad se efectúe cuando se encuentra en una etapa crónica, dejando pasar desapercibidos los aspectos biológicos que pueden incidir.

En relación a las personas de la costa su alimentación se basa en el consumo de productos del mar como pescados y mariscos, aunque los complementan con arroz y otros alimentos derivados de la agricultura. A nivel sanitario las enfermedades tropicales con las más frecuentes, también se reportan casos de infecciones parasitarias y gastrointestinales, esta última vinculada a cambios en el microbioma intestinal, los cuales se asocian a reacciones inflamatorias y un factor para la obesidad.

Los procesos protectores incluyen todos los fenómenos o aspectos que de alguna u otra forma aportan beneficios a la salud individual y colectiva, estos procesos se pueden emplear para favorecer el curso del proceso salud-enfermedad en pro de disminuir la prevalencia e incidencia de patologías dentro de la sociedad. Sin embargo, cuando se pierde el control de la protección y el ambiente se ve influenciado por conductas poco favorables que forman parte de los modos y estilos de vida poco saludables, los procesos pasan de ser protectores a destructores. Se conoce que las prácticas buenas o malas que se relacionan con la salud, son desarrolladas a partir de aspectos socioculturales y familiares, los cuales deben ser proyectados desde lo micro a lo macro para que puedan extenderse a todo el sistema de sanitario y lograr un impacto positivo en la promoción de la salud (Cuyul 2016, 3).

Es por ello que la propuesta de Breilh se fundamenta en abordar la enfermedad a partir de un proceso holístico, donde se evalúen los aspectos individuales, familiares y comunitarios desde lo más específico hasta lo más general. Por tal motivo, la DSS de la obesidad busca conocer los modos y estilo de vida de la población, determinar los aspectos sociales, culturales, educativos, económicos y psicológicos que pueden actuar como un proceso destructivo, al mismo tiempo busca determinar los procesos protectores que permiten diseñar las estrategias de prevención, control y seguimiento de la enfermedad, según la caracterización de cada comunidad (Pineda 2020, 18).

Polo (2018, 21) indica que la interrelación de la inserción social, el territorio, la salud, la participación de los actores sociales, el personal sanitario y las autoridades, generan los procesos que pueden proteger o no la salud. En la enfermedad no solo actúan aspectos biológicos y fisiopatológicos de la persona, sino que también influyen aspectos culturales, sociales, económicos, políticos y la forma de producción regional y local, los cuales dejan ver las desigualdades estructurales de la sociedad. En tal sentido, las personas con menos acceso a la salud preventiva es más probable que desarrolle algún tipo de patología que evolucione a crónica. Al igual, que la poca disponibilidad de tiempo para educación alimentaria o escaso conocimiento de una alimentación saludable son procesos nocivos para la salud. Asimismo, es importante indicar que el establecimiento de procesos protectores en una comunidad o individuo dependerá de la disposición de las personas para recibir información y del personal de salud para capacitar y gestionar la atención

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2015), los procesos protectores que se deben promover o afianzar en todos los dominios, para la prevención y control de la obesidad son la educación sanitaria, manipulación de alimentos, educación nutricional, consumo de agua, realizar actividad física, entre otros. Mientras que los procesos destructivos que necesariamente deben disminuirse comprenden patrones de conducta con malos hábitos que se transmitan en la familia o comunidad, aspectos socioeconómicos, consumo de alimentos procesados, entre otros. Torres (2019, 32) también indica que los procesos destructores que afectan la salud se relacionan con las formas de reproducción social, la desigualdad en el acceso de los servicios y productos. al igual que la globalización que ha llevado a crear una ruptura en las relaciones ecológicas.

Para el Ecuador, las formas de producción y distribución de los productos destinados para el consumo humano es uno de los principales procesos destructores para las enfermedades asociadas con la alimentación como la diabetes. Se ha determinado que los problemas de mal nutrición se relacionan con las desigualdades sociales, además de

que no existe un consumo equilibrado de nutrientes en toda la población, generando diferentes deficiencias (Acurio 2018, 24).

Como se ha mencionado anteriormente, la obesidad es considerada como la nueva epidemia del siglo, convirtiéndose en un grave problema de salud pública. Una enfermedad que puede presentarse en cualquier etapa de la vida y se asocia con el desarrollo de diferentes comorbilidades que deterioran progresivamente la calidad de vida del paciente. Requiere de un abordaje multidisciplinario debido a que tiene implicaciones físicas y emocionales. Es por ello, que la determinación social, es un enfoque apropiado para el abordaje de la obesidad, ya que permite comprender la génesis de la enfermedad más allá de la fisiopatología, es decir, explica como la interrelación de diferentes procesos influye en la exposición y vulnerabilidad de una comunidad ante la enfermedad. Permite comprender las formas de producción y reproducción de los modos y estilos de vida y contribuye a determinar las estrategias más idóneas para cada dominio, fomentando la prevención y promoción de la salud.

Capítulo segundo

Diseño metodológico

El siguiente apartado tiene como finalidad describir la metodología empleada para responder a la pregunta de investigación y los objetivos del estudio. Es por ello, que se detalla el tipo de investigación y enfoque del estudio, el planteamiento de la pregunta central, los objetivos, la población, las técnicas e instrumentos empleados para la recolección de la información, así como también los métodos que se emplearon para el análisis de la información.

Conforme se avanzó en la recolección de datos, y frente a las limitaciones propias de levantar información con pacientes, el estudio ajustó ciertos criterios para responder al objetivo central planteado.

1. Pregunta central

¿Cuáles son los procesos de exposición y vulnerabilidad de la Determinación social de la obesidad en hombres y mujeres de 20 a 65 años atendidos en el área de consulta externa del Hospital Militar de las Fuerzas Armadas en la ciudad de Quito periodo Enero-diciembre del 2021?

2. Objetivos de la investigación

2.1. Objetivo general

Identificar los procesos de exposición y vulnerabilidad en hombres y mujeres de 20 a 65 años, diagnosticados con obesidad, atendidos en el área de consulta externa del Hospital Militar de las Fuerzas Armadas en la ciudad de Quito, período enero-diciembre del 2021, desde el paradigma de la Determinación social.

2.2.Objetivos específicos

- 1) Describir los modos de vida y los estilos de vida de los pacientes atendidos en el área de consulta externa del Hospital Militar.
- 2) Identificar los procesos protectores y destructivos de los pacientes con obesidad atendidos en la consulta externa del Hospital Militar.

3. Tipo de estudio

La presente investigación corresponde a un tipo de estudio de tipo descriptivo y transversal con enfoque cuantitativo y cualitativo, como se describe a continuación:

- 1) Estudio Socio epidemiológico: estas investigaciones se caracterizan por centrarse en el estudio de las condiciones sociales de una población, al mismo tiempo que se evalúa cómo estas pueden influir y determinar la salud individual y colectiva de un sector. Este tipo de estudios se fundamentan en la epidemiología crítica, una nueva visión que permite aportar un panorama más amplio de los contextos de las comunidades, convirtiéndose en una herramienta de gran utilidad para la salud pública. En enfoque crítico surge como una combinación entre las ciencias sociales y la epidemiología, lo que trae como resultado la Determinación Social (DS) de una patología, por medio de este todos se evalúa los aspectos que conducen al desarrollo de la enfermedad desde lo crítico donde analizan los determinantes biológicos de manera individual, hasta lo más general donde se incluyen las características sociodemográficas de la población. Es por ello, que esta metodología permitirá describir las determinaciones sociales que influyen en la manifestación de la obesidad en los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Militar.
- 2) Transversal: consiste en un tipo de investigación observacional, que permite la obtención y análisis de información en un tiempo establecido y empleando una muestra previamente definida, por lo que se soporta en una investigación descriptiva, la cual permite caracterizar y detallar los principales aspectos de una población en función de las variables de estudio. Para el presente estudio se identificaron las características sociodemográficas y los determinantes

sociales de los pacientes que acuden a consulta externa en el Hospital Militar y son diagnosticados con obesidad. Los datos se recolectaron entre noviembre de 2022 y marzo de 2023.

- 3) Enfoque cuantitativo: permite la recolección y sistematización de los datos obtenidos por medio de métodos numéricos, para ello se emplean herramientas y paquetes estadísticos con la finalidad de analizar la información, permite realizar descripciones y comparaciones entre las características de la muestra.
- 4) Enfoque cualitativo: se emplea con la finalidad de conocer la realidad y el entorno de donde ocurre el problema, para ello se aplicaron entrevistas tanto a pacientes como al personal del hospital, con la finalidad de comprender como ocurre la determinación social de la obesidad desde ambos puntos de vista.

4. Universo y muestra

4.1. Caracterización de la muestra

La población o universo de estudio estuvo conformada por los pacientes que acuden al Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 de Quito. Anualmente la institución atiende en promedio unos 33 078 pacientes, en su mayoría son afiliados militares tanto activos como retirados, al igual que sus familiares directos también afiliados como, por ejemplo, padres, hijos y esposa/o.

4.2. Diseño muestral

Para obtener el diseño muestral se calculó en el programa Epidat donde se muestran los resultados de un total de 78 pacientes con obesidad, todos atendidos en la consulta externa.

Tabla 3
Tamaño de muestra: Proporción

Tamaño de la población:	157
Proporción esperada:	50,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Resultados

Tabla 4
Tamaño de la muestra

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	112

Para llegar a este número se determinaron los criterios de exclusión e inclusión mostrados a continuación, lo cual permitió descartar 151 pacientes del estudio y dando un total de 157 pacientes con obesidad de 20 a 65 años de edad.

Es importante mencionar que para realizar el estudio solo se logró la participación de 78 pacientes, de los 112 que se había estipulado. Esta fue la principal limitación de la investigación debido a que algunas personas no quisieron participar debido a que no podían llenar el formulario con la encuesta, ya sea por falta de conocimiento o por no contar con Internet en casa. Asimismo, se descartaron respuestas incompletas, e información que no correspondía con lo solicitado. Por ejemplo, algunos pacientes colocaron la talla de vestuario en vez de indicar la estatura u omitieron datos, por lo tanto, se excluyeron del estudio.

Criterios de inclusión

- 1) Hombres y mujeres con diagnóstico de obesidad atendidos en el atendidos en el área de consulta externa del Hospital Militar de las Fuerzas Armada la ciudad de Quito.
- 2) Personas de todas las etnias.
- 3) Edades entre 20 y 65 años.

Criterios de exclusión

- 1) Personas con otros diagnósticos
- 2) Hombres y mujeres menores de 25 años y mayores de 65 años
- 3) Personas que no aceptaron firmar el consentimiento informado

5. Recolección de la información

1.1. Técnicas e instrumentos

Luego de la autorización del director médico de la Institución, seguido de un oficio enviado al encargado de Estadística, se permitió determinar que 308 personas que acudieron por atención a la consulta externa fueron diagnosticadas con obesidad, a partir de este número, se realizaron los cálculos para determinar el tamaño muestral.

A partir de ello, se realizó la recolección de información según los dominios de análisis. Con la finalidad de comprender los aspectos que se incluyen en el dominio general se realizó una revisión bibliográfica y documental.

Referente al dominio particular la técnica de recolección de datos consideró una encuesta aplicada mediante un cuestionario online enviado a través de *Google Form*. Esta estrategia permitió conocer los modos y estilos de vida de las personas con obesidad y sus familias y determinar la inserción social de estos pacientes. En este punto, también se aplicó una entrevista a los profesionales de la salud que atienden a los pacientes con obesidad como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y nutricionistas, a través de cuestionario con preguntas abiertas como se indica en el anexo 3.

Tabla 5
Descripción de los participantes personal de la salud de la entrevista

Especialidad	Género		Atención	Cantidad
	Masculino	Femenino		
Medico	1	3	Consulta	4
Nutricionista	2	3	Especialista	5
Enfermera	1	6	Emergencia	7

Fuente y elaboración: propia

Finalmente, para el dominio singular, se trabajó una encuesta enviada por *Google Forms*, con preguntas dirigidas a evaluar los aspectos individuales del paciente. También para evaluar este dominio se empleó una entrevista a un grupo de pacientes con la finalidad de profundizar y conocer más su realidad, en la misma se le preguntó acerca los años que lleva con el diagnóstico, el grado de conocimiento sobre la enfermedad, las complicaciones que le ha originado para su vida, las actividades que no puede realizar solo, si presentaban dificultad para adquirir los medicamentos y acerca del acceso a los

centros de salud. De igual forma, se entrevistó a algunos miembros del equipo de salud del hospital tanto médicos, enfermeras y nutricionistas.

6. Análisis de los datos

Los datos obtenidos a partir de las encuestas y entrevistas fueron incorporados en una base de datos construida en Excel de acuerdo a las variables de estudio. Una vez organizada la información se precedió al análisis en el paquete estadístico SPSS versión 22.0. Posteriormente se describieron las variables de estudio mediante la construcción de tablas o gráficos, así como el cálculo de las medidas adecuadas para cada una. Luego se aplicaron pruebas de relación para determinar si existe asociación entre las variables de estudio. Para los datos cualitativos se extrajo la información más importante aportada de la entrevista, la síntesis de la misma se expuso empleando un estilo narrativo para detallar los resultados obtenidos.

7. Principios y consideraciones éticas

Para llevar a cabo la presente investigación dentro de la Institución se envió una solicitud a la jefa de Enfermeras, y posteriormente se envió mediante vía Chasqui la solicitud al director Médico para solicitar su autorización en cuanto a la revisión de documentos médicos y datos Estadísticos. Luego de la aprobación, se presentó el tema de investigación aprobado más la presentación de tesis final y copia de una de ellas.

7.1. Recaudos éticos

Considerar los siguientes contenidos:

- 1) Garantía de privacidad y anonimato: la información extraída de las historias clínicas tendrá el objetivo de proteger la privacidad de los sujetos involucrados, y también sobre cómo el investigador tendrá acceso a la información. Los datos serán anonimizados, para ello se le proporcionó un código a cada paciente, el consistió en un número correlativo para no manipular nombres o número de identificación.

- 2) Devolución sistemática de la información: la información proporcionada y enviada a mi correo electrónico será eliminada de la misma para evitar cualquier tipo de adquisición a dicha información.
- 3) Derechos humanos y de la naturaleza: en esta investigación se ha garantizado el respeto a los derechos humanos sin distinción de procedencias, género, etnia, religión y nacionalidad. Teniendo en cuenta la libertad la dignidad y la igualdad.
- 4) Principios de la bioética: dentro de estos principios se ha aplicado la no mal eficiencia porque no se pretende causar daño a ninguna de las personas si no es analizar sus modos y estilos de vida de mala alimentación. También el estudio se basó en la beneficencia, dado que se pretende generar un impacto positivo en la salud y calidad de vida de los pacientes.

Referente a la socialización de los resultados se realizará mediante el repositorio institucional de la universidad, como parte del aporte a la comunidad científica, por medio de esta plataforma estudiantes y profesionales podrán acceder a la información del presente estudio. Es importante señalar que tanto los datos obtenidos de la encuesta como de la entrevista serán divulgados de forma anónima garantizando la privacidad y confidencialidad.

8. Modelo analítico y operacional del análisis

Se determinaron cuatro fracciones de clase a partir de las cuales se realizó la determinación de los modos y estilos de vida. La fracción donde se concentró la mayoría de los pacientes correspondió a los trabajadores del estado, como características principales resalta que poseen un salario por encima del monto básico y afiliación al hospital. En la segunda clase se ubicaron los empleados de empresas privadas, en la tercera empleados públicos y en la cuarta, los jubilados.

En la segunda categoría se incluyeron las características del dominio particular donde se explica la inserción social y laboral, calidad de vida y las condiciones de la vivienda, estableciendo que los aspectos que puede vulnerar a las personas serán aquellos como condiciones desfavorables de la vivienda, hacinamiento, poco acceso a los servicios, ingresos económicos bajos y una mala calidad de vida.

En la tercera categoría se ubicaron los patrones de consumo, con la finalidad de determinar cada una de las frecuencias de los diferentes grupos de alimentos, esto permitió la identificación de procesos protectores y destructivos referentes a la alimentación. Por último, en la realidad singular, se abordó los aspectos individuales de los pacientes como antecedentes personales de enfermedad, cantidad de actividad física y hábitos.

Capítulo tercero

Resultados

1. Caracterización de los modos de vida

Para el desarrollo de la investigación se contó con una muestra de 78 pacientes con obesidad atendidos en Hospital Militar de las Fuerzas Armadas de la ciudad de Quito. En la siguiente tabla se exponen las características sociodemográficas de los mismos y otros aspectos sociales que influyen en sus modos de vida. Es necesario resaltar que en el presente estudio otra de las limitaciones fue que no se pudo abordar la configuración del territorio para determinar la distancia entre la ubicación de la vivienda y los centros de salud, trabajo y esparcimientos. El territorio es uno de los aspectos fundamentales en la determinación social, debido a que corresponde al escenario donde se desarrolla la vida, teniendo una relación directa con el proceso salud-enfermedad, además establece la existencia material de las sociedades, establecida por los procesos productivos y reproductivos que se dan en su interior que pueden dar lugar al bienestar o malestar de las personas (Borde y Torres 2017, 264).

Tabla 6
Caracterización de los pacientes según género, identidad étnica, edad y nivel de instrucción en pacientes con obesidad Quito, 2023

Indicador	N	%
Género		
Masculino	45	57,7
Femenino	33	42,3
Etnia		
Mestiza	66	84,6
Montubia	6	7,7
Afroecuatoriana	2	2,6
Indígena	4	5,2
Grupos de edad		
28-37	37	47,4
38-47	28	35,9
48 -68	13	16,7
Estado civil		
Soltero(a)	51	65,4
Casado(a)	9	11,5
Unión libre(a)	6	7,7
Divorciado(a)	10	12,8
Viudo(a)	2	2,6

Procedencia		
Sierra	54	60,2%
Costa	23	29,5%
Amazonia	2	10,3%

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito 2022

Elaboración propia

Como se observa en la Tabla 5, a partir de los datos obtenidos de la encuesta se pudo caracterizar a la población con obesidad que asiste al Hospital Militar de las Fuerzas Armadas la ciudad de Quito, evidenciando que esta patología se distribuye de manera similar entre los hombres y las mujeres solo con una ligera frecuencia aumentada en los hombres. Referente a la edad se determinó que el grupo con mayor vulnerabilidad estuvo representado por personas con edades entre 28 y 37 años, seguido de 38 a 47 años, es importante indicar que en este estudio la población adulta mayor fue la que presentó menos casos (16,7 %).

La mayoría de los pacientes encuestados procedían de la ciudad de Quito y Portoviejo, en menor proporción se identificaron otras zonas que indicaron que se atendían tanto personas de la Costa como de la Sierra. En tal sentido, los modos de vida de los sujetos estudiados pueden variar de acuerdo a las costumbres y la dinámica social de cada región. Es importante destacar que la mayoría de los pacientes se ubicaban en ciudades de la sierra. En relación a las etnias el 84,6% se identificó como mestizo, aunque también se observaron otras como la montubia, afroecuatoriana e indígena. Asimismo, referente al estado civil la proporción más grande la muestra correspondió a personas solteras, seguidas de las divorciadas y con menor frecuencia casadas, viudas y en unión libre.

De igual forma, como parte del estudio se evaluó la relación entre las condiciones sociales de la población y la distribución de la enfermedad. En tal sentido, el proceso salud-enfermedad que se establece en la obesidad, está relacionado con condiciones laborales y de vida, principalmente con el componente social (J. Cardona 2016). Las condiciones socioeconómicas determinan la vulnerabilidad o protección de las personas para la obesidad, es por ello, que se clasificaron a los pacientes en fracciones de clases de acuerdo a la ocupación del responsable económico de la familia y en función de la inserción social de las familias, como se indica en la Figura 5.

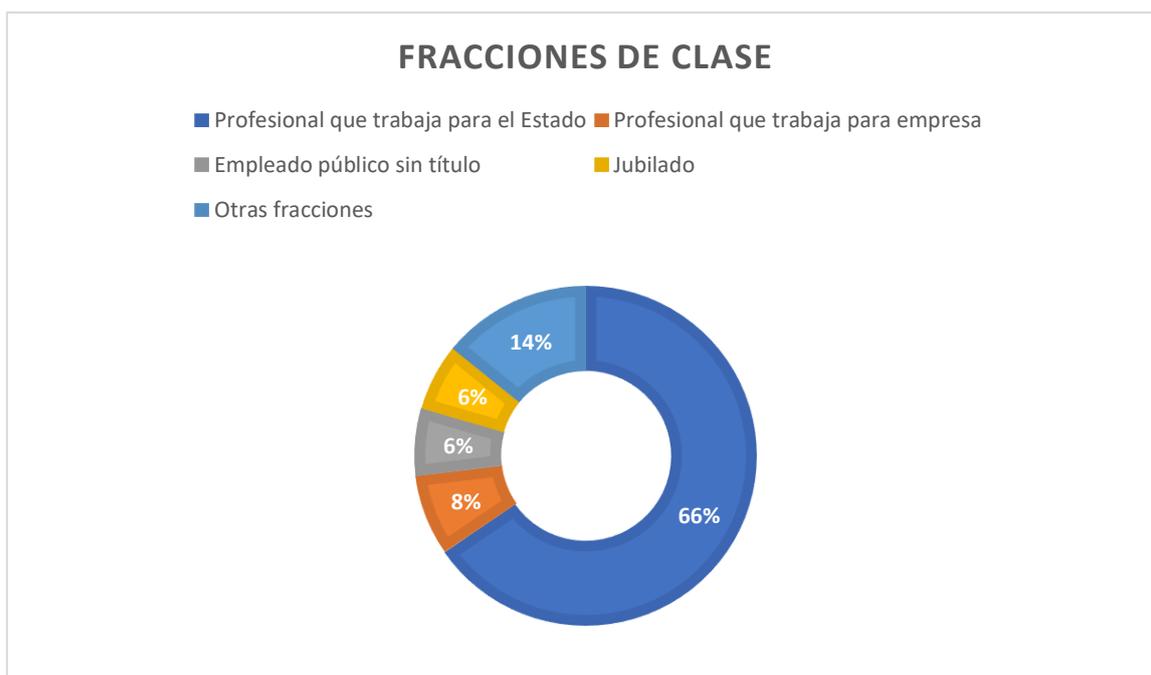


Figura 5. Fracciones de clase de los pacientes con obesidad Quito, 2023

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito, 2023

Elaboración propia

Como se indica en la Figura 5, el 66 % de los pacientes con obesidad atendidos en el Hospital Militar de las Fuerzas Armadas se encuentran en el estrato de profesionales que trabajan para el Estado, este tipo de empleados ocupan diferentes puestos en función de su nivel de escolaridad, tienen acceso a seguros subsidiados por el Estado, un poder adquisitivo que les puede permitir adquirir alimentos variados. Sin embargo, sus obligaciones pueden demandar mucho tiempo, influyendo en la cantidad de horas que puedan disponer para preparar las comidas, el lugar donde comen a diarios y la frecuencia de las mismas, al igual que puede influir en una mayor probabilidad de consumir alimentos poco saludables. Esta situación puede extenderse a los pacientes que trabajan para empresas, los cuales representan el 14 % de la muestra de estudio.

Otras de las fracciones de clase encontradas fueron los empleados públicos sin títulos conformados por el 6 %, corresponde a individuos que si bien trabajan en cargo públicos sus funciones e ingresos son menores a las personas que cuentan con profesionalización; también se consideraron a los jubilados que constituyen en 6 % de la población identificados como individuos profesionales que cesaron sus funciones debido al cumplimiento de sus años de servicio.

Es necesario indicar que los encuestados señalaron otras fracciones como comerciante, propietario de pequeño negocio, obrero o trabajador manual de empresa no

propia, pequeño trabajador agrícola y trabajadora doméstica no remunerada, los cuales fueron agrupados en la categoría de otras fracciones, debido a que representaban porcentajes muy bajos. Como se ha indicado anteriormente las condiciones y características de cada clase determinan las vulnerabilidades, el acceso al sistema de salud y los procesos protectores y destructivos que puedan explicar la presencia de la enfermedad.

2. Inserción social de los pacientes con obesidad

De acuerdo con Breilh, la inserción social corresponde a la operacionalización de las categorías o clases sociales, donde se describen diferentes dimensiones que ayudan a caracterizar los modos de vida de cada fracción social. Por medio de este análisis se determina quién es el responsable económico de la familia, ocupación, ingresos económicos y las condiciones de la vivienda (Breilh 1980). Partiendo de la operacionalización propuesta por Breilh, en los siguientes gráficos se explica la inserción social de los pacientes obesos encuestados:



Figura 6. Escolaridad de los pacientes obesos

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito, 2023

Elaboración propia

La escolarización es una de las herramientas más importantes para lograr un poder adquisitivo que permita acceder a servicios médicos y básicos de calidad. Contar con un nivel de instrucción superior otorga mayor posibilidad de que las personas puedan

incorporarse a cargos profesionales mejor remunerados. En el presente estudio se observó que el 74% de los pacientes tienen un nivel de escolaridad superior y el 26% secundaria. De igual forma, se evaluaron las ocupaciones diarias de los pacientes obteniendo que

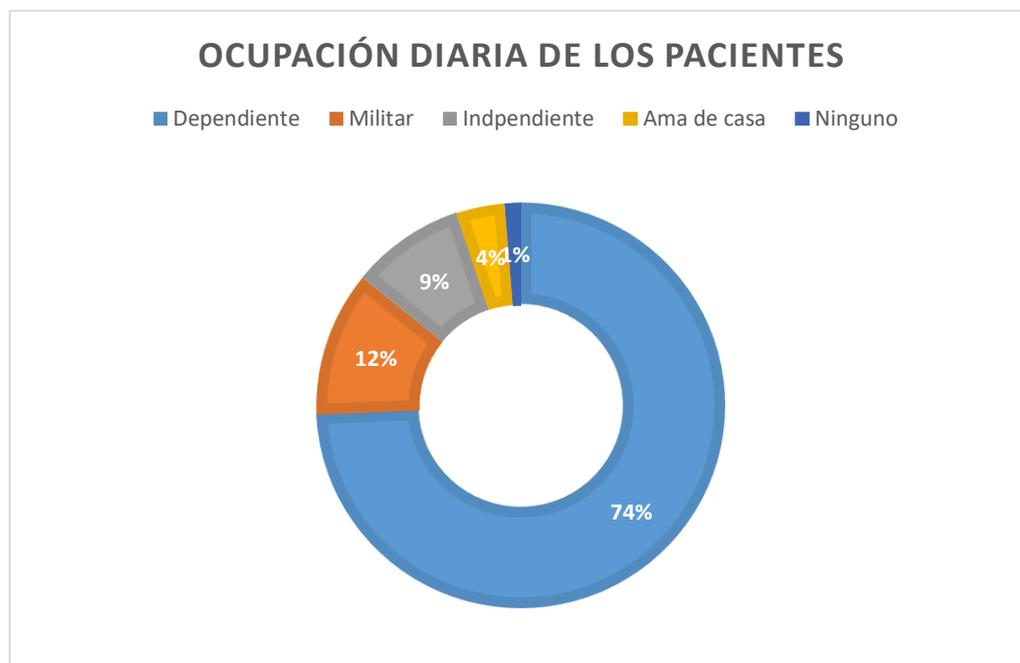


Figura 7. Ocupación diaria de los pacientes con obesidad

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito, 2023

Elaboración propia

La ocupación laboral de los pacientes influye en los modos y estilos de vida que pueden desarrollar. En tal sentido, se observó que el 74 % de las personas tenían una relación laboral dependiente. El 12 % eran militares activos, 9 % tenían una condición económica basada en actividades independientes, el 4 % eran amas de casa y el 1,3 % no realizaban ninguna actividad económica. La ocupación de cada paciente junto con la ocupación del responsable económico de la familia determina los ingresos totales, los cuales se ubican en los siguientes rangos.

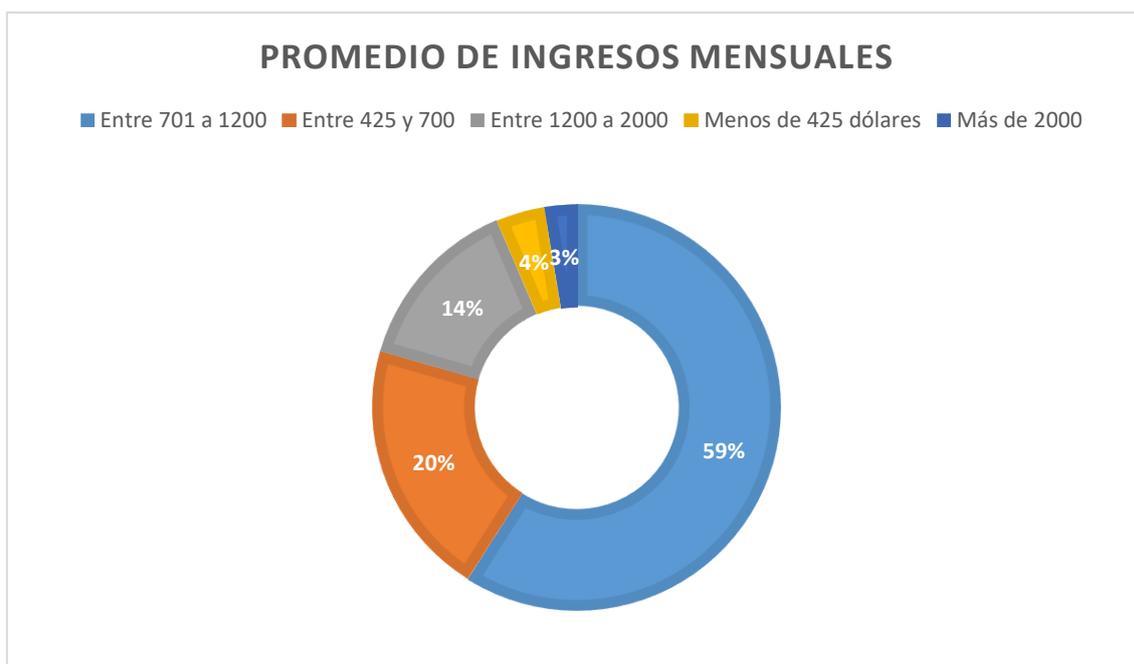


Figura 8. Promedio de ingresos mensuales del núcleo familiar de los pacientes con obesidad
Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito, 2023
Elaboración propia

Con respecto a los ingresos económicos de la familia, en el presente estudio se observó que la mayoría de los pacientes eran profesionales con un nivel de escolaridad superior con relaciones laborales dependientes, en tal sentido se estimó que el 59% de los encuestados reportaron un ingreso mensual entre 701 y 1200\$ por encima del salario básico establecido en el país que es de 450\$; lo que supone que las familias pueden cubrir las necesidades básicas, adquirir alimentos variados y acceder a los servicios de salud, sin embargo, también se relaciona con una mayor posibilidad de comer fuera de la casa e invertir en alimentos procesados, postres, entre otros.

En menor proporción se obtuvo un 20% con 425 y 700\$, 14% entre 1200 y 2000\$. El 4% se ubicó en la categoría de ingresos menores a 425\$ representando el grupo con mayor riesgo de vulnerabilidad, debido a que este salario dificulta llevar una alimentación adecuada al igual que acceder a los servicios de salud y mejores condiciones de vida.

Como se indica en la tabla 7 la relación entre el género y las diferentes dimensiones relacionadas con la inserción social, se determinó que los profesionales que trabajan para el estado la mayoría son del género femenino al igual que los empleados sin título y los jubilados. En la escolaridad la mayoría de las personas con estudios superiores fueron hombres. Por último, relacionado con los ingresos en todos los estratos la mayoría de sujetos eran hombres.

Tabla 7
Relación entre el género y la inserción social

Dimensión	Masculino	Femenino
	Frecuencia	Frecuencia
Fracción de clase		
Profesional que trabaja para la empresa	4	2
Profesional que trabaja para el estado	20	31
Empleado público sin título	1	4
Jubilados	1	4
Escolaridad		
Secundaria	28	5
Superior	30	15
Ingreso mensual		
Entre 701 a 1200	20	26
Entre 425 y 700	7	9
Entre 1200 a 2000	5	6
Menos de 425	1	2
Más de 2000	0	2
Calidad de vida		
Buena	28	43
Mala	5	2

3. Inserción social y obesidad

Para la evaluación de cómo la inserción social influye en la obesidad de los pacientes encuestados se relacionó las fracciones de clases y las características sociales de las personas en función de su IMC como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 8
Inserción social y obesidad en los pacientes atendidos en el Hospital Militar de las Fuerzas Armadas en Quito, 2023

	IMC Deficiente (n=1)	IMC Normal (n=24)	IMC Sobrepeso (n=37)	IMC Obesidad (n=16)
Grupos de edad				
28-37	0	13	19	5
38-47	0	10	13	5
48 -68	1	1	5	6
Género				
Masculino	0	14	21	16
Femenino	1	10	16	6
Fracción de clase				
Profesional que trabaja para el estado	1	16	29	5
Profesional que trabaja para empresa	0	2	2	2
Empleado público sin título	0	2	3	0
Jubilado	0	2	1	2
Escolaridad				
Superior	1	19	29	9
Secundaria	0	5	8	7
Ingresos mensuales				
Entre 701 a 1200	0	18	22	6
Entre 425 y 700	0	3	6	7
Entre 1200 a 2000	0	3	7	0
Menos de 425	0	0	1	2
Más de 2000	0	0	1	1

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito 2022

Elaboración propia

En la Tabla 7 se observa que relacionado con el IMC, las personas con edades entre 28 y 47 años presentaron los niveles más altos, en cambio en las personas mayores la frecuencia es menor. En cuanto a la procedencia, la mayoría de los pacientes provenían de Quito, sin embargo, también se atendieron personas de otras localidades como Pelileo, Coca, Puyo, Latacunga, Pichincha, Guayaquil, Riobamba, Ambato, Portoviejo, Ibarra, Loja, Guayas, Machachi. Con la finalidad de terminar si hubo una relación entre la edad y el IMC se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado estableciendo un nivel de significancia de 95% es decir, se consideraron significativas las relaciones con un p valor $<0,05$. Para esta asociación se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la edad y el IMC $p=0,040$ ($p<0,05$), por lo tanto, la edad incluye en el valor de IMC de los pacientes

Tabla 9
Prueba de Chi cuadrado entre la edad e IMC

IMC clasificado-Grupos de edad tabulación cruzada					
Recuento					
		Grupos de edad			Total
		De 28 a 37	De 38 a 47	De 48 a 68	
IMC clasificado*	Deficiente	0	0	1	1
	Normal	13	10	1	24
	Sobrepeso	19	13	5	37
	Obesidad	5	5	6	16
Total		37	28	13	78

* $p=0,04$ ($<0,05$) hubo asociación significativa prueba de chi cuadrado

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito 2022

Elaboración propia

De igual forma, al relacionar el género con el IMC se observa que los hombres presentaron una mayor tendencia de IMC alto como se muestra en la tabla 7. Sin embargo, al realizar la prueba de chi cuadrado, no se obtuvo una relación estadísticamente significativa $p=0,675$ ($p>0,05$), es decir el IMC alto es independiente del género, en tal sentido, este criterio no está influenciado por el sexo del paciente.

Tabla 10
Relación entre el género e IMC

IMC clasificado-genero tabulación cruzada				
Recuento				
		Género*		Total
		Mujer	Hombre	
IMC clasificado*	Deficiente	1	0	1
	Normal	10	14	24
	Sobrepeso	16	21	37
	Obesidad	6	10	16
Total		33	45	78

*p = 0,675 (p>0,05) no hubo asociación significativa prueba de chi cuadrado

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito 2022

Elaboración propia

De igual forma se evaluó la asociación entre la procedencia del paciente y el IMC observando que las personas de Quito presentaron mayor nivel de IMC en comparación con las otras ciudades. A pesar de que los sujetos de ciudades grandes están expuestos a una mayor vulnerabilidad para la obesidad, en este estudio no hubo asociación estadísticamente significativa entre ambas variables p=0,611 (p>0,05). Por lo tanto, la ciudad de residencia no determina la probabilidad de presentar un mayor IMC.

Tabla 11
Relación entre la procedencia e IMC

IMC – Procedencia			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	35,925a	39	*0,611
Razón de verosimilitud	41,824	39	,349
N de casos válidos	78		
a. 52 casillas (92,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.			

*p=0,611 p>0,05 no hubo asociación significativa

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito 2022

Elaboración propia

Como se ha mencionado anteriormente la clase social influye directamente en el proceso de salud-enfermedad, debido a que la distribución de los recursos establece brechas en el acceso a una mejor calidad de vida en la sociedad, al igual que en el patrón de consumo y adquisición de alimentos, por lo tanto, actúa como un determinante para la

obesidad. En tal sentido en el presente estudio se observó que los profesionales que trabajan para el estado presentaron un mayor IMC. A pesar de ello, no hubo una asociación estadísticamente significativa $p=0,120$ ($p>0,05$), por lo tanto, tener un IMC alto es independiente de la fracción de clase, es decir, la obesidad es una enfermedad que su puede presentar en personas de cualquier estrato social. Sin embargo, de acuerdo con la inserción laboral de las personas, pueden existir procesos que pueden generar mayor vulnerabilidad en unos sujetos que en otros.

Tabla 12
Relación entre la fracción de clase e IMC

IMC y fracción de clase					
Recuento					
		Fracción de clase*			
		Profesional que trabaja para empresa	Profesional que trabaja para el Estado	Empleado público sin título	Jubilado
IMC clasificado*	Deficiente	0	1	0	0
	Normal	2	16	2	2
	Sobrepeso	2	29	3	1
	Obesidad	2	5	0	2
Total		6	51	5	5

* $p = 0,120$ $p > 0,05$ no hubo asociación significativa prueba de chi cuadrado

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito 2022

Elaboración propia

En relación a la escolaridad, los pacientes con nivel de instrucción superior presentaron un mayor IMC, sin embargo, la prueba de chi cuadrado determinó que no hubo asociación estadísticamente significativa entre la escolarización e IMS $p = 0,296$ ($p > 0,05$). En tal sentido, la obesidad puede presentarse en personas con diferentes niveles de escolaridad.

Tabla 13
Relación entre la escolarización e IMC

IMC clasificado -escolaridad tabulación cruzada				
Recuento				
		escolaridad		Total
		Superior	Secundaria	
IMC clasificado*	Deficiente	1	0	1
	Normal	19	5	24
	Sobrepeso	29	8	37
	Obesidad	9	7	16
Total		58	20	78

* $p=0,296$ ($p>0,05$) no hubo asociación significativa prueba de chi cuadrado

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito 2022

Elaboración propia

Como parte de la inserción social, los ingresos de los pacientes forma parte de los procesos que pueden determinar la obesidad, actuando de dos formas: las personas con más ingresos a pesar de que tienen una mayor probabilidad de acceder a la atención médica y de poder llevar una dieta sana y balanceada, también corren el riesgo de incurrir en la práctica de malos hábitos como consumir comidas en la calle, incrementar la ingesta de gaseosas, dulce y comida rápida, prácticas que predisponen a la obesidad. Por otro lado, las personas de bajos ingresos son vulnerables a llevar una dieta precaria donde el consumo de carbohidratos es elevado debido a la facilidad de conseguirlos aunado que se le dificulta asistir a consultas preventivas de manera regular.

En el presente estudio, las personas con mayor IMC presentaron ingresos entre los 700 y 1200 % mensuales, estadísticamente se encontró una asociación significativa entre el IMC y los ingresos familiares $p=0,035$ ($p<0,05$), estos resultados indicaron que en la muestra de estudio el incremento del IMC dependió del poder adquisitivo de los pacientes.

Tabla 14
Relación entre los ingresos e IMC

IMC clasificado*ingreso mensual tabulación cruzada							
Recuento							
		ingreso mensual*					Total
		De 701 a 1200	De 400 a 700	De 1200 a 2000	Menos de 200	Más de 2000	
IMC clasificado*	Deficiente	0	0	1	0	0	1
	Normal	18	3	3	0	0	24
	Sobrepeso	22	6	7	1	1	37
	Obesidad	6	7	0	2	1	16
Total		46	16	11	3	2	78

* $p=0,035$ $p<0,05$ hubo asociación significativa prueba de chi cuadrado

**monto expresado en dólares

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito 2022

Elaboración propia

4. Modos de vida de los pacientes con obesidad del Hospital Militar de las Fuerzas Armadas de Quito

Los modos de vida son construidos a partir de las creencias de cada individuo, pero son influenciados por el entorno donde se desenvuelven, como la familia, grupos sociales, entre otros. Para realizar un abordaje adecuado de los pacientes obesos es necesario conocer y comprender los modos de vida, cuáles son las condiciones de consumo, trabajo y vivienda, además de su relación con la sociedad, con la finalidad de establecer los patrones de vulnerabilidad, al igual que los procesos protectores.

4.1. Espacios de la configuración de los modos de vida (trabajo)

En la presente investigación se determinaron las condiciones laborales de los pacientes con obesidad con la finalidad de valorar las actividades que desempeñan. Como se indica en la Tabla 14 exceptuando uno solo todos los sujetos encuestados cuentan con una ocupación diaria. La gran mayoría presentan trabajos estables con relación laboral dependiente. La distribución de las ocupaciones es semejante para ambos géneros. Los pacientes con ocupaciones con independencia económica y amas de casas pueden representar el grupo con mayor riesgo de variación en sus ingresos económicos.

Tabla 15
Condición laboral de acuerdo con el género

		Relación entre el género y la ocupación					Total
		Ocupación					
		Dependiente	Militar	Independiente	Ama de casa	Ninguna	
Género	Mujer	26	1	4	2	0	33
	Hombre	32	8	3	1	1	45
Total		58	9	7	3	1	78

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito 2022

Elaboración propia

Referente a la distribución de los ingresos según la edad y el sexo como se indican en las figuras 9 y 10 la proporción de hombres y mujeres en las diferentes ocupaciones es similar, indicando que casi toda la población realiza alguna actividad económica. Según la edad las personas con edades de 29 a 37 años representan el grupo mayoritario de dependencia laboral.

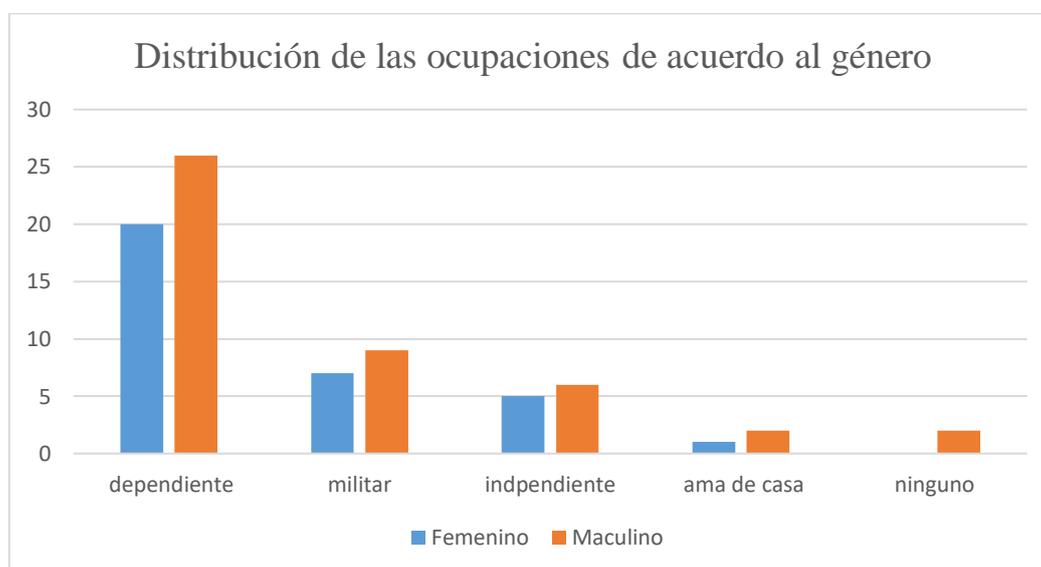


Figura 9. Distribución de las ocupaciones de acuerdo al género

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito, 2023. Elaboración propia

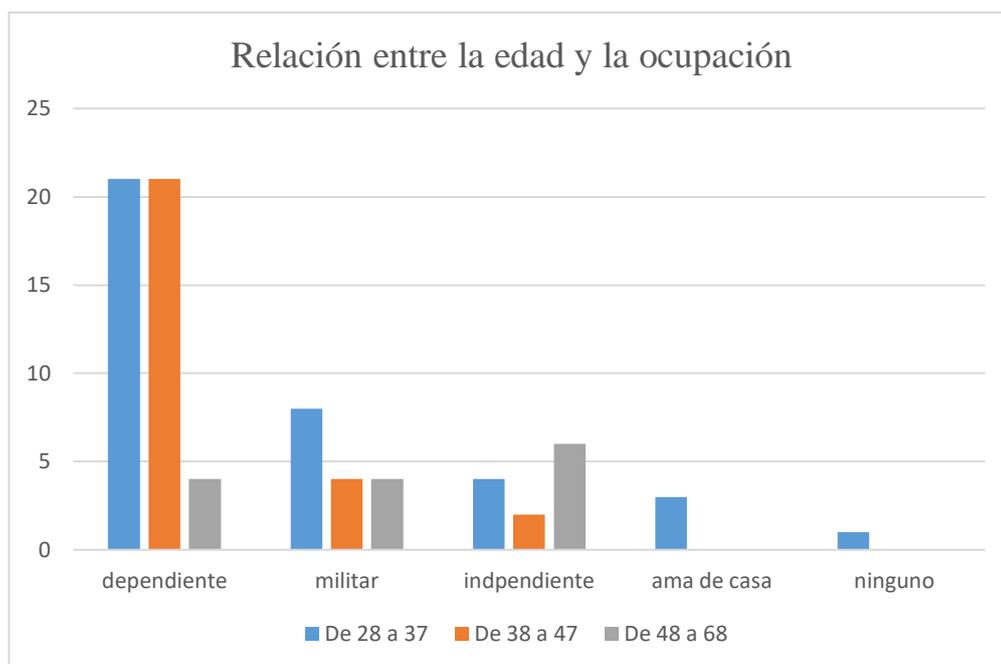


Figura 10. Relación entre la edad y la ocupación

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito, 2023

Elaboración propia

En la entrevista realizada a los profesionales se indicó que una de las causas del fracaso y abandono de los tratamientos es la incapacidad para adquirir los alimentos recomendados. A pesar de ello, según indican los pacientes, sus ingresos le permiten seguir las indicaciones del especialista y comprar sus medicamentos.

4.2. Espacios de la configuración de los modos de vida: consumo (vivienda, acceso a salud, alimentación)

Como parte de los modos de vida de los pacientes del Hospital Militar de las Fuerzas Armadas se indagó sobre las condiciones de la vivienda familiar, para ello se relacionaron las fracciones de clases establecidas anteriormente con las características del grupo familiar. En cuanto a la situación de la vivienda se observó que la mayoría de los pacientes tenían casa propia totalmente pagada. Como se observa en la Tabla 15, la mayor proporción de la muestra evaluada se ubica en el estrato de profesional que trabaja para el estado, esta fracción la mayoría de los sujetos bien en viviendas propias pagándose o alquiladas, en una menor cantidad casas prestadas. Esta condición incrementa los gastos familiares y la necesidad de ingresos más altos para poder cubrir los costos médicos y una alimentación adecuada que evite la obesidad.

De igual forma, otro de los determinantes para la obesidad y los modos de vida es la composición de la familia, los grupos familiares números con ingresos deficientes son más vulnerables a dietas mal sanas, sin embargo, en este estudio la mayoría de las familias estaban formadas entre 2 a 4 personas y se ubicaron en la fracción de profesionales que trabajan para el Estado.

Otras de las variables que es esencial para los modos de vida es la ubicación de la vivienda, en este estudio la mayoría de los pacientes residen en zonas residenciales, por su ubicación pueden tener mayor accesibilidad a los centros asistenciales y programas de prevención de salud. Sin embargo, también se determinó un pequeño grupo de pacientes que habitan en zonas rurales, estas personas en comparación con los anteriores pueden tener dificultades para la atención médica, compras de medicamentos, entre otros. Referente al acceso a los servicios de la salud la mayoría de la muestra correspondían a militares afiliados y sus familiares.

Para evaluar el acceso a la salud se realizó una entrevista a un grupo de pacientes con obesidad que son atendidos en el Hospital Militar de las Fuerzas Armadas de Quito, a partir de la cual se determinó que los pacientes consultados no presentan dificultades para acceder al servicio de salud, debido a que cuentan con el apoyo de familiares para su trasladados al igual que afiliaciones por el IPSFA que permiten cubrir las especialidades médicas que requieren. Una de las personas entrevistadas indicó que ha recibido apoyo psicológico para tratar la ansiedad a través de su seguro.

Tabla 16
Tipo de afiliación

Tipo de afiliación				
Militar	47	2	4	0
Familiar	3	1	1	0
Trabajado	0	1	0	0
IESS	1	0	0	0
Independiente	0	0	0	0
Militar pasivo	0	2	0	5
Sin afiliación	0	0	0	0

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito, 2023

Elaboración propia

Tabla 17
Configuración de las condiciones de la vivienda de acuerdo con la fracción de clase

	Profesional que trabaja para el estado (%n=65,4)	Profesional que trabaja para empresa (%n=7,7)	Empleado público sin título (%n=6,4)	Jubilado (%n=6,4)
Situación de la vivienda				
Propia totalmente pagada	14	2	1	5
Propia pagándose	16	3	1	0
Prestada	6	1	1	0
Alquilada	15	0	2	0
Ubicación de la vivienda				
Residencial	34	4	5	1
Rural	12	2	0	1
Comercial	5	0	0	3
Cantidad de habitantes en la vivienda				
De 2 a 3	14	2	1	3
De 2 a 4	20	1	2	2
Más de 4	17	3	2	0
Tipo de afiliación				
	47	2	4	0
Militar	3	1	1	0
Familiar	0	1	0	0
Trabajado	1	0	0	0
IESS	0	0	0	0
Independiente	0	2	0	5
Militar pasivo	0	0	0	0
Sin afiliación			0	0

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito, 2023

Elaboración propia

También se investigó acerca del patrón de consumo de los pacientes, en este caso se relacionó las frecuencias de la ingesta de alimentos de acuerdo con las fracciones de clases; se observó que las personas ubicadas en las categorías de profesional que trabaja para el Estado presentaban un consumo de los principales grupos de alimentos diario o 3 veces a la semana, al igual que la mayoría realizaba 3 comidas diarias.

Tabla 18
Frecuencia de consumo de acuerdo con las fracciones de clase

	Profesional que trabaja para el Estado (%n=65,4)	Profesional que trabaja para empresa (%n=7,7)	Empleado público sin título (%n=6,4)	Jubilado (%n=6,4)
Numero de comidas al día				
Dos	2	1	0	0
Tres	36	4	5	2
Cuatro	10	0	0	1
Cinco	3	1	0	2
Consumo de carne				
Diario	12	0	1	3
3 veces Por Semana	22	4	1	1
2 veces a la Semana	5	1		
1 vez a la semana	9	1	2	1
menos de una vez a la semana	3	0	1	0
			0	0
Consumo de vegetales y hortalizas				
Diario	22	3	2	0
3 veces Por Semana	18	2	2	1
2 veces a la Semana				
Nunca	8	1	1	1
1 vez a la semana				
Menos de una vez a la semana	2	0	0	0
	1	0	0	1
	0	0	0	2
Consumo de frutas				
Diario	23	3	0	1
3 veces Por Semana	17	2	3	1
2 veces a la Semana				
Semana	7	0	1	0
1 vez a la semana				
Menos de una vez a la semana	4	1	0	1
	0	0	1	2
Consumo de granos				
Diario	11	1	0	0
3 veces Por Semana	21	3	2	2
2 veces a la Semana	11	1	3	2
nunca	6	1	0	0
1 vez a la semana	1	0	0	1
Menos de una vez a la semana	1	0	0	0
Consumo de cereales				
Diario	10	2	0	0
3 veces Por Semana	10	1	1	1

2 veces a la Semana nunca	16	1	2	1
1 vez a la semana	6	1	1	1
Menos de una vez a la semana	7	1	1	1
	2	0	0	1
Consumo de lácteos				
Diario	23	1	1	2
3 veces Por Semana	19	5	5	0
2 veces a la Semana	5	0	0	2
1 vez a la semana				
Menos de una vez a la semana	3	0	0	1
	1	0	0	0

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito, 2023

Elaboración propia

Referente al consumo de alimentos no saludables como pan, postres, gaseosas y productos ultra procesados se determinó que en gran parte de la población ingieren este tipo de alimentos entre 2 y 3 veces a la semana. De acuerdo con la entrevista realizada a los nutricionistas del hospital, los estilos de vida son uno de las principales causas de que los pacientes abandonen el tratamiento, debido a que se requiere llevar una dieta equilibrada. En el presente estudio se determinó que gran parte de los pacientes llevan una dieta equilibrada con un consumo adecuado de los diferentes grupos de alimentos, pero, también se ha observado una ingesta elevada de comidas no saludables.

Tabla 19

Frecuencias de consumo de alimentos no saludables de acuerdo con las fracciones de clase

	Profesional que trabaja para el estado (%n=65,4)	Profesional que trabaja para empresa (%n=7,7)	Empleado público sin título (%n=6,4)	Jubilado (%n=6,4)
Consumo de pan				
Diario	17	3	1	3
3 veces Por Semana	14	1	4	0
2 veces a la Semana	11	2	0	2
nunca	7	0	0	0
1 vez a la semana	2	0	0	0
menos de una vez a la semana	0	0	0	0
Consumo de gaseosa				
Diario	2	1	0	1
3 veces Por Semana	10	0	2	1

2 veces a la Semana	11	1	1	1
nunca	10	2	2	1
1 vez a la semana	11	2	0	1
menos de una vez a la semana	7	0	0	0
Consumo de postres				
Diario	1	1	0	0
3 veces Por Semana	7	0	1	0
2 veces a la Semana	4	2	2	1
nunca	17	3	2	3
1 vez a la semana	17	0	0	0
menos de una vez a la semana	5	0	0	1
Consumo de alimentos ultra procesados				
Diario	3	0	0	0
3 veces Por Semana	5	1	1	0
2 veces a la Semana	3	0	1	1
nunca	16	4	2	0
1 vez a la semana	13	0	0	3
menos de una vez a la semana	11	1	1	1

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito, 2023

Elaboración propia

4.3. Espacios de la configuración de los modos de vida (conocimiento-conciencia)

Parte fundamental para el abordaje terapéutico y la prevención de la obesidad es el conocimiento sobre la gravedad de la enfermedad para poder tomar conciencia al respecto. En tal sentido por medio de la entrevista a los pacientes, se determinó que los pacientes fueron diagnosticados con esta patología hace más de 10 años y la mayoría se atiende desde entonces. Sobre la información acerca de su condición, los pacientes han consultado fuentes de internet para comprender su enfermedad e incluso han realizado acciones que recomiendan por esta vía. En este punto se observa que es necesaria una intervención por parte del personal de salud, para eliminar esta brecha de conocimiento y aportar información fidedigna a las personas.

Por medio del análisis cualitativo realizado al personal de salud se evidenció la falta de grupos para la socialización y compartir información sobre la patología. Tampoco se dispone de programas de capacitación para brindar asesoría al paciente sobre su enfermedad. Esto se requiere para educar y concientizar sobre la importancia de seguir las indicaciones médicas y el tratamiento farmacológico, para evitar que la patología progrese a un punto donde perjudique la calidad de vida.

También indicaron que son conscientes de que deben llevar una dieta equilibrada y sana, sin embargo, esto puede disfrutarse debido a que la gran mayoría requiere de la ayuda de familiares para realizar sus actividades diarias incluidas las comidas, esto es más frecuente en los pacientes mayores, donde se observan complicaciones relacionadas con la movilidad, debido a que presentan molestias osteoarticulares.

Al respecto, se indagó sobre los aportes del personal del hospital a la educación de los pacientes obesos y su familia; los médicos entrevistados indicaron que el seguimiento y la educación de los pacientes es la estrategia que más recomiendan para tratar la obesidad además de la dieta y el tratamiento farmacológico, sin embargo, en el hospital solo se aborda la enfermedad desde el punto de vista patológico en el servicio de endocrinología. A pesar de que uno de los profesionales indicó que existe un club de diabéticos, el resto señaló que en el centro de salud no se realizan actividades o programas de prevención y educación.

En cuanto al personal de nutrición indicaron que los pacientes acuden a las consultas la primera vez cuando ya presentan molestias y ya la enfermedad se ha vuelto crónica, rara vez llegan pacientes por consulta preventiva. También afirman que la mayoría de los pacientes abandonan el tratamiento debido a que no pueden cubrir los gastos que genera las dietas saludables. Es decir, también existe un alto desconocimiento de cómo llevar una dieta equilibrada y dónde adquirir los alimentos, no necesariamente en los supermercados.

En tanto el personal de enfermería destacó que las personas mayores tienen mayor probabilidad de que tengan reingresos hospitalarios, a su juicio, este grupo de pacientes recibe menos apoyo familiar.

4.4. Espacios de la configuración de los modos de vida, Soportes (colectivos-familiares)

La familia y conocidos representan un soporte de gran importancia para sobrellevar la obesidad, debido a que no solo afecta componentes fisiológicos, sino que esta enfermedad provoca alteraciones emocionales como la ansiedad, depresión y baja autoestima. Por ello, contar con el apoyo de familiares y amigos puede contribuir a tener una mejor respuesta al tratamiento y en la evolución general de la enfermedad. Por medio de la entrevista realizada a los pacientes se determinó que la mayoría presenta comorbilidades como hipertensión y problemas osteoarticulares que incluso dificultan su movilización, requiriendo ayuda para realizar actividades en el hogar o para poder trasladarse a sus consultas médicas. Los entrevistados también informaron que reciben apoyo constante de sus familiares, los cuales colaboran con la compra de medicamentos, visitas al médico y mantienen una relación afectiva sólida.

En cuanto a la percepción del personal de salud, específicamente las enfermeras y auxiliares que se encuentran en contacto directo y continuo con los pacientes, al preguntarles sobre este tema, indicaron que cuando los pacientes son jóvenes el acompañamiento familiar es más notorio debido a que sus padres los llevan a consulta; sin embargo, han notado que cuando se trata de adultos, en especial adultos mayores, el cuidado no es tan evidente, puesto que consideran que en la mayoría de los casos los pacientes viven solos, no pueden alimentarse adecuadamente y consumen alimentos poco saludables. De hecho, indican que un 75% de los pacientes reingresan al hospital en peores condiciones y con mayor alteración de los signos y síntomas.

Es importante indicar que algunos de los pacientes exponen que debido a su condición de salud se le hace más difícil socializar e ingresar a un grupo, por lo que prefieren quedarse en sus hogares. Expusieron que debido a su apariencia corporal sienten rechazo de las demás personas, especialmente de las más jóvenes, además de ser víctimas de críticas que afectan su salud mental, por lo tanto, optan por no salir y aislarse. De acuerdo con lo expresado en las entrevistas realizadas al personal del hospital la mayoría de los pacientes que son atendidos el hospital presentan problemas emocionales debido a su imagen corporal.

5. Estilos de vida y salud individual

La salud individual de las personas, inserta dentro de los modos de vida, podría explicar por qué ciertos grupos sociales desarrollan obesidad. Ciertos hábitos de consumo podrían tener un impacto a mediano y largo plazo. En la población de estudio se encontró que sus hábitos se encuentran determinados por las fracciones de clase a las cuales pertenecen y que influyen en sus patrones de consumo. El consumo de alcohol y tabaco representan el hábito mal sano más frecuente en la población de estudio; el primero se ingiere con una frecuencia de diario y tres veces por semana en todas las fracciones de clase, mientras que el segundo es a diario. Esto representa una mayor predisposición a complicaciones para la enfermedad como las cardiovasculares y respiratorias, además del cáncer. Referente a los hábitos saludables se investigó sobre la actividad física que realizan los pacientes, la mayoría realiza deporte todos los días o tres veces a la semana y consideran que es una actividad suficiente para mantenerse sanos.

5.1. Procesos críticos identificados en la población de estudio

Las vulnerabilidades representan las características que pueden perjudicar la salud del paciente obeso, en el presente estudio se identificó que gran parte de la muestra presentó antecedentes familiares de obesidad, lo que representa una predisposición para el desarrollo de la misma. En cuanto a las vulnerabilidades originadas por la atención médica, la entrevista a los profesionales del hospital indicó que en el centro de salud se demoran para dar las citas debido al flujo de pacientes sumado al hecho de que consideran que en ciertos casos los insumos y recursos que dispone el centro de salud no son suficientes para cubrir las demandas de los pacientes.

Tabla 20
Procesos de vulnerabilidad

	Profesional que trabaja para el estado (%n=65,4)	Profesional que trabaja para empresa (%n=7,7)	Empleado público sin título (%n=6,4)	Jubilado (%n=6,4)
Antecedente familiar de obesidad				
Si				
No	17	2	2	2
	34	4	3	3
Discapacidades				
Si	1	0	0	0
No	50	6	5	5

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con obesidad, Quito, 2023

Elaboración propia

5.2. Procesos de exposición

Como se indicó en apartados anteriores, los pacientes que asisten al hospital provienen de diferentes zonas incluyendo localidades de la Costa y la Sierra, esto representa un proceso que puede dificultar el acceso a la atención médica debido a que los pacientes deben recorrer distancias considerables que les toma tiempo y la inversión de recursos adicionales para el seguimiento de su enfermedad. Sin embargo, deciden trasladarse hasta Quito debido a que allí tienen la afiliación del seguro. Estos gastos adicionales afectan la economía del paciente y su familia pudiendo interferir en la adquisición de alimentos y medicamentos.

Mediante las entrevistas se determinó que existen pacientes que no realizan actividades fuera del hogar y acostumbran a realizar búsqueda de información por internet referente a su enfermedad, llegando incluso a aplicar consejos y dietas que consiguen en las páginas web sin importar que éstas pueden implicar un riesgo para su salud. Esta exposición a datos pocos fiables y sin supervisión médica puede influir de manera negativa en el estado de salud del paciente.

Otro proceso de exposición es que gran parte de la muestra encuestada es personal activo que percibe ingresos suficientes para cubrir sus gastos, aunque puede adquirir productos de calidad y llevar una dieta adecuada, disponer de suficientes recursos económicos los expone a una mayor posibilidad de ingerir comidas en la calle, bien sea comida rápida o postres, asimismo una mayor ingesta de gaseosa y alcohol o realizar las comidas en restaurantes. Por otra parte, los que perciben menos ingresos están expuestos a que adquieran mayor cantidad de productos con carbohidratos y reduzcan el consumo de proteínas. Los sujetos con bajos ingresos tienen una mayor predisposición a llevar una dieta poco equilibrada.

5.3. Procesos protectores y destructivos

En los procesos protectores se identificaron que los pacientes en su mayoría cuentan con apoyo familiar para poder trasladarse a las consultas, al igual que disponen de los recursos para poder adquirir alimentos y fármacos. Asimismo, se determinó que

los pacientes tienen disposición de llevar una alimentación saludable al igual que un porcentaje saludable realiza actividad física de manera regular. En cuanto a los servicios de salud, la mayoría cuenta con afiliación del seguro, lo cual facilita el acceso a las revisiones médicas, aunado a que el hospital cuenta con suficiente personal para poder atender a los pacientes.

En cuanto a los procesos destructores se observó una alta ingesta de alcohol y tabaco, así como de alimentos ultra procesados, gaseosas y postres lo cual impide llevar un estilo de vida saludable. También se determinó que algunos pacientes presentan comorbilidades y consecuencias de la enfermedad como poca movilidad lo cual los vuelve dependiente de sus familiares. A nivel social, el rechazo de la sociedad es el principal proceso que afecta el estado de ánimo y la autoestima de los pacientes obesos.

En cuanto a los servicios de salud no se disponen de programas de apoyo y educación para los familiares y los pacientes con obesidad, además de que el presupuesto disponible no es suficiente para cubrir la demanda farmacológica, al igual que llegan pacientes de diferentes partes lo cual satura el proceso de citas, dificultando el acceso de los pacientes.

6. Discusión

La obesidad se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública alrededor del mundo, debido a las comorbilidades que se le atribuyen y a la carga sanitaria que representa para los sistemas de salud y para los pacientes que la sufren requieren un abordaje multidisciplinario, en el cual se analice el proceso salud – enfermedad desde una perspectiva diferentes en donde se determinen las vulnerabilidades y los procesos críticos que se relacionan y predisponen al desarrollo de esta patología. Es en este contexto donde la epidemiología crítica toma relevancia como método para evaluar las diferentes dimensiones que pueden intervenir en la enfermedad.

A nivel de la Institución no existe investigaciones en relación con el tema de obesidad, pero si hay estudios a nivel del país y en la provincia del Pichincha donde existen estudios publicados en la revista del Hospital Vozandes en sobrepeso y obesidad en la población femenina relacionada con el hipotiroidismo. Dicho estudio concluyó que un 40 % son mujeres con sobrepeso y un 23 % con obesidad, debido a su manera de alimentarse, ejercitarse y sus tiempos de comida, desde un enfoque lineal (García 2014).

En otro estudio realizado en la ciudad de Cuenca, se determinó una tasa de prevalencia del 42,2 % y 40,6 % para el sobrepeso y obesidad respectivamente, al igual que en las estadísticas mundiales, estas enfermedades fueron más frecuentes en el sexo femenino con 69,3 %. De acuerdo con las conclusiones de la investigadora, la obesidad en Cuenca presenta un índice de prevalencia superior al encontrado en otras zonas del país, se determinó que en los individuos con edades entre 40 a 64 años fue del 83,1 %, indicando un valor por encima de la prevalencia nacional estimada que se ubicó en 62,8 % (Verdugo Sánchez 2018).

De acuerdo con Peresini y Hunziker (2021), el abordaje desde la epidemiología crítica de las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, permite evaluar las brechas sociales que existen en la distribución de los recursos y acceso a la información y atención médica. Aunado a que los alimentos se consideran como una mercancía y no un derecho, dando lugar a la inseguridad alimentaria. De acuerdo con las autoras, el análisis epidemiológico de la obesidad permite determinar las comunidades menos favorecidas desde el punto de vista socio-económicos, con la finalidad de enfocar las estrategias de prevención de acuerdo con las necesidades de estos entornos vulnerables.

Al respecto, Álvarez et al. (2012) señalan que existen determinantes sociales que se relacionan de manera directa e inversa con la obesidad como es el caso de la educación, poder adquisitivo, género, lugar de residencia, entre otros. En su estudio encontraron una distribución de acuerdo a la procedencia de los pacientes correspondiente al 73,8 % de zona urbana y 26,2 % de zona rural, en tal sentido, la enfermedad fue más frecuente en los habitantes de las zonas urbanas. Referente a la prevalencia de la obesidad, fue más elevada en las mujeres que en los hombres, de igual forma se encontró una asociación entre los ingresos bajos y la obesidad.

Estos resultados difieren de los encontrados en el presente estudio donde se determinó que hubo una mayor prevalencia de obesidad en los hombres que en las mujeres y la mayoría de los casos correspondían a personas procedentes de zonas urbanas con relación laboral dependientes (trabajadores para el Estado) y con ingresos familiares mensuales por encima del salario mínimo establecido en el país.

En la investigación realizada por Sucre, Navia y Paye (2019) se evaluaron los determinantes sociales de la obesidad en un grupo de personas con esta enfermedad y el grado de asociación entre ellos. Los resultados indicaron que es más probable que las personas desarrollen obesidad cuando tienen y mayor acceso a la adquisición de

alimentos. Según los autores cuando existe un mayor gasto para alimentar a un grupo familiar, el consumo de energía a partir de carbohidratos y lípidos también lo será. En tal sentido, los determinantes de la seguridad alimentaria como los recursos económicos la disponibilidad de alimentos, la calidad y frecuencia de consumo de los mismo influyen en la obesidad y el sobrepeso.

En el presente estudio la asociación de variables también encontró una asociación estadísticamente significativa entre los ingresos mensuales de la familia y la obesidad. Referente al consumo de alimentos, la mayoría de los pacientes llevaban una dieta con frecuencia de ingesta de los principales productos requeridos para una alimentación equilibrada, sin embargo, se encontró un alto consumo de postres y bebidas gaseosas, además de hábitos poco saludables como el tabaquismo y el alcohol.

No existen muchos estudios acerca de la determinación social de obesidad por lo que se hace necesario contrastar y complementar los hallazgos con estudios realizados bajo el enfoque de la epidemiológica clásica. En tal sentido, Solís et al. (2021) determinaron una prevalencia de obesidad en pacientes adultos predominante en el género femenino, las personas manifestaron que adicionalmente presentaban otras comorbilidades como hipertensión arterial (50,56%), de igual forma, el 70,89% de las personas presentó un nivel bajo de conocimiento sobre prevención del sobrepeso y la obesidad.

En el presente estudio, por medio de la entrevista a los pacientes, se determinó que además de la obesidad presentaban otras complicaciones como dolores osteoarticulares poca movilidad. Referente al conocimiento sobre su enfermedad se observó que los pacientes han realizado búsquedas en internet sobre métodos para perder peso y demás información al respecto. Sin embargo, esto representa una brecha en el conocimiento debido a que no toda la información disponible en páginas web son fidedignas, por lo que se requiere intervención del personal de salud para la educación y prevención de la obesidad en las comunidades.

Al respecto Catalán (2021,3) menciona en su estudio que el sistema musculoesquelético se ve afectado por la obesidad. Las principales complicaciones que pueden presentar los pacientes con obesidad son hipercifosis, escoliosis y genu valgo cuando se trata de pacientes jóvenes. En el caso de adultos se presenta hiperlordosis, desgaste de meniscos, lesión de rodilla, artrosis y artritis. Todas estas condiciones dificultan la movilidad y autonomía de las personas.

En cuanto a los procesos de exposición en la presente investigación se observó que la distancia entre el centro de salud y el lugar de residencia de los pacientes que viven fuera de Quito, repercute en el proceso salud-enfermedad, debido a que requiere de una logística para su traslado que demanda gastos de transporte. También se consideró como un proceso de exposición la posibilidad de adquirir una mayor cantidad de comidas en la calle donde se incluyen el consumo de alimentos procesados, gaseosas, postres, al igual que alcohol y tabaco con mayor frecuencia.

Al respecto, Christiansen (2018) menciona que uno de los principales procesos de exposición que presentan los pacientes con obesidad son los medios de comunicación, mediante los cuales se emiten mensajes acerca del peso corporal, lo cual ha conducido a la patologización de los cuerpos gordos mediante prejuicios morales y generalizaciones sesgada, procesos que influyen en la salud mental de las personas con esta enfermedad.

En tal sentido, en el presente estudio se determinó que, de acuerdo con la opinión de los especialistas, el rechazo de la sociedad hacia los pacientes obesos puede generar cuadros emocionales negativos que perjudican la salud física y mental de los mismos. También indicaron que un mayor acceso a las comidas rápidas influye en que la prevalencia e incidencia de la enfermedad sean elevadas.

Gómez et al. (2017) indican que la estigmatización de la obesidad es un tema de investigación de gran importancia para mejorar el componente emocional de esta enfermedad. En su estudio señalan que el estigma afecta considerablemente la salud mental de los pacientes obesos, puede presentarse de manera voluntaria o involuntaria incluso por personas que son de su círculo cercano como familia, amigos, compañeros de trabajo entre otros. Aunque este fenómeno afecta tanto a hombres como mujeres, cuando ocurre en este último grupo las consecuencias son peores, se produce una pérdida rápida del bienestar, autoestima y calidad de vida

Asimismo, Martin et al. (2018) señalan que los medios de comunicación son determinantes en la estigmatización de la obesidad, debido a que el juicio moral que es difundido a través de este medio, es el principal motivo que genera que la percepción y opinión de las demás personas hacia los individuos obesos se modifique, haciéndolos ver vulnerables, sin poder de decisión y pasivas. En tal sentido los autores indican que el personal de salud debe promover el abordaje integral de la obesidad, sin olvidar el tratamiento psicológico.

La obesidad debe ser abordada de manera integral debido a su relación con la predisposición a desarrollar diferentes enfermedades. Los pacientes obesos tienen una

mayor probabilidad de contraer infecciones como consecuencia del proceso de inflamación crónica y la deficiencia de vitamina D. Es por ello, que el riesgo de que los pacientes obesos presentaran Covid-19 con peor pronóstico era mayor que en las personas sin esta patología (Vélez y Rueda 2023, 57).

A pesar que se ha establecido que en la fisiopatología de la obesidad ocurre un proceso inflamatorio crónico y generalizado, los mecanismos por los cuales se genera este evento no han sido comprendidos completamente. Se infiere que comprender como ocurre la inflamación puede ser una alternativa para el control y prevención de la enfermedad. Algunas los factores que pueden estar asociados son: antígenos intestinales, aspectos de la dieta y metabolitos, señalización relacionada con la muerte de los adipocitos e hipoxia(Montalvo, Montalvo, y Montalvo 2023, 96).

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Es importante destacar que, a diferencia de los estudios de epidemiología tradicional, la determinación social de la obesidad permite evaluar aspectos del proceso salud – enfermedad que generalmente con otras técnicas de investigación pasarían desapercibidos o ameritaría realizar varias investigaciones. Desde el punto de vista de la epidemiología crítica queda en evidencia lo complejo de la obesidad como problema de salud pública, debido a las brechas en las políticas públicas que deben ser reestructuradas para mejorar la calidad de vida de los pacientes, por medio de estrategias que permitan generar cambios importantes en los modos y estilos de vida.

Se determinó que una de las vulnerabilidades de los pacientes es el acceso a las consultas, si bien cuentan con la afiliación a los servicios de salud, el hospital tiene una alta demanda de pacientes lo que genera un colapso en el sistema de gestión de las consultas. Esto representa una problemática para los pacientes que deben trasladarse desde ciudades más lejanas. En tal sentido, deben implementarse estrategias adicionales para el seguimiento de los pacientes que no pueden acudir periódicamente al hospital, como por ejemplo seguimiento a través de la telemedicina. Es importante realizar un adecuado monitoreo debido a que los especialistas indicaron que la tasa de deserción del tratamiento es elevada.

Los pacientes presentaron estilo de vida en donde coexisten hábitos saludables y mal sanos, por una parte, consumen una variedad de alimentos con frecuencias acorde a lo recomendado y realizan actividad física de manera regular. Por otro lado, el consumo de tabaco es elevado en la muestra de estudio, observando un porcentaje considerable que lo realiza diariamente, además de que se consume con bastante frecuencia gaseosas, postres y alimentos ultra procesados. Esta situación es el reflejo de la poca educación nutricional que posee la población, recordando que una adecuada alimentación y estilo de vida se relaciona con la prevención de diferentes enfermedades crónicas. Por lo que es necesario implementar planes de educación en los diferentes entornos comunitarios, grupos sociales y en las instituciones de salud.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la obesidad y los ingresos mensuales, la mayoría de las personas con recursos económicos adecuados presentaron un IMC elevado. Debido a que tienen mayor acceso a comprar un mayor

volumen de comidas. En contraparte los individuos con menos ingresos tienen una dieta alta en carbohidratos que también eleva el IMC, por lo que es necesario promover estrategias que concienticen a las personas sobre llevar una dieta sana y equilibrada.

Desde el punto de vista de los profesionales del Hospital, gran parte de los pacientes que asisten a las consultas nutricionales para tratar la obesidad, abandonan el tratamiento debido a que no se les dificulta seguir las indicaciones, principalmente en lo referente a las modificaciones de los patrones de alimentación. En algunos casos esto se debe a dificultades para adquirir alimentos saludables. Asimismo, las enfermeras indicaron que el apoyo a los pacientes por parte de sus familiares disminuye conforme a la edad, es decir, las personas mayores reciben menor apoyo familiar que los más jóvenes.

La obesidad es una patología que, desde el punto de vista social, se ve influenciada por los estereotipos, las personas obesas son vulnerables al rechazo de la sociedad. Por lo que es común que presenten cuadros de depresión, rechazo y aislamiento social. Por ello, estudiar esta enfermedad desde un enfoque más amplio, más allá de las cifras de prevalencia e incidencia, ayuda a comprender como los diferentes procesos de la vida del paciente influyen en el desarrollo de la obesidad, permitiendo identificar que procesos se deben eliminar y cuales fortalecer.

Es importante indicar que el limitado acceso a los pacientes supuso reajustar los instrumentos de análisis e incorporar preguntas relacionadas directamente con la carga de la enfermedad y ciertas condiciones sociales de su entorno. De acuerdo a lo identificado según la percepción de los profesionales de la salud el tratamiento dietético es la mejor solución para revertir los efectos de la obesidad, además que permite mantener los beneficios por un tiempo prolongado. Sin embargo, es necesario considerar las condiciones económicas y sociales de los pacientes, llevar una dieta sana y equilibrada significa un gasto considerable debido al precio de los productos, los cuales ameritan para ser cubiertos un salario por encima del mínimo.

Adicional a ello, debe disponer del tiempo para preparar los alimentos con las técnicas de cocción adecuadas, llevar un itinerario de las comidas y las porciones. Este aspecto se ve limitado en las personas mayores o aquellos que tienen una dependencia laboral que por sus horarios les impidan dedicar el tiempo suficiente.

Por lo tanto, se concluye que los pacientes requieren de apoyo familiar para poder transformar su vida y adecuarla a las indicaciones de los especialistas. Amerita de acompañamiento para seleccionar y preparar las comidas, además de las visitas al centro de salud, principalmente en aquellos que presenten alguna limitación.

Recomendaciones

Crear grupo de socialización o apoyo para las personas con obesidad, donde puedan compartir experiencias con sujetos que presenten las mismas condiciones a través de un espacio donde puedan ser guiados por profesionales con la finalidad de lograr un bienestar físico y emocional.

Realizar programa de educación nutricional dentro del hospital para aportarles a las pacientes herramientas que ayude a mejorar su estilo de vida y alimentación, evitando que abandonen los tratamientos.

Reestructurar las políticas públicas para difundir de forma masiva información sobre la alimentación saludable, al igual que minimizar los comportamientos asociados al sedentarismo y hábitos no saludables.

Fomentar la educación en la población en general sobre la obesidad, con el propósito de que los pacientes obesos no sean rechazados ante la sociedad, que esta aprenda a comprender que no se trata de estereotipos, sino que condiciones patológicas que se agravan con el juicio negativo de los demás.

Lista de referencias

- Acurio, David. 2014. *Introducción a la Sociología de la Salud*. 1ª ed. Cuenca: Universidad de Cuenca. https://www.researchgate.net/profile/David-Acurio/publication/295431027_Introduccion_a_la_Sociologia_de_la_Salud/links/56ca7c3c08ae5488f0d94ca0/Introduccion-a-la-Sociologia-de-la-Salud.pdf.
- . 2018. “Pensando una epidemiología para la alimentación: Una genealogía de los estudios nutricionales en Ecuador” 14 (3). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652018000300607&lang=pt.
- . 2021. “Estudio de la determinación sociocultural de los consumos alimentarios y del estado nutricional en la ciudad de Cuenca”. Tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8879/1/TD180-DSCAS-Acurio-Cuenca.pdf>.
- Alvárez, Doris, José Sánchez, y Guillermo Gómez. 2012. “Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010)” 29 (3): 303–13.
- Bauce, Gerardo, y Mary Moya. 2020. “Índice Peso Circunferencia de Cintura como indicador complementario de sobrepeso y obesidad en diferentes grupos de sujetos” 9 (1). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1094977/17889-144814488126-1-pb.pdf>.
- Breilh, Jaime. 2010. “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano” 6 (1): 83–101.
- . 2013. “La Determinación Social de La Salud Como Herramienta de Transformación Hacia Una Nueva Salud Pública (Salud Colectiva)” 31: 13–27.
- . 2014. “El espectro del derecho a la salud y la justicia: una mirada desde la epidemiología crítica”. <https://docplayer.es/85876029-El-espectro-del-derecho-a-la-salud-y-la-justicia-una-mirada-desde-la-epidemiologia-critica-jaime-breilh-md-phd.html>.
- Breilh, Jaime, Arturo Campaña, Edmundo Granda, Rubén Páez, y Juan Carlos Eslava. 1990. *Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud*. 1ª ed. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Bury, Jeff. 1980. “Transnational Corporations and Livelihood Transformations in the Peruvian Andes: An Actor-Oriented Political Ecolog.” 67 (3): 307–21.
- Cardona, Jaibert. 2016. “Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica” 16 (1): 183–91.
- Cardoso, Erika, Passos Lambert, María Borges, Leticia Machado, Raquel Vasconcellos, Anderson Silva, y Juliana Zidirich. 2022. “Características de adultos com obesidade grave em tratamento ambulatorial no Rio de Janeiro e fatores associados à perda de peso” 30 (2): 201–14.
- Catalan, J. 2021. “Obesidad y su Impacto Sobre Espalda Baja y Rodilla: Una Revisión Sistemática”. Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/75260/Catalan_RJ_L_SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
- Christiansen, María. 2018. “Homo Caloricus”: La construcción epistemológica del estigma lipofóbico en los discursos mediáticos de salud pública” 14 (3). <https://www.scielosp.org/article/scol/2018.v14n3/623-637/es/>.

- Cuyul, Andrés. 2016. “Los procesos protectores de la salud y el conocimiento en salud de las comunidades”. Gobierno Santiago. 2016. <https://asuntosindigenas.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2017/05/Los-procesos-protectores-de-la-salud-y-el-conocimiento-en-salud-de-las-comunidades.pdf>.
- Delbono, Mercedes, Yénica Chaftare, Lucía Pérez, Raúl Pisabarro, Sonia Nigro, Ernesto Irrazábal, y Carlos Bermúdez. 2009a. “Manual práctico de obesidad en el adulto, atención primaria”. Sociedad Uruguaya para el estudio de la Obesidad. 2009. https://cardiosalud.org/wp-content/uploads/2019/05/chscv_manual_de_obesidad_en_baja.pdf.
- . 2009b. “MANUAL PRÁCTICO DE OBESIDAD EN EL ADULTO, Atención Primaria”.
- Echeverría, Bolívar. 2010. *La definición de la cultura*. México: FCE/Itaca/UNAm. http://bolivare.unam.mx/critica/definicion_de_la_cultura_a_proposito_de_un_libro_de_bolivar_echeverria.
- Garcá, Angelica. 2014. “Sobrepeso y obesidad su relación con el hipotiroidismo en el personal femenino del Hospital Vozandes Quito en el período marzo-mayo 2013”. Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7508>.
- Gómez, Daniela, Manuel Ortiz, y José Saiz. 2017. “Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: una revisión de la literatura” 145 (9): 1160–64.
- González, Ubaldo. 2005. “El modo de vida en la comunidad y la conducta cotidiana de las personas” 31 (2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0864-34662005000200013&lng=es&tlng=es.
- Guerrero, Luis. 2010. “Estilo de vida y salud” 14 (48): 13. – 19.
- Gutierrez, Edgar. s. f. “Definición de obesidad: más allá del índice de masa corporal” 9 (1): 61–64.
- Gutierrez, Melody, Morales, y Ramón Gelabert. 2020. “Eficacia de un programa de estilo de vida de salud en Chile” 22 (2): 12–21.
- Hernández, Diana, Mario González, Julio Vasquez, Andrea Lima, Claudia Vasquez, y Cecilio Colunga. 2021. “Hábitos de la alimentación asociados a sobrepeso y obesidad en adultos mexicanos: una revisión integrativa” 27.
- Hernández, José, y Arnold Yuri. 2019. “Prevalencia y Tendencia Actual Del Sobrepeso y La Obesidad En Personas Adultos En El Mundo” 30 (3): 193.
- Instituto Nacional de Estadística. 2020. “Canasta”. 2020. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/canasta/>.
- Izurieta, Monica. 2022. “Food Consumption: Critical Theoretical Approach in the Economy, Health, and Environment Interface.”, n° 11: 151–71.
- Llango, Alexandra. 2021. “COVID-19 en Ecuador: potenciales impactos en la seguridad alimentaria y la nutrición”. *Revista INSPILIP* 5 (5): 1–9.
- Martín, Rocio, Valdayo Beatriz, y Elena Cruz. 2018. “Estigma social de la obesidad desde una perspectiva enfermera”, 253–57.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2012. “Encuesta Nacioanl de Salud y Nutrición”. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2012. <https://www.unicef.org/ecuador/media/3356/file/Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20y%20Nutrici%C3%B3n.pdf.%7D>.

- Montalvo, Mario, Yanira Montalvo, y Cristian Montalvo. 2023. “La Obesidad Circulo vicioso de Desregulación Metabólica - Inflamación”. En *Temas selectos en el paciente obeso críticamente enfermo*. Quito, Ecuador: CuevasEditores.
- Muñoz, Melissa, Laura González, y Gustavo Cediel. 2022. “Policy action initiatives against obesity in Colombia: a literature review using the nourishing framework methodology Colombian policy actions against obesity” 70 (2): 90282.
- Nalpan, Tania, Marcela Vizcarra, Karla Cuevas, y Patricia Galvez. 2022. “Influencias de la familia en las elecciones alimentarias y nutrición de sus miembros: ¿Qué dice la literatura” 49 (3): 384–90.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 2015. “Hacia una Vivienda Saludable”. 2015. <https://www1.paho.org/per/images/stories/pyp/per37/27.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. 2023. “Obesidad”. 2023. https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_2.
- Pajuelo, Jaime, Lizardo Torres, Rosa Aguero, y Ivonne Bernui. 2020. “El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú.” 80 (1).
- Pasca, Antonio, y Julio Montero. 2015. *El corazón obeso*. 1ª ed. Buenos Aires: Intermedica.
- Perez, Sara, Ana Romero, Itziel Candiani, y Lisbeth Martinez. 2022. “Obesidad en México: un acercamiento a la mirada social en los últimos 16 años” 10 (26): 91–117.
- Perisini, V, y K Hunziker. 2021. “Obesidad una mirada desde la epidemiología crítica” 18 (1): 21–30.
- Pineda, Stefania. 2020. “Nutrición en niños y niñas afrodescendientes de Colón Eloy del María, provincia de Esmeraldas Un enfoque desde la epidemiología crítica”. Tesis de postgrado, Universidad Andina Simón Bolívar.
- Plaza, J, y R Navarro. 2022. “Hábitos alimenticios, estilos de vida y riesgos para la salud. Estudio en una población militar” 79 (2): 74–81.
- Polo, Patricia. 2016. *Modos de vida una categoría esencial en geografía y salud*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso.
- . 2018. “Un análisis desde las representaciones sociales de los y las trabajadoras bananeras, recinto San Rafael, provincia del Guayas-Ecuador”. Tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar.
- . 2020. “Determinación social de la salud en el territorio: miradas de los trabajadores bananeros en Tenguel (Ecuador)” 18: 152–73.
- Rodriguez, Alejandra, y Denovan Casas. 2018. “Determinantes sociales de la obesidad en México” 26 (4): 281–90.
- Rodriguez, Susana, José Soriano, y Juan Merino. 2017. “Causas y Tratamiento de La Obesidad” 37 (4): 87–92.
- Samper, Diesgo, Jorge Coll, y Douglas Castellanos. 2019. “Metodología de actividades físicas para adultos mayores obesos con hábitos sedentarios” 14 (3): 355–71.
- Seidell, Jacob. 2007. “Epidemiology - Definition and Classification of Obesity” 23 (2): 1–11.
- Sepulveda, Magdalena. 2014. “De la retórica a la práctica: el enfoque de derechos en la protección social en América Latina”. División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2014. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35912/1/S2014131_es.pdf.
- Serrano Wiesner, María de los Ángeles, Thalía Katuska Fabara Pino, Andrea Jeanette Vélez Vera, y Tania Melissa Landín Ramírez. 2021. “Morbi-Mortalidad en

- pacientes obesos infectados por COVID-19". *Recimundo* 5 (2): 71–79. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).abril.2021.71-79](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.71-79).
- Solis, María. 2023. "Crecer a cielo abierto: Salud colectiva y psicosocial de niños, niñas y adolescentes de familias recicladoras". Tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar.
- Solis, Urbano, Elda Valdéz, Karolina Abas, Fernanda Soria, y Jorge Valdéz. 2021. "Caracterización clínico epidemiológica del sobrepeso y la obesidad en la parroquia rural San Gerardo, Chimborazo, Ecuador" 8 (2): 78–87.
- Suarez, Walter, Antonio Sanchez, y José González. 2017. "Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual" 44 (3).
- Sucre, A, M Navia, y E Paye. 2019. "Asociación de las determinantes de la seguridad alimentaria nutricional con la presencia de sobrepeso y obesidad en la población que acude a la unidad de epidemiología clínica del IINSAD de la facultad de medicina- UMSA" 60 (1): 24–31.
- Thomas, Jeffry, y Ferrer. 2020. "Determinantes sociales como factores contextuales de la obesidad: construcción de significado y valoración del estado nutricional según nivel socioeconómico" 47 (6).
- Torres, Jorge. 2019. "Determinación social de la malaria en población achuar de la localidad Wampuik perteneciente a la parroquia Huasaga, cantón Taisha, Morona Santiago, 2016-2017". Tesis de postgrado, Universidad Andina Simón Bolívar.
- Tuñon, Eperanza. 2022. "Migrantes en Estados Unidos: testimonios sobre hábitos alimenticios, salud y cuerpo" 10 (26): 22–59.
- Vaamonde, J, y M Alvarez. 2020. "Obsesidad y sobrepeso" 13 (14): 767–76.
- Vazquez, Concepcion, Anayansi Escalante, Joselina Huerta, y María Villarreal. 2021. "Efectos de la frecuencia de consumo de alimentos ultraprocesados y su asociación con los indicadores del estado nutricional de una población económicamente activa en México" 48 (6): 852–61.
- Velez, J, y F Rueda. 2023. "Obesidad y altitud ¿Aliados en el Covid-19 Grave?" En *Temas selectos en el paciente obeso críticamente enfermo*. Quito, Ecuador: CuevasEditores.
- Veraza, Jorge. 2007. *Los peligros de comer en el capitalismo*. 1ª ed. Editorial Itaca.
- Verdugo, Adriana. 2014. "Prevalencia Sobrepeso y Obesidad En Adultos de La Ciudad de Cuenca-Ecuador 2014" 36 (1): 54–60.
- Verdugo Sánchez, Adriana Elizabeth. 2018. "Prevalencia Sobrepeso y Obesidad en adultos de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2014". *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca* 36 (1): 54–60.

Anexos

Anexo 1: Formato de entrevistas para personal médico

1. ¿El hospital cuenta con programas para abordar la diabetes como problema social?
2. ¿Considera que existen comportamientos de consumo y estilos de vida diferentes entre los pacientes de la sierra y los de la costa?
3. ¿Qué medidas cree que son necesarias para promover la adherencia al tratamiento?
4. ¿Desde su experiencia cuál cree que es la mejor estrategia para dar seguimiento y cumplimiento de los tratamientos?
5. ¿Considera es necesario que los pacientes con obesidad ameritan el apoyo familiar y social para evitar problemas emocionales como ansiedad y depresión?
6. ¿Crees que el hospital cuenta con los medios humanos, intelectuales y materiales para tratar a los pacientes con obesidad?
7. ¿Qué medidas considera que son adecuadas para mejorar y optimizar el proceso de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con obesidad?
8. ¿Considera que el hospital cuenta con los suficientes recursos para cubrir la demanda farmacológica de los pacientes con obesidad?
9. ¿Cuáles indicadores empleados en su servicio para el diagnóstico de la obesidad?
10. ¿Cuáles son las pruebas complementarias que se suelen aplicar para la confirmación del diagnóstico de obesidad?

Anexo 2: Formato de entrevista para Nutricionistas

1. ¿Cuáles de considera que han sido principales inconvenientes que se han presentado para garantizar el tratamiento efectivo de los pacientes con obesidad que acuden a su consulta?
2. ¿Considera que los pacientes que acuden a su consulta lo hacen por voluntad propia, exigencia familiar o enfermedad?
3. ¿Durante su ejercicio profesional cual es el estimado de pacientes que han abandonado el tratamiento?
4. ¿Qué causas considera usted que influyen en la adherencia o abandono del tratamiento?
5. ¿Considera que existen comportamientos de consumo y estilos de vida diferentes entre los pacientes de la sierra y los de la costa?
6. ¿Qué método considera más apropiado para abordar la obesidad, programas comunitarios o individuales?
7. ¿Cuáles serían sus recomendaciones para mejorar las condiciones en el servicio de nutrición del hospital?
8. ¿Considera que las condiciones económicas y la estratificación social influyen en el desarrollo de obesidad en la población?
9. ¿De acuerdo a su experiencia cuales son los alimentos más frecuentes que consumen los pacientes obsesos y el principal método de preparación?
10. ¿El hospital cuenta con el número adecuado de Nutricionista para cubrir la demanda de los pacientes con obesidad?
11. ¿Considera que los pacientes con obesidad cambian sus patrones de consumo de manera consciente o inconsciente?
12. ¿Desde su experiencia que tratamiento considera que es más efectivo para la obesidad, el farmacológico o el nutricionista?

Anexo 3: Formato de entrevista para enfermeras y auxiliares

1. ¿Cuáles considera que son las comorbilidades más frecuentes que presenta el paciente con obesidad?
2. ¿Considera que los pacientes perciben un trato afectivo y apoyo emocional por parte de sus familiares?
3. ¿Considera que el tipo de alimentación que provee la institución para los pacientes hospitalizados es el adecuado para mantener el régimen alimenticio de personas con cuidados especiales como la obesidad?
4. ¿Cuál considera usted que el promedio de pacientes que reingresan a hospitalización con cuadros clínicos asociados a la obesidad?
5. ¿Cuáles son los signos y síntomas que observan alterados con mayor frecuencia en los pacientes que ingresan con diagnóstico de obesidad?
6. ¿Considera que los pacientes pueden acceder de manera sencilla a la red de hospitales y atención pública y privada?
7. ¿Cómo considera que influye el diagnóstico de obesidad en la vida de los pacientes?
8. ¿Partiendo de su labor en el cuidado directo de los pacientes con obesidad, cual considera que son los determinantes que conduce al desarrollo de la enfermedad?
9. ¿Cuál considera que es la población, de acuerdo a grupos etarios que presenta mayor número de casos de obesidad?
10. ¿Considera que la falta de cuidado domiciliario influye en el desarrollo de obesidad y comorbilidades asociadas en adultos mayores?
11. ¿Considera que es necesario realizar visitas domiciliarias para verificar el estado de salud de los pacientes y dar seguimiento a los tratamientos indicados?

Anexo 4: Formato de encuesta sobre la determinación social de la salud para personas con obesidad

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLIVAR

Encuesta sobre la determinación social de la salud para personas con obesidad

Código: _____

Edad: _____

Ciudad donde vive _____

Barrio donde vive: Norte ____ Centro ____ Sur ____

Género: Mujer ____ Hombre ____

Peso: _____ talla: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS, DE ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN

SELECCIONE CON UN CIRCULO SU RESPUESTA Y RELLENE DONDE ESTE INDICADO.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Estado Civil | 1. Soltero(a)
2. Casado(a)
3. Unión libre(a)
4. Divorciado(a)
5. Viudo(a)
6. Otro
¿Cuál? _____ |
| 2. ¿Cuál es su nivel de escolaridad? | 1. Primaria
2. Secundaria
3. Superior
4. Ninguno |
| 3. Su ocupación diaria es: | 1. Trabajo independiente
2. Trabajo dependiente
3. Estudiante
4. Ama de casa
5. trabajo informal
6. Ninguno
Cuál es: _____ |
| 4. Etnia a la que pertenece | 1. Mestiza
2. Indígena
3. Montubia
4. Afroecuatoriana
5. Blanca
7. Otro _____ |

5. ¿Usted tiene familiares con obesidad?
1. Sí
 2. No
- ¿Cuántos? _____

6. ¿La zona de ubicación de su vivienda es?
1. Residencial
 2. Comercial
 3. Industrial
 4. Rural

INSERCIÓN SOCIAL

SELECCIONE CON UN CIRCULO SU RESPUESTA Y RELLENE DONDE ESTE INDICADO.

7. ¿La ocupación de la persona que es principal responsable económico del hogar es?
1. Profesional con título que trabaja en empresa particular
 2. Profesional con título que trabaja para el estado
 3. Empleado de empresa particular no titulado,
 4. Empleado público no titulado
 5. Comerciante propietario de pequeño negocio,
 6. Obrero o trabajador manual de empresa no propia,
 7. Pequeño trabajador agrícola,
 8. Trabajadora doméstica no remunerada
 9. Jubilado
 - 10 otra. ¿Cuál? _____
8. ¿La afiliación que usted posee del ISSFA?
1. Militar activo
 2. Militar pasivo
 3. Esposa de militar
 4. Hijo de militar
 5. Otra: _____ (Describa)
9. ¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales familiares?
1. Menos de 425 dólares
 2. Entre 425 y 700
 3. Entre 701 a 1200
 5. Entre 1200 a 2000
 6. Más de 2000

Modos de vida

10. ¿Su vivienda es?
1. Propia totalmente pagada
 2. Propia pagándose
 3. Prestada
 4. Alquilada
11. ¿Cuántas personas habitan en esta vivienda?
1. De dos a tres
 2. Cuatro

3. Mas de cuatro

12. ¿Considera la calidad de su vivienda cómo?

1. Satisfactorio
2. Poco satisfactorio
3. Insatisfactoria

PROCESOS CULTURALES Y RELIGIOSOS (SOPORTES COLECTIVOS)

SELECCIONE CON UN CIRCULO SU RESPUESTA Y RELLENE DONDE ESTE INDICADO.

13. Si pertenece a algún grupo social religioso cultural político

1. Sí
2. No

Cuál es el grupo social_

1. ¿La afiliación que usted posee del ISSFA?

1. Militar activo
2. Militar pasivo
3. Esposa de militar
4. Hijo de militar
5. Otra: _____ (Describa)

VULNERABILIDADES

ENFERMEDADES / DISCAPACIDADES

SELECCIONE CON UN CIRCULO SU RESPUESTA Y RELLENE DONDE ESTE INDICADO.

2. Tiene usted alguna enfermedad diagnosticada

1. Sí
2. No

Cuál _____

3. Tiene usted alguna discapacidad

1. Sí
2. No

Cuál _____

DIMENSION CONSUMO

HÀBITOS DE CONSUMO DE ALIMENTOS, BEBIDAS Y TABACO

SELECCIONE CON UN CIRCULO SU RESPUESTA Y RELLENE DONDE ESTE INDICADO.

4. ¿Cuántas comidas ingiere en el día? 1. Una
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro

5. Cinco
6. Más de 5

5. ¿Por lo general usted se alimenta en dónde?
1. Casa
 2. Restaurante, patios de Comida de Centros Comerciales
 3. Mercado
 4. Puestos de la calle
 5. Otra: _____ (Describa)

6. ¿Con qué frecuencia consume carne?
1. Nunca
 2. Diaria.
 3. Tres Veces por Semana
 4. Dos veces por Semana
 5. Una vez a la Semana
 6. Menos de 1 vez por semana

7. ¿Qué tipos de carnes prefiere usted?
1. Res
 2. Cerdo
 3. Pollo
 4. Gallina
 5. Pescado
 6. Mariscos
 7. Cordero
 8. Otra: _____ (Describa)

8. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de vegetales y hortalizas?
1. Nunca
 2. Diaria.
 3. Tres Veces por Semana
 4. Dos veces por Semana
 5. Una vez a la Semana
 6. Menos de 1 vez por semana

9. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de frutas?
1. Nunca
 2. Diaria.
 3. Tres Veces por Semana
 4. Dos veces por Semana
 5. Una vez a la Semana
 6. Menos de 1 vez por semana

10. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de granos?
7. Nunca
 8. Diaria.
 9. Tres Veces por Semana
 10. Dos veces por Semana
 11. Una vez a la Semana
 12. Menos de 1 vez por semana

11. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de cereales?
1. Nunca
 2. Diaria.
 3. Tres Veces por Semana
 4. Dos veces por Semana

5. Una vez a la Semana
 6. Menos de 1 vez por semana
12. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de leche, queso, embutidos, mantequilla, natas, yogurt y otros derivados de la leche?
1. Nunca
 2. Diaria.
 3. Tres Veces por Semana
 4. Dos veces por Semana
 5. Una vez a la Semana
 6. Menos de 1 vez por semana
13. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de pan y productos de panadería?
1. Nunca
 2. Diaria.
 3. Tres Veces por Semana
 4. Dos veces por Semana
 5. Una vez a la Semana
 6. Menos de 1 vez por semana
14. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de bebidas gaseosas azucaradas? Nunca
1. Diaria.
 2. Tres Veces por Semana
 3. Dos veces por Semana
 4. Una vez a la Semana
 5. Menos de 1 vez por semana
15. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de Postres y Dulces?
1. Nunca
 2. Diaria.
 3. Tres Veces por Semana
 4. Dos veces por Semana
 5. Una vez a la Semana
 6. Menos de 1 vez por semana
 7. Esporádicamente
16. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de alimentos ultra procesados como snacks?
1. Nunca
 2. Diaria.
 3. Tres Veces por Semana
 4. Dos veces por Semana
 5. Una vez a la Semana
 6. Menos de 1 vez por semana
 7. Esporádicamente
17. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas?
1. Nunca
 2. Diaria.
 3. Tres Veces por Semana
 4. Dos veces por Semana
 5. Una vez a la Semana
 6. Menos de 1 vez por semana
 7. Esporádicamente
18. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de cigarrillos y tabaco?
1. Nunca
 2. Diaria.
 3. Tres Veces por Semana
 4. Dos veces por Semana

5. Una vez a la Semana
6. Menos de 1 vez por semana
7. Esporádicamente

SALUD INDIVIDUAL

SELECCIONE CON UN CIRCULO SU RESPUESTA Y RELLENE DONDE ESTE INDICADO.

1. ¿Cuál es el deporte que práctica _____ y la frecuencia del mismo?
 1. Nunca
 2. Diaria.
 3. Tres Veces por Semana
 4. Dos veces por Semana
 5. Una vez a la Semana
 6. Menos de 1 vez por semana
 7. Esporádicamente

2. ¿Considera usted que su rutina de vida diaria le genera suficiente actividad física?
 1. Si
 2. No
 3. Medianamente

Anexo 5. Consentimiento informado para pacientes**Consentimiento Informado**

Yo _____

declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada **“DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA OBESIDAD EN HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 65 AÑOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MILITAR DE LAS FUERZAS ARMADAS EN LA CIUDAD DE QUITO”**. Entiendo que este estudio busca conocer **Identificar los procesos de exposición y vulnerabilidad en hombres y mujeres de 20 a 65 años, diagnosticados con obesidad, atendidos en el área de consulta externa del Hospital Militar de las Fuerzas Armadas en la ciudad de Quito, período enero-diciembre del 2021, desde el paradigma de la Determinación social** .y sé que mi participación se llevará a cabo en el **Hospital Militar de las Fuerzas Armadas de Quito**, y consistirá en responder una encuesta enviada por Google Forms que demorará alrededor de 20 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento

Anexo 6. Consentimiento informado para profesionales

Consentimiento Informado

Yo _____

declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada **“DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA OBESIDAD EN HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 65 AÑOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MILITAR DE LAS FUERZAS ARMADAS EN LA CIUDAD DE QUITO”**. Entiendo que este estudio busca conocer **Identificar los procesos de exposición y vulnerabilidad en hombres y mujeres de 20 a 65 años, diagnosticados con obesidad, atendidos en el área de consulta externa del Hospital Militar de las Fuerzas Armadas en la ciudad de Quito, período enero-diciembre del 2021, desde el paradigma de la Determinación social** .y sé que mi participación se llevará a cabo en el **Hospital Militar de las Fuerzas Armadas de Quito**, y consistirá en responder una entrevista que demorará alrededor de 20 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento