

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

“Conocimiento de riesgo de obesidad en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Guevara Tinoco, Diana Miluzka

ASESORA: Falcón Fretel, Lidia Betzaida

HUÁNUCO – PERÚ

2024



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Ciencias de la salud

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título
Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 73219652

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 42510587

Grado/Título: Maestra de ciencias de la salud
salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000-0003-4236-6871

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Silvia Lina Bacilio Cruz	Doctora en ciencias de la salud	22515292	0000-0001-9904-5337
2	Marisol Sinche Alejandro	Maestro en ciencias de la salud	22489669	0000-0001-5710-8424
3	Cecilia Lisette Suarez León	Maestro en ciencias de la salud	40790329	0000-0001-7089-0537

D

H

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las quince horas con treinta minutos de la fecha tres del mes de diciembre del año dos mil veinticuatro, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| • DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ | Presidente |
| • MG. MARISOL SINCHE ALEJANDRO | Secretaria |
| • OBSTA. CECILIA LISSETTE SUAREZ LEON | Vocal |

Nombrados mediante RESOLUCION 3402-2024-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulo "CONOCIMIENTO DE RIESGO DE OBESIDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO 2023"; presentado por la Bachiller en Obstetricia la Sra. Diana Miluzka GUEVARA TINOCO, para optar el Título Profesional de Obstetra.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola Aprobada por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 39 y cualitativo de Excelente.

Siendo las, 16.30 horas del día tres del mes de diciembre del año 2024 los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.



DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ
DNI: 22515292
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-9904-5337



DRA. MARISOL SINCHE ALEJANDRO
DNI: 22484664
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-5710-8424



OBSTA. CECILIA LISSETTE SUAREZ LEON
DNI: 40790329
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-7089-0537



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: DIANA MILUZKA GUEVARA TINOCO, de la investigación titulada “Conocimiento de riesgo de obesidad en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023”, con asesor(a) LIDIA BETZAIDA FALCÓN FRETTEL, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1587-2023 -D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 18 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 12 de noviembre de 2024



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

12. Guevara Tinoco, Diana Miluzka.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.udh.edu.pe	3%
	Fuente de Internet	
2	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
3	distancia.udh.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
4	redi.unjbg.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.unh.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, cuya guía y fortaleza me han acompañado en cada paso de este camino, iluminando mis decisiones y dándome la sabiduría necesaria para superar cada desafío. A Él, agradezco infinitamente por su amor incondicional y su presencia constante en mi vida, que me ha llenado de fe y esperanza para seguir adelante.

A mis padres, quienes han sido mi pilar y fuente inagotable de apoyo. Gracias por su amor incondicional, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por ser el ejemplo de perseverancia y dedicación que me ha impulsado a alcanzar mis metas. Este logro es tan suyo como mío, pues sin su sacrificio, comprensión y aliento, nada de esto habría sido posible.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, por ser mi guía constante y mi fuente de fortaleza en cada paso de este proceso, por brindarme la claridad y la sabiduría necesarias para avanzar y por sostenerme en los momentos más difíciles, llenándome siempre de fe y esperanza.

A mis padres, quienes, con su amor incondicional, sacrificio y esfuerzo, han sido el pilar fundamental en mi vida. Gracias por enseñarme el valor del trabajo arduo, por creer siempre en mí y por apoyarme incondicionalmente en cada etapa de este camino. A mi hermana, por su cariño, apoyo constante y por ser mi compañera en los momentos más difíciles, siempre brindándome ánimo y fortaleza para seguir adelante.

A mis docentes de la Universidad de Huánuco, por compartir sus conocimientos con dedicación y pasión, y por ser fuente de inspiración en mi formación profesional. Su orientación y enseñanzas han sido vitales para llegar a este momento. A mi asesora, cuyo apoyo y guía han sido fundamentales para la realización de este trabajo. Su paciencia, consejos y experiencia han sido claves en este proceso, permitiéndome crecer tanto a nivel académico como personal.

A todos, mi más profundo agradecimiento por ser parte esencial de este logro.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	XIII
CAPÍTULO I.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	19
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	20
1.3. OBJETIVOS.....	20
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	20
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.4.1. JUSTIFICACIÓN PRACTICA	21
1.4.2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA - CIENTÍFICA	22
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	22
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
CAPÍTULO II.....	24
MARCO TEÓRICO	24
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	24
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL.....	24
2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL	29
2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL	34
2.2. BASES TEÓRICAS	34
2.2.1. CONOCIMIENTO	34
2.2.2. NIVELES DE CONOCIMIENTO	35

2.2.3. CONOCIMIENTO Y CONDUCTA.....	35
2.2.4. SOBREPESO.....	36
2.2.5. OBESIDAD.....	36
2.2.6. FISIOPATOLOGÍA DE LA OBESIDAD.....	37
2.2.7. ETIOPATOGENIA.....	40
2.2.8. VALORES DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).....	41
2.2.9. GESTACIÓN SOBREPESO Y OBESIDAD.....	42
2.2.10. VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA GESTANTE.....	43
2.2.11. CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD DURANTE EL PARTO	47
2.2.12. PREVENCIÓN.....	49
2.2.13. DIAGNÓSTICO.....	50
2.2.14. MANEJO NUTRICIONAL DE LA MUJER OBESA DURANTE LA GESTACIÓN.....	51
2.2.15. TRATAMIENTO.....	53
2.2.16. FACTORES DEMOGRÁFICOS.....	53
2.2.17. FACTORES ESTILO DE VIDA.....	54
2.2.18. FACTORES ESTADO NUTRICIONAL.....	55
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	56
2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	57
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	57
2.5. SISTEMA DE VARIABLES.....	57
2.5.1. VARIABLE DE INTERÉS.....	57
2.5.2. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN.....	57
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....	58
CAPÍTULO III.....	62
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	62
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	62
3.1.1. ENFOQUE.....	62
3.1.2. ALCANCE O NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	62
3.1.3. DISEÑO.....	62
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	63
3.2.1. POBLACIÓN.....	63
3.2.2. MUESTRA.....	64

3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS...	65
3.3.1.	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	65
3.3.2.	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	65
3.3.3.	ESCALA VALORATIVA DEL INSTRUMENTO.....	66
3.3.4.	BAREMO DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE	67
3.4.	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	67
3.5.	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	68
3.6.	ASPECTOS ÉTICOS	68
3.7.	TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	69
3.7.1.	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	69
3.7.2.	PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS	69
3.7.3.	CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS.....	70
3.7.4.	ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	70
	CAPÍTULO IV.....	71
	RESULTADOS.....	71
4.1.	RESULTADOS DE LA ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	71
4.1.1.	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	71
4.1.2.	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	77
4.1.3.	RESULTADO EN RESPUESTA A LOS OBJETIVOS	81
	CAPÍTULO V.....	86
	DISCUSIÓN	86
5.1.	CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS.....	86
	CONCLUSIONES	90
	RECOMENDACIONES.....	92
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
	ANEXOS.....	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023	71
Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	72
Tabla 3. Estado civil de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	73
Tabla 4. Lugar de residencia de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	70
Tabla 5. Ocupación de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	71
Tabla 6. Ingreso mensual de dinero en soles de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	72
Tabla 7. Número total de embarazos (GESTA) de las usuarias atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023	73
Tabla 8. Antecedente de aborto de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	78
Tabla 9. Número de sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica (PPO) realizadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	79
Tabla 10. Número de atenciones prenatales (APN) realizadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	80
Tabla 11. Nivel de conocimiento sobre los riesgo de obesidad en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023	77
Tabla 12. Nivel de conocimiento sobre los estilos de vida en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023	78

Tabla 13. Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 202379

Tabla 14. Nivel de conocimiento sobre el impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023	67
Figura 2. Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	72
Figura 3. Estado civil de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	69
Figura 4. Lugar de residencia de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	70
Figura 5. Ocupación de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	71
Figura 6. Ingreso mensual de dinero en soles de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023	72
Figura 7. Número total de embarazos (GESTA) de las usuarias atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023	73
Figura 8. Antecedente de aborto de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	74
Figura 9. Número de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) realizadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	75
Figura 10. Número de atenciones prenatales (APN) realizadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....	76
Figura 11. Nivel de conocimiento sobre el riesgo de obesidad en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023	77
Figura 12. Nivel de conocimiento sobre los estilos de vida en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023	78

Figura 13. Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 202383

Figura 14. Nivel de conocimiento sobre el impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023.....80

RESUMEN

Objetivo. Determinar el conocimiento del riesgo de obesidad en gestantes que acudieron al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en 2023. **Método.** Observacional, descriptivo, de corte transversal, con carácter prospectivo, con un enfoque cuantitativo. La muestra incluyó a 110 gestantes seleccionadas mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. Los datos se recogieron a través de encuestas con un cuestionario evaluado mediante la escala de Likert. **Resultados.** Dentro de las características demográficas, el 67.27% de las gestantes tenían entre 18 y 25 años; el 30.00% poseía educación superior técnica; el 55.45% vivía en convivencia; el 60.91% residía en áreas rurales; el 53.64% trabajaba en servicio doméstico; y el 21.82% no tenía empleo remunerado. En cuanto a características obstétricas, el 39.1% eran primigestas y el 79.1% no tenía antecedentes de aborto. Además, el 62.73% no asistió a sesiones de Psicoprofilaxis y el 42.73% recibió más de seis atenciones prenatales. Y de acuerdo al nivel de conocimiento general, el 40.91%, presentó un conocimiento bajo, seguido por un 30.91% con conocimiento medio y un 28.18% con conocimiento alto. Por otro lado, en sus dimensiones, el 94.55% tenía conocimiento bajo en estilos de vida, el 92.73% en alimentación saludable, y el 56.36% en el impacto socioeconómico en hábitos de salud. **Conclusiones.** El conocimiento de las gestantes sobre el riesgo de obesidad fue principalmente bajo, especialmente en estilos de vida, alimentación saludable e impacto socioeconómico, lo que subraya la urgente necesidad de mejorar la educación sobre obesidad durante el embarazo.

Palabras clave. Conocimiento, riesgo, obesidad, gestación, alimentación saludable.

ABSTRACT

Objective. To determine the knowledge of obesity risk among pregnant women who attended the Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano in 2023. **Method.** Observational, descriptive, cross-sectional, with a prospective character, and a quantitative approach. The sample included 110 pregnant women selected through simple random probability sampling. Data were collected through surveys using a questionnaire evaluated with the Likert scale. **Results.** Among the demographic characteristics, 67.27% of the pregnant women were between 18 and 25 years old; 30.00% had technical higher education; 55.45% lived in cohabitation; 60.91% resided in rural areas; 53.64% worked in domestic service; and 21.82% had no paid employment. Regarding obstetric characteristics, 39.1% were primiparous and 79.1% had no history of abortion. Additionally, 62.73% did not attend any psychoprophylaxis sessions and 42.73% received more than six prenatal check-ups. In terms of general knowledge level, 40.91% had low knowledge, followed by 30.91% with medium knowledge and 28.18% with high knowledge. Moreover, in specific dimensions, 94.55% had low knowledge about lifestyle, 92.73% about healthy eating, and 56.36% about the socioeconomic impact on health habits. **Conclusions.** Knowledge of obesity risk among pregnant women was predominantly low, especially in lifestyle, healthy eating, and socioeconomic impact, highlighting the urgent need to improve education on obesity during pregnancy.

Keywords. Knowledge, risk, obesity, pregnancy, healthy eating.

INTRODUCCIÓN

La obesidad, caracterizada por una acumulación excesiva de grasa que puede comprometer la salud, se ha consolidado como un factor de riesgo primordial para una amplia gama de enfermedades crónicas, incluyendo diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diversos tipos de cáncer. ⁽¹⁾ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por sobrepeso cuando el índice de masa corporal (IMC) es superior a 25, mientras que un IMC por encima de 30 indica obesidad. La prevalencia de la obesidad ha aumentado alarmantemente a nivel global, siendo especialmente pronunciada en países desarrollados; por ejemplo, en Estados Unidos, aproximadamente un tercio de las mujeres en edad reproductiva presenta obesidad. En América Latina, y particularmente en Perú, la situación es igualmente preocupante. Estudios recientes revelan que el sobrepeso y la obesidad afectan a una proporción considerable de mujeres durante el embarazo, lo que agrava los riesgos, pues estos factores implican riesgos para la madre y el feto, lo que incluye diversas complicaciones a lo largo del embarazo y en el momento del parto. ⁽²⁾

En el contexto peruano, la incidencia de sobrepeso y obesidad ha mostrado un aumento significativo, con un incremento notable en las gestantes. El Informe de Gestión del Estado Nutricional indica que la proporción de sobrepeso y obesidad entre mujeres gestantes ha alcanzado cifras alarmantes en diversas regiones del país. ⁽³⁾ En Huánuco, los índices de sobrepeso y obesidad superan los promedios nacionales, reflejando una creciente preocupación en términos de salud pública. ⁽⁴⁾ Esta investigación se enfoca en abordar la brecha existente en la comprensión y gestión de la obesidad en el embarazo en Huánuco, con el objetivo de proporcionar información crucial para la prevención y el control de esta comorbilidad. El estudio pretende contribuir significativamente a la literatura existente y ofrecer recomendaciones prácticas para mejorar la salud de las gestantes y sus bebés.

La falta de información adecuada, la limitada accesibilidad a la atención sanitaria debido a restricciones socioculturales y económicas, y la deficiente

comunicación entre el personal sanitario y las pacientes son factores que contribuyen a la escasa comprensión de los peligros de la obesidad gestacional. Esta condición puede causar problemas significativos tanto a la madre como al feto. Por lo tanto, los hallazgos de esta investigación facilitarán la promoción de estrategias destinadas a crear o reforzar redes de apoyo entre el personal de salud y las pacientes. Esto facilitará la socialización y el fortalecimiento de competencias cognitivas, habilidades y destrezas en materia de nutrición, con el fin de promover conductas nutricionales saludables y reducir la obesidad en el embarazo.

Para abordar estos aspectos, se realizó una metodología observacional, descriptiva, de corte transversal, con un enfoque cuantitativo, donde los datos se recogieron a través de encuestas con un cuestionario evaluado mediante la escala de Likert. Las fuentes de información utilizadas en el estudio incluyeron encuestas y cuestionarios validados, administrados a las gestantes en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, y los datos recopilados se analizaron utilizando técnicas estadísticas descriptivas y analíticas.

En ese sentido, el estudio enfrentó varias limitaciones, incluyendo la disponibilidad limitada de bibliografía actualizada y fuentes bibliográficas en línea, lo que restringió el desarrollo metodológico. Además, al tratarse de un estudio descriptivo, los datos dependieron de la veracidad de las respuestas de las participantes y de las características de una población estática.

En conclusión, la creciente prevalencia de obesidad entre gestantes en Huánuco subraya una preocupación crítica para la salud pública, destacando la urgencia de mejorar la comprensión y el manejo de esta condición durante el embarazo. La información obtenida a través de este estudio proporciona una buena base para desarrollar estrategias preventivas y educativas que aborden los riesgos asociados con la obesidad, con el objetivo de optimizar la salud tanto de las madres como de los bebés, además al identificar las lagunas en el conocimiento y la necesidad de apoyo nutricional, este trabajo no solo buscó informar a las gestantes sobre los riesgos potenciales, sino también contribuir a la formulación de políticas y prácticas que promuevan un

embarazo más saludable y reduzcan las complicaciones relacionadas con la obesidad.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La obesidad se caracteriza por un incremento excesivo y anormal de grasa corporal, lo cual puede implicar serios riesgos para la salud, es uno de los principales factores de riesgo de una gran variedad de enfermedades crónicas, como la diabetes, las afecciones cardiovasculares, la presión arterial alta y los accidentes cerebrovasculares, junto con varios tipos de cáncer, son condiciones asociadas a la obesidad. Además, esta constituye uno de los factores de riesgo más importantes para la muerte prematura. ⁽¹⁾

Se considera que una persona tiene sobrepeso si su índice de masa corporal (IMC) es mayor de 25, mientras que un IMC por encima de 30 indica obesidad. Estas definiciones proceden de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La obesidad ha pasado a ser una condición crónica cuya incidencia está aumentando de manera significativa en los países desarrollados. En el caso de Estados Unidos, cerca de un tercio de las mujeres en edad reproductiva tiene obesidad, y se presentan patrones comparables en naciones como Inglaterra, Escocia y Gales. En 2014, más de 1.900 millones de adultos de 18 años o más tenían exceso de peso, de los cuales, más de 600 millones eran considerados obesos. ⁽²⁾

Por otro lado, el sobrepeso o la obesidad durante la gravidez pueden aumentar el riesgo de dificultades tanto para la madre como para el feto. Cuanto mayor sea el aumento de peso de la madre a lo largo del embarazo, mayor será el riesgo de problemas. Es necesario evaluar el índice de masa corporal (IMC) de la embarazada antes del embarazo para determinar si tiene sobrepeso o es obesa. El sobrepeso se define como un IMC entre 25 y 29% antes del embarazo. Si el índice de masa corporal (IMC) de la mujer es alcanza más del 30%, indica que es obesa durante todo el embarazo. Esta es la situación en Paraguay, donde el sesenta por ciento de la población es obesa, y donde un cinco por ciento adicional de mujeres embarazadas eleva

el número total de casos a 10.576 en dieciséis departamentos. La proporción de mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad varía entre el 1,8 % y el 25,3 %; en consecuencia, el exceso de peso y la obesidad en el embarazo requieren particular atención debido a los efectos que generan tanto en la madre como en el bebé. Sin duda, la obesidad representa un problema que afecta a miles de mujeres a nivel global; no solo impacta a la madre y al hijo, sino que también puede influir en la fertilidad. ⁽³⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de la obesidad ha aumentado hasta el punto de triplicarse en algunos países de Europa y América, y sigue evolucionando de forma alarmante. Se trata de una de las mayores preocupaciones a las que se ha enfrentado la salud pública en los últimos años. En este momento, el sobrepeso o la obesidad son la segunda causa de mortalidad en América y Europa. Al mismo tiempo, ha aumentado el porcentaje de mujeres obesas o con sobrepeso en edad reproductiva. Se calcula que una de cada cinco mujeres será obesa antes de quedarse embarazada, y en Estados Unidos, la prevalencia de obesidad entre mujeres embarazadas varía entre el 18,5 % y el 38,3 %. ⁽⁴⁾

Según el Instituto Nacional de Salud (INS), La proporción de personas con sobrepeso y obesidad creció del 30,4 % al 44 % entre 2009 y 2019. Asimismo, el Informe de Gestión sobre el Estado Nutricional de niños y mujeres gestantes que utilizan los servicios de salud del Sistema de Información del Estado Nutricional, publicado en julio de 2020, indica que este estudio revela un incremento en el peso en todas las ciudades del Perú. Existe un aumento gradual en el tiempo, que puede deberse a un incremento en el consumo de alimentos y bebidas con alto contenido calórico. Además de esto, se ha observado que, a lo largo de la costa sur, la mayoría de las áreas registraron una prevalencia de sobrepeso en mujeres embarazadas que superó el 50%. En particular, las ciudades de Tacna y Moquegua mostraron las tasas más elevadas, alcanzando un 63,2% y un 58,2% respectivamente. En el 2019, se determinó y observó a través del Sistema de Información del Estado Nutricional que el 33,6% de gestantes iniciaron su embarazo con sobrepeso y el 13,5% de gestantes iniciaron su embarazo con obesidad; esto

significa que uno de cada dos embarazos tuvo un incremento de sobrepeso al momento de la concepción. ⁽⁵⁾

Podemos encontrar casos como el de Madre de Dios en todas las zonas del Perú, donde el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad es una amenaza para la salud de la población. Según el Análisis Situacional de Salud (ASIS) Madre de Dios 2016, la proporción de obesidad y sobrepeso entre mujeres embarazadas en la región de Madre de Dios ha aumentado desde el 23,1% en 2015 a 23,7% en 2015 y actualmente continúa la tendencia creciente. Este incremento se produjo entre los años 2013 y 2015. ⁽⁶⁾

Según el Ministerio de Salud, Viceministerio de Salud Pública, Dirección General de Informática, HIS Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, Sistema de Información del Estado Nutricional, mencionan que la prevalencia de sobrepeso - el índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo a nivel nacional en el primer semestre de 2021-2022 fue del 34,4%, afectando a cerca de una de cada tres mujeres embarazadas, con una variación de 0,1%. Todas las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) y Direcciones de Salud (DISA) en el país mostraron índices superiores al 30%, salvo la DIRESA Amazonas, que registró un 27,6% de sobrepeso; sin embargo, la Obesidad - IMC pregestacional a nivel nacional para el primer semestre del año 2022 fue de 14,8%, lo que significa que 2 de cada 13 gestantes presentaron obesidad. De la totalidad de DIRESA/GERESA/DIRIS que aportaron información, solo tres de ellas reportaron proporciones superiores al 20%. Como resultado, se puede observar que la acumulación de casos de exceso de peso y obesidad en mujeres antes del embarazo (sobrepeso) según su IMC obtuvo un alarmante 49,2%. Esta cifra supone un punto porcentual más que la alcanzada durante los primeros seis meses del año 2021. Desde una perspectiva de salud tanto de la madre como del feto, esta condición es un factor de riesgo que debe ser evitado. ⁽⁷⁾

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el índice de masa corporal (IMC) de los adultos de 15 años y más en Huánuco en el año 2021 fue de 26,2 kg/m², lo que indica que la población huanuqueña presenta sobrepeso. Este índice es mayor en mujeres que en varones, teniendo las mujeres un valor de 26,9 kg/m² y los varones un valor de 25,3 kg/m². Y si nos fijamos en los niveles de educación de las personas, vemos que aquellos con mayores niveles de educación tenían un IMC más alto (27,8 kg/m²). ⁽⁸⁾

Por lo tanto, a la luz de estos hechos y con el fin de proteger la salud del público en general, es imperativo que este estudio se lleve a cabo con el objetivo de ofrecer ventajas a la población en general. Este estudio ayudará en la reducción de la brecha existente entre las gestantes que tienen algún factor de riesgo para desarrollar obesidad, lo que está esencialmente relacionado con la evitación de dicha comorbilidad. Esta investigación ayudará en la reducción de la brecha actual que existe entre las mujeres embarazadas que tienen algún factor de riesgo para desarrollar obesidad. ⁽⁹⁾

Por otro lado, los resultados de esta investigación serán de gran utilidad para nuestra comunidad ya que, estamos interesados en difundir información sobre los peligros que conlleva ser obeso durante el embarazo. En consecuencia, se ha planteado el siguiente problema de investigación. Por otro lado, la ausencia de investigaciones en nuestra ciudad de Huánuco, es ilustrativa del tema antes planteado. Por ello, los resultados de esta investigación serán un aporte significativo para nuestra ciudad.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el conocimiento sobre el riesgo de obesidad en las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

PE₁: ¿Cuáles son las características demográficas de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?

PE₂: ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?

PE₃: ¿Cuál es el conocimiento de los estilos de vida de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?

PE₄: ¿Cuál es el conocimiento sobre alimentación saludable en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?

PE₅: ¿Cuál es el conocimiento sobre el impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el conocimiento de riesgo de la obesidad en las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE₁: Describir las características demográficas de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023

OE₂: Describir las características obstétricas de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023

OE₃: Determinar el conocimiento sobre los estilos de vida de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023

OE₄: Determinar el conocimiento sobre alimentación saludable en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023

OE₅: Determinar el conocimiento sobre el impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La falta de información, la escasa accesibilidad a la atención sanitaria debido a limitaciones socioculturales y económicas, y la deficiente comunicación entre el personal sanitario y el usuario son factores que contribuyen a la falta de comprensión de los peligros de la obesidad gestacional, que puede causar problemas tanto a la madre como al feto. Es por ello que el resultado de esta investigación facilita la adopción de tácticas destinadas a establecer o robustecer sistemas de respaldo entre el personal de salud y las usuarias/pacientes. Esto permite socializar, así como fortalecer sus competencias cognitivas, habilidades y destrezas en materia de nutrición, a través de diversas formas de apoyo, con el fin de promover conductas nutricionales y así reducir la obesidad en el embarazo.

1.4.1. JUSTIFICACIÓN PRACTICA

Al finalizar la investigación, se obtuvieron resultados que contribuyeron de manera práctica a optimizar la labor de todos los profesionales y trabajadores de la salud, ampliando su formación y conocimientos, ayudando a promover y practicar, métodos y alternativas de disfrute laboral, lo que significó que podemos evitar problemas a largo plazo, ayudando a desarrollar todas sus actividades de desarrollo y

disfrute, o contribuir al diseño de estrategias y políticas tanto regionales como gubernamentales que ofrezcan soluciones efectivas al problema.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA - CIENTÍFICA

Se encuentra una propuesta teórica basada en el conocimiento de los riesgos de la obesidad en la gestante para que, como resultado de esto contribuir en la práctica asistencial, teniendo como proyección mejorar la eficiencia y eficacia de este proceso, es por ello que como propósito y a partir de los resultados alcanzados nos encaminamos en la mejora aplicando políticas y estrategias efectivas generando la mejora basada en la salud personal de la propia mujer. Es decir, la mejora se basa en la salud personal de la propia mujer.

Asimismo, aplicamos todos los conocimientos y métodos de la investigación científica para obtener información confiable y descartar opciones menos efectivas dentro de la práctica y la extensa área de la medicina aplicada. Esto se hizo con el fin de obtener lo que buscábamos lo antes posible.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Se define por la modificación artificial del factor de estudio, empleando técnicas de prueba y ayuda para la recogida de información en la muestra, utilizando dispositivos particulares de medición y análisis que fueron fiables y válidos en el tema de investigación.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La escasez de bibliografía actualizada y de fuentes confiables en Internet generó limitaciones metodológicas en el desarrollo de este estudio. A esto se sumó el carácter descriptivo de la investigación, lo cual implicó que los datos obtenidos dependieran directamente de la precisión y veracidad en las respuestas proporcionadas. En consecuencia, se pudieron describir únicamente las características de una población que se mantuvo constante durante el periodo de estudio. ⁽¹⁰⁾

Por otro lado, debido a las limitaciones temporales del estudio, este solo pudo realizarse a lo largo de un año. No obstante, el hecho de que el empeño del estudio actual no se basara en ningún antecedente local obstaculizó la obtención de información. ⁽¹¹⁾

Asimismo, el empleo de biografía secundaria presentó una limitación, dado que no es posible incorporar variables adicionales a las ya disponibles y existe también el riesgo de errores en el registro de la información contenida en dichas fuentes. Esto imposibilitó la recopilación de más datos sobre variables ya existentes. ⁽¹²⁾

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El material procede de una fuente secundaria, y es posible utilizarlo siempre que se garanticen los derechos pertinentes. Para el presente trabajo se ha recurrido a la ayuda de asesores expertos en el tema, lo que significa que es de gran calidad.

Dado que la información utilizada en este estudio no era confidencial, no hubo ningún comportamiento éticamente cuestionable por parte de los participantes.

Dado que los gastos asociados al trabajo de investigación no constituyen una cantidad significativa de dinero, la investigadora pudo responsabilizarse de ellos.

Además de ser académicamente posible por estar fundamentada en bases teóricas y conceptuales, la investigación no tuvo consecuencias negativas a la hora de recoger los datos. ⁽¹³⁾

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

México (2018), Dávila. ⁽¹⁴⁾ **“Complicaciones obstétricas y perinatales en embarazadas con obesidad”**, destaca como introducción que la obesidad durante el embarazo es un problema que influye negativamente no solo en la salud de la madre, sino también en la del bebé en gestación. El 28% de los embarazos se complican por la obesidad y, de ellos, el 8% se consideran de obesidad extrema. Esto ayuda a justificar la idea de que la obesidad se ha transformado en uno de los problemas médicos y de salud pública más críticos, generando serias complicaciones durante el embarazo. Con esto en mente, con el propósito de identificar las complicaciones obstétricas y perinatales que afectan a mujeres con obesidad en la Unidad de Medicina Familiar 61, este estudio aplica una metodología en la que se llevó a cabo una investigación de casos y controles realizada en una población de 303 mujeres embarazadas a lo largo del período especificado. Los participantes comprendieron embarazadas de cualquier edad entre 18 y 35 años que recibieron atención prenatal en el establecimiento. La información cuantitativa suele presentarse en forma de cifras absolutas y relativas, normalmente en el formato de media más una desviación estándar. El umbral se fija en p inferior a 0,05. Los resultados muestran que las complicaciones más comunes con la obesidad como factor predisponente incluyeron: macrosomía fetal en un 20,8%, dehiscencia de suturas en un 22,5%, hipertensión gestacional en el 57,7%, embarazo prolongado en un 15%, desproporción cefalopélvica (DCP) en el 36,6%, oligohidramnios en el 25,8%, anemia en el 20%, necesidad de cesárea en el 95,8%, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal en el 55,85%, dilatación estacionaria en el 40,8% y mortalidad perinatal en el 3,3%. La discusión y las conclusiones apoyadas en los estudios de Valdés y otros

investigadores coinciden en que la obesidad y el incremento excesivo de peso representan factores de riesgo significativos para el desarrollo de complicaciones durante el embarazo y puerperio, y como resultado, debemos prestar más atención en el cuidado prenatal. Esto se debe a que la obesidad es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones en el embarazo y el puerperio.

España (2021), Saiz. ⁽¹⁵⁾ **“Riesgos y manejo de la obesidad materna en el embarazo, parto y postparto inmediato”**, describe que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad es una enfermedad crónica que puede deberse a diversos factores y que se ha extendido considerablemente entre la población global en años recientes. En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la obesidad y el sobrepeso como pandemias. En las últimas décadas, la incidencia y tasa de esta condición han incrementado entre mujeres embarazadas, lo cual implica una variedad de riesgos importantes para la salud de la madre, así como para el desarrollo del feto o del recién nacido. Diversas investigaciones han establecido una conexión evidente entre la obesidad materna y complicaciones como la presión arterial alta y la diabetes gestacional. Por este motivo, es esencial asegurarse de que las mujeres en edad reproductiva no contraigan esta enfermedad. La enfermera cumple un papel vital tanto prevenir los problemas como su atención una vez que se han producido. Para lograr este objetivo, la enfermera debe abordarlo estableciendo un vínculo terapéutico con la paciente, además de realizar actividades como monitoreo del peso, orientación nutricional y asesoramiento sobre mantener una actividad física regular.

Ecuador (2021), Gavilanes. ⁽¹⁶⁾ **“Factores de riesgo asociados al sobrepeso en gestantes entre 20 y 34 semanas que acuden al centro de salud Las Piñas, Milagro, Guayas, 2019”**, Se sabe que las mujeres embarazadas experimentan cambios hormonales que pueden provocar un aumento excesivo de peso y un incremento de su índice de masa corporal. Este fenómeno es un resultado directo de las elecciones de

estilo de vida que las mujeres hicieron mientras estaban en la etapa fértil de sus vidas. Debido a esto, el propósito de este estudio identificar los factores de riesgo vinculados al sobrepeso en mujeres embarazadas de entre 20 y 34 semanas de gestación que acuden al Centro de Salud Las Pías, en el cantón Milagro, provincia del Guayas. De acuerdo a lo encontrado, entre los factores de riesgo se incluyen: el nivel educativo (33%), el estado civil (44%), los ingresos familiares (61%), las complicaciones relacionadas con la hipercolesterolemia (36%), los triglicéridos (45%), los desórdenes alimenticios provocados por la ingesta de alimentos procesados y altos en grasas (67%), junto con la carencia de actividad física (58%), han sido identificados como factores de riesgo. Se ha concluido que estos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos, están vinculados al desarrollo de sobrepeso en mujeres embarazadas. Como solución, se ha sugerido la elaboración de una guía de nutrición y actividad física, cuyas principales beneficiarias serán las mujeres embarazadas que acuden al centro de salud objeto de esta investigación. Las etapas previstas en las actividades comprenden una fase inicial de inducción, un taller de concientización, la generación de conocimientos, el monitoreo y la puesta en práctica de lo aprendido, así como la evaluación de los resultados obtenidos. Estas fases se estructuran en grupos conocidos como iteraciones. Cada paso se implementa con el objetivo de reducir los riesgos vinculados al sobrepeso en el embarazo.

Colombia (2019), Álvarez. ⁽¹⁷⁾ **“Prevalencia de obesidad y características sociodemográficas, nutricionales y ambientales de una población de gestantes, Medellín, 2018”**, describe como introducción que durante el embarazo, uno de los aspectos monitorizados es el peso y el estilo de vida de la madre, ya que pueden afectar la salud del bebé y aumentar el riesgo de enfermedades futuras tanto para la madre como para su pareja. Este estudio buscó determinar la prevalencia de obesidad e identificar las condiciones sociodemográficas y ambientales relacionadas. Los resultados mostraron que más de la mitad de las mujeres embarazadas pertenecían

a un nivel socioeconómico bajo; el 6% de las mujeres sin obesidad habían completado estudios superiores, frente al 1% de las mujeres con obesidad que había logrado este nivel educativo. Además, el 69% de las embarazadas, tanto con como sin obesidad, tenían ingresos familiares superiores al salario mínimo. En promedio, cada embarazada vivía con cuatro personas, y dos de ellas contribuían económicamente al hogar; el 63% se identificaba como de raza blanca, y el 69% de todas las participantes compartía esta característica. En términos de nutrición, se observó que, en promedio, las mujeres con obesidad comían cuatro veces al día, mientras que las no obesas tenían cinco comidas diarias. Del total de mujeres obesas, el 68% preparaba su propia comida, en comparación con el 53% de las mujeres no obesas. Un 10% más de mujeres sin obesidad realizaban cuatro comidas al día (desayuno, media mañana, almuerzo y cena) en comparación con aquellas que sí presentaban obesidad. Todas las participantes consumían arroz y pasta dos veces a la semana. Respecto a las condiciones ambientales, se observó que el 20% de las participantes que vivieron en una granja o zona rural desde el primer año de vida eran obesas, mientras que el 40% de las no obesas provenían de un entorno rural similar. Además, la presencia de mascotas como perros o gatos durante la infancia también fue considerada en los análisis, el 63 El 5% de los participantes eran obesos. En las familias cuyos miembros femeninos tenían un perro o un gato cuando eran niños, el 63,1% de esas mujeres eran obesas, pero solo el 36,9% de los miembros femeninos de las familias en las que los miembros femeninos no tenían esos animales cuando eran niños eran obesos. Mientras que solo el 58,3% de las mujeres embarazadas que no padecían obesidad eran habitualmente responsables de las tareas domésticas, el 74,2% de las mujeres embarazadas que eran obesas eran habitualmente responsables de las actividades domésticas.

Ecuador (2021), Bejarano. ⁽¹⁸⁾ **“Complicaciones maternas y perinatales derivadas de la obesidad, un enfoque desde la experiencia en Ecuador”**, El objetivo de este estudio era examinar las complicaciones que afectan a la madre y al recién nacido en relación con

la obesidad. La metodología consistió en realizar una revisión narrativa de la literatura existente, empleando enfoques analíticos sintéticos y el método histórico-lógico. Los estudios fueron obtenidos de las bases de datos SciELO y Scopus. En la sección introductoria, se indica que tanto el sobrepeso como la obesidad se caracterizan por una acumulación excesiva o anormal de grasa corporal, lo cual puede resultar dañino para la salud. Se seleccionaron un total de 20 referencias que abordaban los principales aspectos clínico-epidemiológicos del tema en cuestión. Los resultados mostraron que la obesidad en el periodo gestacional se considera actualmente un peligro para la salud pública debido al aumento de su incidencia. Debido a la mala nutrición de la embarazada antes, durante y después del embarazo, la hipertensión gestacional, la diabetes durante el embarazo, la eclampsia y los trastornos cardiovasculares tienen factores comunes que facilitan su desarrollo en presencia de sobrepeso y obesidad. Esto permite concluir que el embarazo en mujeres con exceso de peso muestra una incidencia en aumento. Cuando una mujer padece sobrepeso u obesidad durante todo el embarazo, tiene más probabilidades de sufrir complicaciones durante el parto y el puerperio, lo cual representa un riesgo tanto para la madre como para su hijo.

Ecuador (2019), Asencio. ⁽¹⁹⁾ **“Sobrepeso y obesidad en embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia 2019”**, explica que el propósito del presente estudio fue establecer la frecuencia de sobrepeso y obesidad entre las mujeres embarazadas que asistieron al Centro de Salud Venus de Valdivia. Lo anterior, ya que, estas condiciones afectan al bebé para que crezca y se desarrolle de una manera distinta a la normal. Todas las personas son susceptibles de desarrollar la condición crónica conocida como sobrepeso y obesidad, originada por el exceso de grasa acumulada en el organismo, lo que lleva a un aumento en el peso de ese organismo. El Índice de Masa Corporal (IMC) se obtiene al dividir el peso de una persona en kilogramos entre el cuadrado de su estatura en metros, se utiliza para distinguir entre ambas afecciones. La obesidad se clasifica por un IMC de 30 o más, mientras

que el sobrepeso se identifica con un IMC de 25 o superior. El método de investigación propuesto fue cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo. Los datos del estudio se recogieron mediante cuestionarios cumplimentados por mujeres embarazadas. En la muestra participaron sesenta mujeres embarazadas, y los resultados indicaron que el 15% tenía un peso normal, el 31.6% presentaba sobrepeso y el 18.7% era obesa. Según los hallazgos, el 40% de las gestantes consume pan tanto en el desayuno como en la merienda, mientras que el mismo porcentaje incluye arroz en el almuerzo. Con base en estos datos, podemos concluir que la causa principal de estas afecciones se relaciona con los hábitos alimentarios poco saludables de las embarazadas.

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

Ica (2021), Aguirre. ⁽²⁰⁾ **“Nivel de conocimiento de alimentación en gestantes, que acuden al servicio de obstetricia del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez setiembre – noviembre del 2020”**, Utilizando materiales y métodos observacionales, descriptivos, transversales y de corte transversal, el propósito de este estudio es evaluar el grado de conocimiento sobre nutrición en mujeres embarazadas que asisten al servicio de obstetricia del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez en Ica, entre los meses de septiembre 2020 y noviembre 2020. Entre septiembre y noviembre de 2020, la población consistió en 86 mujeres embarazadas, de las cuales se seleccionó una muestra de 82 gestantes en su tercer trimestre que recibieron atención en el servicio de emergencia. La información fue recopilada a través de una encuesta validada, empleando análisis estadístico descriptivo, y para evaluar el grado de relación se aplicó un análisis de Chi cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0.05$. El resultado del estudio muestra que la edad oscilaba entre 17 y 40 años, y que el 54,88% de las mujeres tenían entre 26 y 34 años. Al evaluar el estado nutricional al inicio del embarazo, se empleó el Índice de Masa Corporal (IMC), observándose que el 45.12% de las gestantes presentaba valores dentro de la normalidad. El aumento de peso con un IMC normal dio como resultado

un aumento satisfactorio del 70,27%, el aumento de peso con un IMC de sobrepeso dio como resultado un aumento satisfactorio del 72,41% y el incremento de peso asociado a un IMC que indica obesidad resultó en un aumento excesivo del 62.50%. En cuanto al nivel de conocimientos sobre nutrición, se evidenció que el 62,20% de las embarazadas tenían conocimientos regulares, y el 65% de aquellas con edades entre 17 y 25 años presentaron conocimientos en un nivel regular. Además, se identificó una correlación entre el nivel de conocimiento sobre nutrición y el grado de educación alcanzado ($p = 0,180$), una correlación entre el aumento de peso y el nivel de conocimientos sobre alimentación ($p = 0,360$), y se estableció una correlación entre el nivel de conocimiento sobre nutrición y la edad, con un valor de $p = 0.130$. Sin embargo, no se identificó ninguna correlación significativa en relación con el grado de conocimiento sobre alimentación de las mujeres embarazadas y la edad de las mujeres, el nivel de educación que tenían las mujeres o la cantidad de peso que ganaban las mujeres durante el embarazo.

La Libertad (2022), Aguilar. ⁽²¹⁾ **“Relación entre la obesidad y la morbilidad extremadamente grave en pacientes gestantes. Hospital Regional Docente De Trujillo, 2015-2020”**, Esta investigación se realizó en el Hospital Regional Docente de Trujillo entre los años 2015 y 2020 con el propósito de averiguar si hay una relación entre la obesidad mórbida y la morbilidad severa en mujeres embarazadas. Para ello, se realizó una investigación cuantitativa, empleando un diseño descriptivo que permitió estudiar la asociación en una muestra de 246 pacientes, a todas ellas se les entregó un formulario de recolección de datos para su llenado. Según los datos, las características sociodemográficas que más destacaban eran que la mayoría de las pacientes eran multíparas (44,9%), que el 66,7% de las pacientes tenían al menos estudios secundarios y que el 61,5% de las pacientes tenían entre 18 y 29 años. Además, se observó que la frecuencia de embarazadas obesas era del 50% y que la frecuencia de embarazadas con morbilidad realmente grave era del 31,71%. Adicionalmente, los hallazgos revelaron que el 22.8% de las mujeres obesas experimentaban morbilidad

extremadamente grave, mientras que el 27.2% de las mujeres obesas no presentaban morbilidad severa. En conclusión, la hipótesis alternativa del estudio fue validada por el descubrimiento de una asociación significativa entre obesidad y morbilidad muy grave (valor p inferior a 0,05).

Huancavelica (2019), Muñoz. ⁽²²⁾ **“Complicaciones en gestantes con sobrepeso y obesidad pregestacional del Centro de Salud de Chilca, 2018”**, explica que el propósito de este estudio fue identificar las principales dificultades que experimentaron las mujeres embarazadas que asistieron al Centro de Salud de Chilca y que tenían sobrepeso u obesidad antes de quedar embarazadas. Este estudio hace uso de una metodología descriptiva que incorpora observación transversal, metodología de nivel descriptivo, diseño de método descriptivo y diseño descriptivo. A continuación, se enumeran los rasgos sociodemográficos de las embarazadas que se mostraron asociados con el sobrepeso y la obesidad pregestacional: 10,1% de las encuestadas eran adolescentes, 63,6% eran mujeres jóvenes y 26,3% de las encuestadas eran mujeres adultas. El 30,3% había completado la escuela primaria, el 57,6% la secundaria y el 12,1% había completado estudios superiores. El 7,1% de la población es soltera, el 57,6% vive en pareja y el 35,3% está casada. El 67,7% de la población vive en ciudades, mientras que solo el 32,3% vive en zonas rurales. El 70,7% de la población profesa la fe católica, el 20,2% la fe cristiana, el 4% la religión de los Testigos de Jehová y el 5,1% alguna otra religión. Los problemas obstétricos incluyen infecciones del tracto urinario en el 68,7% de las mujeres, anemia en el 60,6% de las mujeres, EHIE en el 15,2% de las mujeres, diabetes gestacional en el 4% de las mujeres, hemorragia posparto en el 15,2% de las mujeres y desgarros de tejidos blandos en el 10,1% de las mujeres. Los tipos más comunes de complicaciones perinatales incluyen: 13.1% de macrosomía, 15.2% de hipoglucemia neonatal, 17.2% de partos prematuros, 6.1% de recién nacidos pequeños para su edad gestacional, y 2.0% de sepsis neonatal. En cuanto a la prevalencia, el 64,6% tiene sobrepeso y el 35,4% es obeso. El tipo de parto que se

llevó a cabo en las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad pregestacional fue la cesárea, que se realizó en el 14.1% de los casos, mientras que el parto vaginal se produjo en el 85,9%. De acuerdo con los resultados, las infecciones obstétricas del tracto urinario (ITU) son uno de los problemas más comunes entre las embarazadas, especialmente en aquellas que presentan sobrepeso u obesidad antes de la gestación. Junto a estas infecciones, también son frecuentes la anemia y la hipertensión extrema del embarazo (HIE). En cuanto a las complicaciones posparto, las más comunes incluyen la macrosomía, la hipoglucemia y el parto prematuro.

Huancavelica (2021), Sotomayor. ⁽²³⁾ **“Sobrepeso y obesidad en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Churcampa Huancavelica, 2019 a 2020”**, El propósito de este estudio fue establecer las características primarias de las grávidas con sobrepeso u obesidad que acudieron al establecimiento de salud Churcampa de Huancavelica entre los años 2019 y 2020. En la investigación se utilizaron métodos descriptivos, observacionales, retrospectivos y transversales. El estudio fue estructurado de manera descriptiva, considerando diferentes niveles, técnicas y diseños. La muestra estuvo compuesta por 91 gestantes que presentaban sobrepeso u obesidad, y los hallazgos revelan las características epidemiológicas de estas mujeres: el 13,2% son adolescentes, el 69,2% son jóvenes y el 17,6% son adultas mayores. En términos de educación, el 35,2% tiene nivel primario, mientras que el 61,5% ha alcanzado el nivel secundario. En cuanto a su estado civil, el 50,5% convive, el 26,4% es soltera y el 23,1% está casada. Además, el 85,7% de ellas se dedica a las labores del hogar, y el 9,9% se encuentra en proceso de estudios. Entre las características obstétricas, se observó que el 14,3% son nulíparas, el 74,7% son multíparas y el 11,0% son multíparas grandes. En lo que respecta al índice de ganancia de peso (IGP), el 50,5% presenta un IGP adecuado, el 42,9% un IGP corto y el 6,6% un IGP largo. Asimismo, el 9,9% de los embarazos son pretérminos, el 85,7% son a término y el 4,4% son postérminos. Por último, se determina que el 86,8% de las pacientes tienen una nutrición

adecuada, mientras que el 13,2% presenta una nutrición inadecuada. Las ITU representaron el 51,6% de todos los problemas maternos, la anemia el 26,4%, la preeclampsia el 13,2%, las cesáreas el 6,6% y los desgarros perineales el 2,2%. Los problemas perinatales incluían la presentación de distocia en el 37,8% de los partos, macrosomía en el 24,4% de los partos, parada fetal espontánea en el 20% de los partos y prematuridad en el 11,1% de los partos. El porcentaje de personas con sobrepeso fue del 63,7%, mientras que el porcentaje de personas obesas fue del 35,2%, la incidencia de obesidad de tipo I se registró en un 1,1%, mientras que la obesidad de tipo II mostró una prevalencia de 0,1%. En cuanto al sobrepeso, se encontró que el 44,6% de las gestantes lo padecía, mientras que el 25,4% presentaba obesidad. Esta situación se considera un grave problema de salud tanto para la madre como para el recién nacido. Al concluir el estudio, se identificaron las principales características de las gestantes con sobrepeso y obesidad atendidas en el centro de salud Churcampa, que incluyeron ser jóvenes, tener nivel educativo de secundaria, vivir en convivencia, ser amas de casa, presentar antecedentes de múltiples partos, estar en gestación a término, contar con un adecuado apego prenatal y haber experimentado desgarros perineales. Este estudio se realizó en el centro de salud de Churcampa.

Arequipa (2020), Peña. ⁽²⁴⁾ **“Ganancia de peso según características de gestantes a término del Hospital de Camaná MINSA, diciembre 2019 a febrero 2020”**, El propósito de esta investigación fue evaluar la prevalencia de crecimiento excesivo de peso, se llevó a cabo un estudio sobre la ganancia de peso adecuada e inadecuada en gestantes que completaron su gestación en el Hospital General de Camaná. El objetivo principal fue determinar la ganancia de peso en relación con el índice de masa corporal pregestacional (IMC PG), considerando factores como la edad de la madre, su estado civil, la paridad, el nivel educativo, la calidad del sueño, la frecuencia de controles prenatales, la presencia de violencia familiar, los hábitos alimentarios y el sexo del recién nacido. Esta investigación se realizó en

el Servicio de Obstetricia y Ginecología del mencionado hospital entre diciembre de 2019 y febrero de 2020. Las mujeres que acababan de dar a luz y que cumplían los criterios de inclusión fueron los sujetos del estudio. Fueron 112 las personas que cumplieron los requisitos para ser incluidas. Para adquirir los datos se utilizaron entrevistas y una evaluación exhaustiva de las historias clínicas. Para evaluar la calidad del sueño se utilizó la escala de Pittsburgh, mientras que para determinar el nivel socioeconómico se empleó la escala de Graffar. Mediante el programa informático Excel se determinó que el 27,7% de las pacientes presentaban un aumento de peso adecuado, el 22,3% un aumento de peso insuficiente y el 50% un aumento de peso excesivo. Las féminas que comenzaron su gestación con sobrepeso u obesidad, aquellas que están casadas o viven en convivencia, así como las que han tenido múltiples partos, las que consumen hidratos de carbono y las que tuvieron bebés de sexo femenino presentaron un aumento de peso excesivo. Las personas menores de 18 años, las mujeres que tuvieron su primer hijo a una edad temprana, las personas con una educación básica, las personas que sufrieron violencia familiar, las personas que dormían mal y las personas con una posición social baja ganaron muy poco peso.

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL

No se encontraron antecedentes regionales actualizados de estos últimos años a mencionar.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CONOCIMIENTO

El conocimiento se genera a partir del proceso de recibir educación, lo que puede ocurrir en temas sobre los que ya se sabe o no se sabe, lo que implica que la posesión de numerosos hechos e informaciones sobre un determinado tema es conocimiento. Esta definición proviene de la Real Academia Española (RAE), que afirma que el conocimiento es el resultado de ser instruido.⁽²⁵⁾

Además, el conocimiento se construye constantemente y puede cambiar con el tiempo. Estos cambios se pueden dar porque el ser humano está constantemente agregando nuevas investigaciones y hechos que contribuyen a la generación de nuevos conocimientos. Por otra parte, existen varios tipos de conocimientos que son conceptuales, descriptivos y teóricos, que se diferencian por diferentes razones. ⁽²⁶⁾

2.2.2. NIVELES DE CONOCIMIENTO

Es la acumulación de información ya que, se puede medir el progreso de los conocimientos de la persona, los conocimientos pueden ser cada vez mayores y con mayor complejidad, para ello se utiliza la Escala Vigesimal debido a que, es una forma en la que se pueden medir los conocimientos por medio de un puntaje asignado, entre los cuales tenemos los siguientes:

- Alto: Reconoce y reconoce las cosas con mayor facilidad, lo que conlleva a la máxima puntuación posible.
- Medio: Identifica el tema, aunque le cuesta hacerlo y da lugar a una puntuación intermedia.
- Baja: El individuo es incapaz de identificar o reconocer el tema, lo que da lugar a una puntuación más baja. ⁽²⁶⁾

2.2.3. CONOCIMIENTO Y CONDUCTA

Ambos están extremadamente unidos, porque, si el conocimiento se define en términos de estado mental, la conducta solo puede representar un signo de la existencia del conocimiento, pero no es el único ni el requerido, la conducta es el producto de la disposición y el conocimiento para realizar algo. Por eso la conducta es producida por el conocimiento y la disposición para realizar algo.

Tipos de conocimiento

- El conocimiento ordinario, a menudo denominado información común o vulgar, es el tipo de conocimiento que se obtiene de la experiencia cotidiana.

- El conocimiento científico se define como la información que se obtiene mediante el método científico y se distingue por su transparencia, trascendencia de los hechos, sistematización, capacidad de previsión y conformidad con la ley.
- El conocimiento filosófico puede definirse como la práctica de la contemplación sistemática con el propósito de exteriorizar, comprender e interpretar los fenómenos. ⁽²⁷⁾

2.2.4. SOBREPESO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede resultar perjudicial para la salud. Ambas afecciones se incluyen en esta definición. El índice de masa corporal, a menudo conocido como IMC, es una indicación directa de la conexión entre el peso y la altura de una persona que se utiliza ampliamente para determinar si un adulto tiene sobrepeso o es obeso. El índice de masa corporal de una persona puede determinarse tomando su peso en kilogramos y dividiéndolo por el cuadrado de su estatura en metros (kg/m^2). ⁽²⁸⁾

2.2.5. OBESIDAD

Se considera una afección crónica que impacta a una amplia población y se caracteriza por un incremento en la cantidad de grasa corporal. La gravedad de la afección, que es un factor determinante de los riesgos para la salud que reducen tanto la esperanza como la calidad de vida. ⁽²⁹⁾

Según la clasificación actual de la obesidad que ha propuesto la OMS, que se basa en el IMC, se considera que padecen obesidad aquellos individuos cuyo IMC es igual o superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Por ello, el Índice de Masa Corporal (IMC) determina una buena correlación entre el indicador de grasa corporal y los riesgos para la salud a nivel poblacional. Por lo tanto, para determinar el IMC de una persona, así como el peso ideal y el cálculo de la cantidad de calorías que necesita, se pueden introducir en una fórmula ciertos criterios como la edad, el

peso, la altura, la cantidad de actividad física que realiza y el número de horas que duerme, y los resultados se pueden generar automáticamente. ⁽²⁹⁾

2.2.6. FISIOPATOLOGÍA DE LA OBESIDAD

La obesidad se origina a partir de un desbalance entre la energía que una persona consume y la cantidad de energía que ingresa a su organismo, tal y como establece la primera ley de la termodinámica. En el contexto de nuestro cuerpo, esta energía proviene de los nutrientes esenciales, que son los glúcidos, las proteínas y las grasas⁽³⁰⁾. La etapa inicial en la producción de energía proviene de los carbohidratos. Cuando el cuerpo recibe más hidratos de carbono de los que necesita, esos hidratos de carbono sobrantes se almacenan en forma de grasa. Las grasas se movilizan y se utilizan para la creación de energía cuando no hay hidratos de carbono o cuando las cantidades son extremadamente bajas. Esta transformación de las grasas en ácidos grasos y glicerol se denomina lipólisis y tiene lugar durante todo el proceso. De acuerdo con el primer principio de la termodinámica, que establece que la energía no puede generarse ni destruirse, sino que solo puede convertirse, el cuerpo humano funciona de forma coherente con los principios físicos que representa este principio. Cualquier cantidad de energía que el cuerpo ingiera por encima de lo que necesita provoca un cambio en la energía interna del organismo, que entonces sufre una transformación en energía química, cuyo principal depósito es el tejido adiposo⁽³¹⁾. Es cierto que un aumento del tejido adiposo sería el resultado de una ingesta de energía (IE) superior al gasto o consumo total de energía (TEC). Esto se debe a que un aumento del tejido adiposo siempre conlleva un incremento tanto en la masa muscular como en el peso total del cuerpo, cuya regulación es principalmente responsabilidad del TEC. ⁽³²⁾

Como resultado, el peso corporal puede fluctuar en respuesta a la ingesta y al gasto energético total (GET), que es igual al gasto energético en reposo o basal (GER), más el gasto energético durante la actividad

física (GEE) y el gasto energético producido por el proceso de termogénesis (GET). En otras palabras, el TEE es la suma de REE, EEE y TGE. En la ecuación para el balance energético ⁽³³⁾, todo esto se define de la siguiente manera:

$$\text{GET}=\text{GEB}+\text{GEA}+\text{GET}$$

No obstante, el sistema nervioso, el sistema gastrointestinal, que abarca órganos como el hígado y el páncreas, así como el adipocito, participa en el control del gasto y la ingesta de energía. ⁽³⁴⁾ El adipocito es una célula especializada que realiza tres funciones diferentes: almacenamiento, liberación de energía y actividad metabólica endocrina. Es capaz de modificar su diámetro en un factor de 20 y su volumen en un factor de mil. Cada adipocito puede almacenar hasta 1,2 microgramos de triglicéridos en un solo instante. La esterificación es un proceso que requiere la participación de dos enzimas: la lipoproteína lipasa (LPL) y la proteína estimulante de la acilación (ASP). Ambas enzimas se activan como resultado de la interacción entre la insulina y los quilomicrones. En la mayoría de las ocasiones, la cantidad de triglicéridos almacenados dentro de un adipocito no excede los 0,6 microgramos por célula. Podemos estimar o inferir un volumen total de grasa de 15 kilogramos, lo que equivale a 135.000 kilocalorías, teniendo en cuenta que el número promedio de adipocitos en cada individuo varía de 30 a 60,109 y que cada uno de estos adipocitos contiene aproximadamente 0,5 microgramos de triglicéridos, podemos estimar la capacidad total de almacenamiento de grasa en el organismo. ⁽³⁵⁾

Sin embargo, la gran revolución en la comprensión del control de la ingesta y el gasto y, por consiguiente, en la investigación de la obesidad, este avance se originó con el hallazgo de la leptina, así como de los genes responsables de su producción en los adipocitos. Esto resultará en una disminución de la acumulación de grasa al suprimir el deseo de comer (efecto anorexígeno), promoviendo de esta manera un incremento en el gasto energético y desactivando los mecanismos efectores anabólicos que buscan incrementar la grasa corporal

(aumentando así el apetito). Esto, a su vez, facilitará el proceso de lipólisis en el tejido adiposo. ⁽³⁶⁾

Esta proteína funciona como un antagonista de los receptores de melanocortina 1 y 4, los cuales son reguladores del apetito. ⁽³⁷⁾ Asimismo, mediante la acción de la leptina, los receptores noradrenérgicos tienen la capacidad de influir en el control del peso corporal. Lo hacen activando los receptores alfa 1 y beta 3, lo que se traduce en una reducción de la ingesta y un aumento del gasto energético. ⁽³⁸⁾

En cuanto al sistema neural parasimpático eferente ayuda a controlar y regular el peso corporal modulando el metabolismo hepático, la producción de insulina y el vaciado del estómago. Esto contribuye a mantener un peso corporal saludable. Estas entradas se consideran señales periféricas, que luego se incluirán y procesarán a nivel del sistema neurológico, dando lugar a la liberación de neurotransmisores que modificarán nuestra ingesta. La insulina tiene una acción anabólica, lo que significa que favorece la absorción de glucosa y la acumulación de grasa a nivel de los tejidos. ⁽³⁹⁾

Llega al núcleo arqueado mediante el torrente sanguíneo y después atraviesa la barrera hematoencefálica para ejercer sus efectos sobre el hipotálamo. Por una parte, estos efectos se ejercen a nivel del hipotálamo. La segunda vía se denomina vía aferente vagal, y se desplaza desde el estómago hasta el hipotálamo a través del nervio vago. Según los resultados de otras investigaciones, los niveles de grelina en el plasma se elevan durante períodos de desequilibrio energético negativo, como durante los periodos de ayuno, y posteriormente vuelven a la normalidad tras el consumo de alimentos. ⁽⁴⁰⁾

Tras la absorción de nutrientes (hidratos de carbono y ácidos grasos), las células L del intestino secretan péptido similar al glucagón de tipo 1 (GLP-1), preferentemente a nivel del íleon y del colon. La

cantidad de GLP-1 producida es proporcional a la cantidad de calorías de los alimentos. El sistema neurovegetativo constituye el eslabón final en la cadena de procesos y biomoléculas encargadas de regular y gestionar el peso corporal ⁽⁴¹⁾, y representa el último eslabón. Su función principal es el control de las secreciones hormonales y de la termogénesis, que tienen lugar en el organismo. ⁽⁴²⁾

Causas de la obesidad

La principal razón de la obesidad es un desequilibrio energético que ocurre cuando el consumo de calorías supera su gasto. A nivel mundial, se ha observado una inclinación general hacia un aumento en el consumo de alimentos con alto contenido de grasas, sal y azúcares, que al mismo tiempo carecen de vitaminas, minerales y otros micronutrientes esenciales. Otro aspecto importante es la reducción en la actividad física, resultado de estilos de vida más sedentarios vinculados al creciente uso de tecnología en el trabajo, los métodos actuales de transporte y la prevalencia de entornos urbanos. ⁽⁴³⁾

2.2.7. ETIOPATOGENIA

Se cree que es una enfermedad compleja, en cuyo desarrollo intervienen elementos genéticos, ambientales, metabólicos y endocrinológicos. Apenas entre un dos y tres por ciento de los casos de obesidad son el resultado de alguna afección endocrina, tales como el hipotiroidismo, el síndrome de Cushing, el hipogonadismo o ciertas alteraciones hipotalámicas asociadas a un incremento descontrolado del apetito. Además, se ha evidenciado que el exceso de tejido graso puede inducir cambios indirectos en la regulación, el metabolismo y la liberación de múltiples hormonas, afectando de manera significativa los procesos hormonales del organismo. Por todo ello, la obesidad puede considerarse una afección crónica causada por diversos factores y que puede manifestarse en una gran variedad de fenotipos. ⁽⁴³⁾

2.2.8. VALORES DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Para determinar la cantidad de peso ganada durante el embarazo, se examina el peso del individuo a partir de la semana 14 del segundo trimestre de embarazo. El Índice de Masa Corporal (IMC) se calcula usando la altura y el peso de la persona antes de su embarazo.

Para la categorización del IMC y el aumento de peso durante el embarazo se tienen en cuenta los siguientes consejos de la OMS:

- Bajo Peso ($<18.5 \text{ kg/m}^2$): Ganancia recomendada entre 12.5 y 18 kg
- Peso Adecuado ($18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$): Puede aumentar entre 11.5 y 16 kg
- Sobrepeso ($25.0 - 29.9 \text{ kg/m}^2$): Debe aumentar de 7.0 a 11.5 kg
- Obesidad ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$): Incremento sugerido de 5.0 a 9.0 kg. ⁽⁴⁴⁾

Clasificación

Según el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet, se puede hablar de:

- Sobrepeso: IMC entre 25 y 28 kg/m^2 .
- Obesidad leve: IMC entre 28 y 30 kg/m^2 .
- Obesidad moderada: IMC entre 30 y 35 kg/m^2 .
- Obesidad severa o mórbida: IMC $> 35 \text{ kg/m}^2$. ⁽⁴⁵⁾

Existen tres fenotipos distintos que pueden identificarse en función de la distribución topográfica de la grasa:

- Obesidad generalizada: se distingue por una acumulación de grasa que se distribuye de manera uniforme en todo el cuerpo, sin predominar en una región específica.
- También conocida como obesidad central, este tipo de obesidad se caracteriza por una distribución de la grasa que se localiza principalmente en la región superior del tronco. Se asocia con mayor frecuencia a problemas del sistema cardiovascular y del sistema metabólico.
- La obesidad ginoide, también conocida como obesidad tipo pera o periférica, se caracteriza por una distribución de la grasa que se

concentra de forma desproporcionada en la pelvis. La patología vascular periférica (varices) y la litiasis biliar son las causas de esta afección la mayoría de las veces. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres y suele responder de manera menos efectiva a los tratamientos en comparación con el tipo previo.

- Obesidad de las vísceras, también conocida como obesidad intraabdominal. ⁽⁴⁵⁾

Desde el punto de vista clínico, y siempre con fines educativos, es posible admitir la presencia de dos grandes grupos:

- La obesidad endógena, intrínseca o secundaria, y la que tiene una causa orgánica. Alrededor del uno por ciento de las personas obesas padecen esta enfermedad. Entre las causas más frecuentes se encuentran los trastornos de los sistemas endocrinológico y neurológico, los síndromes hereditarios y los derivados del consumo de fármacos durante un largo periodo de tiempo.
- Obesidad no provocada por el organismo. Representa el 99,9% de los casos. La correlación normal entre la cantidad de energía consumida y la gastada se ve alterada en este caso. A pesar de que se han descubierto genes candidatos asociados a la predisposición a la obesidad, las prácticas dietéticas y nutricionales no suelen permitir alcanzar ese equilibrio ⁽⁴⁵⁾.

Según Friedman, después de algún tiempo descubrió que existen tres formas diferentes de obesidad, que son las siguientes.

- Tipo I de 30-34.9 kg/m²
- Tipo II 35- 39.9 kg/m²
- Tipo III 40 kg/m². ⁽⁴⁶⁾

2.2.9. GESTACIÓN SOBREPESO Y OBESIDAD

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad durante el embarazo está aumentando a un ritmo alarmante. El sobrepeso y la obesidad se

definen según las siguientes categorías de obesidad basadas en el índice de masa corporal (IMC):

- Sobrepeso o pre-obesidad: $IMC \geq 25$ y < 30 (Riesgo de problema de la salud incrementado).
- Obesidad clase I (Moderada): $IMC \geq 30$ y < 35 (Riesgo de problema de la salud alto).
- Obesidad clase II (Severa o grave): $IMC \geq 35$ y < 40 (Riesgo de problema de la salud muy alto).
- Obesidad clase III (Mórbida): $IMC \geq 40$ (Riesgo de problema de la salud extremadamente alto).⁽⁴⁷⁾

2.2.10. VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA GESTANTE

La realización de una evaluación antropométrica y nutricional precisa en cualquier momento del embarazo es muy esencial; esta evaluación debe llevarse a cabo teniendo en cuenta tres criterios. El primer indicador implica clasificar el estado nutricional de la mujer embarazada según su índice de masa corporal antes de la gestación. El segundo indicador requiere determinar la ganancia de peso en función de la evaluación antropométrica nutricional. Finalmente, el tercer indicador consiste en clasificar la altura del útero de acuerdo con la edad gestacional actual.⁽⁴⁸⁾

a) Primer Indicador

El índice de masa corporal (IMC) que una mujer tenía antes de quedar embarazada se utiliza para clasificar la salud nutricional de las gestantes.

El índice de masa corporal (IMC) de la mujer antes de quedarse embarazada se utilizará para identificar la categorización del estado nutricional antes de quedarse embarazada. A partir de esta información, la gestante podrá calcular cuánto peso necesita adquirir a lo largo del embarazo. En este sentido, los valores adquiridos, que son el peso

pregestacional y la estatura actual, necesitan ser empleados para determinar y calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) antes del embarazo, se empleará la fórmula correspondiente. El resultado obtenido debe ser contrastado con la tabla siguiente ⁽⁴⁹⁾:

$$\text{IMC PG} = \frac{\text{Peso pre gestacional (Kg)}}{\text{Talla (m)}^2}$$

A continuación, se muestra la categorización del estado nutricional de la mujer embarazada basada en el Índice de Masa Corporal (IMC) pre gestacional de la Guía Técnica para la valoración antropométrica nutricional de la gestante para el año 2019:

- Delgadez: < 18.5.
- Normal: ≥ 18.5 y < 25.0
- Sobrepeso: ≥ 25.0 y < 30.0
- Obesidad: ≥ 30.0. ⁽⁴⁹⁾

b) Segundo Indicador

Incremento de peso conforme a la categorización de la valoración nutricional antropométrica, en la cual las pautas para el aumento de peso en gestantes varían y se fundamentan en la clasificación del estado nutricional según el índice de masa corporal (IMC) que presentan antes de iniciar el embarazo.

Dado que durante el embarazo se forman nuevos tejidos, es normal que todas las embarazadas, incluso las que ya tienen sobrepeso o son obesas, experimenten un aumento de peso a partir del primer trimestre de gestación.

Las mujeres embarazadas que sufran náuseas y vómitos por diversas causas no podrán ganar peso e incluso pueden perderlo durante el primer trimestre del embarazo. Sin embargo, estas mujeres deberían poder recuperar el peso perdido a lo largo de los siguientes

trimestres de su embarazo hasta alcanzar el peso previsto al final del mismo. ⁽⁴⁹⁾

- Delgadez: 1° trimestre (0.5 a 2.0 Kg/trimestre), 2° y 3° trimestre (0.44 a 0.58 Kg/semana) con una ganancia de peso total de 12.5 a 18.0 Kg.
 - Normal: 1° trimestre (0.5 a 2.0 Kg/trimestre), 2° y 3° trimestre (0.35 a 0.50 Kg/semana) con una ganancia de peso total de 11.5 a 16.0 Kg.
 - Sobrepeso: 1° trimestre (0.5 a 2.0 Kg/trimestre), 2° y 3° trimestre (0.23 a 0.33 Kg/semana) con una ganancia de peso total de 7.0 a 11.5 Kg.
 - Obesidad: 1° trimestre (0.5 a 2.0 Kg/trimestre), 2° y 3° trimestre (0.17 a 0.27 Kg/semana) con una ganancia de peso total de 5.0 a 9.0 Kg.
- ⁽⁴⁹⁾

c) Tercer indicador

La altura uterina se clasifica en función de la edad gestacional del embarazo.

El crecimiento del tamaño se evalúa mediante la altura uterina utilizando una cinta obstétrica. Por esta razón, el Centro Latinoamericano de Perinatología elaboró curvas de altura uterina en función de la edad gestacional. Los percentiles 10 y 90 establecen los márgenes de normalidad para esta medición. A lo largo de todo el embarazo, el feto continúa incrementando su tamaño.

El índice de masa corporal (IMC) de la mujer embarazada debe registrarse en la tarjeta de monitoreo de peso, de acuerdo con los datos sobre el aumento de peso obtenidos a lo largo del embarazo, tomando como referencia el IMC de la gestante en su primera consulta prenatal.

⁽⁴⁹⁾

Complicaciones

El riesgo de dificultades durante y después del embarazo aumenta significativamente en las mujeres obesas. Entre las complicaciones que se pueden mencionar están la hepatopatía, los trastornos

tromboembólicos venosos (que son más frecuentes en el segundo trimestre), los desórdenes del suelo pélvico, la diabetes que se desarrolla durante el embarazo, la hipertensión gestacional (HTG), la distocia y la macrosomía fetal, así como otras posibles complicaciones a largo plazo que pueden afectar la salud tanto de la madre como del niño. ⁽⁵⁰⁾

Otras complicaciones

Están relacionados con diversos resultados adversos, como el aumento de las tasas de aborto espontáneo, parto prematuro, mortalidad fetal intrauterina, macrosomía fetal, interrupciones del parto y parto por cesárea. Se ha registrado un incremento notable en la incidencia de infecciones en las heridas quirúrgicas tras una cesárea en mujeres con sobrepeso, siendo el riesgo más elevado entre aquellas con obesidad de clase III. Además, otras investigaciones indican que las pacientes obesas presentan una mayor prevalencia de infecciones del tracto urinario, vaginitis e infecciones por *Streptococcus*. ⁽⁵⁰⁾

Además de provocar hipoxia fetal y sobre crecimiento placentario, ambos relacionados con un mayor riesgo de trombosis fetal, la obesidad materna también está relacionada con una mayor incidencia de esta afección. Una investigación realizada en mujeres embarazadas con sobrepeso mostró que cerca de la mitad de ellas cumple con los criterios necesarios para el diagnóstico de síndrome metabólico, el cual está estrechamente vinculado al desarrollo de preeclampsia. Tanto el síndrome metabólico como el riesgo cardiovascular representan preocupaciones significativas para las mujeres obesas en general y pueden agravar aún más las complicaciones durante el embarazo. ⁽⁵⁰⁾

Aparte de las elevadas tasas de eventos cardiovasculares individuales y un incremento en las hospitalizaciones relacionadas con el sistema cardiovascular, la obesidad durante el embarazo también contribuye a un aumento en la morbilidad cardiovascular a largo plazo. Este fenómeno se puede considerar un factor de riesgo independiente. La trombosis venosa profunda, a menudo conocida como TVP, es una

enfermedad que afecta a un porcentaje desproporcionadamente alto de personas obesas. Existe una correlación entre tener un índice de masa corporal más alto y tener 1,9 veces y 2,2 veces más probabilidades de sufrir trombosis en las extremidades inferiores. La elevación del riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) en individuos con un índice de masa corporal (IMC) alto es particularmente notoria en aquellos que experimentan alteraciones en los factores de coagulación. Estas modificaciones son fisiológicas y tienden a ser más comunes durante el segundo trimestre del embarazo. ⁽⁵⁰⁾

2.2.11. CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD DURANTE EL PARTO

Como se dijo anteriormente, tienen un mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo, anomalías en el feto en desarrollo y enfermedades que afectan tanto a la madre como al bebé; además, corren el riesgo de experimentar problemas durante el proceso de parto y alumbramiento. ⁽⁵¹⁾ A continuación, se enumeran las dificultades y repercusiones que pueden surgir durante el parto:

1. Parto prolongado

Se considera que un embarazo tiene un parto prolongado si dura más de 42 semanas, lo que equivale a nueve meses. Como consecuencia de ello, pueden surgir diversos problemas, entre los que se incluyen los siguientes:

- a) La insuficiencia placentaria es un tipo de problema que se produce cuando la placenta no logra transportar un volumen suficiente de oxígeno o nutrientes al feto para garantizar un crecimiento sano. Como consecuencia de este problema, el bebé puede nacer con bajo peso, limitaciones de crecimiento o dificultades cardíacas.
- b) Síndrome de aspiración de meconio: el meconio, que representa la primera eliminación intestinal del recién nacido, se mezcla con el líquido amniótico y es absorbido por el bebé, dificultando la respiración, provocando intoxicación e insuficiencia cerebral por asfixia. ⁽⁵¹⁾

c) Traumatismo fetal: Debido a su enorme tamaño, el bebé es sometido a un parto complejo; como consecuencia, pueden producirse varias lesiones en los neonatos; sin embargo, las más frecuentes son las siguientes:

- Las fracturas de clavícula son lesiones relativamente inofensivas que no tienen efectos a largo plazo. Sin embargo, debido a la corta edad del bebé, los profesionales médicos aconsejan prestar más atención y tener más cuidado mientras se le cambia de ropa, se le baña, se le amamanta o descansa para reducir el riesgo de molestias y dificultades.
- El cefalohematoma es una lesión o inflamación que se produce en el cuero cabelludo de un recién nacido. Puede estar causada por el uso de instrumental durante el parto, así como por la presión del útero y la pared vaginal sobre la cabeza del bebé. Como en el caso de la primera herida, esta no necesita ningún tipo de tratamiento especializado ya que en la mayoría de los casos, se cura por sí sola entre las 3 y las 12 semanas⁽⁵¹⁾.
- La parálisis branquial se refiere a la incapacidad de mover las extremidades superiores (brazo, antebrazo o mano) por parálisis o falta de movilidad. Este problema se presenta en partos complejos, cuando al momento de la salida del bebé los hombros quedan atrapados en la pelvis de la madre; para ello, los médicos aplican mucho esfuerzo y de manera errónea, generando este daño que perjudica el desarrollo motor y el crecimiento de la extremidad. Esta condición se conoce como distocia de hombros.
- Parálisis facial: Es una afección que ocurre durante el parto y es causada por el uso de fórceps (instrumento en forma de pinza que se utiliza durante el parto para ayudar a salir al bebé por fuera), afectando la frente, los ojos y la boca. La parálisis facial puede deberse al uso de fórceps. Como no hay pliegues en la frente, el párpado no puede cerrarse y el grito del bebé es asimétrico, lo que significa que cuando el recién nacido llora, el labio se desvía hacia el lado de la cara que no tiene complicaciones, es fácil de identificar. En la mayoría de los casos, la parálisis no es compleja,

y el recién nacido empezará a mostrar signos de mejoría en el plazo de una a tres semanas. ⁽⁵¹⁾

2. Macrosomía fetal:

Es una palabra que se utiliza para identificar a los neonatos que tienen un peso al nacer sustancialmente elevado, superior a 8 libras y 13 onzas, lo que es comparable al peso de 4 kilogramos. Este tipo de problema en el bebé puede dificultar el parto vaginal y provocar dificultades para el niño durante toda su vida. ⁽⁵¹⁾ A continuación, se enumeran algunos de los diversos problemas que pueden surgir:

- a) Cesárea: debido a la condición obesa de la madre y al tamaño del bebé, pueden surgir complicaciones anestésicas. Debido al peso de la madre, hay que administrar más anestesia de la esperada, lo que provoca una disminución de la presión arterial y, con ello, de los latidos cardíacos, lo que acaba causando la muerte.
- b) Parto natural: debido a la condición obesa de la madre y al tamaño del bebé, pueden producirse complicaciones anestésicas. ⁽⁵¹⁾

2.2.12. PREVENCIÓN

Tener en cuenta las siguientes pautas te ayudará a evitar cada uno de los problemas descritos anteriormente:

- Pide cita para una consulta antes de intentar concebir: Si eres obesa y estás pensando en quedarte embarazada, si tu médico determina que es necesario, se implementarán estrategias para manejar tu peso de manera efectiva, que pueden incluir la consulta con otros especialistas, como un nutricionista. Esto permitirá a la madre perder algunos kilos antes de concebir, lo que podría disminuir significativamente el riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo. Si te encuentras en situación de obesidad y tienes la intención de quedar embarazada, tu médico tomará las decisiones adecuadas para regular tu peso. ⁽⁵¹⁾

- Si ya está embarazada y tiene un problema de peso, debe hablar con un médico antes de empezar una dieta. Hacerlo podría provocar la pérdida de nutrientes necesarios para el crecimiento del bebé.
- Mantener un peso saludable durante los tres primeros meses de embarazo es esencial: Puesto que no es necesario que la madre aumente de peso durante el primer trimestre de embarazo, no implica que deba someterse a una dieta estricta; no obstante, puede restringir la ingesta de comida basura, dulces y grasas. ⁽⁵¹⁾
- Se recomienda hacerse revisiones mensuales: Esto se hace con el fin de prevenir enfermedades como la diabetes, la hipertensión, la proteinuria y el hígado graso.
- Es importante acudir al obstetra y al ginecólogo para someterse a revisiones periódicas mensuales: El médico realizará cada mes las actividades de seguimiento necesarias, como ecografías, y controlará así el desarrollo del feto. ⁽⁵¹⁾

2.2.13. DIAGNÓSTICO

Mediante la valoración clínica

- Historia clínica

Será fundamental recabar información sobre: momento en que comienza el proceso, posible consumo prolongado de algún fármaco, historial familiar de enfermedades relacionadas con la nutrición, trastornos endocrinos y/o factores de riesgo cardiovascular. Se hará hincapié, en el contexto de la historia personal, en los siguientes temas: otros síntomas o signos concomitantes, enfermedades crónicas subyacentes, incremento del peso de la madre durante el embarazo, la posible presencia o ausencia de enfermedades prenatales, el tipo de lactancia materna recibida y la manera en que se inicia la alimentación complementaria. Se llevará a cabo una anamnesis específica, y será relevante documentar el patrón de crecimiento previo, desde un punto de vista endocrinológico. ⁽⁵²⁾

Para la encuesta nutricional se pueden utilizar diferentes preguntas.

- Encuesta nutricional: El seguimiento de la ingesta de alimentos en las últimas veinticuatro horas o en los tres días previos, junto con la frecuencia semanal de consumo de ciertos grupos alimenticios, centrándose especialmente en productos azucarados, repostería y frituras, constituye algunas de estas consideraciones. ⁽⁵²⁾
- Comportamientos alimentarios y niveles de actividad física: Es necesario indagar sobre los hábitos alimenticios, incluyendo el lugar donde se realizan las comidas, la compañía durante las mismas, posibles desequilibrios nutricionales, si existen comportamientos alimentarios obsesivos y la posible ingesta crónica de alguna sustancia, entre otros aspectos. Se contabilizará el número de horas de ejercicio diario o semanal. ⁽⁵²⁾
- Se debe tener un conocimiento sólido de sus condicionamientos psicológicos, así como del apoyo de su familia, que proviene de su entorno social.
- Revisión y examen médico: Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de la distribución del tejido adiposo, ya sea ginoide, androide o generalizada.

El enfoque más adecuado para diagnosticar la obesidad es la evaluación precisa de la grasa corporal real, dado que existen múltiples técnicas empleadas para cuantificar el exceso de peso y el contenido graso. Entre estos métodos, se incluye la medición del grosor de los pliegues dérmicos, la impedancia, entre otros, que dentro de ellos tenemos el IMC o índice de Quetelet, también descrito por la OMS. Posteriormente, Friedman estableció tres clases de obesidad, las cuales fueron mencionadas en los párrafos anteriores. ⁽⁵³⁾

2.2.14. MANEJO NUTRICIONAL DE LA MUJER OBESA DURANTE LA GESTACIÓN

- Lo primero que debe hacerse en el proceso es realizar una anamnesis completa y un examen suficiente del estado nutricional de la paciente.

- Para el examen antropométrico se pueden utilizar muchas de las tablas que existen en la actualidad para examinar especialmente a la población grávida.
- La meta es categorizar a la mujer de manera expedita para que se puedan definir objetivos y monitorear el incremento de peso a lo largo del embarazo. ⁽⁵⁴⁾

Se sugiere incrementar la frecuencia de las consultas prenatales a 9 o 10 y adoptar un enfoque interdisciplinario, en el cual la evaluación antropométrica sea respaldada por una anamnesis nutricional adecuada que abarque los siguientes aspectos:

- Registro del historial de peso de la paciente, incluyendo los pesos máximos y mínimos, así como las circunstancias relacionadas con esos cambios. Se considera embarazo de alto riesgo a toda gestante cuyo IMC sea superior a 30. ⁽⁵⁴⁾
- Crecimiento de peso durante el embarazo, historial médico y comorbilidades, peso al nacer de los hijos y la retención de peso postparto en mujeres que han tenido partos anteriores.
- Un cuestionario sobre trastornos o anomalías alimentarias en el pasado, la imagen corporal actual de la encuestada y la infelicidad con su físico.
- Las esperanzas y preocupaciones de las mujeres sobre su peso, así como sus sueños sobre el aumento de peso que conlleva el embarazo. Llamar la atención sobre el hecho de que NO SE PIERDE PESO durante el embarazo. ⁽⁵⁴⁾
- Antecedentes de intentos de perder peso mediante dietas, suplementos dietéticos, hierbas u otros métodos de reducción de peso. Técnicas para mantener un peso saludable.
- Rutinas de la vida diaria, incluidos los horarios de trabajo, cantidad de comidas consumidas a lo largo del día, así como la frecuencia y los horarios típicos de las ingestas, además de la existencia de omisiones en las comidas, los hábitos de picar o picar entre comidas, los atracones, los hábitos de comidas nocturnas, las horas de mayor

consumo de alimentos, la estructuración de la adquisición de productos alimenticios y la programación de las comidas, el control de las porciones, las técnicas culinarias más comunes, los platos más habituales elaborados o ingeridos en el hogar, las adquisiciones o alimentos consumidos fuera del domicilio (volumen y periodicidad) y los diferentes tipos de bebidas consumidas. ⁽⁵⁴⁾

- Patrones de sueño (número de horas dormidas al día), existencia de apneas y presencia de trastornos del sueño.
- Para obtener información relevante en el momento oportuno, es importante preguntar sobre el consumo de tabaco y alcohol.
- La práctica constante de ejercicio físico, diversas recomendaciones médicas al respecto.
- Anímeles a llevar un estilo de vida activo y a salir a pasear siempre que sea factible. ⁽⁵⁴⁾

2.2.15. TRATAMIENTO

No se aconseja imponer una restricción alimentaria a una mujer embarazada con obesidad; no obstante, resulta fundamental analizar los alimentos que está ingiriendo, y se sugiere aplicar el mismo enfoque nutricional que se utilizaría con una gestante sin sobrepeso. Iniciar un régimen dietético en la madre durante el embarazo no es el momento adecuado, por lo que no se recomienda someter a la embarazada obesa a una restricción dietética. En cuanto a la alimentación, se aconseja que la embarazada que no tiene sobrepeso se atenga a las mismas normas. Es fundamental trabajar mano a mano con personal sanitario como nutricionista, obstetra y médico, y llevar a cabo una supervisión del aumento de peso en cada consulta prenatal mediante un listado de alimentos. Es necesario trabajar mano a mano con estos profesionales sanitarios. ⁽⁵⁵⁾

2.2.16. FACTORES DEMOGRÁFICOS

Edad: Para los individuos de 18 años o más, el sobrepeso se caracteriza por un índice de masa corporal (IMC) que oscila entre 25 y

29,9, mientras que la obesidad se identifica cuando el IMC es igual o superior a 30. Para los niños, se utilizan tablas de IMC, en las que el valor correspondiente a los percentiles 95, 97 o 98 sirve de punto de corte para definir la obesidad, y el valor correspondiente a los percentiles 85, 90 o 91 sirve de punto de corte para definir el sobrepeso, para cada edad y sexo. ⁽⁵⁶⁾

Grado de educación: Es el grado más alto de estudios que ha cursado, independientemente de que los haya finalizado o no. Se distinguen los siguientes niveles educativos: bachillerato, diplomatura, licenciatura, máster, doctorado y postgrado. el primer nivel, el segundo nivel, el nivel superior universitario y el nivel superior no universitario. ⁽⁵⁷⁾

Estado civil: Es la posición afectiva de un individuo que se decide por sus vínculos familiares, como consecuencia del matrimonio, creando derechos y obligaciones, y siendo considerado soltero, casado o conviviente. ⁽⁵⁸⁾

Lugar de procedencia: Determinados hábitos alimentarios pueden identificarse en función de si la gestante vive en una región rural o urbana. El lugar de origen es donde reside la embarazada. ⁽⁵⁹⁾

Ocupación: Determinados hábitos alimentarios pueden venir dictados por la posición que una persona adquiere tanto en su vida cotidiana como en su trabajo. Esta posición puede estar ligada tanto al empleo de la persona como a su vida cotidiana. Teniendo en cuenta: el estudiante, el ama de casa, el empresario y otros. ⁽⁶⁰⁾

Ingresos mensuales: Es el dinero mensual ganado por la gestante y su cónyuge, que puede ser utilizado para identificar hábitos alimenticios específicos. ⁽⁶¹⁾

2.2.17. FACTORES ESTILO DE VIDA

Consumo de carbohidratos: Consumo de hidratos de carbono: Una cantidad excesiva de hidratos de carbono durante la gestación, es posible que se produzca un incremento de peso. Entre los carbohidratos

que a menudo se consumen en exceso por las mujeres embarazadas se encuentran: panes, papas, batatas, yuca, arroz y fideos, entre otros. Es fundamental moderar la ingesta de carbohidratos y, en cambio, incrementar el consumo de verduras y proteínas. ⁽⁶²⁾

Consumo de proteínas: Existen diversas fuentes de proteínas que una mujer embarazada puede incluir en su dieta, tales como carne de res, pollo, huevos y frijoles, entre otros alimentos. Estos nutrientes son esenciales para el desarrollo saludable del bebé y contribuyen de manera significativa a un embarazo exitoso. ⁽⁶³⁾

Consumo de grasas: Una embarazada que consuma una cantidad excesiva de grasas experimentará un aumento de su peso corporal. Se pueden clasificar en dos categorías las grasas: por un lado, están las grasas saturadas, que se hallan en aceites, alimentos fritos y otros productos que carecen de valor nutricional; por otro lado, están las grasas saludables, que se encuentran en aceitunas, aguacates, frutos secos y otros alimentos que son beneficiosos durante el embarazo. Las grasas saturadas pueden encontrarse en alimentos que no aportan nutrientes. ⁽⁶⁴⁾

Actividad física: La Psicoprofilaxis se refiere al acondicionamiento para el parto mediante la realización de ejercicios físicos dirigidos y específicos para apoyar a la embarazada. Durante el embarazo, es fundamental realizar actividades físicas como breves paseos, estiramientos y Psicoprofilaxis. ⁽⁶⁵⁾

2.2.18. FACTORES ESTADO NUTRICIONAL

Índice de masa corporal: Es una medida que se obtiene combinando la altura y el peso de una persona en un único índice. El índice de masa corporal (IMC) es una medida fiable de la obesidad y el sobrepeso. Su finalidad es determinar las categorías de peso que se asocian a un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud. ⁽⁶⁶⁾

Consejería nutricional: Es una plática organizada y condensada a la que se recurre para provocar cambios en los comportamientos alimentarios de las embarazadas. El objetivo es educar y animar a las personas a adoptar estilos de vida saludables, con especial atención al consumo de alimentos nutritivos y la práctica de ejercicio físico. ⁽⁶⁷⁾

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Déficit nutricional: Es la condición de tener una nutrición insuficiente o desequilibrada como consecuencia de una dieta deficiente o excesiva, la malnutrición se considera una de las principales variables que contribuyen a la carga mundial de enfermedades, ya que más de un tercio de los problemas de salud global están vinculados a desequilibrios nutricionales, donde la pobreza es una de las causas principales. ⁽⁶⁸⁾

Embarazo: Es una frase que se utiliza para describir el periodo de tiempo en el que un bebé crece dentro de la matriz o útero de una mujer. Se mide desde el momento de la última menstruación de la mujer hasta el momento del parto, un embarazo normal dura unas 40 semanas, es decir, algo más de 9 meses. ⁽⁶⁹⁾

Sobrepeso: Es un estado previo a la obesidad que comparte con esta la característica de un aumento en el peso corporal junto con la acumulación de grasa en el organismo. Este desequilibrio surge cuando la cantidad de calorías ingeridas en la alimentación supera el gasto energético de las actividades físicas realizadas. ⁽⁷⁰⁾

Altura uterina: Es la altura que se mide con una cinta métrica para ver si es aceptable o no para la edad gestacional de la paciente. Esta altura se utiliza para evaluar el desarrollo del bebé mientras aún se encuentra dentro del útero. Se mide desde la pelvis hasta el punto al que llega el bebé en ese momento concreto (fondo uterino). ⁽⁷¹⁾

Calorías: Es la medida principal utilizada para calcular la cantidad de energía que los alimentos proporcionan; su abreviatura es: (cal). Como breve explicación, la caloría representa la unidad usada para medir la cantidad de

energía o calor, dado que esta se manifiesta en forma de calor, lo cual da origen al término caloría. ⁽⁷²⁾

Riesgo: Se define como la conjunción de la probabilidad de que se produzca un acontecimiento y los efectos adversos que tendrá. ⁽⁷³⁾

Alimentación: Proceso por el cual los nutrientes de los alimentos satisfacen las necesidades celulares, favoreciendo el crecimiento, desarrollo y resistencia física para las actividades diarias. ⁽⁷⁴⁾

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: El conocimiento sobre el riesgo de obesidad es alto en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023

Ha: El conocimiento sobre el riesgo de obesidad es medio en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023

Ho: El conocimiento sobre el riesgo de obesidad es bajo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023

2.5. SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE INTERÉS

Conocimiento de riesgo de obesidad

2.5.2. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

- Características demográficas (edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de residencia, ocupación, nivel socioeconómico)
- Características obstétricas (gesta, paridad, antecedente de aborto, sesiones de Psicoprofilaxis, atención prenatal (APN)).

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICA O INSTRUMENTO
VARIABLE DE INTERÉS							
Conocimiento de riesgo de obesidad	Comprensión y familiaridad que una persona tiene sobre un tema específico, basado en la información adquirida	Única	Estilo de vida	<p>Mi rutina diaria incluye ejercicio físico regularmente.</p> <p>Presto atención a mi dieta y consumo alimentos saludables durante el embarazo.</p> <p>Me siento cómoda y descansada con la cantidad de sueño que obtengo cada noche.</p> <p>Dedico tiempo suficiente al autocuidado y al bienestar emocional.</p> <p>Logro manejar eficazmente el estrés que enfrento en mi vida diaria.</p> <p>Mantengo relaciones sociales satisfactorias y saludables durante mi embarazo.</p> <p>Puedo equilibrar eficazmente mis responsabilidades diarias con mi bienestar personal.</p> <p>Tengo acceso suficiente a recursos y actividades que promueven un estilo de vida saludable durante el embarazo.</p>	<p>Compuesta por 25 ítems valorado y evaluado mediante escala de Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo = 1 punto • En desacuerdo = 2 puntos • Indiferente = 3 puntos • De acuerdo = 4 puntos • Totalmente de acuerdo = 5 puntos <p>Para clasificarlo en:</p>	Ordinal	Instrumento de recolección de datos
				<p>Alimentación saludable</p> <p>Consumo regularmente frutas y verduras frescas en mi dieta.</p> <p>Evito el consumo excesivo de alimentos procesados y altos en grasas.</p> <p>Me aseguro de mantener una ingesta adecuada de agua durante el día.</p> <p>Procuró incluir fuentes de proteínas magras en mis comidas diarias.</p>			

	<p>Limito mi consumo de azúcares añadidos y alimentos con alto contenido de sodio.</p> <p>Planifico y preparo comidas saludables con anticipación para la semana.</p> <p>Busco opciones de alimentos integrales y ricos en fibra para mejorar mi digestión.</p> <p>Presto atención a las porciones y evito el exceso de comida en mis comidas principales.</p>	<p>• Nivel de conocimiento bajo: De 39 a 50 puntos</p>	
<p>Impacto del nivel socio económico en los hábitos alimenticios y de ejercicio de las gestantes</p>	<p>El nivel socioeconómico influye significativamente en la calidad de los alimentos que consumen las gestantes.</p> <p>Las gestantes de niveles socioeconómicos más altos tienden a tener hábitos alimenticios más saludables que aquellas de niveles más bajos.</p> <p>El nivel socioeconómico afecta la accesibilidad a alimentos nutritivos para las gestantes.</p> <p>Las gestantes con un nivel socioeconómico más bajo suelen tener menos acceso a opciones de ejercicio y recreación adecuadas.</p> <p>Existe una relación directa entre el nivel socioeconómico y la disponibilidad de tiempo para realizar actividad física durante el embarazo.</p> <p>Las gestantes de bajos ingresos enfrentan mayores barreras para mantener un estilo de vida activo debido a limitaciones económicas.</p>		<p>Ordinal Instrumento de recolección de datos</p>

El nivel socioeconómico influye en la disponibilidad de recursos para adquirir alimentos frescos y nutritivos.

Las gestantes de niveles socioeconómicos más altos tienen más acceso a programas de ejercicio y actividades recreativas.

Las disparidades socioeconómicas pueden influir en la capacidad de las gestantes para llevar un estilo de vida saludable durante el embarazo.

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

Características generales	Es un atributo específico de una población, estas características se utilizan para describir y analizar a las poblaciones en términos de su composición y distribución.	Características de las gestantes	Demográfico				Instrumento de recolección de datos
				Edad	a) Menor de 18 años b) Entre 18 y 25 años c) Entre 26 y 30 años d) Mayor de 30 años	Continua	
				Grado de instrucción	a) Sin estudios b) Primaria c) Secundaria d) Superior técnico e) Superior universitario	Ordinal	
				Estado civil	a) Soltera b) Divorciada c) Separada d) Casada e) Conviviente	Nominal	
				Lugar de residencia	a) Urbano b) Rural	Nominal	
				Ocupación	a) Estudiante b) Ama de casa c) Comerciante d) Agricultora	Nominal	

	Nivel socioeconómico	a) Menor de S/.500 b) Entre S/.500 a 1000 c) Más de S/.1000	Ordinal	
Obstétrico	Gesta	a) Nuligesta (ninguna gestación) b) Primigesta c) Segundigesta d) Multigesta e) Gran multigesta	Ordinal	Instrumento de recolección de datos
	Antecedente de aborto	a) Si b) No	Nominal	
	Sesiones de Psicoprofilaxis	a) Menor de 3 sesiones b) Entre 3 y 5 sesiones c) Mayor de 5 sesiones d) Ninguna sesión	Nominal	
	Atención prenatal (APN)	a) Menor de 5 atenciones b) Entre 5 y 6 atenciones c) Mayor de 6 atenciones d) Ninguna atención	Nominal	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se empleó el tipo de investigación, observacional, descriptivo, de corte transversal, con carácter prospectivo.

Observacional, porque implicó el estudio directo de los acontecimientos en su entorno natural, es decir se observó y recopiló datos sobre un fenómeno o población sin intervenir o manipular variables de forma activa. ⁽⁷⁵⁾

Descriptivo, ya que facilitó una descripción y un análisis sistemático de las variables en estudio. ⁽⁷⁶⁾

Transversal, porque se centró en medir la variable de interés (en este caso, el nivel de conocimiento sobre el riesgo de la obesidad en la gestación) en un grupo específico de gestantes en un solo punto en el tiempo. ⁽⁷⁷⁾

Prospectivo, debido a que la información se fue registrando en la medida que fueron ocurriendo los hechos programados a observar. ⁽⁷⁸⁾

3.1.1. ENFOQUE

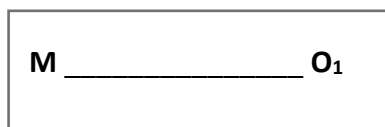
Aplicó un enfoque cuantitativo, dado que se fundamenta en la recopilación y el análisis de datos numéricos o información susceptible de medición y cuantificación objetiva. ⁽⁷⁹⁾

3.1.2. ALCANCE O NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Se empleó el nivel de investigación descriptivo

3.1.3. DISEÑO

Descriptivo de corte transversal



Dónde:

M: Muestra (Gestantes)

O₁: Información del nivel de conocimiento sobre el riesgo de obesidad.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Constituida por 154 grávidas que acudieron al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, durante el año 2023, basada en el conocimiento del riesgo que puede generar la obesidad en el periodo gestacional que vinieron cursando.

3.2.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Criterios de inclusión

- Población gestante.
- Gestantes que acudieron a su control prenatal de dicho nosocomio.
- Gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.
- Gestantes atendidas en el año 2023.
- Grávidas atendidas en los consultorios de: Atención prenatal, Psicoprofilaxis y área de hospitalización como gestantes con complicaciones.

Criterios de exclusión

- Población no gestante.
- Gestantes que no acudan a su control prenatal de dicho nosocomio.
- Gestantes no atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.
- Gestantes no atendidas en el año 2023.
- Puérperas.

3.2.2. MUESTRA

Unidad de análisis: Grávidas que acudieron al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano y que respondieron de manera completa el cuestionario sobre su conocimiento respecto al riesgo de obesidad.

Unidad de muestreo: Coincide con la unidad de análisis, es decir, las gestantes que acudieron al mencionado nosocomio.

Marco muestral: Lista de gestantes que se atendieron en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, en las áreas anteriormente mencionadas y que presentaron concienciación sobre el riesgo de obesidad.

Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio simple, con modalidad de selección completa. En ese sentido, este tipo de muestreo aseguró que cada gestante tuviera la misma posibilidad de ser incluida, lo que hizo que el proceso fuera justo y sin sesgos. Ahora bien, para determinar cuántas gestantes serán parte de la muestra, se usó una fórmula específica que se aplica cuando se trabaja con poblaciones pequeñas o finitas.

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

Dónde:

n: El tamaño de la muestra que queremos calcular

N: Tamaño de la población, que es 154

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

e: Es el margen de error máximo que admito (5%)

p: Ocurrencia positiva (0.5)

q: Ocurrencia negativa (1 - 0.5 = 0.5)

Q: Error (100-Z) %, calculando: (100 – 95 = 5%), valor final (0.05)

Remplazando:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 154}{(0.05)^2 (154 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 154}{(0.05)^2 (153) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = 110.135$$

En ese sentido y referente a la muestra, estuvo conformada por 110 gestantes que acudieron al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, del departamento de Huánuco, desarrollado durante el año 2023.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica a utilizar fue la encuesta, la cual permitió recaudar información fidedigna.

3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue mediante un cuestionario estructurado de la siguiente manera:

1. Cuestionario general de identificación:

- Características demográficas (06 ítems).
- Características obstétricas (04 ítems).

2. Para medir el nivel de conocimiento: se utilizó un cuestionario basado en la **escala de Likert** ⁽⁸⁰⁾, compuesto por 25 ítems, divididos de la siguiente manera:

- Estilos de vida (08 ítems)
- Alimentación saludable (08 ítems)

- Impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio de las gestantes (09 ítems)

3.3.3. ESCALA VALORATIVA DEL INSTRUMENTO

Escala valorativa	Codificación
Totalmente en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Indeciso	3
De acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5

En este contexto, las variables se evaluaron en tres niveles: bajo, medio y alto, de acuerdo con una escala de medición ordinal que permitió clasificar las respuestas en un rango jerárquico. A partir de esta clasificación, se establecieron procedimientos detallados para calcular el **baremo del instrumento** utilizado en este estudio ⁽⁸¹⁾. Estos procedimientos incluyeron la identificación de **puntos de corte y la determinación de percentiles** específicos (**ver anexo 04**), lo cual se llevó a cabo mediante un análisis estadístico exhaustivo en el software SPSS, versión 27, simplificado a continuación:

Valor mínimo, máximo y percentiles		
N	Válido	110
	Perdido	0
Mínimo	39	
Máximo	78	
Percentiles	33,333333	50.00
	66,666667	58.00

Luego de este proceso, se emplearon técnicas de validación interna para calcular el **intervalo de medición** correspondiente a cada nivel (**ver anexo 05**), asegurando la precisión y consistencia de los datos obtenidos. Esta validación permitió identificar posibles sesgos y ajustar

los resultados, optimizando la exactitud de las mediciones realizadas. En este sentido, se estableció una categorización clara del nivel de conocimiento según baremación del instrumento de la variable (**ver anexo 06**), garantizando una interpretación coherente y fundamentada de los hallazgos.

3.3.4. BAREMO DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE

Variable	
Nivel de conocimiento	Intervalo por puntos
Nivel de conocimiento bajo	39 – 50
Nivel de conocimiento medio	51 – 58
Nivel de conocimiento alto	59 – 78

3.4. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Con el propósito de establecer la confiabilidad estadística del instrumento de recolección de datos, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach a través del software SPSS, versión 27, aplicado a un total de 25 ítems. Este procedimiento permitió asegurar la representatividad de los resultados, así como una identificación precisa y coherente de las variables estudiadas, en ese sentido, el análisis arrojó un valor de 0.768 (**ver anexo 08**), el cual se detalla e interpreta en la tabla que se presenta a continuación:

Alfa de Cronbach	Confiabilidad
Menor a 0.70	Confiabilidad baja
0.70 a 0.90	Confiabilidad aceptable
0.91 a 1.00	Existe redundancia o duplicación

Con base en los resultados obtenidos al aplicar los ítems del instrumento, y de acuerdo con la interpretación propuesta por Oviedo y Campos (2005) ⁽⁸²⁾, se determinó que el instrumento presenta una confiabilidad aceptable, al situarse en un intervalo de 0.70 a 0.90. Por lo tanto,

se concluye que la fiabilidad interna del instrumento es satisfactoria, lo que justifica su aplicación en nuestro estudio.

3.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Durante el desarrollo de la investigación, se implementaron diversas metodologías siguiendo una secuencia ordenada. En primer lugar, se presentó la propuesta del estudio a las autoridades de la Facultad de Obstetricia de la Universidad de Huánuco para su evaluación y aprobación, incorporando las modificaciones sugeridas tras una revisión detallada del contenido. Seguidamente, se procedió a la recolección de datos de acuerdo con un cronograma establecido previamente para la implementación de los instrumentos de evaluación. Posteriormente, se realizó un exhaustivo proceso de validación del instrumento de investigación para asegurar su viabilidad. Las encuestas fueron almacenadas de manera segura, garantizando que toda la información recolectada se mantuviera confidencial y protegida, en estricto cumplimiento de las normativas éticas y de privacidad, lo que aseguró la integridad y seguridad de los datos para su análisis posterior.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

La ejecución de esta investigación se basó en la integración de principios éticos y deontológicos fundamentales para la investigación en el campo de la salud. Se puso un énfasis particular en proteger la privacidad de las gestantes, subrayando la importancia de la autonomía de los participantes. Asimismo, se aplicaron rigurosamente los siguientes principios bioéticos:

- **Beneficencia:** Se buscó que los resultados del estudio aportaran beneficios tangibles a cada participante, orientándose hacia la implementación de intervenciones preventivas que mejoraran la salud de las gestantes.
- **No maleficencia:** Se garantizó la observancia de este principio mediante la protección de la dignidad, los derechos, y el bienestar de las participantes. La información recolectada fue tratada con absoluta confidencialidad y empleada únicamente con fines investigativos,

asegurando que en ningún momento se comprometiera la integridad de las participantes.

- **Autonomía:** Este principio se respetó mediante la aplicación rigurosa del instrumento de recolección de datos, obtenidos de manera clara y detallada de las participantes, garantizando que las decisiones y derechos de las pacientes fueran siempre priorizados.
- **Justicia:** Se aseguró un trato equitativo, respetuoso y compasivo hacia toda la información proporcionada por las mujeres embarazadas, garantizando que la información de cada una de ellas fuera abordada con dignidad y empatía durante todo el proceso de investigación.

3.7. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

3.7.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados obtenidos se procesaron inicialmente de forma manual mediante la creación de una base de datos con códigos numéricos. Esta base de datos se trasladó luego a una hoja de cálculo en Excel 2021, donde se llevaron a cabo los cálculos matemáticos correspondientes para cada una de las dimensiones identificadas. Finalmente, el análisis estadístico se realizó utilizando el software IBM SPSS, versión 27 para Windows, donde también se registraron los datos.

3.7.2. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

Los datos fueron organizados en tablas de frecuencias y porcentajes, lo que facilitó un análisis descriptivo e inferencial. Este método permitió una clara visualización de las variables de la muestra, así como una adecuada respuesta a las interrogantes y objetivos establecidos en la investigación.

3.7.3. CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS

Se llevó a cabo en función de las dimensiones analizadas en el estudio, empleando un enfoque cuantitativo.

3.7.4. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se implementó una clasificación del nivel de conocimiento utilizando tres puntos de corte (**ver anexo 04**), determinados a partir de los valores obtenidos en la muestra, los cuales oscilaron entre un mínimo de 39 y un máximo de 78 puntos. Para segmentar los datos, se establecieron percentiles específicos: el primer tercio correspondió al percentil 33,33 y el segundo tercio al percentil 66,67. Sobre la base de esta distribución, se definieron tres categorías de conocimiento:

- Nivel de conocimiento bajo: comprendido entre 39 y 50 puntos, agrupando a los participantes cuyas puntuaciones se ubicaron en el tercio inferior, lo que indicó un dominio limitado.
- Nivel de conocimiento medio: abarcando de 51 a 58 puntos, situados entre los percentiles 33,33 y 66,67.
- Nivel de conocimiento alto: de 59 a 78 puntos, que incluye a los participantes en el tercio superior, reflejando un dominio avanzado basado en el riesgo de la obesidad en la gestación.

En ese sentido, este análisis de datos se fundamentó en dicho esquema de baremación, permitiendo una identificación y comparación precisa del nivel de conocimiento dentro de la muestra. La categorización, basada en los puntos de corte definidos, proporcionó una estructura cuantitativa que facilitó la interpretación y la comparación de los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE LA ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

4.1.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Edad de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes	
	n = 110	
Edad	Fi	%
Menor de 18 años	7	6.36
Entre 18 y 25 años	74	67.27
Entre 26 y 30 años	29	26.36

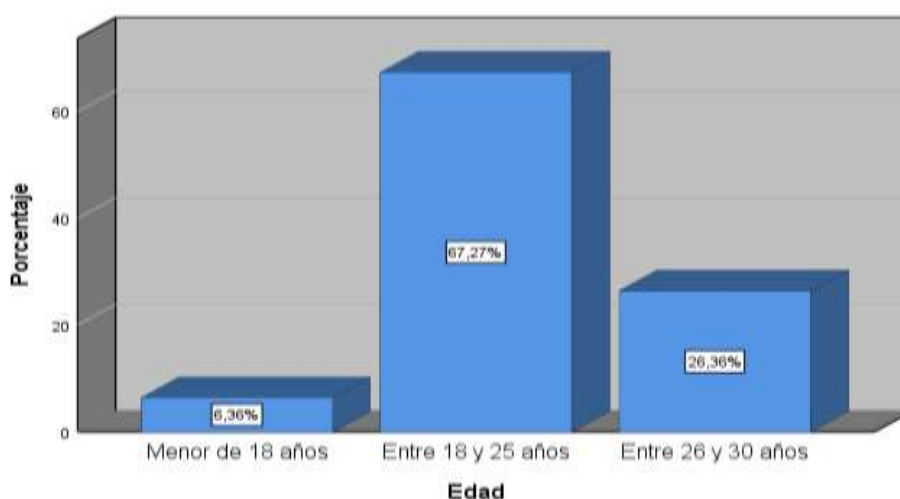


Figura 1. Edad de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

En la tabla y figura 1, se observa la distribución por edades de las gestantes atendidas, donde en la mayoría de las participantes, el 67.27% (equivalente a 74 usuarias), tenían entre 18 y 25 años, lo que indica que este grupo etario representó a más de dos tercios de la muestra total. En segundo lugar, se encontró que el 26.36% (29 usuarias) se situaba en el rango de 26 a 36 años, lo que evidencia que una proporción considerable

también pertenece a un rango de edad más avanzado dentro de la etapa reproductiva. Por último, un 6.36% (7 pacientes) eran menores de 18 años, lo cual refleja un menor porcentaje de adolescentes dentro de la población estudiada.

Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes	
	n = 110	
Grado de instrucción	Fi	%
Sin estudios	8	7.27
Primaria	22	20.00
Secundaria	31	28.18
Superior técnico	33	30.00
Superior universitario	16	14.55

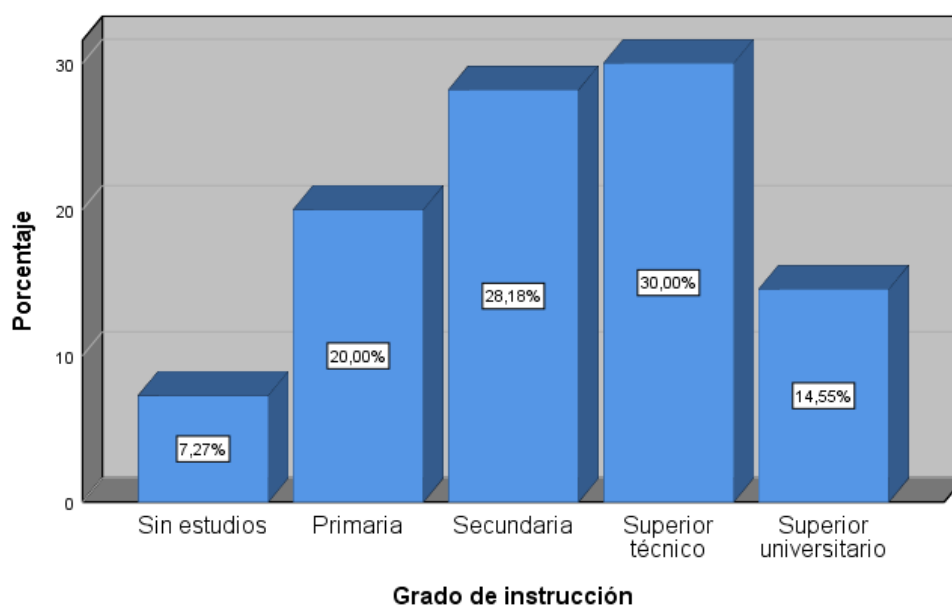


Figura 2. Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

En la tabla y figura 2, se presenta el análisis del grado de instrucción de las gestantes participantes en nuestro estudio. Se observó que el 30.00% (33 mujeres) contaba con un nivel educativo de superior técnico, representando el grupo más numeroso en términos de formación académica. A continuación, el 28.18% (31 mujeres) tenía

educación secundaria completa, mientras que un 20.00% (22 mujeres) alcanzó solo hasta el nivel de primaria. Por su parte, el 14.55% (16 mujeres) disponía de estudios superiores universitarios, y un 7.27% (8 mujeres) no contaba con ningún tipo de instrucción formal.

Tabla 3. Estado civil de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes	
	n = 110	
Estado civil	Fi	%
Soltera	30	27.27
Divorciada	1	0.91
Separada	6	5.45
Casada	12	10.91
Conviviente	61	55.45

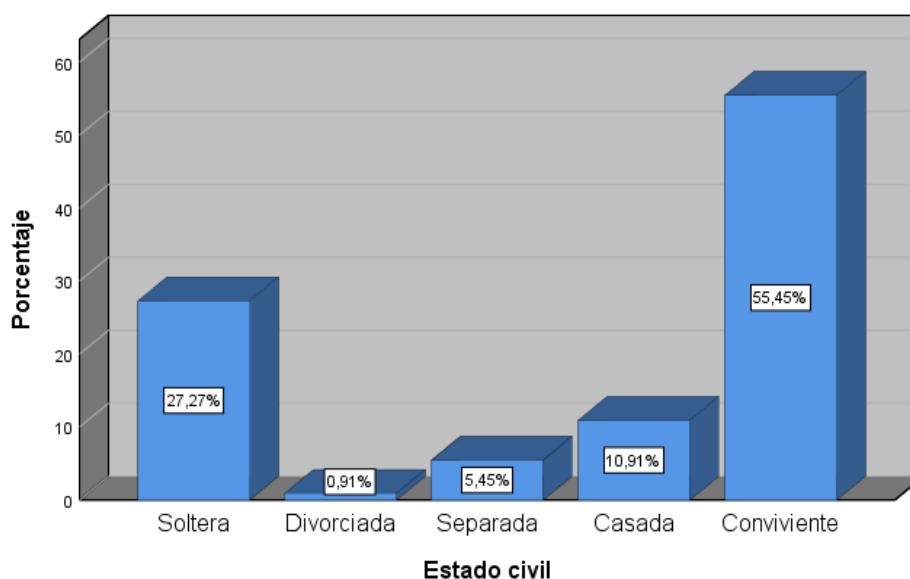


Figura 3. Estado civil de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

El análisis de la tabla y figura 3 mostró la distribución del estado civil entre las gestantes participantes en este estudio. Se observó que el 55.45% (61 mujeres) se encontraban en situación de convivencia, representando el grupo predominante. En segundo lugar, el 27.27% (30 mujeres) eran solteras, seguido por un 10.91%, es decir 12 mujeres, que

estaban casadas. Asimismo, el 5.45% representado por 6 mujeres, reportó estar separada de su pareja, mientras que el 0.91% (1 mujer) estaba divorciada.

Tabla 4. Lugar de residencia de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes	
	n = 110	
Lugar de residencia	fi	%
Urbano	43	39.09
Rural	67	60.91

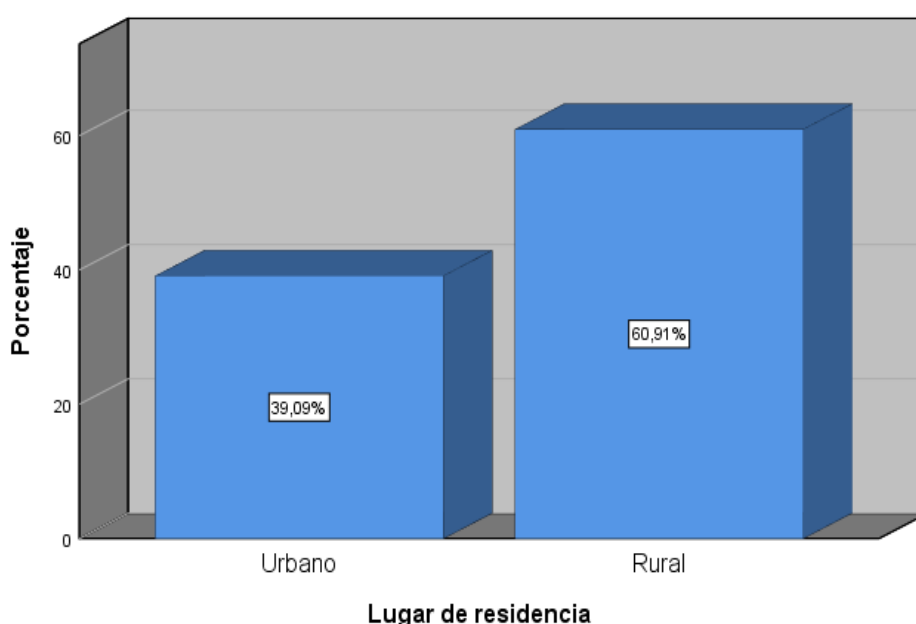


Figura 4. Lugar de residencia de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

En la tabla y figura 4, al analizar el lugar de residencia de las gestantes atendidas, se observó que el 60.91%, es decir 67 mujeres, reportaron residir en áreas rurales, mientras que el 39.09%, conformado por 43 mujeres, indicaron tener su residencia en zonas urbana, en ese sentido, este hallazgo reflejó una mayor proporción de gestantes provenientes de entornos rurales, lo cual podría tener implicaciones

relevantes en cuanto al acceso a los servicios de salud, disponibilidad de recursos médicos, y características socioeconómicas referentemente.

Tabla 5. Ocupación de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes	
	n = 110	
Ocupación	fi	%
Estudiante	15	13.64
Ama de casa	59	53.64
Comerciante	12	10.91
Agricultora	24	21.82

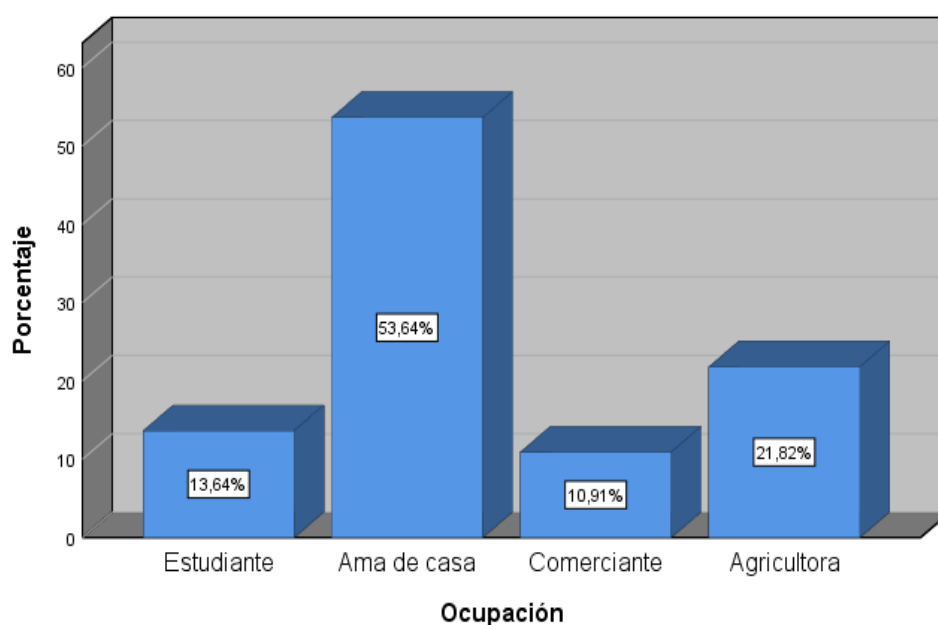


Figura 5. Ocupación de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

Al examinar los datos de la tabla y figura 5, se constató que la mayoría de las gestantes, un 53.64% equivalente a 59 participantes, se dedicaban al servicio doméstico. A este grupo le seguía un 21.82% conformado por 24 mujeres sin empleo remunerado (agricultoras o trabajo en el campo), mientras que un 13.64%, correspondiente a 15 participantes, estaban en condición de estudiantes. Finalmente, un

10.91%, que abarcaba a 12 mujeres, se dedicaban a actividades comerciales.

Tabla 6. Ingreso mensual de dinero en soles de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes	
	n = 110	
Ingreso mensual	fi	%
Menor de s/. 500	7	6.36
Entre s/. 500 a s/. 1000	67	60.91
Más de s/. 1000	36	32.73

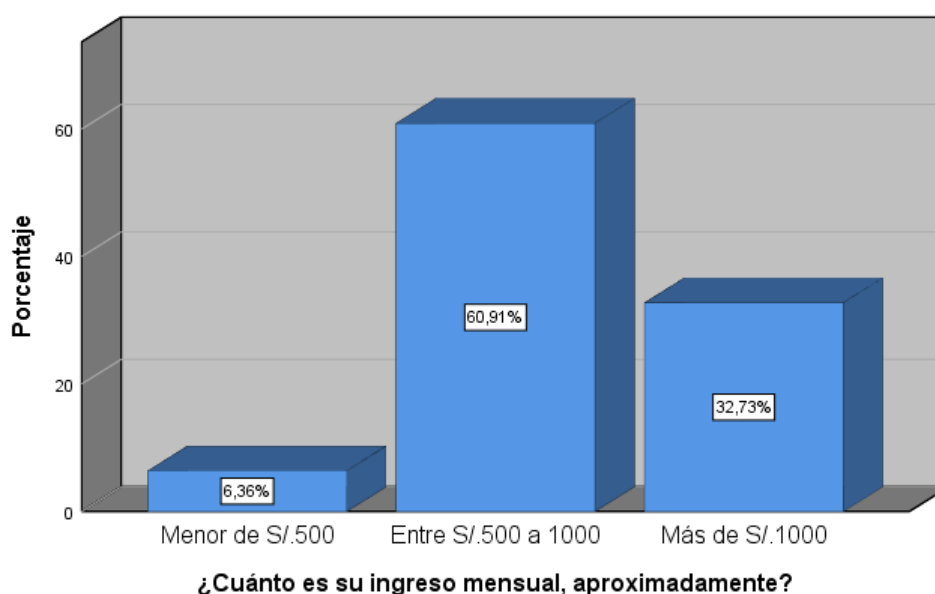


Figura 6. Ingreso mensual de dinero en soles de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

Al examinar los datos de la tabla y figura 6 sobre los ingresos mensuales declarados por las gestantes, se encontró que el 60.91% de las participantes, es decir, 67 mujeres, reportaron ingresos en el rango de 500 a 1000 soles. Les siguió un 32.73%, equivalente a 36 gestantes, que informaron tener ingresos superiores a 1000 soles. Por último, el 6.36%, representado por 7 participantes, indicó recibir menos de 500 soles mensuales, sin embargo, estos resultados reflejaron una

prevalencia de ingresos relativamente bajos en comparación con el salario básico mensual.

4.1.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Tabla 7. Número total de embarazos (GESTA) de las usuarias atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Gestantes	
	n = 110	
GESTA (Número total de embarazos)	fi	%
Primigesta	43	39.09
Segundigesta	37	33.64
Multigesta	26	23.64
Gran multigesta	4	3.64

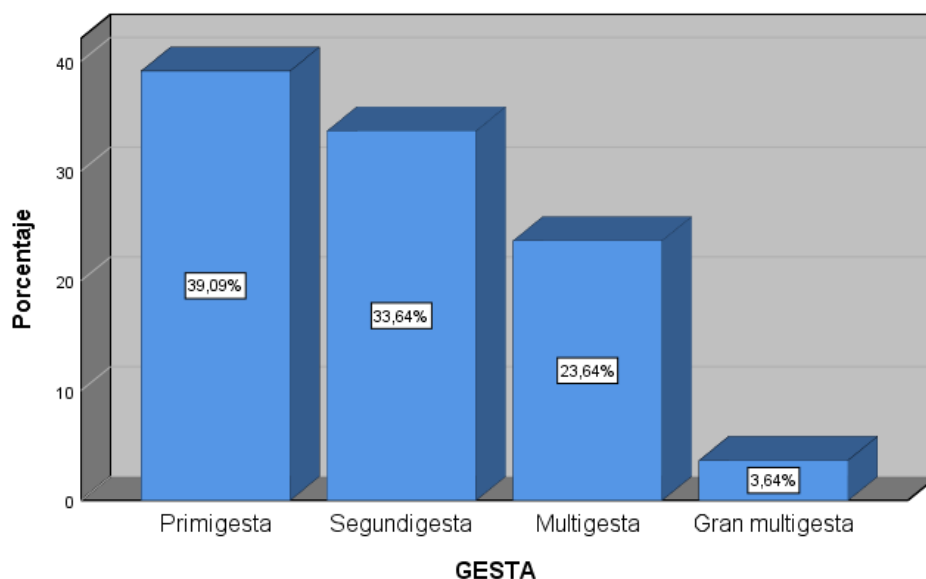


Figura 7. Número total de embarazos (GESTA) de las usuarias atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

En la tabla y figura 7, al analizar la variable correspondiente al número total de embarazos, definido por el término gesta, se observó que el 39.1% de las gestantes, es decir, 43 participantes, se encontraban en la categoría de primigestas. El 33.6%, equivalente a 37 mujeres, se

clasificó como segundigestas, mientras que el 23.6%, correspondiente a 26 participantes, se identificó como multigestas. Finalmente, un 3.6%, representado por 4 gestantes, fue categorizado como gran multigestas.

Tabla 8. Antecedente de aborto de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Gestantes	
	n = 110	
Antecedente de aborto	fi	%
Si	23	20.91
No	87	79.09

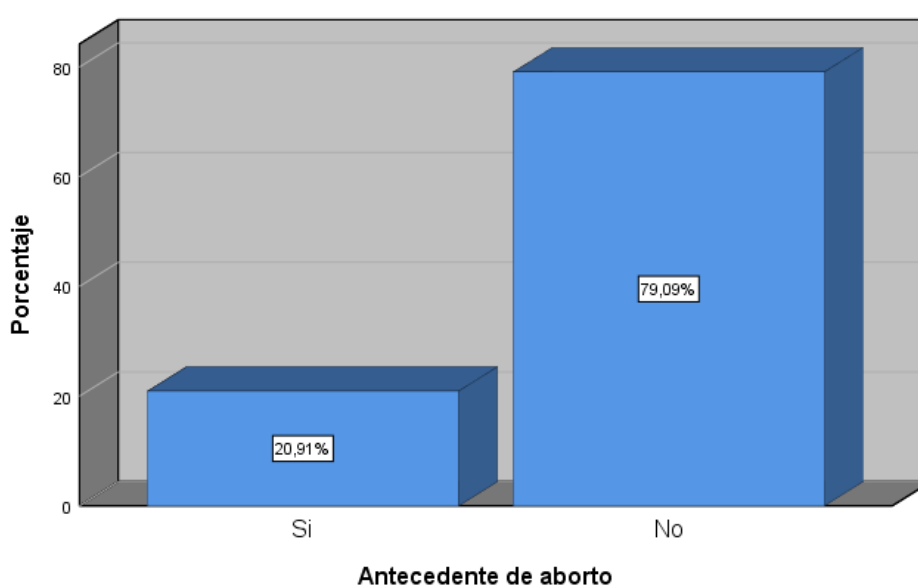


Figura 8. Antecedente de aborto de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

En el análisis de la tabla y figura 8, que detallaron los antecedentes de aborto entre las gestantes participantes en nuestro estudio, se observó que una proporción significativa, equivalente al 79.1% de las usuarias, es decir, 87 gestantes, no reportó antecedentes de aborto. En contraste, el 20.9% restante, representado por 23 participantes, había experimentado al menos un aborto previo, en ese sentido, esta distribución nos resalta que la mayoría de las gestantes en nuestra

muestra no había enfrentado antecedentes de aborto, lo cual puede indicar una menor prevalencia de complicaciones obstétricas graves; por otro lado, para el 20.9% de las gestantes que sí reportaron antecedentes de aborto es necesario implementar estrategias de apoyo y monitoreo específico, evitando así mayores riesgos de complicaciones para un futuro embarazo.

Tabla 9. Número de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) realizadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Gestantes	
	n = 110	
Sesiones Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)	fi	%
Menor de 3 sesiones	28	25.45
Entre 3 a 5 sesiones	11	10.00
Mayor de 5 sesiones	2	1.82
Ninguna sesión	69	62.73

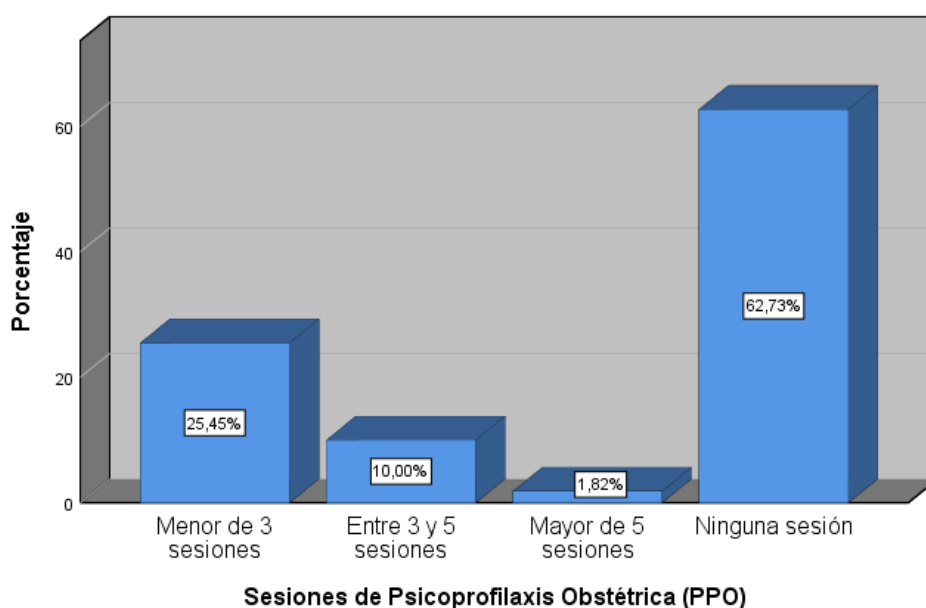


Figura 9. Número de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) realizadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

En el análisis de la tabla y figura 9, que examina el número de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) realizadas por las

gestantes, se identificó que el 62.73% de las participantes, equivalentes a 69 gestantes, no había asistido a ninguna sesión de PPO. Por otro lado, el 25.45% de las gestantes, es decir, 28, reportaron haber asistido a menos de tres sesiones. Un 10.00%, o 11 gestantes, había completado entre tres y cinco sesiones de PPO, mientras que un 1.82%, correspondiente a 2 participantes, había asistido a más de cinco sesiones.

Tabla 10. Número de atenciones prenatales (APN) realizadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Gestantes	
	n = 110	
Atención Prenatal (APN)	fi	%
Menor de 5 atenciones	20	18.18
Entre 5 y 6 atenciones	42	38.18
Mayor de 6 atenciones	47	42.73
Ninguna atención	1	0.91

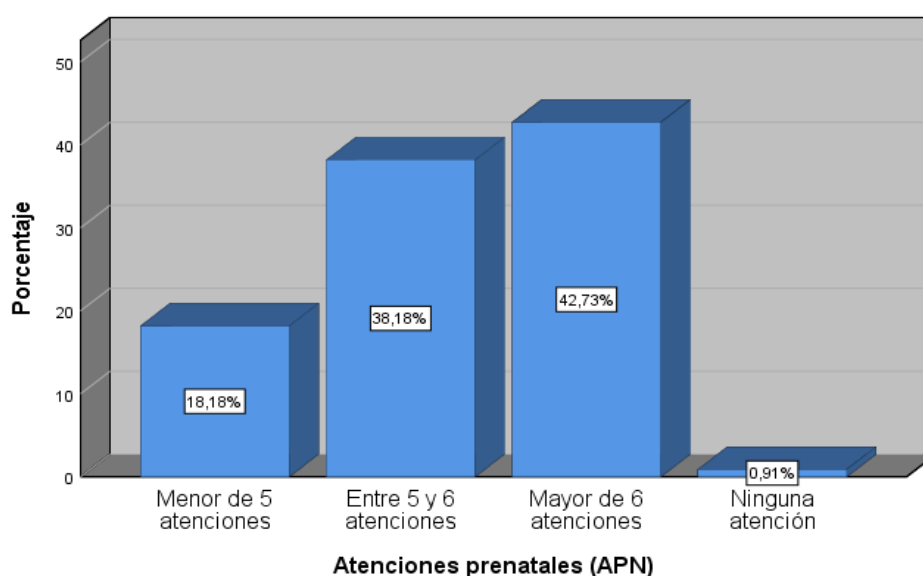


Figura 10. Número de atenciones prenatales (APN) realizadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

En el análisis de la tabla y figura 10, que detalla el número de atenciones prenatales (APN) recibidas por las gestantes en nuestro

estudio, se observó que el 42.73% de las participantes, equivalentes a 47 gestantes, había recibido más de seis atenciones prenatales. Un 38.18%, o 42 gestantes, había asistido entre cinco y seis sesiones de atención prenatal. Por otro lado, el 18.18% de las gestantes, que equivale a 20 usuarias, había tenido menos de cinco atenciones prenatales. Finalmente, un 0.91%, es decir, 1 gestante, no había recibido ninguna atención prenatal.

4.1.3. RESULTADO EN RESPUESTA A LOS OBJETIVOS

A. CONOCIMIENTO DE RIESGO DE LA OBESIDAD

Tabla 11. Nivel de conocimiento sobre los riesgos de obesidad en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Gestantes	
	n = 110	
Riesgo de obesidad en la gestación	fi	%
Nivel de conocimiento bajo	45	40.91
Nivel de conocimiento medio	34	30.91
Nivel de conocimiento alto	31	28.18

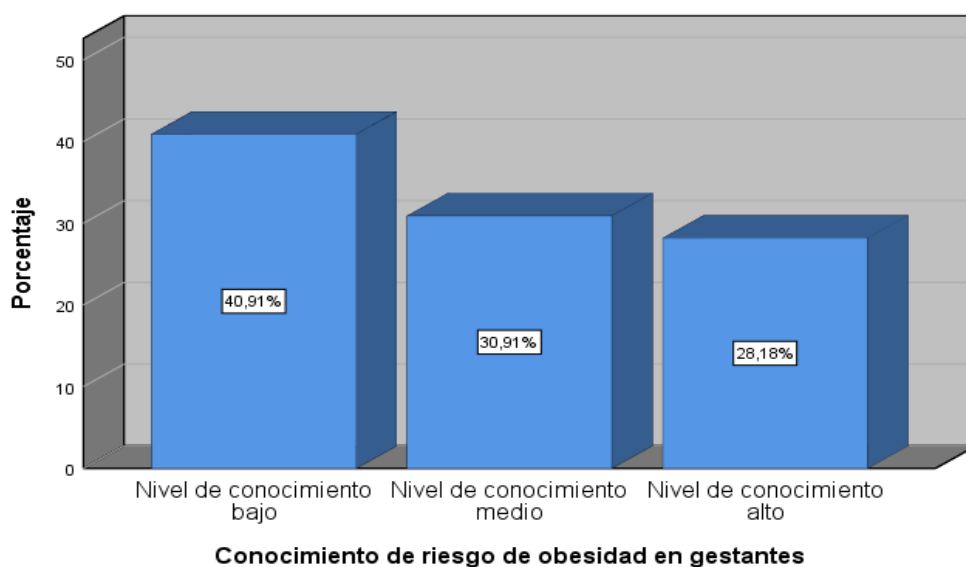


Figura 11. Nivel de conocimiento sobre el riesgo de obesidad en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

En el análisis de la tabla y figura 11, que responde al objetivo general del estudio sobre el nivel de conocimiento de los riesgos

asociados con la obesidad durante la gestación, se observó que el 40.91% (45 gestantes), presentó un conocimiento bajo. Un 30.91% (34) participantes, demostraron un nivel de conocimiento medio, mientras que el 28.18% (31) gestantes, alcanzaron un conocimiento alto, en ese sentido, estos resultados reflejaron una tendencia preocupante, ya que, una porción considerable de las gestantes mostró un conocimiento insuficiente o limitado en relación con los riesgos asociados a la obesidad durante el embarazo.

B. CONOCIMIENTO SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA

Tabla 12. Nivel de conocimiento sobre los estilos de vida en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Gestantes	
	n = 110	
Estilos de vida	fi	%
Nivel de conocimiento bajo	104	94.55
Nivel de conocimiento medio	6	5.45
Nivel de conocimiento alto	0	0.00

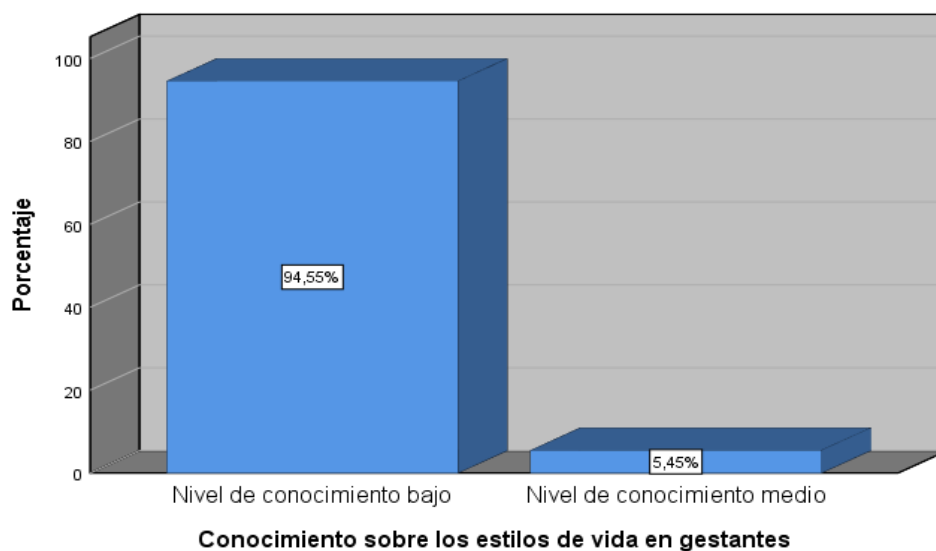


Figura 12. Nivel de conocimiento sobre los estilos de vida en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

En el análisis de la tabla y figura 12, que aborda el nivel de conocimiento de las gestantes en relación con la dimensión de estilos de

vida dentro de nuestra población de estudio, se determinó que un 94.55% de las participantes, equivalente a 104 usuarias, presentó un nivel de conocimiento bajo. Contrariamente, únicamente un 5.45%, correspondiente a 6 gestantes, demostró un nivel de conocimiento medio, este resultado muestra una carencia de comprensión en la mayoría de las gestantes acerca de los estilos de vida saludables durante el embarazo, en ese sentido, esta situación resulta preocupante, ya que, un conocimiento limitado puede afectar negativamente la adopción de prácticas saludables, por ende, conllevar a complicaciones relacionadas con la obesidad y otros factores de riesgo.

C. CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Tabla 13. Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Gestantes	
	n = 110	
Alimentación saludable	fi	%
Nivel de conocimiento bajo	102	92.73
Nivel de conocimiento medio	8	7.27
Nivel de conocimiento alto	0	0.00

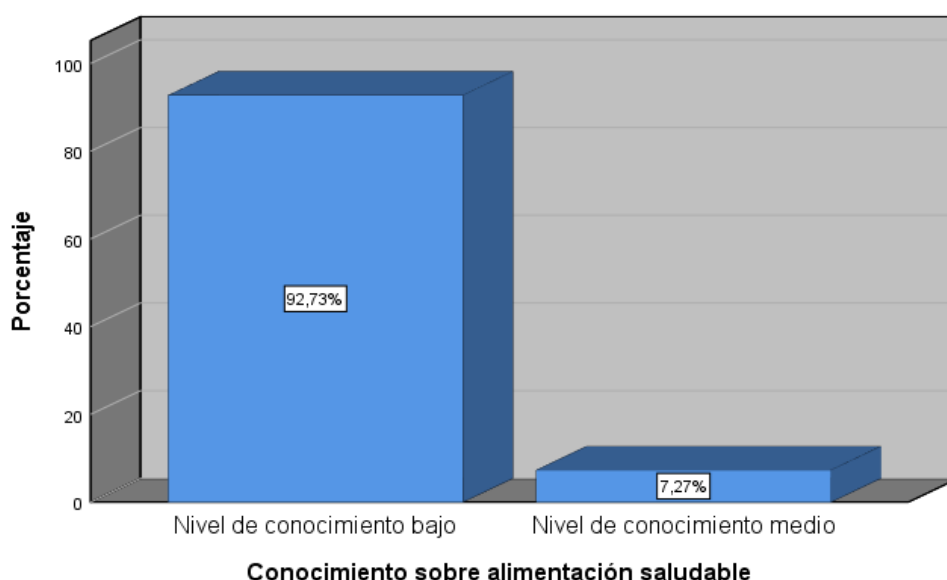


Figura 13. Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

Al examinar la tabla y figura 13, referente al nivel de conocimiento sobre la alimentación saludable, se evidenció que un 92.73% de las gestantes, es decir, 102 mujeres, presentaron un conocimiento bajo en esta dimensión. En contraste, solo un 7.27%, correspondiente a 8 gestantes, mostró un conocimiento de nivel medio en relación con una alimentación saludable, no obstante, este resultado, mostró una deficiencia significativa en el conocimiento sobre prácticas alimenticias adecuadas durante el embarazo.

D. CONOCIMIENTO SOBRE EL IMPACTO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS Y DE EJERCICIO

Tabla 14. Nivel de conocimiento sobre el impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Gestantes	
	n = 110	
Impacto socioeconómico	fi	%
Nivel de conocimiento bajo	62	56.36
Nivel de conocimiento medio	48	43.64
Nivel de conocimiento alto	0	0.00

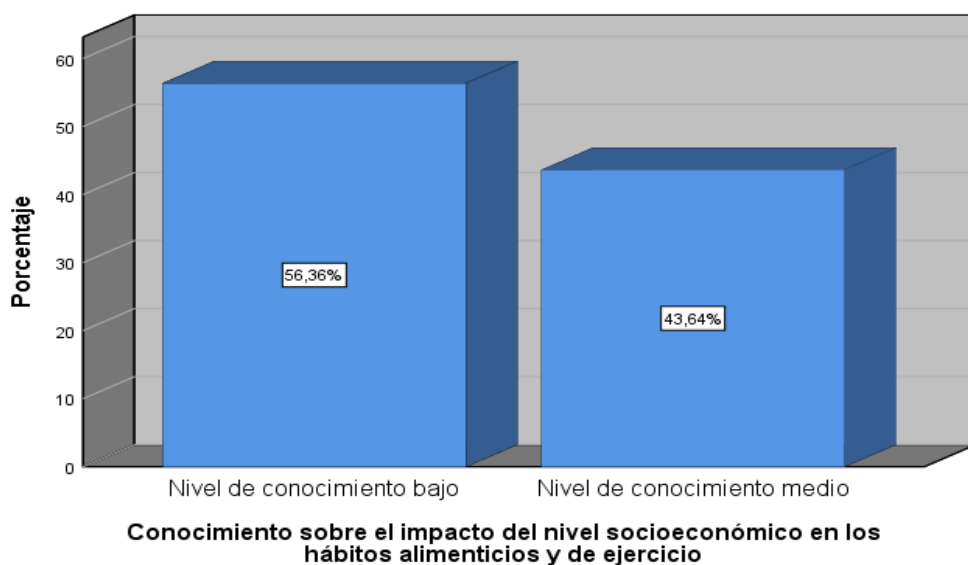


Figura 14. Nivel de conocimiento sobre el impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco durante el año 2023

Interpretación

Concerniente a los datos presentados en la tabla y figura 14, relacionados con el conocimiento sobre el impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio, se observó que un 56.36%, equivalente a 62 gestantes, mostró un conocimiento bajo en esta dimensión. En la misma línea, un 43.64%, es decir, 48 gestantes, reflejaron un conocimiento de nivel medio, según las respuestas obtenidas, en otras palabras, estos hallazgos indicaron que más de la mitad de las gestantes desconocían cómo su nivel socioeconómico podía influir en sus hábitos de alimentación y actividad física.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación tuvo como propósito identificar el nivel de conocimiento sobre los riesgos asociados a la obesidad en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco durante el año 2023. A lo largo del estudio, se implementó un enfoque sistemático que comprendió desde la planificación inicial hasta la ejecución del trabajo de campo y el procesamiento de datos, utilizando herramientas estadísticas para el análisis de los resultados obtenidos.

El propósito principal de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento de las gestantes (alto, medio o bajo) sobre los riesgos asociados a la obesidad, analizando para ello diversas características demográficas de las participantes. Los resultados obtenidos coinciden con estudios previos que abordan factores de riesgo y características sociodemográficas de gestantes con obesidad. Por ejemplo, Dávila, ⁽¹⁴⁾ identificó que la obesidad es un factor de riesgo significativo para complicaciones durante el embarazo y el puerperio, lo cual se refleja también en nuestros hallazgos, donde una gran la proporción de mujeres embarazadas se encontraba en el intervalo de edad de 18 a 25 años y presentaba condiciones socioeconómicas que podrían contribuir al riesgo de desarrollar obesidad, aumentando así la probabilidad de complicaciones obstétricas.

De manera similar, los resultados de Gavilanes, ⁽¹⁶⁾ evidenciaron que factores como el nivel de educación (33%), el estado civil (44%) y el ingreso familiar (61%) se asociaron significativamente con el sobrepeso en gestantes. Estos hallazgos respaldan la asociación observada en nuestro estudio, donde el 30% de las gestantes tenían un nivel educativo de superior técnico, el 55.45% vivían en convivencia, y el 60.91% reportó ingresos entre 500 y 1000 soles. Estas características demográficas y socioeconómicas parecen ser

consistentes en diferentes contextos y refuerzan la relevancia de estos factores en la aparición de la obesidad gestacional.

En ese sentido, el estudio de Álvarez, ⁽¹⁷⁾ también resalta la prevalencia de obesidad en gestantes de estratos socioeconómicos bajos, señalando que el 69% de las gestantes con obesidad tenían un ingreso superior al salario mínimo legal vigente (SMLV) y que aquellas con educación superior eran significativamente menos propensas a presentar obesidad. Basado en nuestros resultados, son muy comparables, ya que, se identificó que una mayoría de gestantes con un nivel de educación superior técnico aún se encontró dentro de grupos económicos vulnerables, lo que puede sugerir una correlación entre nivel educativo, ingresos y conocimiento sobre los riesgos de la obesidad.

En relación con los hallazgos de Aguilar, ⁽²¹⁾ quien encontró que la mayoría de las pacientes eran multíparas (44,9%) y jóvenes (66,7% entre 18 y 29 años) con al menos estudios secundarios, nuestros resultados también muestran una mayoría de gestantes jóvenes (67.27% entre 18 y 25 años) y una proporción significativa con educación superior técnico (30%), confirmando la tendencia de una mayor vulnerabilidad a la obesidad entre las mujeres jóvenes, independientemente de su nivel educativo formal.

Por otro lado, Muñoz, ⁽²²⁾ reportó que el 63.6% de las gestantes con sobrepeso y obesidad pre-gestacional eran mujeres jóvenes y que el 57.6% había completado la educación secundaria. Al igual que Sotomayor, ⁽²³⁾ la cual indicó que el 69.2% eran jóvenes y el 61.5% había alcanzado solo la educación secundaria, apoyando así los resultados de nuestro estudio.

Referente a las características obstétricas observadas en nuestro estudio, muestra similitudes y diferencias con estudios previos en cuanto a factores relevantes para la salud materna. En primer lugar, se identificó que el 39.1% de las gestantes en nuestro estudio eran primigestas, mientras que el 79.1% no reportó antecedentes de aborto. Este hallazgo se alinea con los resultados de Sotomayor, ⁽²³⁾ quien también identificó un porcentaje significativo de gestantes con características obstétricas como nulíparas

(14,3%) y múltiparas (74,7%). Además, el alto porcentaje de gestantes en nuestro estudio que no asistieron a ninguna sesión de Psicoprofilaxis obstétrica (62.73%) destaca la necesidad de mejorar la participación en estas intervenciones preventivas, en consonancia con la observación de Sotomayor, donde se reportó un 86,8% de adherencia a una APN (atención prenatal) adecuada, pero con un 13,2% de inadecuada, lo que nos resalta la importancia de la educación y el acceso a los servicios de salud para mejorar los resultados perinatales.

En esa misma línea, nuestros hallazgos relacionados con la frecuencia de atenciones prenatales, reveló que el 42.73% de las gestantes recibieron más de seis atenciones, indicando una tendencia positiva hacia una atención prenatal adecuada.

No obstante, Álvarez, ⁽¹⁷⁾ observó en su estudio que el acceso a la atención nutricional y el monitoreo regular eran factores clave en la prevención de complicaciones asociadas con la obesidad durante el embarazo, en ese sentido, se destaca que las gestantes obesas mostraban patrones alimentarios menos saludables, lo cual podría estar relacionado con una mayor necesidad de intervenciones educativas para modificar hábitos alimentarios y promover una mayor adherencia a las recomendaciones nutricionales y de actividad física durante la gestación.

Al analizar el nivel de conocimiento sobre la obesidad durante la gestación en nuestro estudio, se observó que el 40.91% de las gestantes presentaron un conocimiento bajo, un 30.91% un conocimiento medio, y solo el 28.18% alcanzó un nivel de conocimiento alto. Estos resultados reflejan una carencia importante en la comprensión de las posibles complicaciones relacionadas con la obesidad, como también se evidenció en los hallazgos de Bejarano, ⁽¹⁸⁾ quien destacó que la obesidad gestacional constituye un peligro creciente para la salud pública debido a su asociación con complicaciones severas, tales como hipertensión gestacional, diabetes gestacional y problemas cardiovasculares. La falta de conocimiento adecuado podría contribuir a una mayor incidencia de estas condiciones.

Además, al desglosar estos conocimientos en dimensiones específicas, como estilos de vida y alimentación saludable, se constató que un 94.55% de las gestantes tenía un conocimiento bajo en estilos de vida, y un 92.73% en alimentación saludable. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Aguirre, ⁽²⁰⁾ quien encontró que el 62.20% de las gestantes evaluadas poseía un conocimiento regular sobre alimentación, destacando la relación entre el nivel de conocimiento y factores como la educación y la edad. Sin embargo, en nuestro estudio, se observó un conocimiento significativamente más bajo, lo que sugiere la necesidad de intervenciones educativas más específicas y dirigidas.

Respecto al conocimiento sobre el impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio, se encontró que un 56.36% de las gestantes tenía un conocimiento bajo, mientras que el 43.64% tenía un conocimiento medio. Esta tendencia es similar a lo reportado por Asencio, ⁽¹⁹⁾ donde una proporción significativa de embarazadas presentaba hábitos alimenticios poco saludables, como el consumo elevado de pan y arroz, lo que sugiere una falta de comprensión de los efectos del nivel socioeconómico en la nutrición y el ejercicio durante el embarazo.

Finalmente, en comparación con los datos de Sotomayor, ⁽²³⁾ que reporta una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad entre las gestantes atendidas, y Peña, ⁽²⁴⁾ quien observó que el 50% de las gestantes presentó un aumento de peso excesivo, nuestros resultados indican que, a pesar de la falta de conocimiento adecuado, existe una prevalencia importante de hábitos y condiciones que contribuyen al sobrepeso y la obesidad durante la gestación. En este contexto, nuestros hallazgos subrayan la necesidad urgente de mejorar las estrategias de educación en salud para aumentar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre los riesgos de la obesidad y promover cambios conductuales efectivos para mitigar estos riesgos.

CONCLUSIONES

1. En esta investigación realizada con las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, y dentro de las características generales se identificó lo siguiente:
 - Dentro de las características demográficas, se observó que la mayoría de las participantes, con un 67.27%, se encontraba en el rango de edad de 18 a 25 años, lo cual indica una predominancia de mujeres jóvenes en etapa reproductiva, mientras que el 30.00% de ellas poseía un nivel educativo superior técnico; seguido de un 55.45% vivía en situación de convivencia reflejando dinámicas familiares específicas, por otro lado, el 60.91% de las gestantes residía en áreas rurales, en términos laborales, se constató que el 53.64% se dedicaba al servicio doméstico y un 21.82% no contaba con empleo remunerado, situación que se relaciona con una realidad económica precaria, corroborada por el hecho de que el 60.91% reportó ingresos mensuales entre 500 y 1000 soles.
 - Para las características obstétricas, se observó que el 39.1% de las gestantes, es decir, 43 participantes, se encontraba en la categoría de primigestas. En cuanto a los antecedentes de aborto, el 79.1%, equivalente a 87 gestantes, no reportó antecedentes. Respecto a las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica (PPO), el 62.73% de las participantes, es decir, 69 gestantes, no había asistido a ninguna sesión y en relación con las atenciones prenatales (APN), el 42.73%, equivalente a 47 gestantes, recibió más de seis atenciones.
2. Referente al nivel de conocimiento de riesgo de obesidad durante la gestación, se observó que la mayoría de las gestantes, el 40.91%, presentó un conocimiento bajo, seguido por un 30.91% con conocimiento medio y un 28.18% con conocimiento alto, además, esto se vio reflejado en sus dimensiones:
 - En relación con la dimensión de estilos de vida, el estudio reveló que un 94.55% de las participantes demostró un conocimiento bajo, mientras que solo un 5.45% evidenció un conocimiento medio.

- Respecto al conocimiento sobre la alimentación saludable, un 92.73% de las gestantes mostró un conocimiento bajo, y apenas un 7.27% presentó un conocimiento medio.

- Finalmente, al evaluar el impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio, se constató que un 56.36% de las gestantes tenía un conocimiento bajo, y un 43.64% alcanzó un conocimiento de nivel medio.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano fortalecer las campañas educativas dirigidas a las gestantes sobre el riesgo que puede generar la obesidad durante el embarazo, mediante la implementación de talleres y capacitaciones periódicas que aborden temas clave como estilos de vida saludables, nutrición adecuada y manejo del peso, asegurando que estos programas sean accesibles y adaptados a las características socioculturales de la población atendida.
- A las obstetras que trabajan en el hospital, se les sugiere integrar de manera sistemática la evaluación del riesgo de obesidad en las consultas prenatales, proporcionando a las gestantes información clara y basada en evidencia sobre los riesgos de la obesidad para la salud materna y fetal, además de ofrecer consejos personalizados sobre alimentación saludable, actividad física y autocuidado, es fundamental que se fomenten estrategias de motivación y acompañamiento continuo para asegurar la adherencia a prácticas saludables durante todo el embarazo.
- Para las gestantes en general, es importante que se involucren activamente en el cuidado de su salud durante el embarazo, participando en los programas educativos y de apoyo disponibles en el hospital y siguiendo las recomendaciones proporcionadas por los profesionales de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prevención de la obesidad - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
2. Aguilar-Cordero MJ, Baena García L, Sánchez-López AM. Obesidad durante el embarazo y su influencia en el sobrepeso en la edad infantil. *Nutr Hosp.* 2016; 33: 18–23.
3. Bernada Moren MG. Prevalencia del sobrepeso y la obesidad en el embarazo en pacientes que acuden en el Centro de Salud de Carmen del Paraná de enero a junio del 2015. [Internet] Paraguay: Instituto Superior en Ciencias de la Salud San Patricio de Irlanda del Norte; 2015. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/915075/bernada-moreno-mg-mat-inf-y-obst-2015.pdf>
4. Lozano Bustillo A, Betancourth Meléndez WR, Turcios Urbina LJ, Emanuel Cueva Núñez J, Ocampo Eguigurems DM, Portillo Pineda CV, et al. Sobrepeso y obesidad en el embarazo: Complicaciones y manejo. *Arch Med.* 2016; 12(3):11.
5. Prevalencia de sobrepeso en gestantes aumentó de 30.4% a 44% [Internet]. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/312242-prevalencia-de-sobrepeso-en-gestantes-aumento-de-30-4-a-44>
6. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Análisis de Situación de Salud del Perú 2019. 1ª ed. Lima; 2013
7. Ministerio de Salud | Instituto Nacional de Salud | Centro Nacional de Alimentación y Nutrición | Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Informe: Estado Nutricional de niños menores de cinco años y gestantes que acceden a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Informe Gerencial Nacional. 2022 – I Semestre. [Internet] [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4525312/Inf%20Gerencial%20SIEN-HIS%202022.pdf>

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Huánuco: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021. Biblioteca Nacional del Perú; 2022.
9. Espinosa Fernández L, García López LJ, Muela Martínez JA. Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas. España: Instituto de la Juventud; 2018.
10. Philip M. Hauser, Otis Dudley Duncan. El estudio de la población. Chile: Edición realizada por el Instituto Interamericano de Estadística; 1975.
11. Carnevale CA. Antecedentes penales y reinserción laboral en Argentina. [Internet] Argentina: Universidad Nacional del Sur; 2015 [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://indret.com/wp-content/themes/indret/pdf/1232.pdf>
12. Chaverri Chaves D. Delimitación y justificación de problemas de investigación en ciencias sociales. Revista de Ciencias Sociales. 2017 3(157): 185-193
13. Palella Stracuzzi S, Martins Pestana F. Metodología de la investigación cuantitativa. 2ª ed. Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador; 2006
14. Dávila Cruz G. Complicaciones obstétricas y perinatales en embarazadas con obesidad [Internet] México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018 [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/server/api/core/bitstreams/e7f5e39e-d796-491e-bd58-457d38d5da40/content>
15. Saiz Rodríguez N. Riesgos y manejo de la obesidad materna en el embarazo, parto y postparto inmediato. [Internet] España: Universidad de Cantabria; 2020 [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/22512>
16. Gavilanes Holguín Diana Estefanía. Factores de riesgo asociados al sobrepeso en gestantes entre 20 y 34 semanas que acuden al centro de salud Las Piñas, Milagro, Guayas, 2019. [Internet] Ecuador: Universidad Estatal de Milagro; 2021 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5723>
17. Álvarez Flórez J, Monsalve Marulanda T, Peláez Buitrago J. Prevalencia de obesidad y características sociodemográficas, nutricionales y ambientales de una población de gestantes, Medellín, 2018. [Internet]

- Colombia: Universidad CES; 2019 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5842>
18. Muñoz FVB, Báez CDM, Herrera NLC, De La Cruz ACC, Sánchez PSP. Maternal and perinatal complications derived from obesity, an approach from the experience in Ecuador. el 4 de mayo de 2023 [citado el 7 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/7897503>
 19. Asencio Domínguez YL, Cedeño Carbo MJ. Sobrepeso y obesidad en embarazadas del Centro de Salud Venus de Valdivia 2019. [Internet] [bachelorThesis]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2019; 2019 [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5138>
 20. Aguirre Bonilla JE. Nivel de conocimiento de alimentación en gestantes, que acuden al servicio de obstetricia del hospital Félix Torrealva Gutiérrez, setiembre – noviembre del 2020. [Internet] Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2021 [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/items/18bbf407-4a17-45b2-958f-65903a9eeaf6>
 21. Aguilar Piscoche ZI, Neciosup de la Cruz KB. Relación entre la obesidad y la morbilidad extremadamente grave en pacientes gestantes. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015-2020. [Internet] La Libertad: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/10311>
 22. Muñoz Martínez KY. Complicaciones en gestantes con sobrepeso y obesidad pregestacional del Centro de Salud de Chilca, 2018. [Internet] Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019 [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/2acff147-03ff-4395-97aa-5c67492c0805>
 23. Sotomayor García J. Sobrepeso y obesidad en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Churcampa Huancavelica, 2019 a 2020. [Internet] Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021 [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en:

<https://repositorio.unh.edu.pe/items/ef0208ea-d526-4022-92cd-5405c3c3ff23>

24. Peña Morante RM. Ganancia de peso según características de gestantes a término del Hospital de Camaná MINSA, diciembre 2019 a febrero 2020. [Internet] Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2020 [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/c084b607-ff62-4aa0-94a1-1cc3b5b46f89>
25. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. Conocimiento [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento>
26. Calderón Bayona MA. Nivel de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de enfermería del segundo ciclo de una universidad privada de Lima Norte, Perú 2022. [Internet] Lima: Universidad Privada del Norte; 2022 [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/32655>
27. Viedma J. ICBS: Sistemas de Benchmarking de Capital Intelectual. *Journal of Intellectual Capital*; [Internet]. 2001 [citado el 7 de agosto de 2023]; 2(2): 148-165. Doi: <https://doi.org/10.1108/14691930110385937>
28. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
29. Sobrepeso y obesidad: Qué son y cuáles son sus diferencias [Internet]. [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.normon.com/articulo-blog/sobrepeso-y-obesidad-que-son-y-cuales-son-sus-diferencias>
30. Badman MK, Flier JS. The gut and energy balance: visceral allies in the obesity wars. *Science*. el 25 de marzo de 2005; 307(5717):1909–14.
31. Lowell BB, Spiegelman BM. Towards a molecular understanding of adaptive thermogenesis. *Nature*. el 6 de abril de 2000; 404(6778):652–60.
32. Ravussin E. Physiology. A NEAT way to control weight? *Science*. el 28 de enero de 2005; 307(5709):530–1.

33. Hill JO, Wyatt HR, Reed GW, Peters JC. Obesity and the environment: where do we go from here? *Science* [Internet]. el 2 de julio de 2003 [citado el 7 de agosto de 2023]; 299(5608). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12574618/>
34. Cypess AM, Lehman S, Williams G, Tal I, Rodman D, Goldfine AB, et al. Identification and importance of brown adipose tissue in adult humans. *N Engl J Med*. el 9 de abril de 2009; 360(15):1509–17.
35. El papel de los adipocitos en la inflamación del síndrome metabólico [Internet]. [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-24482005000300010&script=sci_abstract
36. Robertson SA, Leininger GM, Myers MG. Molecular and neural mediators of leptin action. *Physiol Behav*. el 6 de agosto de 2008; 94(5):637– 42.
37. Marshall S. Role of insulin, adipocyte hormones, and nutrient-sensing pathways in regulating fuel metabolism and energy homeostasis: a nutritional perspective of diabetes, obesity, and cancer. *Sci STKE Signal Transduct Knowl Environ*. el 1 de agosto de 2006; 2006(346):re7.
38. Tong Q, Ye CP, Jones JE, Elmquist JK, Lowell BB. Synaptic release of GABA by AgRP neurons is required for normal regulation of energy balance. *Nat Neurosci*. septiembre de 2008; 11(9):998–1000.
39. Heymsfield SB, Greenberg AS, Fujioka K, Dixon RM, Kushner R, Hunt T, et al. Recombinant leptin for weight loss in obese and lean adults: a randomized, controlled, dose-escalation trial. *JAMA*. el 27 de octubre de 1999; 282(16):1568–75.
40. Huda MSB, Wilding JPH, Pinkney JH. Gut peptides and the regulation of appetite. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. mayo de 2006; 7(2):163–82.
41. Couillard C, Gagnon J, Bergeron J, Leon AS, Rao DC, Skinner JS, et al. Contribution of body fatness and adipose tissue distribution to the age variation in plasma steroid hormone concentrations in men: the HERITAGE Family Study. *J Clin Endocrinol Metab*. marzo de 2000; 85(3):1026–31.
42. González Jiménez E. Obesidad: análisis etiopatogénico y fisiopatológico. *Endocrinol Nutr*. el 1 de enero de 2013; 60(1):17–24.

43. Manuel Moreno G. Definición y clasificación de la obesidad. Rev Médica Clínica Las Condes. el 1 de marzo de 2012; 23(2):124–8.
44. Ferrari Schiavetto PC, Barco Tavares B, Ferrari Schiavetto PC, Barco Tavares B. Índice de masa corporal en embarazadas en la unidad de salud de la familia. Enferm Glob. 2018; 17(52):137–65.
45. Aragonés Gallego A, Blasco González L, Pérez Gloria NC. Obesidad. Sociedad Española de Endocrinología Pediatría. [Internet] [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.seep.es/images/site/publicaciones/oficialesSEEP/consenso/cap07.pdf>
46. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/obesity-and-overweight>
47. Pinedo Araujo AV. Factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad en las gestantes atendidas en los consultorios de materno hospital Tingo María de julio a setiembre 2016. [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017 [citado el 8 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/489>
48. González Plaza E, Bellart J, Martínez Verdú MÁ, Arranz Á, Luján Barroso L, Seguranyes G. Prevalencia de sobrepeso y obesidad preconcepcional en mujeres gestantes, y relación con los resultados maternos y perinatales. Enferm Clínica. el 1 de mayo de 2022; 32: S23–30.
49. Esenarro LÁA, Serrano MLL. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante. [Internet] 2019 [citado el 8 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/handle/20.500.14196/1159>
50. Guillen C. Síndrome de Parsonage Turner: Reporte de tres casos, revisión de la literatura y propuesta de algoritmo diagnóstico. Acta Reumatol [Internet] 2015 [citado el 8 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://imed.pub/ojs/index.php/ar/article/view/934>
51. García Ayala DP. Obesidad, desnutrición y hábitos saludables en el embarazo. En: Prevención de la enfermedad y la muerte en el embarazo y la primera infancia: un aporte desde la psicología del consumidor [Internet]. Fundación Universitaria Konrad Lorenz; 2019 [citado el 8 de

- agosto de 2023]. p. 149–76. Disponible en: <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/2558>
52. Casos Clínicos en Atención Primaria. [Internet] 2017 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.samfyc.es/pdf/CasosClinicosAP_JART2017.pdf
53. Jorge González-Moreno, Jesús Salvador Juárez-López, Jorge Luis Rodríguez-Sánchez. Obesidad y embarazo. [Internet] [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/35705/4/Proyecto-de-investigaci%C3%B3n.pdf.txt>
54. Hospital Humanitario de Maternidad y Neonatología. Apunte de nutrición y embarazo servicio nutrición. [Internet]. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://webs.fcm.unc.edu.ar/wp-content/blogs.dir/75/files/2018/07/Apunte-de-Nutrici%C3%B3n-y-Embarazo-Servicio-Nutricion-HUMN.pdf>
55. Dobson NM, Castro P de la C. Importancia de la nutrición en el embarazo. Rev Cuba Tecnol Salud [Internet]. el 6 de diciembre de 2011 [citado el 8 de agosto de 2023]; 1(1). Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/12>
56. Albañil Ballesteros MR, Rogero Blanco ME, Sánchez Martín M, Olivas Domínguez A, Rabanal Basalo A, Sanz Bayona MT. Riesgo de mantener obesidad desde la infancia hasta el final de la adolescencia. Pediatría Aten Primaria. junio de 2011; 13(50):199–211.
57. Definición nivel de instrucción (7 grupos) [Internet] [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_303/elem_11188/definicion.html
58. Derecho de las personas y familia. [Internet]. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/zimapan/derecho/2018/derecho_personas_familias.pdf
59. Organización Panamericana de la Salud. La malnutrición y los hábitos alimentarios. [Internet] 1963 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1131/sp91.pdf?sequence=1>

60. Veliz Estrada TP. Estilos de vida y salud: Estudio del caso de los estudiantes de la facultad de ciencias médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. [Internet] España: Universidad de Barcelona; 2017 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/454898/TPVE_TESIS.pdf?sequence
61. Fernández Gómez E. Hábitos alimentarios y factores socioculturales en gestantes. Una propuesta de educación nutricional en la Ciudad de Melilla. [Internet] España: Universidad de Granada; 2021 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/70389/TESIS%20ELISABET.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
62. Cereceda Bujaico M del P, Quintana Salinas MR. Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. Rev Perú Ginecol Obstet. abril de 2014; 60(2):153–60.
63. Alimentación en el embarazo: las proteínas [Internet] [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.enfamil.es/blogs/nutricion-durante-el-embarazo/proteinas-en-el-embarazo>
64. Grasa en la alimentación: conoce cuál elegir. [Internet] [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/fat/art-20045550>
65. El ejercicio físico en el embarazo, un programa necesario. [Internet] [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://efdeportes.com/efd166/el-ejercicio-fisico-en-el-embarazo.htm>
66. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Índice de masa corporal | Peso Saludable. [Internet] 2022 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/index.html>
67. Pizarro Q T. Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Chil Pediatría. febrero de 2007; 78(1):76–83.

68. Fonseca González. Z, Quesada Font. AJ, Meireles Ochoa. MY, Cabrera Rodríguez. E, Boada Estrada. AM, Fonseca González. Z, et al. La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. *Multimed.* febrero de 2020; 24(1):237–46.
69. Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano. Información sobre el embarazo [Internet]. 2020 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>
70. Secretaría de la Marina. Sobrepeso. [Internet] [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1013/sobrepeso.pdf>
71. Grecco M. Altura uterina - Qué significa en el embarazo [Internet]. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.famivita.com.br/conteudo/es/altura-uterina-que-significa-en-el-embarazo/>
72. Salgado Garciglia R. Caloría unidad de energía en la alimentación. [Internet] [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.sabermas.umich.mx/archivo/la-ciencia-en-pocas-palabras/95-numero-12100/188-caloria-unidad-de-energia-en-la-alimentacion.html>
73. Definición de Riesgo | CIIFEN. [Internet] [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://ciifen.org/definicion-de-riesgo/>
74. Amparo Hurtado Soler. La salud [Internet]. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.uv.es/hort/alimentacion/alimentacion.html>
75. Estudio observacional [Internet]. [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://explorable.com/es/estudio-observacional>
76. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción) [Internet]. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/download/860/1560?inline=1>
77. Müggenburg Rodríguez V. MC, Pérez Cabrera I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enferm Univ* [Internet]. el 17 de abril de 2018 [citado el 21 de octubre de 2024]; 4(1). Disponible en:

<http://revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/469>

78. Veiga De Cabo J, Fuente Díez EDL, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med Segur Trab [Internet]*. marzo de 2008 [citado el 25 de octubre de 2023]; 54(210). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
79. Támara VG. Enfoque cuantitativo: taxonomía desde el nivel de profundidad de la búsqueda del conocimiento. *Llalliq*. el 28 de junio de 2022; 2(1): pág. 13-27.
80. Romero M del C, Álvarez MB. Usos del término Likert. Una revisión en estudios sobre aprendizaje organizacional. *Rev Esc Perfecc En Investig Oper [Internet]*. el 31 de mayo de 2022 [citado el 31 de agosto de 2024]; 30(51). Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/epio/article/view/37820>
81. Benito J, Usuriaga A. Propuesta para la Elaboración de Baremos de un Instrumento en Trabajos de Investigación. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. el 22 de enero de 2024; 7: 7418–36.
82. Oviedo HC, Campo-Arias A. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005; (4).

COMO CITAR ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guevara D. Conocimiento de riesgo de obesidad en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2024 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de investigación “**Conocimiento de riesgo de obesidad en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023**”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable de interés	TIPO DE INVESTIGACION	TECNICA INSTRUMENTO
¿Cuál es el conocimiento sobre el riesgo de obesidad en las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?	Determinar el conocimiento de riesgo de la obesidad en las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023	<p>Hi: El conocimiento sobre el riesgo de obesidad es alto en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023</p> <p>Ha: El conocimiento sobre el riesgo de obesidad es medio en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023</p> <p>Ho: El conocimiento sobre el riesgo de obesidad es bajo en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023</p>	<p>Conocimiento de riesgo de obesidad</p> <p>Variable de caracterización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características demográficas (edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de residencia, ocupación, nivel socioeconómico) • Características obstétricas (gesta, paridad, antecedente de aborto, sesiones de Psicoprofilaxis (PPO), atención prenatal (APN)). 	<p>Observacional, descriptivo, de corte transversal, con carácter prospectivo.</p> <p>Nivel de Investigación Descriptivo</p> <p>Diseño de investigación</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">M _____ O₁</div> <p>Donde: M: Muestra (Gestantes) O₁: Información del nivel de conocimiento sobre el riesgo de obesidad.</p> <p>POBLACIÓN Constituida por 154 grávidas que acudieron al Hospital Regional</p>	<p>Cuestionario</p> <p>La técnica de recolección de datos fue mediante un cuestionario estructurado de la siguiente manera:</p> <p>1. Cuestionario general de identificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características demográficas (06 ítems). • Características obstétricas (05 ítems). <p>Para medir el nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario basado en la escala de Likert, compuesto por 25 ítems, divididos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estilos de vida (08 ítems) • Alimentación saludable (08 ítems)
Problemas Específicos	Objetivos específicos				
PE₁: ¿Cuáles son las características demográficas de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?	OE₁: Describir las características demográficas de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023				
PE₂: ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?	OE₂: Describir las características obstétricas de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023				

PE₃: ¿Cuál es el conocimiento de los estilos de vida de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?	OE₃: Determinar el conocimiento sobre los estilos de vida de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023
PE₄: ¿Cuál es el conocimiento sobre alimentación saludable en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?	OE₄: Determinar el conocimiento sobre alimentación saludable en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023
PE₅: ¿Cuál es el conocimiento sobre el impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023?	OE₅: Determinar el conocimiento sobre el impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio de las gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023

Hermilio Valdizán Medrano, durante el año 2023, basada en el conocimiento del riesgo que puede generar la obesidad en el periodo gestacional que vinieron cursando.

MUESTRA

Tras la aplicación de la fórmula, estuvo conformada por 110 gestantes que acudieron al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, del departamento de Huánuco, desarrollado durante el año 2023.

- Impacto del nivel socioeconómico en los hábitos alimenticios y de ejercicio de las gestantes (09 ítems)

Respondiendo con:

- Totalmente en desacuerdo (1 punto)
- En desacuerdo (02 puntos)
- Indeciso (03 puntos)
- De acuerdo (4 puntos)
- Totalmente de acuerdo (5 puntos).

La clasificación del nivel del conocimiento se reconoció de la siguiente manera:

- Nivel de conocimiento bajo: De 39 a 50 puntos
- Nivel de conocimiento medio: De 51 a 58 puntos
- Nivel de conocimiento alto: De 59 a 78 puntos

ANEXO 2

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito del estudio es **Conocer el riesgo que puede generar la obesidad en la gestación en usuarias que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano**, desarrollado durante el año 2023, si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a un cuestionario más una encuesta organizada que le tomará 25 minutos de su tiempo.

Su participación será voluntaria, la información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con mi participación, que ante cualquier duda puedo comunicarme con GUEVARA TINOCO, DIANA MILUZKA, y dentro de los beneficios está la contribución al desarrollo de la investigación, la cual servirá de aporte científico a la mejora continua con resultados que podrán extenderse a ámbitos nacionales, a partir de la Universidad de Huánuco.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio:

Si () No ()

Nombre y apellido:

DNI:

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: **“Conocimiento de riesgo de obesidad en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023”**

CUESTIONARIO GENERAL DE CARACTERIZACIÓN

Introducción: Hola, soy estudiante de la Escuela de Pre Grado de la Universidad de Huánuco, mi nombre es, GUEVARA TINOCO, DIANA MILUZKA, solicito a usted su aporte para responder todas las preguntas, teniendo en cuenta que es de carácter anónimo.

A continuación, se presenta una serie de enunciados, léalos cuidadosamente y luego con letra legible y/o marque con un aspa (X) LA o LAS respuestas que considere correctas.

HCL:

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. Edad

- a) Menor de 18 años
- b) Entre 18 y 25 años
- c) Entre 26 y 30 años
- d) Mayor de 30 años

2. Grado de instrucción: ¿Cuál es su nivel de instrucción?

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior técnico
- e) Superior universitario

3. Estado civil: ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltera
- b) Divorciada
- c) Separada
- d) Casada

- e) Conviviente
- 4. Lugar de residencia
 - a) Urbano
 - b) Rural
- 5. Ocupación
 - a) Estudiante
 - b) Ama de casa
 - c) Comerciante
 - d) Agricultora
- 6. Nivel Económico: ¿Cuánto es su Ingreso mensual aproximadamente?
 - a) Menor de S/.500
 - b) Entre S/.500 a 1000
 - c) Más de S/.1000

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

- 7. Gesta
 - a) Nuligesta (ninguna gestación)
 - b) Primigesta
 - c) Segundigesta
 - d) Multigesta
 - e) Gran multigesta
- 8. Antecedente de aborto
 - a) Si
 - b) No
- 9. Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)
 - a) Menor de 3 sesiones
 - b) Entre 3 y 5 sesiones
 - c) Mayor de 5 sesiones
 - d) Ninguna sesión
- 10. Atenciones prenatales (APN)
 - a) Menor de 5 atenciones
 - b) Entre 5 y 6 atenciones
 - c) Mayor de 6 atenciones
 - d) Ninguna atención

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

Título de la investigación: **“Conocimiento de riesgo de obesidad en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023”**

¡Bienvenida, futura mamá!

Estamos encantados de contar con tu participación en nuestra encuesta sobre diversos aspectos relacionados con tu estilo de vida durante el embarazo. Tu opinión es muy importante para nosotros y nos ayudará a comprender mejor tus necesidades y preocupaciones durante esta etapa tan especial.

Indicaciones:

Lee cuidadosamente cada enunciado: En esta encuesta, encontrarás una serie de afirmaciones sobre diferentes aspectos de tu estilo de vida y hábitos durante el embarazo.

Evalúa tu nivel de acuerdo: Después de leer cada enunciado, indica tu grado de acuerdo utilizando la escala de Likert proporcionada. Selecciona la opción que mejor refleje tu opinión.

Respetar tu propia perspectiva: No hay respuestas correctas o incorrectas. Queremos conocer tu opinión honesta y sincera, así que responde según tus propias experiencias y creencias.

La escala de Likert se divide de la siguiente manera:

- Totalmente en desacuerdo (TD)
- En desacuerdo (ED)
- Indiferente (I)
- De acuerdo (DA)
- Totalmente de acuerdo (TDA)

Las respuestas se codificaron asignándoles una puntuación de 1 a 5, de modo que la puntuación más alta indica siempre la conducta más saludable.

A continuación, se presenta una serie de interrogantes, léalos cuidadosamente y luego marque con una sola aspa (X) donde usted crea conveniente.

N°	ÍTEMS	TD	ED	I	DA	TDA
ESTILOS DE VIDA						
01	Mi rutina diaria incluye ejercicio físico regularmente.					
02	Presto atención a mi dieta y consumo alimentos saludables durante el embarazo.					
03	Me siento cómoda y descansada con la cantidad de sueño que obtengo cada noche.					
04	Dedico tiempo suficiente al autocuidado y al bienestar emocional.					
05	Logro manejar eficazmente el estrés que enfrento en mi vida diaria.					
06	Mantengo relaciones sociales satisfactorias y saludables durante mi embarazo.					
07	Puedo equilibrar eficazmente mis responsabilidades diarias con mi bienestar personal.					
08	Tengo acceso suficiente a recursos y actividades que promueven un estilo de vida saludable durante el embarazo.					
ALIMENTACIÓN SALUDABLE						
09	Consumo regularmente frutas y verduras frescas en mi dieta.					
10	Evito el consumo excesivo de alimentos procesados y altos en grasas.					
11	Me aseguro de mantener una ingesta adecuada de agua durante el día.					
12	Procuro incluir fuentes de proteínas magras en mis comidas diarias.					
13	Limito mi consumo de azúcares añadidos y alimentos con alto contenido de sodio.					
14	Planifico y preparo comidas saludables con anticipación para la semana.					
15	Busco opciones de alimentos integrales y ricos en fibra para mejorar mi digestión.					
16	Presto atención a las porciones y evito el exceso de comida en mis comidas principales.					
IMPACTO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS Y DE EJERCICIO DE LAS GESTANTES						
17	El nivel socioeconómico influye significativamente en la calidad de los alimentos que consumen las gestantes.					
18	Las gestantes de niveles socioeconómicos más altos tienden a tener hábitos alimenticios más saludables que aquellas de niveles más bajos.					
19	El nivel socioeconómico afecta la accesibilidad a alimentos nutritivos para las gestantes.					
20	Las gestantes con un nivel socioeconómico más bajo suelen tener menos acceso a opciones de ejercicio y recreación adecuadas.					
21	Existe una relación directa entre el nivel socioeconómico y la disponibilidad de tiempo para realizar actividad física durante el embarazo.					

22	Las gestantes de bajos ingresos enfrentan mayores barreras para mantener un estilo de vida activo debido a limitaciones económicas.					
23	El nivel socioeconómico influye en la disponibilidad de recursos para adquirir alimentos frescos y nutritivos.					
24	Las gestantes de niveles socioeconómicos más altos tienen más acceso a programas de ejercicio y actividades recreativas.					
25	Las disparidades socioeconómicas pueden influir en la capacidad de las gestantes para llevar un estilo de vida saludable durante el embarazo.					

En base a lo expuesto, y teniendo en cuenta el **anexo 05** del **intervalo de medición**, la categoría para clasificar el nivel de conocimiento es:

- Nivel de conocimiento bajo: De 39 a 50 puntos
- Nivel de conocimiento medio: De 51 a 58 puntos
- Nivel de conocimiento alto: De 59 a 78 puntos

ANEXO 4

PUNTOS DE CORTE Y LA DETERMINACIÓN DE PERCENTILES

The screenshot displays the IBM SPSS Statistics interface. The main window shows a data editor with columns labeled P1A, P2A, P5B, and P6B. A 'Frecuencias' (Frequencies) dialog box is open, showing the following summary statistics:

Estadísticos		
SUMA TOTAL		
N	Valido	110
	Perdidos	0
Mínimo		36
Máximo		78
Percentiles	33.33333333	50,00
	66.66666667	58,00

The dialog box also shows the following options: FRECUENCIAS VARIABLES=SUMA, /FORMAT=NOTABLE, /NTILES=3, /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM, and /ORDER=ANALYSIS.

Finalizado el procedimiento en el software estadístico, los resultados fueron los siguientes:

Valor mínimo, máximo y percentiles		
N	Válido	110
	Perdido	0
Mínimo	39	
Máximo	78	
Percentiles	33,333333	50.00
	66,666667	58.00

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

Para determinar el intervalo de medición del nivel de conocimiento (alto, medio, bajo), se establecieron tres puntos de corte basados en la muestra de 110 gestantes que asistieron al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el año 2023. Este análisis se desarrolló en el marco del estudio sobre el riesgo asociado a la obesidad durante el embarazo. En primer lugar, se calcularon los valores extremos que adoptaron las variables, encontrándose un **valor mínimo (V_{\min})** de 39 y un **valor máximo (V_{\max})** de 78 dentro de las observaciones.

A partir de estos datos, se identificaron los **puntos de corte**: el primer punto de corte (PC_1) se situó en el percentil 33,33, cuyo valor arrojó 50.00, mientras que el segundo punto de corte (PC_2) correspondió al percentil 66,67, con valor final 58.00. Esta categorización facilitó la definición de un criterio preciso y sistemático para segmentar el nivel de conocimiento en tres grupos distintos, permitiendo establecer rangos específicos de medición, en ese sentido, este enfoque ofreció una mayor precisión para analizar las características de la muestra estudiada, identificando patrones de conocimiento que podrían tener un impacto significativo en la gestión del riesgo asociado a la obesidad durante el embarazo y a partir de esta segmentación, se procedió a calcular el **intervalo de medición** correspondiente para cada grupo.

ANEXO 5

INTERVALO DE MEDICIÓN

Para establecer los intervalos del nivel de conocimiento sobre el riesgo de obesidad en gestantes que asistieron al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco durante el año 2023, fue necesario definir el **límite inferior (Li)** y el **límite superior (Ls)**, dado que los valores del conocimiento se ubicaron entre estos rangos. Para determinar estos límites, se realizaron los siguientes procedimientos:

Para el nivel de conocimiento bajo

- Límite inferior (L_{i1}) = Valor mínimo (V_{\min})
- Límite superior (L_{s1}) = Primer percentil (33,333333)

Remplazando:

- Límite inferior (L_{i1}) = 39
- Límite superior (L_{s1}) = 50

En ese sentido, el intervalo para el primer nivel (nivel de conocimiento bajo) sería: De 39 a 50 puntos

Para el nivel de conocimiento medio

- Límite inferior (L_{i2}) = $L_{s1} + 1$
- Límite superior (L_{s2}) = Segundo percentil (66,666667)

Remplazando

- Límite inferior (L_{i2}) = $50 + 1 = 51$
- Límite superior (L_{s2}) = 58

En ese sentido, el intervalo para el segundo nivel (nivel de conocimiento medio) sería: De 51 a 58 puntos

Para el nivel de conocimiento alto

- Límite inferior (L_{i3}) = $L_{s2} + 1$
- Límite superior (L_{s3}) = Valor máximo (V_{\max})

Remplazando

- Límite inferior (L_{i3}) = $58 + 1 = 59$
- Límite superior (L_{s3}) = 78

En ese sentido, el intervalo para el tercer nivel (nivel de conocimiento alto) sería: De 59 a 78 puntos.

ANEXO 6

BAREMO DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE

Título de la investigación: “**Conocimiento de riesgo de obesidad en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023**”

Considerando el **intervalo de medición** de las variables analizadas, se logró establecer el baremo del instrumento para dichas variables:

Variable	
Nivel de conocimiento	Intervalo por puntos
Nivel de conocimiento bajo	39 - 50
Nivel de conocimiento medio	51 - 58
Nivel de conocimiento alto	59 - 78

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la primera categoría, se clasificó a las gestantes que obtuvieron un puntaje de 39 a 50 puntos, identificándolas como aquellas con un nivel bajo de conocimiento sobre la obesidad durante el embarazo. En la segunda categoría, se incluyeron a las gestantes con puntuaciones de entre 51 y 58 puntos, considerándose que poseen un conocimiento moderado. Por último, las gestantes que lograron puntuaciones de entre 59 y 78 puntos fueron consideradas con un nivel alto de conocimiento, en ese sentido, este enfoque de categorización nos permitió tener una segmentación más precisa de la muestra, facilitando la comprensión del grado de conocimiento que cada paciente tenía sobre los riesgos de la obesidad en el embarazo, lo cual resulta esencial para evaluar la eficacia de las estrategias educativas aplicadas y para guiar futuras intervenciones en salud materna.

ANEXO 7

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Leonora Rodríguez Devi Forfot
 1.2. Actividad laboral: MEPECO GINECO-OBSTETRA
 1.3. Institución donde labora: HOSPITAL REGIONAL HERIBERTO VADEZAN MEDRANO
 1.4. Denominación del instrumento: CONVENCIONARIO DE RIESGO DE OBESIDAD EN GESTANTES

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles				X	
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica					X
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos				X	
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					X
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
08	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.				X	
PUNTAJE FINAL					24	20

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

Instrumento ADECUADO PARA SU APLICACIÓN

RESULTADO: Aplicable Aplicable después de corregir () No Aplicable ()


 Leonora Rodríguez Devi Forfot
 Ginecología y Obstetricia
 C.M.P. 84852
 FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- I.1. Nombre del experto: Marcelo Armas, Maricela Luz
 I.2. Actividad laboral: Obstetra
 I.3. Institución donde labora: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano
 I.4. Denominación del instrumento: Conocimiento de Riesgo de Obesidad en Gestantes

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles					X
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica				X	
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos					X
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					X
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
08	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X
PUNTAJE FINAL					12	35

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

.....
 RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()



 FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Cenzia Del Pilar Travezano Alvaro
 1.2. Actividad laboral: Obstetra
 1.3. Institución donde labora: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano
 1.4. Denominación del instrumento: Conocimiento de Riesgo de Obesidad en Gestantes

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA						
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno		
1	2	3	4	5		
N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					⊗
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles					⊗
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica					⊗
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				⊗	
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos				⊗	
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					⊗
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					⊗
08	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				⊗	
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación					⊗
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.				⊗	
PUNTAJE FINAL					16	30

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

Instrumento Adecuado

RESULTADO: Aplicable (⊗) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 Dirección Regional de Salud
 Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"

 Cenzia Del Pilar Travezano Alvaro
 OBSTETRA
 COP 3014 RNOB N° 4637-II-02.4

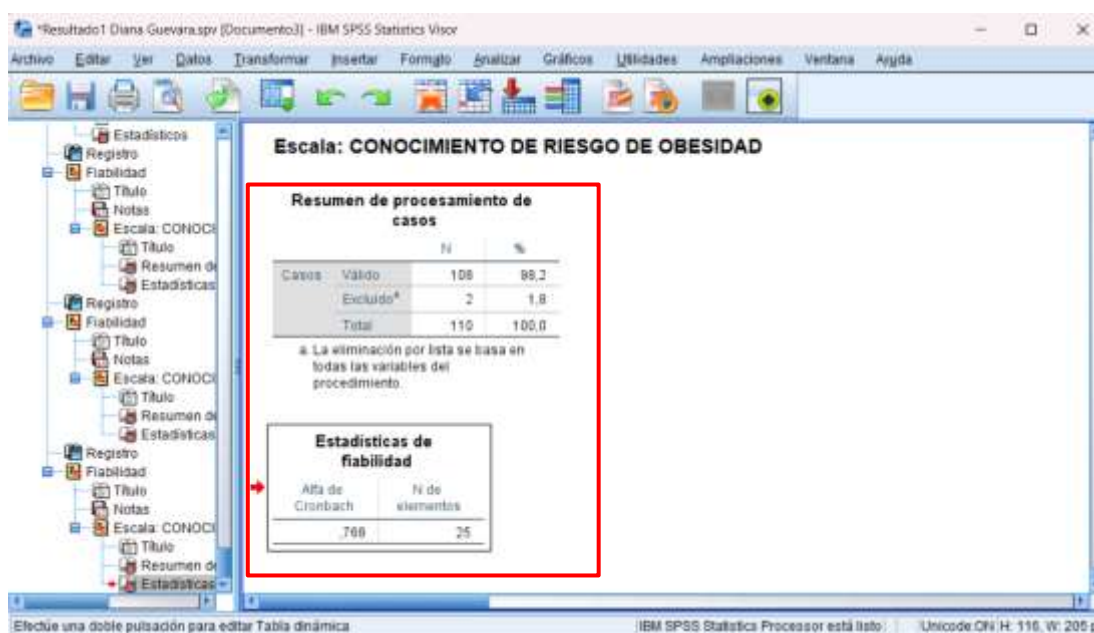
FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 8

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: **“Conocimiento de riesgo de obesidad en gestantes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2023”**

Confiabilidad del instrumento según el coeficiente Alfa de Cronbach a través del software SPSS, versión 27, aplicado a un total de 25 ítems:



Clasificación de la interpretación de Alfa de Cronbach según Oviedo y Campos (2005) ⁽⁸²⁾

Alfa de Cronbach	Confiabilidad
Menor a 0.70	Confiabilidad baja
0.70 a 0.90	Confiabilidad aceptable
0.91 a 1.00	Existe redundancia o duplicación

Interpretación

A partir de los resultados derivados de la aplicación de los ítems del instrumento, y conforme a la interpretación previamente señalada, se estableció que el instrumento posee una confiabilidad aceptable, ubicándose en un rango de 0.70 a 0.90, con un valor obtenido de 0.768. Por consiguiente, se concluyó que la consistencia interna del instrumento es adecuada, lo que justifica su utilización en el contexto de nuestro estudio.