



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**“EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INFLUENCIA EN EL
SOBREPESO Y OBESIDAD EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN
ADULTA ECUATORIANA, 2020.”**

Trabajo de Titulación

Tipo: Proyecto de Investigación

Presentado para optar al grado académico de:

LICENCIADA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

AUTORA: LUISA KARINA CISNEROS COCA

DIRECTORA: Dra. LORENA ELIZABETH CASTILLO RUIZ

Riobamba – Ecuador

2023

©2023, Luisa Karina Cisneros Coca

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, Luisa Karina Cisneros Coca, declaro que el presente Trabajo de Titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor/autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación; el patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 24 de marzo del 2023

A handwritten signature in blue ink that reads "Luisa Cisneros". The signature is written in a cursive style and is placed on a light blue rectangular background.

Luisa Karina Cisneros Coca

C.I: 1805032743

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

El Tribunal del Trabajo de Titulación certifica que: El Trabajo de Titulación; Tipo: Proyecto de Investigación, “**EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INFLUENCIA EN EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN ADULTA ECUATORIANA, 2020.**”, realizado por la señorita: **LUISA KARINA CISNEROS COCA**, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Trabajo de Titulación, el mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dra. Lorena Patricia Yaulema Brito PRESIDENTE DEL TRIBUNAL		2023-03-24
Dra. Lorena Elizabeth Castillo Ruiz DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN		2023-03-24
Dra. Sarita Bentancourt Ortiz ASESORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN		2023-03-24

DEDICATORIA

Con mucho orgullo, satisfacción y amor, a mi madre Nancy Coca, mis Tíos Verónica Coca y Javier Ayoví por su apoyo único e incondicional, por estar presente en cada triunfo de mi vida. A mis queridos primos hermanos Sebastián y Emilio por ayudarme y motivarme a cumplir mis sueños, a Kevin que a pesar de la distancia siempre estuvo ahí para alentarme y a mi amado abuelito que está en el cielo.

Luisa

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida, por permitirme cumplir mis sueños y por guiarme en este camino lleno de aprendizaje. A mi mami y mis tíos por brindarme su apoyo moral y económico durante todo el proceso académico, gracias por los valores inculcados y poder ser una mejor persona día a día, Los amo con toda mi alma. A nuestra querida Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y de manera especial la Facultad de Salud Pública, Carrera de Nutrición y Dietética por ser responsable de este gran logro. A todos mis queridos profesores que han dejado una gran huella en mi crecimiento profesional. De manera muy cordial a la Doctora Lorena Castillo y a la Doctora Sarita Betancurt por guiarme, apoyarme en este largo proceso y ayudarme a culminar mi proyecto de investigación. Y, por último, no menos importante a mí, por seguir de pie hasta el final y conseguir uno de mis objetivos.

Luisa

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	xi
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	4
1.1. Objetivos.....	2
1.1.1. <i>Objetivo general</i>	2
1.1.2. <i>Objetivos específicos</i>	3
1.2. Hipótesis.....	3
1.2.1. <i>Hipótesis Alternativa</i>	3
1.2.2. <i>Hipótesis Nula</i>	3
1.3. Alcohol.....	4
1.3.1. <i>Definición</i>	4
1.3.2. <i>Absorción, distribución, excreción del alcohol</i>	4
1.3.3. <i>Bebidas alcohólicas</i>	5
1.3.4. <i>Bebidas fermentadas</i>	5
1.3.5. <i>Bebidas destiladas</i>	5
1.3.6. <i>Morbilidad y mortalidad</i>	5
1.3.7. <i>Factores de riesgo</i>	6
1.3.7.1. <i>Sexo</i>	7
1.3.7.2. <i>Edad</i>	7
1.3.7.3. <i>Antecedentes familiares</i>	7
1.3.7.4. <i>Factores psicológicos</i>	7
1.3.7.5. <i>Factores sociales</i>	7
1.3.8. <i>Enfermedades causadas por el alcohol</i>	7
1.3.8.1. <i>Enfermedad hepática</i>	8
1.3.8.2. <i>Enfermedades digestivas</i>	8
1.3.8.3. <i>Enfermedades del corazón</i>	8
1.3.8.4. <i>Hipoglucemia</i>	8

1.3.8.5.	<i>Complicaciones neurológicas</i>	8
1.4.	Sobrepeso y Obesidad	9
1.4.1.	Definición	9
1.4.2.	Estadística	9
1.4.3.	Factores de Riesgo	10
1.4.3.1.	<i>Factores Sociales y Económicos</i>	10
1.4.3.2.	<i>Factores Ambientales</i>	10
1.4.3.3.	<i>Estilo de Vida</i>	11
1.4.3.4.	<i>Factores Endócrinos</i>	11
1.4.3.5.	<i>Factores Genéticos</i>	12
1.4.3.6.	<i>Consumo de Alcohol</i>	12
1.4.4.	Consecuencia	12
1.4.5.	Clasificación	13
1.4.6.	Prevención	14
1.4.7.	Tratamiento	14
1.4.7.1.	Tratamiento dietético	14
1.4.7.2.	<i>Actividad Física</i>	15
1.4.7.3.	<i>Modificación Conductual</i>	15
1.4.7.4.	<i>Tratamiento Farmacológico</i>	15

CAPÍTULO II

2.	MARCO METODOLÓGICO	16
2.1.	Diseño de la investigación	16
2.1.1.	<i>Tipo de estudio</i>	16
2.1.2.	<i>Población y muestra</i>	16
2.1.3.	<i>Localización y duración de estudio</i>	16
2.1.4.	Participantes	16
2.1.4.1.	<i>Criterios de inclusión</i>	16
2.1.4.2.	<i>Criterios de exclusión</i>	16
2.1.5.	Universo	17
2.1.6.	Muestra	17
2.1.7.	VARIABLES	18
2.1.7.1.	<i>Operacionalización de variables de estudio</i>	18
2.1.8.	Variable independiente	22
2.1.9.	Variable dependiente	22
2.2.	Descripción de procedimientos	22

2.2.1.	<i>Procedimiento de recolección de información</i>	22
2.3.	Diseño de base de datos	22
2.4.	Temas estadísticos	23
2.4.1.	<i>Plan de análisis de datos</i>	23

CAPÍTULO III

3.	MARCO DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	24
3.1.	Marco de resultados	24
3.2.	Análisis descriptivo	24
3.2.1.	<i>Características generales y demográfica de la población</i>	24
3.2.2.	<i>Datos Antropométricos</i>	25
3.2.2.1.	<i>Valores de Índice de masa corporal (IMC) de la muestra de estudio por sexo</i>	25
3.2.2.2.	<i>Relación entre las variables Diagnóstico de IMC y Sexo</i>	26
3.2.3.	<i>Consumo de bebidas alcohólicas</i>	27
3.2.3.1.	<i>Clasificación de bebidas alcohólicas consumidas por semana</i>	27
3.2.3.2.	<i>Valores de la Frecuencia de Bebidas Alcohólicas</i>	28
3.2.3.3.	<i>Relación entre las variables Consumo de bebidas alcohólicas y el sexo en la muestra de estudio</i>	28
3.2.3.4.	<i>Relación entre las variables Diagnóstico de IMC y Diagnóstico de Consumo de alcohol semanal</i>	29
3.3.	Discusión de los resultados	30

	CONCLUSIONES	32
--	---------------------------	----

	RECOMENDACIONES	33
--	------------------------------	----

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1:	Principales cambios endocrinológicos en la obesidad.....	11
Tabla 2-1:	Alteraciones que se asocian al sobrepeso y obesidad.....	12
Tabla 3-1:	Clasificación del sobrepeso y obesidad según el IMC.....	13
Tabla 4-1:	Grasa abdominal y riesgo cardiovascular.....	14
Tabla 1-2:	Operacionalización de variables de estudio.....	18
Tabla 1-3:	Características generales y demográfica de la población.....	24
Tabla 2-3:	Valores de Índice de masa corporal (IMC) de la muestra de estudio por sexo..	25
Tabla 3-3:	Relación entre las variables Diagnóstico de IMC y Sexo.....	26
Tabla 4-3:	Valores de la Clasificación de bebidas alcohólicas consumidas por semana.....	27
Tabla 5-3:	Valores de la Frecuencia de Bebidas Alcohólicas.....	28
Tabla 6-3:	Relación entre las variables Consumo de bebidas alcohólicas y el sexo en la muestra de estudio.....	28
Tabla 7-3:	Relación entre las variables Diagnóstico de IMC y Diagnóstico de Consumo de alcohol semanal.....	29

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1-1:	Prevalencia de consumo de vida de alcohol en la población de 20 a 59 años a escala nacional.....	6
Ilustración 2-1:	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos (mayores de 19 años a menores de 60 años), por grupos de edad y sexo.....	10

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS A: ENCUESTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES

RESUMEN

El consumo contraproducente del alcohol es un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, discapacidad y muerte prematura, se considera un factor causante de más de 200 enfermedades y trastornos, una de ellas es el sobrepeso y obesidad, por lo tanto, el objetivo de la presente investigación es relacionar el sobrepeso y obesidad con el consumo de alcohol en una muestra de población adulta ecuatoriana durante el año 2020. El diseño y tipo de Investigación utilizado es no experimental, de corte transversal; con un alcance descriptivo, observacional y un enfoque cuantitativo y cualitativo. La información recolectada incluye variables: Características Sociodemográficas, Antropometría, Consumo de Alcohol, esta información procesada en el Programa SPSS 25, la población en estudio fue de 307 adultos de 18 a 65 años que consumen o no alcohol. En función de los resultados se identificó que la población de estudio presenta normopeso (63.2%) con una media de Índice de masa corporal (IMC) (23.81kg/m²) respectivamente, en donde el sexo hombre presenta mayor prevalencia de sobrepeso (16%) y el sexo mujer presenta mayor prevalencia de obesidad grado I (5,5%) En la relación entre las variables consumo de bebidas alcohólicas y el sexo se identificó a la población que si consume alcohol (41,04%) con mayor prevalencia en los hombres (25,73%), con un valor de $p < 0,001$ estadísticamente significativa y al relacionar las variables diagnóstico de IMC y diagnóstico de Consumo de alcohol semanal, se obtuvo un valor de $p = 0,504$ estadísticamente no significativa. Se concluye que el consumo de alcohol no influye con el IMC de la población de estudio, pero si existe asociación con la variable sexo en donde el sexo si influye el consumo de alcohol de la población estudiada, con mayor prevalencia en el sexo hombre.

Palabras clave: <ALCOHOL>, <SOBREPESO>, <OBESIDAD>, <ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)>, <BEBIDAS ALCOHÓLICAS>.

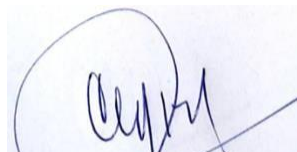
0624-DBRA-UPT-2023



SUMMARY

The self-defeating consumption of alcohol is a risk factor for non-communicable diseases, disability and premature death. It is considered a causal factor of more than 200 diseases and disorders; one of them is overweight and obesity, the objective of the following investigation is to state a relation between overweight and obesity and alcohol consumption in an Ecuadorian population sample during the year 2020. The design and type of investigation is not experimental, cross section; with a descriptive and observational reach, with a quantitative and qualitative focus. The collected information includes variables: Socio-demographic characteristics, anthropometry, alcohol consumption, with this information being processed in the SPSS 25 program, the population being studied was 307 adults from 18 to 65 years old, who consume and do not consume alcohol. Based on the results, it was identified that the population of study presents normal weight (63.2%) , with an average of corporal mass index (CMI) (23.81kg/m²) respectively, where the male sex presents more consistence of overweight (16%) and the female sex presents major prevalence of grade I obesity (5,5%) . In the relation between the variables: alcohol consumption and sex, the population that do consume alcohol was identified (41, 04%) with more prevalence in men (25, 73%), with a value of $p < 0,001$ statistically meaningful, and at the moment of stating the relation between CMI diagnostic and weekly alcohol consumption diagnosis, a value of $p = 0,504$ was obtained, which is statistically not meaningful. It is concluded that alcohol consumption does not influence with the population's CMI, but the association with the variable sex, where it influences on alcohol consumption in the population studied, does influence, with more prevalence in male sex.

Key words: <ALCOHOL>, <OVERWEIGHT>, <OBESITY>, <CORPORAL MASS INDEX (CMI)>, <ALCOHOLIC DRINKS>.



Lic. Carmen Cecilia Mejía Calle

060160846-6

INTRODUCCIÓN

El alcohol debido a su peso molecular es considerado como una droga única, es un líquido inflamable, transparente e incoloro, absorbe agua rápidamente desde el aire, su punto de ebullición es de 78.5°C, y su punto de congelación es de -130°C.(Higuera et al. 2017)

Su producción es en base a la fermentación de azúcar por parte de la levadura, pero ya que esta no sobrevive en soluciones con más del 15 % de alcohol, se elaboran soluciones más fuertes de alcohol por destilación como el vino y la cerveza ,por lo general contienen de 2 a 20% de alcohol, mientras que otras bebidas pueden llegar a contener de 30 y 60 % de alcohol.(Yépez et al. 2018)

El consumo contraproducente del alcohol es un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, discapacidad y muerte prematura, se considera un factor causante de más de 200 enfermedades y trastornos, una de ellas es el sobrepeso y obesidad (OMS 2020) . Según la encuesta STEPS a nivel mundial en el año 2012, el 5,9 % de las defunciones (3,3 millones) y la carga mundial de morbilidad y lesiones con el 5.1% se asoció al consumo de alcohol, América se encuentra en el segundo lugar de consumo de alcohol más alto, luego de Europa. (MSP, INEC,OPS/OMS 2018). En el Ecuador según la Encuesta de Salud y Nutrición ENSANUT 2012, la prevalencia de consumo de alcohol en la población de 20 a 59 años es de 92,6%; en hombres con 97,5% y mujeres 87,9%, existe una prevalencia más relevante de 93,6% en adultos de 30 a 39 años.

Además, el sobrepeso y obesidad se los definen como la excesiva acumulación de grasa que es perjudicial para la salud, considerados como una enfermedad crónica y multicausal, involucra a todos los grupos de edad, de distintas culturas y de todas las clases sociales, se considera una persona con sobrepeso con un índice de masa corporal(IMC) igual o superior a 25 kg/m² y con un IMC igual o superior a 30 kg/m² una persona con obesidad (OMS 2020 a).

La prevalencia a nivel mundial de sobrepeso y obesidad va en aumento , es así que el en el año 2016, alrededor de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso , de los cuales, más de 650 millones eran obesos, mostrando mayor carga en el número de casos tanto en sobrepeso y obesidad en mujeres; cabe recalcar entre los años 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado, la Organización Mundial de la Salud ha denominado a la obesidad como “la epidemia del siglo XXI” (OMS 2020 b).

Según la FAO, en América el 58 % de los habitantes vive con sobrepeso y obesidad (360 millones de personas) siendo Chile (63%), México (64 %) y Bahamas (69%) los datos más relevantes (Serrano et al. 2017).

En el Ecuador la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 a menos de 60 años según la encuesta ENSANUT 2012 es de 62.8% dando un total de población de 4,876076 (INEC, 2012).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS , la causa principal del sobrepeso y la obesidad se debe a un desequilibrio energético entre calorías consumidas y calorías gastadas, se reconoce que la obesidad tiene múltiples factores de origen, en el que se interviene la susceptibilidad genética, los estilos de vida (entre ellos, el consumo de alcohol) y del entorno, influenciando otros factores tales como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización, el entorno político y social (OMS 2020 c).

Haciendo énfasis que el alcohol es considerado como la segunda sustancia con mayor densidad energética después de la grasa (7.1 Kcal/g de alcohol), el alcohol aumenta el apetito y disminuye la saciedad, lo que resulta un aumento de la ingesta energética, se disminuye la oxidación de lípidos al añadir alcohol a la comida, lo que provoca la acumulación de grasa en el organismo , también ocasiona el aumento en la termogénesis dando como resultado un aporte insuficiente de energía comparado con otros alimentos(Higuera et al. 2017 a).

El consumo de alcohol, el sobrepeso y obesidad son problemas muy alarmantes a nivel mundial, y más aún si se relacionan, provocando un sin números de enfermedades.

El trabajo investigativo contribuirá con datos e información actualizada sobre cuáles son los resultados de consumir alcohol y su relación con el incremento de peso corporal en los adultos ecuatorianos, siendo esta información de gran utilidad para futuras investigaciones enfocadas y relacionadas a este tema.

Esta investigación contribuirá al país con información importante sobre las consecuencias del consumo de alcohol , de esta manera concientizara a la población sobre el consumo de alcohol, optando por estilos de vida más saludables de esta manera tener como resultado un estado nutricional adecuado, de igual manera permitiéndole al personal de salud y nutrición comprender e indagar conocimientos teóricos sobre el tema, con el fin de intervenir en hábitos alimentarios, estado nutricional y la salud.

Objetivos

Objetivo general

Relacionar el sobrepeso y obesidad con el consumo de alcohol en una muestra de población adulta ecuatoriana durante el año 2020.

Objetivos específicos

Determinar las características generales en una muestra de población adulta ecuatoriana.

Identificar el consumo de alcohol en una muestra de población adulta ecuatoriana.

Analizar el sobrepeso y obesidad según el sexo y consumo de alcohol en una muestra de población adulta ecuatoriana.

Hipótesis

Hipótesis alternativa

El consumo de alcohol influye en el desarrollo del sobrepeso y obesidad en la población adulta ecuatoriana.

Hipótesis nula

El consumo de alcohol no influye en el desarrollo del sobrepeso y obesidad en la población adulta ecuatoriana.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.1. Alcohol

1.1.1. Definición

En la definición química, los alcoholes constituyen un gran grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos los cuales contiene uno o más grupos de hidroxilos (-OH), uno de los componentes de este grupo es el etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico), siendo el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. (Ahumada et al , 2017).

El alcohol se caracteriza por ser una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, un líquido incoloro, volátil ,inflamable de olor característico y de gran solubilidad en agua, considerado como una droga única debido a su peso molecular(46) , en el cual ,su punto de ebullición es de 78.5°C, y su punto de congelación es de -130°C; en cuanto a la producción es en base a la fermentación de azúcar por parte de la levadura, pero ya que esta no sobrevive en soluciones con más del 15 % de alcohol, se elaboran soluciones más fuertes de alcohol por destilación como el vino, y la cerveza por lo general contienen de 2 a 20% de alcohol, mientras que otras bebidas pueden llegar a contener de 30 y 60 % de alcohol. (OMS 2018)

El alcohol aporta al organismo 7,1 kcal por 1 gramo consumido, cabe recalcar que el aporte energético no es acompañado de un aporte nutritivo como minerales, proteínas o vitaminas (Sumba 2017)

1.1.2. Absorción, distribución, excreción del alcohol

El etanol es consumido por vía oral , obteniendo la mayor absorción en la parte proximal del intestino delgado, duodeno y yeyuno(80%) por otra parte en el estómago (15%-20%) , hay que tomar en cuenta que la absorción en el duodeno y yeyuno es mucha más rápida que por el estómago, debido a que el vaciamiento gástrico es un determinante importante en la absorción del etanol; además que en presencia de alimentos la superficie de absorción disminuye(Ley de Fick) y se vuelve lento en vaciamiento gástrico (Evora 2017).

Cuando la bebida tiene una graduación del 20% a 35% , la absorción es más rápida, por el motivo que existe una menor cantidad de espasmos en la musculatura del esfínter pilórico lo que ocurre

con bebidas de graduación alta provocando un vaciamiento gástrico lento; la concentración de etanol en un tejido va depender de la cantidad de que este posee y logra rápidamente el equilibrio con la concentración de etanol en el plasma, por lo tanto no existen proteínas plasmáticas que se unan al etanol, por este motivo la mujer alcanza una mayor tasa de alcoholemia ya que habitualmente tiene menor masa corporal que el hombre , teniendo una mayor proporción de grasa corporal y su expresión es menor en cuanto a la enzima acetaldehído deshidrogenasa en la mucosa gástrica; Por lo tanto la mayor cantidad del alcohol suministrado se metaboliza en el hígado(90%-95%) y aproximadamente (5%-10%) se excreta principalmente por la orina, además de la transpiración , lágrimas y saliva. (Aragón et al. 2016).

1.1.3. Bebidas alcohólicas

Líquido que está compuesto por alcohol (etanol), puede estar presente de forma natural o adquirida; se utiliza una medida llamada consumo excesivo de alcohol, sé lo define por un consumo de 60 gramos de alcohol o más en una ocasión al mes; las bebidas alcohólicas se pueden clasificar según el proceso de elaboración. (Staff 2018)

1.1.4. Bebidas fermentadas

Procedentes de los cereales o frutas que sean hidrolizables, debido a la acción de sustancias microscópicas como la levadura y el azúcar que contienen se transforman en alcohol: vino, cerveza y la sidra. (Yépez et al. 2018 a)

1.1.5. Bebidas destiladas

La destilación es un proceso básico para mejorar la calidad y garantizar la optimización del alcohol; siendo el resultado de la vaporización de un líquido y la condensación de los vapores formados para luego separarlos, dando como resultado licores con alto contenido de alcohol: coñac, vodka, whisky, ron. (Ahumada et al .2017 a)

1.1.6. Morbilidad y mortalidad

El consumo contraproducente del alcohol es un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, discapacidad y muerte prematura, se considera un factor causante de más de 200 enfermedades y trastornos, causando enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y provocando violencia y un impacto en pérdidas económicas. Según la encuesta STEPS a nivel mundial en el año 2012 , el 5,9 % de las defunciones (3,3 millones) , y la carga mundial de morbilidad y

lesiones con el 5.1% se asoció al consumo de alcohol; las Américas se encuentran en el segundo lugar de consumo de alcohol más alto, luego de Europa; en el Ecuador según ENSANUT 2018 , el consumo de alcohol en la última semana en la población de 10 a 17 años fue 7,6% y el consumo alguna vez en la vida es de 26,2% , porcentaje relevante ya que además está prohibido el consumo de alcohol en menores de edad. (MSP, INEC ,OPS/OMS 2018 a).

En el país según ENSANUT 2012, la prevalencia de consumo de alcohol en la población de 20 a 59 años es de 92,6%; en hombres con 97,5% y mujeres 87,9%, existe una prevalencia más relevante de 93,6% en adultos de 30 a 39 años; en cuanto a las provincias con más prevalencia de consumo de bebidas que contienen alcohol se encuentran las más relevantes son Zamora Chinchipe con 96,3%, Loja con 96,0% y las provincias con menor prevalencia son Chimborazo con 76,6% y Tungurahua 86,6%. (Freire et al. 2012)

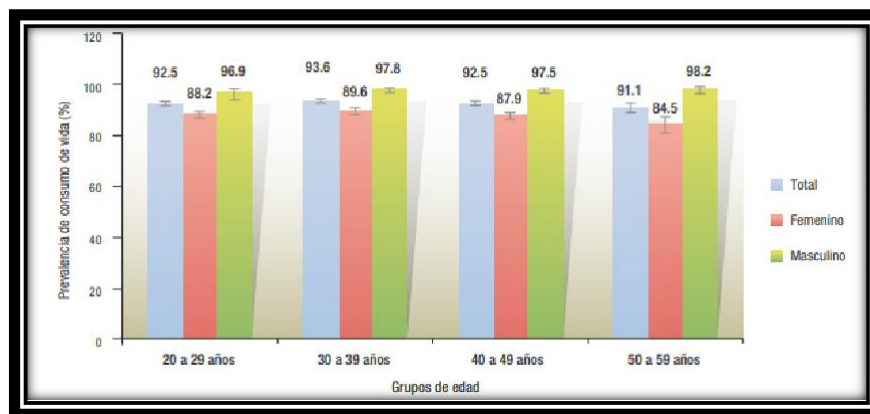


Ilustración 1-1: Prevalencia de consumo de vida de alcohol en la población de 20 a 59 años a escala nacional

Fuente: ENSANUT-ECU 2012.

1.1.7. Factores de riesgo

Los factores de riesgo son considerados circunstancias de naturaleza biológica, psicológica o social las cuales incrementan la posibilidad de que se presente un problema en este caso el riesgo del consumo de alcohol (Pérez et al. 2016).

Entre los factores de riesgo se incluyen los siguientes:

1.1.7.1. Sexo

Los hombres tienden a ser más consumidores de alcohol o bebedores sociales que las mujeres, esto es evidente según los resultados de ENSANUT 2012, en hombres con 97,5% y mujeres 87,9%.

1.1.7.2. Edad

Los períodos de transición tales como en la secundaria y al terminar la misma, son los períodos de mayor riesgo para el uso de sustancias. Debido al consumo temprano de alcohol, existe un mayor riesgo de depender y abusar de las bebidas alcohólicas.

1.1.7.3. Antecedentes familiares

Aumentan las probabilidades de ser consumidor de alcohol, si existen familiares cercanos que lo consumen, sin embargo, al tener familiares con este tipo de antecedentes no significa que la persona tendrá el mismo vicio, de igual manera si no los tiene no va a garantizar que la persona a un futuro presente el problema.

1.1.7.4. Factores psicológicos

Intervienen los problemas emocionales como la depresión, el estrés, la angustia, baja autoestima o ansiedad y dificultad para resistir presiones grupales, los cuales pueden conllevar a un consumo de alcohol.

1.1.7.5. Factores sociales

En el factor macro social se encuentra, la disponibilidad de sustancias que existe en el entorno que lo rodea; en cuanto a los factores micro sociales engloban, la influencia de las amistades o grupo de trabajo, inadecuados estilos de vida. (Pérez et al. 2016)

1.1.8. Enfermedades causadas por el alcohol

El consumo excesivo y frecuente de alcohol a largo plazo, forma parte de un grave problema médico a nivel mundial. Como resultado se presentan los siguientes efectos a la salud:

1.1.8.1. Enfermedad hepática

Un consumo excesivo de alcohol aumenta la grasa en el hígado conocida como esteatosis hepática, también hepatitis alcohólica debido que provoca inflamación del hígado y cirrosis por su consumo prolongado, causando daño en el tejido hepático, formando cicatrices y destrucción irreversible del mismo (Guerrero et al. 2018).

1.1.8.2. Enfermedades digestivas

La gastritis provoca la inflamación a la mucosa que recubre al estómago, provocando úlceras estomacales; además puede causar daños o generar inflamación en el páncreas dando como resultado pancreatitis (Guerrero et al. 2018 a).

1.1.8.3. Enfermedades del corazón

La hipertensión arterial el infarto al miocardio son más frecuentes en personas que tienen un consumo abusivo de alcohol; debido a que el alcohol tiene una acción directa en las glándulas suprarrenales, liberando una hormona llamada cortisona, esto eleva la presión arterial; además un consumo excesivo de alcohol puede provocar arritmia cardíaca (Candina et al. 2017).

1.1.8.4. Hipoglucemia

El alcohol altera la liberación de glucosa del hígado, lo que provoca niveles bajos de azúcar, por lo tanto esta sustancia nociva aporta a la gravedad de la hipoglucemia mediante a la inhibición de la gluconeogénesis, además un órgano enfermo se lo considera como un síntoma de la hipoglucemia, en el caso de enfermedades hepáticas y renales debido al papel importante que desempeñan estos órganos en la producción y el mantenimiento de niveles de glucosa en sangre (Nares et al. 2018).

1.1.8.5. Complicaciones neurológicas

Afecta al sistema nervioso, dando como resultado pérdida de la memoria a corto plazo, entumecimiento de las extremidades (manos y pies) y trastornos del pensamiento, además existe evidencia que el consumo igual o mayor a 140 gramos de bebidas alcohólicas durante el día a largo plazo, contribuye a diversas alteraciones cognitivas moderadas (Ballvé et al. 2018).

En otras investigaciones se ha identificado al alcohol como factor de riesgo, para el peso corporal, que se hablará en el siguiente capítulo.

1.2. Sobrepeso y Obesidad

1.2.1. Definición

El sobrepeso y obesidad se los definen como la excesiva acumulación de grasa que es perjudicial para la salud, considerados como una patología progresiva, crónica y multicausal más frecuente, involucra a todos los grupos de edad, de distintas culturas y de todas las clases sociales, se considera una persona con sobrepeso con un índice de masa corporal(IMC) igual o superior a 25 kg/m² y con un IMC igual o superior a 30 kg/m² una persona con obesidad (OMS 2020 d) ;(Díaz 2018).

1.2.2. Estadística

La prevalencia a nivel mundial de sobrepeso y obesidad va en aumento , es así que el en el año 2016, alrededor de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso , de los cuales, más de 650 millones eran obesos, mostrando mayor carga en el número de casos tanto en sobrepeso y obesidad en mujeres; cabe recalcar entre los años 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado, la Organización Mundial de la Salud ha denominado a la obesidad como “la epidemia del siglo XXI” , cada año mueren alrededor de 2,8 millones de habitantes a causa del sobrepeso y obesidad, además en la actualidad afecta a los países de ingresos altos, bajos y medios. (OMS 2020 e).

Según la FAO, en la región de las Américas el 58 % de los habitantes tiene sobrepeso y obesidad (360 millones de personas), siendo Chile (63%), México (64 %) y Bahamas (69%) los datos más relevantes, por lo tanto, cabe recalcar que en América Latina y el Caribe, el impacto de obesidad ocurre a las mujeres, siendo la tasa de obesidad en las mujeres mayor a 10 puntos porcentuales que la del hombre, en más de 20 países de la región. (Serrano et al. 2017).

En el Ecuador la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 a menos de 60 años según la encuesta ENSANUT 2012 es de 62.8% dando un total de población de 4,876076 (INEC, 2012). Sin embargo, en sexo femenino la prevalencia de obesidad es más alta con 27.6% , mientras que el sexo masculino es de 16.6%; al contrario del sobrepeso en donde el sexo masculino tiene una prevalencia de 43.4% y el femenino de 37.9%; por lo tanto, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es mayor en las mujeres con un 65.5%, mientras que en los hombres es de 60.0%; la prevalencia de sobrepeso y obesidad por provincias destaca las más afectadas son Galápagos (75.9%) , El Oro (69.4%), Guayaquil (66.8%), Carchi(67.2%) y Cañar(65,7%); y las

menos afectadas son Napo (49.2%), Bolívar (53.1%), Chimborazo (53.2%), Tungurahua (54.8%) y Pichincha (55.1%).(Freire et al. 2012 a)

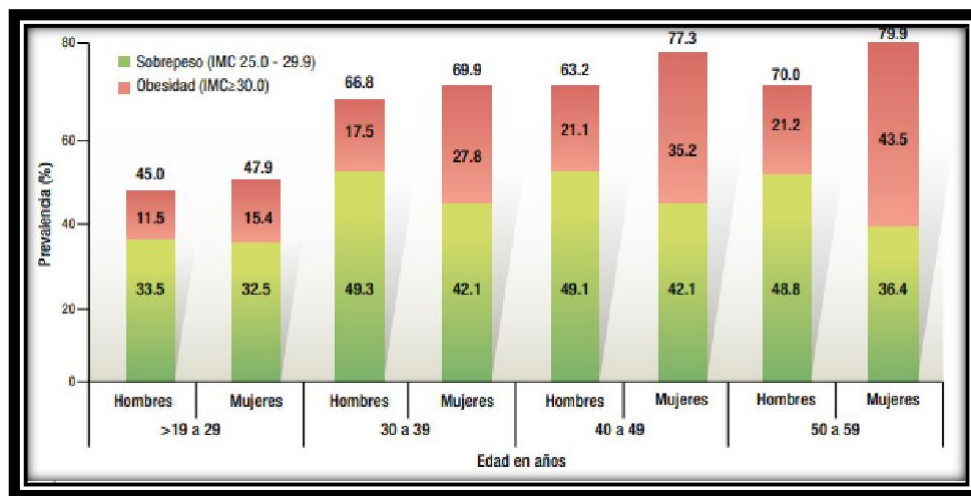


Ilustración 2-1: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos (mayores de 19 años a menores de 60 años), por grupos de edad y sexo.

Fuente: ENSANUT-ECU 2012.

1.2.3. Factores de Riesgo

Existen diversos factores que tienen un rol en el aumento de peso, la causa fundamental es un desequilibrio de energía entre las calorías consumidas y gastadas, por lo tanto, el incremento de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasas, acompañado de un estilo de vida sedentario, dando como resultado el incremento de peso corporal.

Entre otros factores se encuentran:

1.2.3.1. Factores Sociales y Económicos

Evitar este problema se torna complicado si no encuentras un lugar seguro donde realizar caminatas o ejercicio, en este factor influye las personas y medio en el que se relacionan, de igual manera sucede, si no se tiene el acceso a alimentos más saludables por motivos económicos.(Hazrati et al. 2018)

1.2.3.2. Factores Ambientales

Hace referencia al aumento de edad, debido a que mayor edad, mayor los cambios hormonales y el estilo de vida más sedentario aumentan el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad, además en la mujer los cambios hormonales son un factor que interviene en el aumento y a su vez en la

disminución del consumo calórico, por lo tanto, el ambiente obeso génico en el hogar, también es considerado como una causa de esta enfermedad, debido a que las figuras paternas inducen a incorrectos hábitos , tales como el consumo excesivo de alimentos pocos saludables y el sedentarismo.(Gutiérrez et al. 2017)

1.2.3.3. Estilo de Vida

Considerado como el factor culminante en la aparición de sobrepeso y obesidad, ya que dependerá sus hábitos alimentarios , si su consumo de alimento es excesivo, cuantas comidas tiene en el día, su patrón alimentario, si es activo físicamente, sin embargo si su estilo de vida no es el adecuado, todo esto dependerá para el favorecimiento del incremento de peso corporal (Quirantes et al. 2018).

1.2.3.4. Factores Endócrinos

Las alteraciones principales son producidas en el eje hipotalámico, hormona del crecimiento, sin embargo, la obesidad modifica los niveles plasmáticos de ciertas hormonas y provoca cambios en sus patrones de secreción (Álvarez et al. 2017).

Tabla 1-1: Principales cambios endocrinológicos en la obesidad

GLÁNDULA ENDOCRINA	ALTERACIÓN HORMONAL
PÁNCREAS ENDOCRINO	Hiperinsulinemia
SUPRARRENALES	Aumento de cortisol libre urinario y cortisol plasmático normal
HORMANOS	Descenso de ghrelina
GASTROINTESTINALES	
TIROIDES	Aumento de TSH y T3 libre
GÓNADAS	Mujer: descenso de SHBG. Aumento de estradiol libre y testosterona libre
	Hombre: descenso de SHBG. Descenso de testosterona total y libre.
TEJIDO ADIPOSO	Hiperleptinemia
	Descenso de adiponectina
HIPÓFISIS	Disminución de GH basal y estimulada
	Disminución de respuestas a estímulos de prolactina

Fuente: (Álvarez et al. 2017)

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

1.2.3.5. Factores Genéticos

Los genes relacionados con la obesidad se destaca el gen FTO y MC4R , siendo el polimorfismo del gen FTO cual destaca su relación don un incremento de IMC y perímetro de la cintura , de igual manera se ha hallado relación entre el gen FTO y MC4R y hábitos del comportamiento alimentario como la sensación de hambre o saciedad (Rodrigo et al. 2017).

1.2.3.6. Consumo de Alcohol

El alcohol inhibe la oxidación de las grasas, es decir evita que la grasa sea utilizada como fuente energética, provocando que un consumo frecuente de alcohol a largo plazo podría reflejarse a la conformación de más grasa en lugar de utilizar /aprovechar la grasa existente como energía, lo que se traduce como mayor probabilidad de padecer sobrepeso u obesidad (Higuera et al. 2017 b).

1.2.4. Consecuencia

Las personas que tienen sobrepeso u obesidad tienen un mayor riesgo de padecer muchas enfermedades y afecciones graves, a comparación de las personas que mantienen un peso saludable.

Tabla 2-1: Alteraciones que se asocian al sobrepeso y obesidad

VASCULARES	<ul style="list-style-type: none">▪ Hipertensión arterial▪ Enfermedad cardiovascular arteriosclerótica▪ Cardiopatía isquémica▪ Enfermedad cerebrovascular▪ Insuficiencia venosa periférica▪ Enfermedad Tromboembólica
CARDIO-RESPIRATORIAS	<ul style="list-style-type: none">▪ Insuficiencia cardíaca congestiva▪ Síndrome de apneas obstructivas durante el sueño
ENDOCRINO-METABÓLICAS	<ul style="list-style-type: none">▪ Resistencia a la insulina y Diabetes tipo II▪ Dislipidemia▪ Síndrome metabólico▪ Disfunción menstrual▪ Síndrome de ovario poliquístico▪ Infertilidad
URINARIAS	<ul style="list-style-type: none">▪ Incontinencia urinaria
DIGESTIVAS	<ul style="list-style-type: none">▪ Colelitiasis

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esteatosis hepática ▪ Reflujo gastroesofágico
OSTEO-ARTICULARES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Artrosis ▪ Lesiones articulares ▪ Deformidades óseas
PSICOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteraciones psicosociales ▪ Disminución de la calidad de vida ▪ Trastornos de comportamiento alimentario
CUTÁNEAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrías ▪ Acanthis nigricans
CÁNCER	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mujer: Vesícula, mama y endometrio en la postmenopausia. ▪ Hombre: colón, recto y próstata

Fuente:(Hernández 2018)

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

1.2.5. Clasificación

Según la OMS, la clasificación de sobrepeso y obesidad se aplica en adultos tanto hombres y mujeres, se basa en Índice de Masa Corporal (IMC), es el resultado de la relación del peso en kilogramos y la talla o altura en metros al cuadrado, de esta manera se obtienen los siguientes puntos de corte:(Moreno 2017)

Tabla 3-1: Clasificación del sobrepeso y obesidad según el IMC

CLASIFICACIÓN	IMC (kg/m ²)	RIESGO
Normal	18.5-24.9	Promedio
Sobrepeso	25-29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30-34.9	Moderado
Obesidad grado II	35-39.9	Severo
Obesidad grado III	≥40	Muy severo

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS,2016)

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

La circunferencia de la cintura es un indicador de la grasa abdominal, se toma en el punto medio entre el borde la costilla y cresta ilíaca, además, existe una relación de la adiposidad que se encuentra en el área abdominal, con las alteraciones metabólicas y cardiovasculares procedentes de la obesidad.(Artudeño et al. 2017)

Tabla 4-1: Grasa abdominal y riesgo cardiovascular

SEXO	RIESGO AUMENTADO	RIESGO MUY AUMENTADO
HOMBRE	>95 cm	>102 cm
MUJER	82 cm	>88 cm

Fuente: (Artudeño et al. 2017a)

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

1.2.6. Prevención

Un estilo de vida más saludable es la herramienta que previene el sobrepeso y obesidad.

El régimen alimentario tiene estar enfocado en alimentos que contengan bajo contenido energético, la implementación de estrategias para posibilitar el acceso a alimentos saludables como frutas y verduras, limitar el consumo de fast food , se debe considerar el tamaño de las raciones esto limita la ingesta energética, limitar el consumo de carbohidratos simples preferir carbohidratos complejos que contengan fibra para una mayor saciedad, eliminar el consumo de grasas saturadas optar por grasas saludables(aguacate, aceite de oliva, aceite de canola, frutos secos), consumir abundante agua , evitar el consumo de alcohol y bebidas azucaradas ya que facilitan la ganancia de peso; además es importante realizar ejercicio , dedicar un tiempo para realizarlo, ayudará conjunto a una dieta adecuada a prevenir el sobrepeso y obesidad; obteniendo una vida más saludable (Gallardo 2011).

1.2.7. Tratamiento

Los objetivos de la reducción de peso en adultos con sobrepeso y obesidad se enfocan a la pérdida de peso y al mantenimiento del mismo a largo plazo, además a la mejora de alteraciones asociadas con esta enfermedad, por lo tanto, existen modificaciones que se deben realizar en su estilo de vida, la incorporación de realizar ejercicio, un apoyo para que estos objetivos se cumplan será la utilización de técnicas cognitivo- conductuales.(Perea et al. 2014)

1.2.7.1. Tratamiento dietético

Una dieta hipocalórica equilibrada, un déficit energético entre 500 y 1.000 kcal sobre las necesidades energéticas del paciente, esto ayudara a la pérdida de peso; llevar una dieta alta en fibra, consumir proteínas de bajo contenido en grasa, aumentar el consumo de frutas y verduras frescas, es importante consumir abundante agua (Gallardo 2011).

1.2.7.2. Actividad Física

Realizar ejercicios anaeróbicos como de fuerza, resistencia va ayudar a un mejor resultado al momento de perder peso en el primer mes, además debe combinarse con ejercicios aeróbicos como caminar, trotar, correr para obtener mejores resultados, es importante ser consistente y dedicar de 4 a 5 días a estas actividades (Lecube et al. 2017).

1.2.7.3. Modificación Conductual

Las técnicas cognitivo-conductuales se deben aplicar para fomentar e incentivar a comprometerse al individuo a conseguir un cambio en el estilo de vida, se aspira que el paciente tome conciencia de sus actos frente a las consecuencias provocadas, se aplica estrategias como el control de estímulo se basa en la identificación de las acciones que resultan poco saludables; otro es el refuerzo positivo , se basa en reconocer los cambios nuevos que deben ser aplicados; la reestructuración cognitiva, modifica ciertas creencias no válidas; la auto monitorización de medidas corporales, el paciente mediante registros tiene un seguimiento de sus medidas corporales y de la actividad física que realiza , esto permite al paciente mayor implicación al programa de pérdida de peso (Perea et al. 2014 a).

1.2.7.4. Tratamiento Farmacológico

Es recomendable acudir a este tratamiento si el paciente tiene un IMC ≥ 30 kg/m² o > 27 kg/m² y si ni con los hábitos modificados no ha logrado disminuir su peso corporal en 3 meses; el fármaco Orlistat actúa como inhibidor de las enzimas lipasa gástrica y pancreática con capacidad a la reducción de grasa; Liraglutida tiene la capacidad de estimular la liberación pancreática de insulina, dando como resultado que el vaciamiento gástrico se vuelva lento, además reduce el apetito; estos medicamentos Naltrexona-Bupropión se administran de manera conjunta , su efecto es la reducción del apetito y aumenta el gasto calórico (Rodrigo et al. 2017 a).

CAPÍTULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Diseño de la investigación

2.1.1. *Tipo de estudio*

- El presente estudio es de tipo transversal, observacional.

2.1.2. *Población y muestra*

La población de estudio correspondió a una muestra de población ecuatoriana tanto mujeres y hombres de edades comprendidas de entre 18 y 65 años, que han consumido regularmente, dos o tres veces por mes, una o dos veces a la semana, periódicamente, o que nunca han consumido alcohol.

2.1.3. *Localización y duración de estudio*

El presente estudio se llevó a cabo en el territorio ecuatoriano en un periodo aproximado de 6 meses calendario, mediante una encuesta virtual que fue compartida durante 2 meses por correo electrónico, redes sociales como Twitter, Facebook y WhatsApp.

2.1.4. *Participantes*

2.1.4.1. *Criterios de inclusión*

- Hombres y mujeres ecuatorianos que consumen o no alcohol.
- Hombres y mujeres ecuatorianos de edad entre 18 y 65 años.
- Hombres y mujeres que accedan a contestar la encuesta virtual.

2.1.4.2. *Criterios de exclusión*

- Hombres y mujeres menores de edad de 18 años y mayores de 65 años.
- Hombres y mujeres que no hayan respondido todas las preguntas.
- Hombres y mujeres residentes fuera del territorio ecuatoriano.

2.1.5. *Universo*

Adultos residentes en el territorio ecuatoriano.

2.1.6. *Muestra*

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 307 el número total adultos que contestaron la encuesta virtual expuesta durante dos meses y aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.1.7. Variables

2.1.7.1. Operacionalización de variables de estudio

Tabla 1-2: Operacionalización de variables de estudio

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	ESCALA DE MEDIDA
SOCIODEMOGRÁFICAS						
EDAD CRONOLÓGICA	Cuantitativa	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de una persona	Cronológica	-18 – 30 años -31 – 40 años -41 – 50 años -51 - 65 años	Ordinal	Años
SEXO	Cualitativa	Definición biológica por características sexuales.	Biológica	Hombre Mujer	Nominal	.....
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Cualitativa	Hace referencia a los estudios completados por una persona	Demográfica	-Primaria..... 1 -Secundaria..... 2 -Superior..... 3 -Posgrado (Master, Doctorado)..... 4	Ordinal	-----
OCUPACIÓN	Cualitativa	Acción de realizar una determinada actividad de manera cotidiana.	Demográfica	-Ama de casa.....1 -Estudiante.....2 -Empleado/a Público..... 3 -Empleado/a Privado..... 4 -Trabajo independiente.....5	Nominal	-----
ANTROPOMÉTRICAS						

PESO	Cuantitativa	Peso de masa corporal total de un cuerpo.	Biológica	Kilogramos	Continua	kg
TALLA	Cuantitativa	Medida de la altura de una persona, desde la cabeza hasta los pies.	Biológica	Metros	Continua	m
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Cuantitativa	Consiste en dividir el peso, expresado en kilos, entre la estatura, en metros, elevada al cuadrado (kg/m ²).	Biológica	Kilogramos/metros ²	Continua	kg/m ²
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Cualitativa	Consiste en dividir el peso, expresado en kilos, entre la estatura, en metros ² con puntos de cohorte.	Biológica	Normal 18.5-24.9 kg/m ² 0 Sobrepeso 25-29.9 kg/m ² 1 Obesidad I 30-34.9 kg/m ² 2 Obesidad II 35- 39.9 kg/m ² 3 Obesidad ≥40 kg/m ².....4	Ordinal	kg/m ²
CONSUMO DE ALCOHOL						
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	Cualitativa	Implica beber bebidas alcohólicas (cerveza, whisky, vino, ron)	Psicográfica	- No.....0 -Si..... 1	Nominal	.....
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ANTERIORMENTE	Cualitativa	Haber consumido bebidas alcohólicas antes.	Psicográfica	-No.....0 -Si..... 1	Nominal	.....
TIEMPO DE NO CONSUMIR	Cuantitativa	Dejar de consumir bebidas alcohólicas	Psicográfica	- Menos de un año.....0	Ordinal	.....

BEBIDAS ALCOHÓLICAS				-Entre 1 a 2 años...1 -Hace más de 2 años.....2 -No aplica.....3		
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS: DEJAR POR SAUD	Cualitativa	Parar de consumir bebidas alcohólicas por motivos de salud.	Psicográfica	-Si..... 0 -No..... 1 -No aplica.....2	Nominal	.....
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS: DEJAR POR CONSEJO MÉDICO	Cualitativa	Parar de consumir bebidas alcohólicas por consejo médico.	Psicográfica	-Si..... 0 -No..... 1 -No aplica.....2	Nominal	.....
CONSUMO DE VINO TINTO POR SEMANA: NÚMERO DE COPAS	Cualitativa	La cantidad de copas de vino tinto consumidas por semana.	Psicográfica	-Menos de una copa de vino tinto -No tomo vino tinto o tomo apenas de vez en cuando	Nominal	.....
CONSUMO DE VINO BLANCO POR SEMANA: NÚMERO DE COPAS	Cualitativa	La cantidad de copas de vino blanco consumidas por semana.	Psicográfica	-Menos de una copa de vino blanco -No tomo vino blanco o tomo apenas de vez en cuando	Nominal	.....
CONSUMO DE LATAS, BOTELLAS O VASOS DE CERVEZA POR SEMANA: NÚMERO DE COPAS	Cualitativa	La cantidad total consumida de cerveza por semana.	Psicográfica	-Menos de una lata, botella o vaso de cerveza por semana -No tomo cerveza o tomo apenas de vez en cuando	Nominal	.....

CONSUMO DE DESTILADOS O BEBIDAS MEZCLADAS POR SEMANA: DOSIS	Cualitativa	La cantidad total de dosis consumidas de por semana.	Psicográfica	-Menos de una dosis de destilados o bebidas mezcladas por semana -No tomo destilados o bebidas mezcladas o tomo apenas de vez en cuando	Nominal	.....
FECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	Cuantitativa	Conocer con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas en un tiempo determinado.	Psicográfica	-Nunca -Dos o tres veces por mes -Una o dos veces por semana -Prácticamente todos los días -Dos veces por día o más	Ordinal	.....
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS: ACOMPAÑADA CON COMIDAS	Cualitativa	Consumir bebidas alcohólicas junto a las comidas.	Psicográfica	-Nunca o casi nunca con las comidas -Mayor parte fuera de las comidas -Tanto junto como fuera de las comidas -La mayor parte junto con las comidas -Siempre o casi siempre con las comidas	Nominal	

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

2.1.8. Variable independiente

- Consumo de alcohol

2.1.9. Variable dependiente

- Sobrepeso y Obesidad

2.2. Descripción de procedimientos

2.2.1. Procedimiento de recolección de información

El tema tiene la aprobación del comité de ética de la Universidad de Cuenca. Para la recolección de datos en la presente investigación se aplicó una encuesta la cual fue validada por EFRICA-EC, en la cual se presentó, como primero punto el consentimiento informado, en donde se aceptaba la participación en la investigación, la encuesta se dividió en tres categorías: 1) Datos sociodemográficos: edad, provincia de residencia actual, ocupación, nivel de instrucción (cabe recalcar en esta sección no se incluyó número de identificación, ni nombres); 2) Datos antropométricos: peso, talla e índice de masa corporal (IMC); 3) Consumo de alcohol para esta sección se utilizaron preguntas de la **Encuesta de Consumo de Alcohol** realizada por “**Estudio de factores de riesgo cardio metabólico en adultos ecuatorianos EFRICA-EC**”; estas preguntas se refirieron al consumo de cerveza, vino, wiski, aguardiente cualquier otro tipo de bebida alcohólica en el transcurso de la semana o si son acompañadas con las comidas, estas preguntas se ilustra en el Anexo A. En este contexto, a la persona entrevistada se le formuló primero una pregunta si consume alcohol en la actualidad, es decir ¿Actualmente consume bebidas alcohólicas? (sí o no), posteriormente se continuará con 10 preguntas adicionales.

Para facilitar el proceso de recolección de datos la encuesta se difundió a través de correo electrónico y redes sociales como Twitter, Facebook y WhatsApp.

2.3. Diseño de base de datos

Una vez culminado el proceso de recolección de toda la información se procedió con la elaboración de la base de datos con todas las variables correspondientes de datos socio demográficos, datos antropométricos y consumo de alcohol, estos datos fueron registrados en el programa de Microsoft Office Professional Plus “Excel” y posteriormente fueron trasladados al programa estadístico IBM SPSS para su respectivo análisis.

2.4. Temas estadísticos

2.4.1. Plan de análisis de datos

Una vez que se obtuvo la base de datos completa con los análisis de datos sociodemográficos, antropométrico y consumo de alcohol, en el programa Excel se realizó un cálculo de IMC (Índice de Masa Corporal) entre las variables de peso y talla, obteniendo una nueva variable con medida de kg/m^2 , posteriormente se estableció los puntos de corte para el diagnóstico del IMC. Luego, la información fue trasladada al programa SPSS para sus respectivos análisis. Se procedió a realizar los análisis para las variables nominales que corresponden a los datos demográficos, IMC cualitativo, Consumo de bebidas alcohólicas, Clasificación de bebidas alcohólicas consumidas por semana y Frecuencia de Bebidas Alcohólicas, que fueron reportados con estadística descriptiva de frecuencia y porcentaje. A continuación, se realizó el análisis de normalidad en la variable IMC cuantitativa, debido a que no sigue una distribución normal fue presentado con estadísticas descriptivas de mediana, mínimo, máximo y rango intercuartil. Al ser realizado el análisis de normalidad de la variable IMC cuantitativa fue reportado un dato extremo por el cual se procedió a omitirlo, debido a que este valor pudo modificar posteriores análisis. Para la estadística inferencial fue aplicada la prueba estadística Chi^2 para las variables cualitativas, y finalmente el análisis de ANCOVA para la relación de IMC cuantitativo y sexo.

Al contar con toda la base de datos de los respectivos análisis de datos demográficos, antropométrico y consumo de alcohol, se trasladó la información al software estadístico IBM SPSS para su análisis. En primera instancia se procedió a realizar el análisis de normalidad en donde aquellas variables que siguen una distribución normal fueron representadas con estadística descriptiva como los datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, ocupación), IMC cualitativo, clasificación de consumo de bebidas alcohólicas consumidas por semana. Las variables que no siguen una distribución normal como el IMC cuantitativo fueron representadas por la media y el rango intercuartil también se añadió el peso y talla para representar con estos valores.

CAPÍTULO III

3. MARCO DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. Marco de resultados

3.2. Análisis descriptivo

3.2.1. Características generales y demográfica de la población

Tabla 1-3: Características generales y demográfica de la población

Características generales		n= 307 (100%)
Edad		n (%)
	18 -30 años	242 (78,8)
	31-40 años	32 (10,4)
	41-50 años	21 (6,8)
	51-65 años	12 (3,9)
Sexo	Hombre	142 (46,3)
	Mujer	165 (53,7)
Escolaridad	Primaria	3 (1,0)
	Secundaria	59 (19,2)
	Superior	230 (74,9)
	Posgrado	15 (4,9)
Ocupación	Ama de casa	4 (1,3)
	Estudiante	185 (60,3)
	Empleado público	33 (10,7)
	Empleado privado	42 (13,7)
	Trabajo independiente	43 (14)
	Peso(kg)	Talla(m)
Media	65,30	1,62
Mínimo	44	1,40
Máximo	102	1,87
Rango Intercuartil	11,40	0,090

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

Análisis

Al analizar las características generales de la población se observó que en la variable edad de 18-30 años existe 242 participantes que corresponde al 78,8% de la muestra total. Respecto a la variable sexo existe un mayor número de mujeres que representa a 165 con un porcentaje de 53,7%. En cuanto al nivel de escolaridad se evidenció que la mayoría de la población tiene un nivel de estudio superior siendo 230 participantes correspondiente al 74,9%. Finalmente, la variable ocupación presentó 185 personas que respondieron ser estudiantes que corresponde al 60,3%.

3.2.2. Datos Antropométricos

3.2.2.1. Valores de Índice de masa corporal (IMC) de la muestra de estudio por sexo

Tabla 2-3: Valores de Índice de masa corporal (IMC) de la muestra de estudio por sexo

Valores de índice de masa corporal (IMC)		n=307 (100%)	
		Hombre n=142 (46,3%)	Mujer n= 165 (53,7%)
Índice de masa corporal		Hombre	Mujer
Mediana	23,81	24,15	23,53
Mínimo	18,71	18,71	19,04
Máximo	34,63	34,08	34,63
Rango intercuartil	4,14	4,19	4,15

Clasificación de IMC	n (%)
Normal	194 (63,2)
Sobrepeso	89 (29)
Obesidad I	24 (7,8)

Clasificación del IMC: Normal: 18,5-24,9 kg/m²; Sobrepeso: 25-29,9 kg/m²; Obesidad I: 30-34,9 kg/m²

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

Análisis

Se realizó un análisis de la variable cuantitativa y cualitativa de IMC, se observó un valor de mediana de 23,81, el valor mínimo es de 18,71, el valor máximo es de 34,63 y un rango intercuartil de 4,14. En cuanto a la clasificación del IMC, se obtuvo que 63,2% tiene un IMC normal (18,5-24,9 kg/m²), el 29% de la población en estudio presentó un diagnóstico de sobrepeso (25-29,9 kg/m²) y finalmente con un 7,8% de los participantes obtuvo un diagnóstico de obesidad I (30-34,9 kg/m²).

3.2.2.2. Relación entre las variables Diagnóstico de IMC y Sexo

Tabla 3-3: Relación entre las variables Diagnóstico de IMC y Sexo

Diagnóstico de IMC y Sexo		Diagnóstico de IMC				n= 307 (100%)	Valor de p
Sexo		Normal n (%)	Sobrepeso n (%)	Obesidad I n (%)	Total n (%)		
Sexo	Hombre	86 (28)	49 (16)	7 (2,3)	142 (46,3)	0,053	
	Mujer	108 (35,2)	40 (13)	17 (5,5)	165 (53,7)		
Total		194 (63,2)	89 (29)	24 (7,8)	307 (100)		

Clasificación del IMC: Normal 18,5-24,9 kg/m²; Sobrepeso 25-29,9 kg/m²; Obesidad I 30-34,9 kg/m²
p= valor de significancia (0,05)

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

Análisis

Al relacionar las variables de diagnóstico de IMC y sexo se detalla lo siguiente. En cuanto a un valor de IMC normal, el sexo hombre representa al 28% mientras que las mujeres representan el 35,2%. Por otro lado, los participantes hombres que tiene un diagnóstico de sobrepeso representan al 16%, frente a las mujeres que representa el 13%. En el diagnóstico de obesidad I los participantes hombres muestran un 2,3% paralelamente a las mujeres que representan un 5,5%. Al realizar la prueba estadística chi² se pudo observar el valor de p=0,053 que no existe una relación estadísticamente significativa. Por lo que se concluye que la variable sexo no influye en el diagnóstico de IMC de una persona. Debido a esto se necesita más análisis, no existió diferencias estadísticamente significativas porque las muestras de hombres y mujeres no son homogéneas.

3.2.3. Consumo de bebidas alcohólicas

3.2.3.1. Clasificación de bebidas alcohólicas consumidas por semana

Tabla 4-3: Valores de la Clasificación de bebidas alcohólicas consumidas por semana

Valores de la Clasificación de bebidas alcohólicas consumidas por semana	N= 307 (100%)
Clasificación de consumo de bebidas alcohólicas por semana	n (%)
No bebe regularmente	161 (52,4)
Hasta 2 bebidas por semana	59 (19,2)
Al menos de 3 a 5 bebidas por semana	42 (13,7)
De 6 a 8 bebidas por semana	10 (3,3)
Más de 8 bebidas por semana	35 (11,4)

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

Análisis

Al analizar la variable de la Clasificación de bebidas alcohólicas consumidas por semana, se observa que el 52,4% de los participantes no bebe regularmente, 19,2% representa a la población que consume hasta 2 bebidas por semana; con el 13,7% que representa a los sujetos que toman al menos de 3 a 5 bebidas por semana; los participantes de 6 a 8 bebidas por semana corresponden al 3,3% y por último los sujetos de estudio que consumen más de 8 bebidas a la semana representan el 11,4%.

3.2.3.2. Valores de la Frecuencia de Bebidas Alcohólicas

Tabla 5-3: Valores de la Frecuencia de Bebidas Alcohólicas

Valores de la Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas consumidas		n= 307 (100%)
Clasificación de consumo de bebidas alcohólicas	n (%)	
nunca	142 (46,3)	
2-3 veces por mes	35 (11,4)	
1-2 veces por semana	126 (41)	
prácticamente todos los días	4 (1,3)	
2 veces por día o mas	0 (0,0)	

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

Análisis

Se analizó la variable Frecuencia de bebidas alcohólicas en el que se encontró los siguientes datos. Se obtuvo que el 46,3% nunca consumen bebidas alcohólicas; el 11,4% de la población en estudio consume de 2 a 3 veces por mes; el 41% de los sujetos consume entre 1 a 2 veces por semana y por último el 1,3% de los participantes consume prácticamente todos los días.

3.2.3.3. Relación entre las variables Consumo de bebidas alcohólicas y el sexo en la muestra de estudio

Tabla 6-3: Relación entre las variables Consumo de bebidas alcohólicas y el sexo en la muestra de estudio

Consumo de bebidas alcohólicas y Sexo					n= 307 (100%)
		Clasificación de bebidas alcohólicas			Valor de p
		Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	
Sexo	Hombre	79 (25,73)	63 (20,52)	142 (46,25)	<0,001
	Mujer	47 (15,31)	118 (38,44)	165 (53,75)	
Total		126 (41,04%)	181 (58,96)	307 (100)	

p= valor de significancia (0,05)

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

Análisis

Al analizar las variables Consumo de bebidas alcohólicas y sexo se observa los siguientes valores; en cuanto al sexo hombre se reporta que el 25,73% si consume bebidas alcohólicas mientras que el sexo mujer que si consume bebidas alcohólicas representa el 15,31%, dando un total de 41,04% de sujetos que si consumen bebidas alcohólicas. Al realizar la prueba estadística chi2 se observa que si existe una relación estadísticamente significativa debido a que el valor de $p = <0,001$. Por lo que se concluye que el consumo de bebidas alcohólicas se relaciona con el sexo de la población estudiada.

3.2.3.4. Relación entre las variables Diagnóstico de IMC y Diagnóstico de Consumo de alcohol semanal

Tabla 7-3: Relación entre las variables Diagnóstico de IMC y Diagnóstico de Consumo de alcohol semanal

Diagnóstico de IMC y Diagnóstico de Consumo de alcohol semanal		n= 307 (100%)				
		Diagnóstico de IMC			Valor de p	
		Normal n (%)	Sobrepeso n (%)	Obesidad I n (%)		Total n (%)
Diagnóstico de Consumo de alcohol semanal	No bebe regularmente	107 (34,9)	41 (13,4)	13 (4,2)	161 (52,4)	0,504
	Hasta 2 bebidas por semana	37 (12,1)	18 (5,9)	4 (1,3)	59 (19,2)	
	Al menos de 3 a 5 bebidas por semana	26 (8,5)	13 (4,2)	3 (1,0)	42 (13,7)	
	De 6 a 8 bebidas por semana	8 (2,6)	2 (0,7)	0 (0,0)	10 (3,3)	
	Más de 8 bebidas por semana	16 (5,2)	15 (4,9)	4 (1,3)	35 (11,4)	
Total		194 (63,2)	89 (29)	24 (7,8)		

Clasificación del IMC: Normal 18,5-24,9 kg/m²; Sobrepeso 25-29,9 kg/m²; Obesidad I 30-34,9 kg/m²
p= valor de significancia (0,05)

Realizado por: Cisneros, Luisa 2023.

Análisis

Al relacionar las variables de Diagnostico de IMC y el consumo de alcohol semanal, se observó los siguientes datos; en cuanto al diagnóstico del IMC normal el 34,9 % no bebe regularmente, los participantes que beben hasta dos bebidas por semana representan el 12,1%; el 8,5% bebe al menos de 3 a 5 bebidas a la semana; los sujetos que beben de 6 a 8 bebidas por semana corresponden 2,6% y por último con un porcentaje de 5,2% que toman más de 8 bebidas a la semana. Respecto al IMC de sobrepeso los participantes que no beben regularmente representan al 13,4%; los sujetos que toman hasta 2 bebidas a la semana representan el 5,9%; con un 4,2% corresponde a los participantes que consumen al menos de 3 a 5 bebidas por semana; el 0,7% representa a los sujetos que toman de 6 a 8 bebidas por semana y por último el 4,9% que representa a los participantes que consumen más de 8 bebidas por semana. Finalmente, con un diagnóstico

de IMC para obesidad I el 4,2% no bebe regularmente, el 1,3% de los participantes consume hasta 2 bebidas a la semana; los participantes que consumen de 3 a 5 bebidas por semana representan al 1,0% de la población, y por último los participantes que consumen más de 8 bebidas a la semana corresponde al 1,3%. Sin embargo, el valor de $p= 0,504$ no existe relación estadísticamente significativa entre IMC y consumo de alcohol o dicho de otra forma, el consumo de alcohol no influye en el IMC de los investigados.

3.3. Discusión de los resultados

La presente investigación se realizó con el objetivo de relacionar el sobrepeso y obesidad con el consumo de alcohol en una muestra de población adulta ecuatoriana durante el año 2020. Parte del problema del consumo de esta sustancia, es su aumento de forma progresiva y alarmante, donde, sin darse cuenta las personas son capaces de tolerar mayores cantidades de alcohol y consumirlo inclusive con mayor frecuencia. Ante este tipo de casos y la prevención de los mismos, es de suma importancia prestar atención, debido a que como se ha comentado la cantidad de energía aportada por una bebida con alcohol, el efecto inhibitor de la saciedad y la cantidad ingerida de comida en ese acto puede traducirse en una ganancia incluso excesiva de peso, lo cual podría depender o determinarse mediante las cantidades ingeridas. (Higuera, Alfredo, & Geu, 2017).

Peso corporal

Para la evaluación de los participantes del estudio se utilizó el método de Índice de Masa Corporal (IMC), en donde se relacionan dos indicadores el peso corporal y la talla. La población estudiada presenta el 38,8% de problemas de sobrepeso y obesidad grado I, en donde la Organización Mundial de la Salud recalca resultados similares, en el que manifiesta que en el año 2016 con el 39% de la población adulta presentó sobrepeso y con el 13% tenía obesidad. (OMS, 2020) , también existen resultados relevantes de la base de datos de ENSANUT 2012 en donde manifiesta que en el Ecuador la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 a menos de 60 años es de 62.8% dando un total de población de 4,876076. (INEC, 2012). Cabe recalcar que en el presente estudio el sexo mujer presentó 13% con un diagnóstico de sobrepeso y 5,5% de obesidad grado I, en cuanto a los hombres con 16% sobrepeso y con 2,3% obesidad grado I, siendo de esta manera que las mujeres presentan un mayor porcentaje de obesidad, ya que su composición corporal presenta más masa magra que los hombres.

Consumo de alcohol

Mediante un cuestionario de consumo de alcohol se evaluó a los participantes, en donde se encontró que el 41,04% de los individuos del estudio si consumen bebidas alcohólicas, en donde el sexo mujer corresponde al 15,31% y con un 25,73% al sexo hombre, y el 58,96% no consumen

bebidas alcohólicas. En donde según la encuesta STEPS, América se encuentra en el segundo lugar de consumo de alcohol más alto, luego de Europa (MSP, INEC, OPS/OMS 2018). De la misma manera los resultados de la Encuesta de Salud y Nutrición ENSANUT 2012, reportó que la prevalencia de consumo de alcohol en la población ecuatoriana de 20 a 59 años es de 92,6%; en hombres con 97,5% y mujeres 87,9%, existe una prevalencia más relevante de 93,6% en adultos de 30 a 39 años. Estos datos reportan una similitud con el presente estudio en donde existe un mayor consumo de bebidas alcohólicas por parte de los hombres.

El consumo de alcohol y su relación con el sobrepeso y obesidad

En la muestra estudiada al relacionar el diagnóstico de consumo de alcohol semanal y el diagnóstico de IMC, se observó el valor de $p= 0,0504$ no es estadísticamente significativo, en donde no hay relación entre el IMC y el consumo de alcohol en el presente estudio. Con resultados no similares en otro estudio realizado en hombres chinos el consumo de alcohol tuvo una relación directa con el IMC, la cual dependió de la cantidad y regularidad de la ingesta (Liao et al.2016). En otro estudio encontrado en población hispana y latinos el resultado fue que el riesgo de obesidad abdominal se vio incrementado en los sujetos con alguna regularidad de ingesta de alcohol (Vidot et al. 2016), y también en hombres coreanos entre los que el consumo de alcohol se ha relacionado con mayor frecuencia de obesidad (OR = 1.28), a diferencia de las mujeres coreanas donde la asociación fue inversa (OR = 0.70) (Yoon et al.2016). En un meta-análisis reciente se encontró mayor frecuencia de obesidad abdominal y comorbilidades (agrupada como síndrome metabólico) en grupos con dependencia al alcohol, incluso cuando fueron comparados con sujetos con antecedentes de abuso de alcohol, lo que sugiere una relación entre el consumo excesivo y la obesidad (Vancampfort et al. 2017) .Debido a que en la presente investigación no existió relación entre el IMC y el consumo de bebidas alcohólicas, esto pudo ser afectado por la muestra de estudio, ya que en los otros estudios presentan una muestra de estudio más extensa.

Entre las fortalezas del proyecto de investigación se encuentran, el uso de herramientas virtuales tales como, encuesta realizada mediante FORMS, el uso de aplicaciones como Facebook, WhatsApp y Twitter para difundir la encuesta, el programa estadístico BMI SPSS.

Las debilidades se evidencian en los resultados estadísticos no significativos, debido a la muestra seleccionada de población, además este proyecto fue realizado en el confinamiento por la pandemia COVID-19.

CONCLUSIONES

Se evaluó las características generales de la población estudiada, en donde la mayoría de personas representaba a la edad entre 18 años y 30 años, mientras el sexo que predominó fueron las mujeres, en cuanto el nivel de instrucción la mayoría curso el nivel superior y por último la mayoría de los participantes fueron estudiantes.

Para identificar el consumo de alcohol en la muestra de estudio se utilizó el cuestionario de consumo de bebidas alcohólicas, en donde 41,04% de personas si consumen bebidas alcohólicas, siendo un valor menor en frente a las personas que no consumen bebidas alcohólicas con un total de 58,96% participantes; en donde el sexo hombre es el que más consume bebidas alcohólicas.

Se analizó el diagnóstico de IMC por sexo, en donde el 29% de muestra estudiada presenta un diagnóstico de sobrepeso, ocupando un mayor porcentaje el sexo hombre correspondiente al 16% y las mujeres con un 13%. Por otro lado, con un diagnóstico de Obesidad I representa el 7,8% de los participantes, en donde el sexo mujer predomina con el 5,5% y en cuanto a los hombres correspondiente al 2,3%.

Esta investigación no acepta la hipótesis planteada la cual es, el consumo de alcohol influye en el desarrollo del sobrepeso y obesidad en la población adulta ecuatoriana, ya que mediante los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos.

RECOMENDACIONES

A nivel nacional no existen investigaciones enfocadas a este campo, por lo que se recomienda a los estudiantes e investigadores analizar el presente estudio, para que de esta manera exista evidencia científica del consumo de bebidas alcohólicas y su relación con el sobrepeso y obesidad.

Realizar estudios de seguimiento de la relación del consumo de alcohol y la composición corporal o de cohorte longitudinal a largo plazo debido a que en el presente estudio solo se analizó durante 6 meses y es muy conveniente analizar la situación en todos los aspectos y situaciones de la vida y así garantizar óptimas condiciones de salud y nutrición de la población.

Es importante que para evitar problemas de salud se lleve una alimentación saludable, en la que incluya todos los grupos de alimentos en las porciones adecuadas, la practica constante de ejercicio físico ayuda también a mantener una óptima salud.

BIBLIOGRAFÍA

AHUMADA, J., GÁMEZ, M. & VALDEZ, C., El consumo de alcohol como problema de salud pública alcohol consumption as a public health problem. *Ra Ximhai*, ISSN 1665-0441.

ÁLVAREZ, P., SANGIAO, S., BRANDÓN, I. & CORDIDO, F., Función endocrina en la obesidad. *Endocrinología y Nutrición* [en línea], vol. 58, no. 8, pp. 422-432. [Consulta: 29 noviembre 2020]. ISSN 15750922. DOI 10.1016/j.endonu.2011.05.015. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-funcion-endocrina-obesidad-S1575092211002361>.

ARAGÓN, C., MIQUEL, M., CORREA, M. & SANCHIS-SEGURA, C. Absorción, distribución y eliminación del etanol. [en línea], [Consulta: 28 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/541/533>.

ARTUDEÑO, P., BACA, E., BARTOLOMÉ, L., MARTÍNEZ, M., et. al. *Principios de la obesidad mórbida* [en línea]. Editorial. S.l.: s.n. [Consulta: 29 noviembre 2020]. ISBN 978-84-9148-180-5. Disponible en: https://elibro.net/es/ereader/epoch/58825?fs_q=sobrepeso_y_obesidad&prev=fs&page=39.

BALLVÉ, A., LÓPEZ, L., MORILLAS, R. & PLANAS, R., Manifestaciones neurológicas del alcoholismo. , vol. 40, no. 10.

CANDINA, H., BATISTA, A. & PULDÓN, G., Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescentes. Modelos animales. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas*, vol. 31, no. 1, pp. 26-36. ISSN 08640300.

DÍAZ, J., *El libro negro de los secretos de la obesidad* [en línea]. S.l.: s.n. [Consulta: 29 noviembre 2020]. ISBN 9788468627069. Disponible en: https://elibro.net/es/lc/epoch/titulos/51297?fs_q=sobrepeso_y__obesidad&fs_page=2&prev=fs.

EVORA, S., Alcohol y fisiología humana: Capítulo 2- Donde todo comienza: el alcohol en el aparato digestivo. [en línea], [Consulta: 28 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/alcohol-y-fisiologia-humana-capitulo-2-donde-todo-comienza-el-alcohol-en-el-aparato-digestivo>.

FREIRE, W., RAMÍREZ, M., BELMOT, P., MENDIETA, M., SILVA, K., et. al. Encuesta nacional de salud y nutrición -ensanut. [en línea], [Consulta: 28 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MS_P_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf.

GALLARDO, M., Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *La Revista Española de Obesidad* [en línea], vol. 10, no. 1. [Consulta: 29 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Documento-Consenso-FESNAD-SEEDO-Oct2011.pdf>.

GUERRERO, C., MUÑOS, J., SÁENZ DE MIERA, B., PÉREZ, R. & REYNALES, L., Impact of harmful consumption of alcohol in accident-related mortality and chronic diseases in Mexico. *Salud publica de Mexico* [en línea], vol. 55 Suppl 2, no. 2, pp. S282-8. ISSN 1606-7916. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24626706>.

GUTIÉRREZ, J., GUEVARA, M., ENRÍQUEZ, M., PAZ, M., HERNÁNDEZ DEL ÁNGEL, M., LANDEROS, E. & ALBERTO, E., Estudio en familias: factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad Study of families: Environmental and Cultural Factors associated with Overweight and Obesity. [en línea], [Consulta: 29 noviembre 2020]. DOI 10.6018/eglobal.16.1.253811. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.253811>.

HAZRATI, S., WONG, W. & HUDDLESTON, K., Factores clínicos, sociales y genéticos asociados con obesidad al año de vida. [en línea], [Consulta: 29 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=92346>.

HERNÁNDEZ, J., Recomendaciones para el tratamiento médico de la obesidad exógena en el nivel primario de atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [en línea], vol. 34, no. 3. [Consulta: 29 noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/958/209>.

HIGUERA, L., PIMENTEL, J., MENDOZA, J., RIEKE, S., PONCE, U. & CAMARGO, G., El consumo de alcohol como factor de riesgo para adquirir sobrepeso y obesidad alcohol. *Ra Ximhai*, ISSN 1665-0441.

INEC, Encuesta Nacional De Salud y Nutrición. [en línea], vol. 1, pp. 47. Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec/...inec/Estadisticas.

LECUBE, A., MONEREO, S., RUBIO, M.Á., MARTÍNEZ-DE-ICAYA, P., et. al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, vol. 64, pp. 15-22. ISSN 25300164. DOI 10.1016/j.endonu.2016.07.002.

MORENO, M., Definición y clasificación de la obesidad. *Pediatric Neurology Briefs*, vol. 9, no. 7, pp. 50. ISSN 1043-3155. DOI 10.15844/pedneurbriefs-9-7-2.

MSP, INEC & OPS/OMS, Encuesta steps ecuador 2018 MSP , INEC , OPS / OMS Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. ,

NARES, M., GONZÁLEZ, A., MARTÍNEZ, F. & MORALES, M., Hipoglucemia: el tiempo es cerebro. ¿Qué estamos haciendo mal? *Med Int Méx.* [en línea], vol. 34, no. 6, pp. 881-895. DOI 10.24245. Disponible en: www.medicinainterna.org.mx.

OMS, Definición de alcohol. [en línea]. [Consulta: 28 marzo 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol?fbclid=IwAR1HCOeMF5ICf3_F9PL0A5QXAABNc4J1Trm1xyR8If5uQ5L7sV_SRoA7-rQ.

OMS, *Sobrepeso y obesidad*. [en línea]. [Consulta: 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. 2020.

PEREA, A., LÓPEZ, G., MARTÍNEZ, M., LARA, A., ARZA, C., et. al. Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad . *Acta Pediatr Mex* [en línea], vol. 35, pp. 316-337. [Consulta: 29 noviembre 2020]. Disponible en: www.actapediatrica.org.mx.

PÉREZ, E., SOLER, M., PERÉZ, R. & GONZÁLES, G., Factores de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *Multimed*, vol. 20, no. 2, pp. 308-321. ISSN 1028-4818.

QUIRANTES, A., LÓPEZ, M., HERNÁNDEZ, E. & PAÉZ, A., Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública* [en línea], vol. 35, no. 3. [Consulta: 29 noviembre 2020]. ISSN 1561-3127. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300014.

RODRIGO, S., SORIANO DEL CASTILLO, J. & MERINO, J., Obesity's causes and treatment. , DOI 10.12873/374rodrigo. 2017.

SERRANO, M., CASTILLO, N. & PAJITA, D., La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina* [en línea], vol. 78, no. 2, pp. 67. [Consulta: 18 noviembre 2020]. ISSN 1025-5583. DOI 10.15381/anales.v78i2.13213. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

STAFF, A.R.C.R.E., Drinking Patterns and Their Definitions. *Alcohol Research: Current Reviews* [en línea], vol. 39, no. 1, pp. 17. [Consulta: 29 marzo 2022]. ISSN 21694796. Disponible en: [/pmc/articles/PMC6104961/](http://pmc/articles/PMC6104961/).

SUMBA, M., *El alcoholismo en la adolescencia*. S.l.: Universidad de Cuenca. 2017.

YÉPEZ, C. & GUERRERO, E., Elaboración de una Bebida Alcohólica Destilada a partir de Yuca (*Manihot esculenta*) y Zanahoria Blanca (*Arracacia xanthorrhiza*). [en línea]. [Consulta: 29 marzo 2022]. Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/7471/1/138951.pdf>.



ANEXOS

ANEXOS A: ENCUESTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES

Edad

18-30 años

31-40 años

41-50 años

51-65 años

Sexo

Hombre

Mujer

¿Cuál es su peso en kilos? (escriba solo el número sin palabras)

¿Cuál es su talla en metros? (escriba solo el número sin palabras)

Nivel de escolaridad

Primaria

Secundaria

Superior

Posgrado (Master, Doctorado)

Ocupación/profesión

Ama de casa

Estudiante

Empleado/a Público

Empleado/a Privado

Trabajo independiente

Provincia de Residencia

Galápagos

Esmeraldas

Manabí

Los Ríos

Santa Elena

Guayas

Santo Domingo

El Oro

Azuay

Bolívar

- Cañar
- Carchi
- Cotopaxi
- Chimborazo
- Imbabura
- Loja
- Pichincha
- Tungurahua
- Morona Santiago
- Napo
- Orellana
- Pastaza
- Sucumbíos
- Zamora Chinchipe

HÁBITOS ALCOHÓLICOS

1. Actualmente, ¿usted consume bebidas alcohólicas?

- No
- Si

2. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas anteriormente?

- No
- Si

3.¿Hace cuánto tiempo paró de consumir bebidas alcohólicas?

- Menos de un año
- Entre 1 a 2 años
- Hace más de 2 años
- No aplica

4.¿Usted paró de consumir bebidas alcohólicas por motivos de salud?

- No
- Si
- No aplica

5.¿Usted paró de consumir bebidas alcohólicas por consejo de un médico (u otro profesional de salud)?

- No
- Si
- No aplica

6.¿Cuántas copas de vino tinto consume por semana?

Menos de una copa de vino tinto 1

No tomo vino tinto o tomo apenas de vez en cuando

7. ¿Cuántas copas de vino blanco consume por semana?

Menos de una copa de vino blanco

No tomo vino blanco o tomo apenas de vez en cuando

8. ¿Cuántas latas, botellas o vasos de cerveza consume por semana?

Menos de una lata, botella o vaso de cerveza por semana

No tomo cerveza o tomo apenas de vez en cuando

9. ¿Cuántas dosis de destilados (tales como wiski, vodka, ron, tequilas o destilados de caña) o bebidas mezcladas con destilados (cocteles) consume por semana?

Menos de una dosis de destilados o bebidas mezcladas por semana

No tomo destilados o bebidas mezcladas o tomo apenas de vez en cuando

10. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia consumió 5 o más dosis de cualquier tipo de bebida alcohólica en un período de 2 horas?

Nunca

Dos o tres veces por mes

Una o dos veces por semana

Prácticamente todos los días

Dos veces por día o más

11. ¿Del total de bebidas alcohólicas que consume, con qué frecuencia ingiere junto a las comidas?

Nunca o casi nunca con las comidas

Mayor parte fuera de las comidas

Tanto junto como fuera de las comidas

La mayor parte junto con las comidas

Siempre o casi siempre con las comidas



epoch

Dirección de Bibliotecas y
Recursos del Aprendizaje

UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS Y ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO Y
DOCUMENTAL

REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA

Fecha de entrega: 06 / 04 / 2023

INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)
Nombres – Apellidos: Luisa Karina Cisneros Coca
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
Facultad: Salud Pública
Carrera: Nutrición y Dietética
Título a optar: Licenciada en Nutrición y Dietética
f. Analista de Biblioteca responsable: Ing. Rafael Inty Salto Hidalgo

0624-DBRA-UPT-2023

