



# Prevalencia de la Obesidad y sus factores de riesgo

Distrito de Panamá  
2008



**Anselmo J. Mc Donald P.**

Panamá, República de Panamá  
Agosto de 2008



ALCALDÍA DE PANAMÁ



613.25

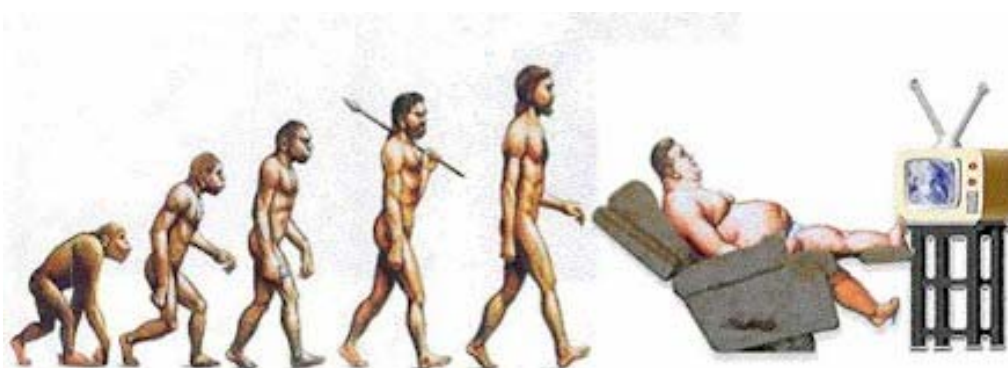
Mc145 Mc Donald Posso, Anselmo Joaquín  
Prevalencia de la obesidad y sus factores de riesgo / Anselmo  
Joaquín Mc Donald Posso. – Panamá : [s.n], 2008.  
49p. ; 21 cm.

ISBN 978.9962-00-484-4

1. MEDICINA 2. OBESIDAD I. Título.

#### Colaboradores:

1. Secretaría Nacional de Ciencias, Tecnología e Innovación (SENACYT).
2. Alcaldía de Panamá.
3. Facultad de Ciencias de la Salud Dr. William C. Gorgas de la Universidad Latina de Panamá.
4. Modesta Haughton. Licenciada en Enfermería. Especialista en Salud Pública y Epidemiología.
5. Jajaira I. Camargo de Palma. Encuestadora.
6. Velkys Coba. Encuestadora.
7. Yelenna Ramos. Encuestadora.



Fuente: [http://www.portalesmedicos.com/noticias/ketchum\\_obesidad.htm](http://www.portalesmedicos.com/noticias/ketchum_obesidad.htm)

La obesidad: una consecuencia de la evolución humana.  
Realiza actividad física, ingiere alimentos saludables, evita el consumo de tabaco.

**PREVALENCIA DE LA OBESIDAD Y SUS  
FACTORES DE RIESGO.**

**DISTRITO DE PANAMÁ. 2008.**

*Anselmo J. Mc Donald P.*

**Panamá, República de Panamá  
Agosto de 2008.**

## **RESUMEN**

En esta investigación cuali-cuantitativa, de corte transversal, se presenta la importancia de la obesidad como enfermedad tanto a nivel mundial como en nuestro país, y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles que están estrechamente relacionadas con ésta. Se identificaron las principales causas de mortalidad de la República de Panamá y la relación que estas morbilidades tienen con la enfermedad sujeta a investigación. La población en estudio se dividió en adulto (personas de 20 a 59 años de edad) y adulto mayor (personas de 60 años y más). Para la concreción de los objetivos se aplicaron encuestas o formularios estructurados adaptados de la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud a 10 de los 21 corregimientos del Distrito de Panamá, los cuales fueron escogidos según el registro de las principales causas de mortalidad del país en los corregimientos del Distrito. La muestra se calculó considerando la prevalencia obtenida en estudios multicéntricos realizados en América Central Ístmica. Los resultados obtenidos determinaron que la prevalencia del estado nutricional en la población estudiada del Distrito de Panamá fue de 35.10% para la obesidad, 33.60% sobrepeso, 28.90% normal y 2.40% bajo peso; mientras que en los adultos mayores fue de 19.10% para la obesidad, 46.80% sobrepeso y el 34.00% normal.

## TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	v
Objetivos.....	vi
Objetivo General.....	vi
Objetivos Específicos.....	vi
Justificación.....	vii
Fundamento Teórico.....	1
Metodología.....	4
Consideraciones Éticas.....	5
Presentación y Análisis de los Resultados.....	6
Conclusiones.....	29
Recomendaciones.....	30
Referencias Bibliográficas.....	31
Anexos.....	33

## INTRODUCCIÓN

La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es un problema de salud caracterizada por la presencia de un peso por encima de los valores adecuados a la edad y talla de la persona. Es la enfermedad metabólica, crónica, no transmisible, de mayor prevalencia en el mundo occidental y se asocia a una elevada morbimortalidad, por lo que constituye un grave problema de salud pública, social y económico. Existe una relación comprobada entre la obesidad, la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, algunos tipos de cáncer, entre otros, y se relaciona con factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

La situación nutricional en Panamá está experimentando cambios, ya que se están presentando problemas asociados a la obesidad causada por el exceso de consumos de ciertos alimentos. A este proceso contribuye en mayor proporción el acelerado crecimiento urbanístico, produciéndose cambios en los estilos de vida de la población, debido en gran parte a la publicidad dirigida a estimular el consumo de alimentos procesados.

En nuestro país, las cinco principales causas de muerte desde el año 2001 hasta el año 2005, según la Contraloría General son enfermedades relacionadas con la obesidad, tal como lo indica el siguiente cuadro:

### Cuadro No.1

Seis primeras causas de muerte en la República de Panamá desde el año 2000 hasta el año 2005.

2001	2002	2003	2004	2005
Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
Enfermedades Cerebrovasculares	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otras violencias	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otras violencias	Enfermedades Cerebrovasculares	Enfermedades Isquémicas del Corazón
Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otras violencias	Enfermedades Cerebrovasculares	Enfermedades Cerebrovasculares	Enfermedades Isquémicas del Corazón	Enfermedades Cerebrovasculares
Enfermedades Isquémicas del Corazón	Enfermedades Isquémicas del Corazón	Enfermedades Isquémicas del Corazón	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otras violencias	Accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otras violencias
Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus

Fuente: Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo. Disponible en: <http://www.contraloria.gob.pa/dec>

Es por ello que en este trabajo de investigación se presentan los resultados obtenidos sobre la prevalencia de la obesidad en la población adulta de 20 a 59 años y de 60 años y más del Distrito de Panamá desde el 5 de abril de 2008 al 1 de junio de 2008, así como la presencia o ausencia de factores de riesgo y factores protectores para el desarrollo de este proceso patológico y de esta manera, contar con indicadores producto de la investigación científica que servirán para medir el impacto de las intervenciones que se den en el Área de la Salud Pública para combatir la obesidad.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de la obesidad en la población adulta de 20 a 59 años y de 60 años y más del Distrito de Panamá desde el 5 de abril de 2008 al 1 de junio de 2008.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar los factores de riesgo relacionados con la obesidad a los que está expuesta la población adulta de 20 a 59 años y de 60 años y más.
2. Determinar el porcentaje de personas adultas de 20 a 59 años y de 60 años y más con Índice de Masa Corporal normal, con sobrepeso y obesidad en el Distrito de Panamá.
3. Clasificar a las personas obesas adultas y adultas mayores según sexo y corregimiento de procedencia.
4. Conocer el porcentaje de personas obesas de 20 a 59 años y de 60 años y más que consumen frutas, legumbres, verduras y vegetales, y que realizan actividad física.
5. Conocer el porcentaje de personas obesas adultas de 20 a 59 años y de 60 años y más que consumen tabaco.
6. Conocer los antecedentes personales patológicos y heredofamiliares de enfermedades crónicas de las personas obesas adultas y adultas mayores.
7. Conocer el nivel de estrés según percepción que tienen las personas obesas adultas y adultas mayores.
8. Conocer la percepción de obesidad que tienen las personas obesas adultas y adultas mayores sobre ellos.
9. Conocer el porcentaje de personas adultas obesas de 20 a 59 años y de 60 años y más que reciben tratamiento para la obesidad.
10. Conocer el porcentaje de personas adultas obesas de 20 a 59 años y de 60 años y más con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.
11. Conocer el porcentaje de personas adultas obesas de 20 a 59 años y de 60 años y más que acuden a la consulta médica y las causas de consulta.
12. Determinar el riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular que presentan las personas obesas de 20 a 59 años y de 60 años y más según los criterios de la Organización Mundial de la Salud y de la Federación Internacional de Diabetes.
13. Entregar los resultados de esta investigación a las autoridades del Ministerio de Salud y de la Alcaldía de Panamá.

## JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles son enfermedades de etiología incierta, multicausales con grandes períodos de latencia, sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo. Son consideradas como enfermedades de los estilos de vida, ya que las mismas se pueden prevenir al tener hábitos alimenticios adecuados y mediante la práctica de estilos de vida saludables.

La obesidad se define como una enfermedad crónica, no transmisible, relacionada etiológicamente con factores genéticos y ambientales, los cuales resultan de la acumulación excesiva de grasa corporal (varía según la edad, sexo y grado de actividad física de la persona). De acuerdo a Índice de Masa Corporal (IMC), una persona tiene sobrepeso cuando el mismo está entre 25 y 29.9, y obesidad cuando es mayor de 30.<sup>(1)</sup> Es por ello que el concepto de obesidad no se refiere solamente a un desequilibrio del peso corporal, sino de una alteración de su composición que produce un aumento del tejido adiposo que conlleva a la persona a presentar riesgos en el desarrollo de diversas enfermedades y complicaciones físicas, psicológicas y sociales que afectan la calidad y expectativa de vida.<sup>(2)</sup> Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que la esperanza de vida en las personas obesas se reduce y su morbilidad es elevada.

La regulación del peso corporal es un proceso dinámico y complejo controlado por cientos de genes, que afectan a diversos sistemas fisiológicos, cuyo equilibrio se afecta por factores nutricionales, endocrinos, nerviosos, físicos y psicosociales. Cuando se desequilibra este balance, se activan mecanismos de contrarregulación, mediante modificaciones coordinadas en la conducta alimentaria y en el gasto energético. De esta manera el control de la ingesta y del gasto energético son los dos factores principales que determinan el balance energético y por ende el peso corporal. La regulación del peso corporal ha suscitado un interés creciente en los últimos años, motivado por el aumento de las tasas de obesidad a nivel mundial, con los efectos que produce en la salud de la población.<sup>(3)</sup>

La epidemia de las enfermedades no transmisibles que se extiende con rapidez y ha provocado alrededor del 60% de la mortalidad mundial, guarda una relación con la evolución de los hábitos alimentarios y el consumo creciente de alimentos industriales, a tal grado, que en los barrios pobres de las grandes ciudades las enfermedades no transmisibles debidas a los alimentos y hábitos malsanos coexisten con la desnutrición.<sup>(4)</sup>

La obesidad es hoy uno de los riesgos más importantes para la salud mundial. Ésta, sumada al sobrepeso tienen efectos adversos y son factores de riesgo para la aparición de enfermedades como la presión arterial, dislipidemias, resistencia a la insulina, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular isquémico y de diabetes mellitus tipo 2, incrementándose el riesgo al elevarse el IMC. De igual forma, al darse el aumento del IMC, aumenta el riesgo de cáncer de mama, esófago, hígado, páncreas, colon, próstata, endometrio, riñón, vejiga urinaria y vesícula biliar, por lo que representa un gran problema de Salud Pública.<sup>(1)(5)(6)(7)(8)</sup>

Es la enfermedad nutricional más prevalente en los países industrializados y está experimentando un incremento significativo en los países en vía de desarrollo. En los últimos 20 años la prevalencia de la obesidad ha aumentado en muchos países.<sup>(1)</sup> La prevalencia de la obesidad en la población adulta en los Estados Unidos se estima alrededor del 33%.<sup>(9)</sup> En España, para el año 2002 era de un 14%, y para el año 2003 de 13.4% (11.5% en hombres y 15.3% en mujeres).<sup>(1)(10)</sup> En Alemania es superior al 18%, sin embargo en los Países Bajos no llega al 9%. En ese sentido, Inglaterra presentó un aumento superior al 100% entre los años 1980 a 1995.<sup>(11)</sup> En América Central Istmica (Belice, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica) se han realizado investigaciones (estudios multicéntricos) para determinar la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en las capitales de dichos



países, los cuales a la fecha han sido concluidos. Algunos de sus resultados arrojaron que la prevalencia de la obesidad en Nicaragua para el año 2003 fue de 31% <sup>(12)</sup>, mientras que el más reciente, en Guatemala para el año 2006, fue de 21.27%. <sup>(13)</sup>

Dada su magnitud y trascendencia se considera a la obesidad un problema de salud pública, sin embargo, en nuestro país no existen estudios circunscritos a las personas adultas, de forma tal que puedan medirse a corto, mediano y largo plazo el impacto de las intervenciones que a nivel intersectorial (salud, educación, entre otros sectores) se dan para combatir esta patología que predispone a las personas al desarrollo de otros tipos de enfermedades crónicas no transmisibles que afectan la calidad de vida y el entorno biológico, psicológico y social de las personas y que influyen de manera directa en las principales causas de morbilidad del país.

## FUNDAMENTO TEÓRICO

La gran parte de nuestros países están presentando cambios profundos en las causas principales de morbilidad y mortalidad. Muchos países desarrollados están progresando en la reducción de las tasas de mortalidad prematura por enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares y algunos cánceres, sin embargo, la carga general sigue siendo alta y en muchos de estos países se registran aumentos en el sobrepeso y la obesidad entre los niños y los adultos.<sup>(4)</sup>

De igual manera, se está produciendo una transición nutricional, relacionada a la disminución de la actividad física, donde están a la vez aumentado las tasas de enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad. Así mismo, en los países más pobres del mundo, están aumentando los factores de riesgo de enfermedades crónicas.<sup>(4)</sup>

La obesidad es uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad y su incidencia está aumentando en el mundo. La misma es consecuencia de una alteración del control del equilibrio que existe entre la energía ingerida y la consumida. Los cambios en la alimentación, los nuevos hábitos y estilos de vida de las sociedades son la causa final de esta enfermedad, ya que el organismo no está capacitado para hacer frente a la excesiva oferta energética. El aumento de la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos y grasas, y el sedentarismo han determinado el incremento de la incidencia de este problema de salud.  
(10)(14)(15)(16)

La clasificación ponderal se realiza con base a los datos antropométricos, en los que se valora el peso, la talla, las circunferencias corporales y pliegues cutáneos, teniendo en cuenta la edad y el sexo.<sup>(14)</sup>

En la Primera Conferencia Internacional sobre el Control del Peso, realizada en Suiza, en 1985, se concluyó de que el cálculo del IMC o Índice de Quetelet ( $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$ ), aplicable a las personas mayores de 14 años, es la definición más simple y aceptada para definir el sobrepeso y la obesidad. El mismo se considera un factor de riesgo, ya que su aumento tiene una relación directamente proporcional a la mortalidad asociadas a diversas enfermedades de carácter crónico, como la diabetes mellitus tipo 2 (DM), hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, síndrome metabólico, enfermedades digestivas y algunos tipos de cáncer.

El riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas se relaciona con el perímetro o circunferencia de cintura, u obesidad de tipo central o androide, el cual debe ser medido entre la última costilla y la cresta ilíaca. Esto ha sido evidenciado por diversos estudios epidemiológicos. **De acuerdo a la OMS, el riesgo aumenta en varones con circunferencia de cintura > de 102 cm y en mujeres > de 88 cm. Según la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2005) dicho riesgo aumenta si la medida es superior a 80 centímetros (cm) en la mujer y a 94 cm en el hombre**, lo cual es una de las características principales de la obesidad abdominal.  
(2)(4)(10)(11)(17)(18)(19)(20)(21)

La obesidad reduce la esperanza de vida y los años de vida productivos debido a las complicaciones metabólicas y cardiovasculares que producen. La prevalencia de la HTA puede alcanzar el 60% entre los pacientes obesos. El riesgo es 5 veces superior en adultos obesos. La presión arterial sistólica aumenta 1 mm de mercurio (Hg) por cada incremento de IMC de 1.7 en hombres y 1.25 en mujeres, o por cada incremento de la circunferencia de cintura de 4.5 y 2.5 cm en hombres y mujeres. El paciente obeso tiene un riesgo moderado de sufrir de cardiopatía isquémica, siendo este riesgo tres veces mayor en estas personas con relación a los no obesos. El riesgo de accidente cerebrovascular isquémico es el doble en pacientes con IMC superior a 30Kg/m<sup>2</sup>. A nivel metabólico, el riesgo de DM aumenta con el IMC, con la circunferencia de cintura y con la duración de la obesidad. Hasta dos tercios de los pacientes con DM tipo 2 se asocian con

la obesidad y hasta un 13% de personas con IMC superior a 35 Kg/m<sup>2</sup> tienen DM. La obesidad abdominal se asocia a un patrón lipídico caracterizado por hipertrigliceridemia, disminución del HDL colesterol, LDL colesterol, con aumento del índice aterogénico. Existe una asociación entre la obesidad con la hiperuricemia y la gota, sobre todo cuando existe un predominio de grasa abdominal. La prevalencia de apneas obstructivas del sueño se incrementa con la obesidad hasta alcanzar entre un 40% y un 77% en hombres con un IMC superior a 50 Kg/m<sup>2</sup>. Esta enfermedad induce un aumento en la incidencia de artrosis, especialmente en rodillas, caderas y tobillos. Los pacientes obesos tienen un riesgo tres veces superior de desarrollar litiasis biliar. Entre un 20% y un 30% de los obesos que consultan para perder peso tienen alteraciones psicológicas. Las mujeres obesas tienen mayor mortalidad por cáncer de mama, endometrio (IMC mayor de 35 Kg/m<sup>2</sup>), útero, vías biliares y ovarios que las no obesas, mientras que en los hombres está el cáncer de próstata (IMC superior a 31 Kg/m<sup>2</sup> la mortalidad aumenta en un 20 – 30%) y de recto. En ambos sexos está aumentado el riesgo de padecer cáncer de colon. En cuanto a las complicaciones hormonales, las mujeres obesas tienen una mayor prevalencia de ciclos anovulatorios, alteraciones menstruales, hiperandrogenismo e infertilidad. Los pacientes obesos tienen mayor riesgo de presentar insuficiencia venosa y várices. Se ha descrito además incontinencia urinaria, alteración inmunitaria y una mayor prevalencia a patologías obstétricas como la eclampsia y aumento del riesgo de parto prolongado. El IMC en edades medias de la vida predice el desarrollo de demencia posterior, principalmente en mujeres. La obesidad aumenta el riesgo de ictus isquémico y puede asociarse con disfunción del sistema nervioso autónomo. Con relación a los costos en los servicios de salud, las personas con IMC entre 30 y 35 Kg/m<sup>2</sup> ocasionan un gasto en salud 25% superior al que originan los que tienen un IMC normal, mientras que en las personas con un IMC mayor de 35 Kg/m<sup>2</sup> el gasto en salud es 44% superior al de las personas con un IMC normal. <sup>(1)(2)(4)(14)(16)(18)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad puede clasificarse según el IMC, tal como lo indica el siguiente cuadro:

### Cuadro No. 2

Clasificación de la obesidad según IMC, circunferencia de cintura y riesgo de enfermedad metabólica y/o cardiovascular.

Condición	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Clase de Obesidad	Riesgo Cardiovascular según Circunferencia de Cintura	
			Varón < 102 cm	Varón > 102 cm
			Mujer < 88 cm	Mujer > 88 cm
Bajo Peso	< 18.5			
Normal	18.5 - 24.9			
Sobrepeso	25 - 29.9		Aumentado	Alto
Obesidad	30 - 34.9	I	Alto	Muy Alto
	35 - 39.9	II	Muy Alto	Muy Alto
	> 40	III	Extremo	Extremo

Fuente: Salvador R., J, et al. Obesidad. Concepto. Clasificación. Implicaciones fisiopatológicas. Complicaciones asociadas. Valoración clínica. Revista Medicine. Vol. 9. No. 19. Año 2004. 1167-1175. Disponible en:

<http://external.doyma.es/pdf/62/62v9n19a13067948pdf001.pdf>

El grupo internacional de trabajo en obesidad (IOTF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han definido la obesidad como la epidemia del siglo XXI debido a las dimensiones que ha adquirido en las últimas décadas, su impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto que genera en los sistemas de salud, gasto que en nuestro país no se ha cuantificado. En algunos países se ha identificado como un problema de salud emergente. Según la IOTF, hasta 1700 millones de personas para el año 2004, ya estaban con un alto riesgo de desarrollar enfermedades no contagiosas relacionadas con el exceso de peso. Por todo lo anterior, es considerada como un importante problema de salud pública. <sup>(22)(23)</sup>

Este problema de salud debe ser abordado por las autoridades de salud como un carácter prioritario, por un lado para evaluar su magnitud y factores determinantes, y por otro para poner en marcha estrategias efectivas que permitan invertir la tendencia epidemiológica que está adquiriendo la obesidad. <sup>(22)</sup>

La OMS a través de la estrategia global en nutrición y actividad física de mayo de 2004, llevó a los países miembros a desarrollar planes de acción encaminados a promover hábitos alimentarios saludables y a estimular la práctica habitual de actividades físicas como estrategias preventivas. <sup>(22)</sup>

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, en el Distrito de Panamá, área urbana, cabecera de la Provincia de Panamá, el cual limita al Norte con la provincia de Colón y la Comarca Kuna Yala, al Sur con el Océano Pacífico, al Este con el distrito de Chepo y al Oeste con el distrito de Arraiján y la provincia de Colón. Tiene una superficie de 2,011.87 kilómetros cuadrados, según el Censo del año 2000. Tenía en ese entonces una población de 708,438 habitantes y una densidad de 276.6 habitantes por kilómetro cuadrado.

Para el año 2005, la población estimada del Distrito fue de 813,097 habitantes, con una densidad de 404 habitantes por kilómetro cuadrado. El Distrito de Panamá, el cual es nuestra área de estudio, está conformado por 21 corregimientos (San Felipe, El Chorrillo, Santa Ana, Calidonia o la Exposición, Curundú, Bethania, Bella Vista, Pueblo Nuevo, San Francisco, Parque Lefevre, Río Abajo, Juan Díaz, Pedregal, Ancón, Chilibre, Las Cumbres, Pacora, San Martín, Tocumen, las Mañanitas y la 24 de Diciembre). El universo de esta investigación estuvo constituido por los habitantes del distrito. La unidad de análisis fueron las personas (habitantes). Del total de corregimientos se escogieron los que ocuparon los 10 primeros lugares con respecto a las cinco primeras causas de muerte del país, siendo estos Bethania, Bella Vista, San Francisco, Parque Lefevre, Río Abajo, Juan Díaz, Pedregal, Las Cumbres, Tocumen y las Mañanitas.<sup>(24)</sup> Si por razones de seguridad o viabilidad, no se llevó a cabo la recolección de los datos en los corregimientos seleccionados, se fueron sustituyendo corregimientos cumpliendo con el criterio utilizado inicialmente para la escogencia de los mismos.

Conociendo la prevalencia de la obesidad (**21.27%**) en estudios similares realizados en Guatemala (2004)<sup>(13)</sup>, la muestra se calculó utilizando la siguiente fórmula estadística<sup>(25)</sup>:

$$n: \frac{Z^2 S^2}{d^2}$$

donde Z: 1.96, P: 21.27%,  $S^2$ :  $P(1-P)$ , utilizando un **95% del nivel de confianza y 5% de margen de error**, dando como resultado una muestra de 258 personas. La población adulta se dividió de 20 a 59 años (adultos) y de 60 años y más (adultos mayores), debido a clasificaciones internacionales establecidas. Se excluirán de este estudio las mujeres embarazadas. En ocho de los corregimientos en estudio se encuestaron 26 personas y en dos corregimientos 25 personas, para totalizar el valor de la muestra. Dichas personas fueron encuestadas en sus viviendas, las cuales se escogieron al azar.

Las fuentes y procedimientos para la recolección de datos se constituyeron por la revisión de la literatura disponible, consultas de internet, personas y aplicación de encuestas. Las variables estudiadas fueron como variable dependiente la obesidad y como variables independientes la información geográfica, información demográfica, la práctica de estilos de vida saludables (dieta o alimentación, actividad física), tabaquismo, antecedentes personales (hipertensión arterial, diabetes mellitus, percepción de obesidad, antecedentes de obesidad, percepción de estrés), antecedentes heredofamiliares (obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, hipercolesterolemia, infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular), datos de salud (consultas médicas por año, tipo de morbilidad (enfermedad aguda / tratamiento de alguna enfermedad que padece), y medidas antropométricas (peso, talla y circunferencia de cintura). El cruce de variables se llevó a cabo entre la variable dependiente y las variables independientes, para obtener de esta manera la relación entre las mismas.

Los instrumentos para la recolección de los datos estuvieron constituidos por formularios estructurados (encuestas), los cuales se encuentran en los anexos y son adaptados de la Versión Panamericana STEPS de la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Dicha encuesta se encuentra dividida en las siguientes secciones: Datos Generales, Información Demográfica, Práctica de Estilos de Vida (Dieta o alimentación, Actividad Física,

Consumo de Tabaco), Antecedentes Personales, Antecedentes Heredofamiliares, Datos de Salud y Mediciones Antropométricas.

Para la recolección de los datos utilizamos un total de tres (3) encuestadores, los cuales fueron recursos humanos vinculados al área de las Ciencias de la Salud (estudiantes pregraduados de las Ciencias de la Salud y una encuestadora con experiencia en los censos realizados por la Contraloría General de la República). Los mismos fueron capacitados por personal de las Ciencias de la Salud (Nutricionista y Médico), para que la recolección de los datos se realizara de forma eficaz y estandarizada. A los encuestadores se les proporcionó la lista de barriadas que conforman los corregimientos que tenían que evaluar según los Censos Nacionales de Población y Vivienda del Año 2000<sup>(26)</sup>, de las cuales fueron elegidas al azar las viviendas hasta alcanzar el total de la muestra en estudio. Los días para la recolección de los datos fueron los sábados y domingos de las primeras ocho (8) semanas de ejecución del proyecto. Se eligieron dichos días, ya que aumentaba la probabilidad de encontrar a la población en estudio en sus residencias. Por cada vivienda se encuestó la totalidad de los residentes mayores de 20 años. Los informes por parte del encuestador, fueron entregados conforme se encuestaba la totalidad de personas por corregimiento. Para la medición antropométrica de las personas encuestadas, cada encuestador contó con un tallímetro portátil (para medir la talla), una balanza portátil (para medir el peso: se tomaron dos medidas del peso de las personas y se anotó la media aritmética o promedio de los dos valores obtenidos) y una cinta métrica (para medir la circunferencia de cintura), por lo que se les facilitó una calculadora. Antes de iniciar la entrevista (encuesta), a la persona se le explicó en detalle de qué se trataba el estudio, y se le solicitó la firma del consentimiento informado. Para brindarle información al paciente sobre su peso ideal, se utilizaron las tablas de peso en libras para tallas en metros de hombres y mujeres adultos en categorías de la relación peso / talla<sup>2</sup> o índice de masa corporal.

Los datos recolectados fueron tabulados en cuadros y se presentan en gráficos. Para el cálculo de la actividad física se calculó el promedio de días a la semana en que la totalidad de los obesos realizan algún tipo de actividad física; posteriormente se multiplicó el promedio por el valor del rango o límite superior de la escala de tiempo (a que hace referencia la encuesta), y el resultado se utilizó para clasificarlo según el tipo de actividad física: sedentaria (< 60 minutos / semana), insuficiente (60 – 149 minutos / semana) y físicamente activos (más de 150 minutos / semana).

Se utilizaron los porcentajes como medidas de frecuencia relativa y la estadística descriptiva en los casos que lo ameritó. Para ello, los datos se procesaron en los programas Microsoft Excel, STATS 1.1 y Epi info.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Toda la información obtenida en las encuestas aplicadas fue utilizada estrictamente para cumplir con los objetivos de esta investigación. A los individuos participantes se les explicó de forma detallada antes de iniciar la encuesta todo el procedimiento a realizar para la aplicación de la misma, la toma del peso, talla y la circunferencia de cintura. Se le aclaró cualquier interrogante que tuvieron sobre el estudio; posteriormente se les leyó el consentimiento informado y luego se solicitó su firma. Los resultados obtenidos fueron analizados y se presentan de manera confiable sin manipulaciones o alteraciones que obedezcan a los intereses del investigador.

## PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### GENERALIDADES

De la muestra en estudio (n: 258) el 38.37% (100) fueron del sexo masculino (**M**) mientras que el 61.63% (158) del sexo femenino (**F**). El 81.78% (211) correspondieron a la población adulta de 20 a 59 años de edad (**A**) y el 18.21% (47) a los adultos mayores (60 años y más: **AM**). Resultaron **obesos** el 35.10% (74) **A** (11.85% **M**; 23.22% **F**) y el 19.10% (9) **AM** (2.13% **M**; 17.02% **F**), con **sobrepeso** el 33.60% (71) **A** (13.27% **M**; 20.38% **F**) y el 46.80% (22) **AM** (19.15% **M**; 27.66% **F**), dentro de *límites normales* el 28.90% (61) **A** (12.32% **M**; 16.59% **F**) y el 34.00% (16) **AM** (17.02% **M**; 17.02% **F**), mientras que el 2.40% (5) de los **A** presentó *bajo peso* (0.95% **M**; 1.42% **F**). Del total de los obesos (n:83), el 89.20% (74) son **A** y el 10.80% (9) son **AM**. (Ver gráficos No.1 – No.8).

Gráfico No.1

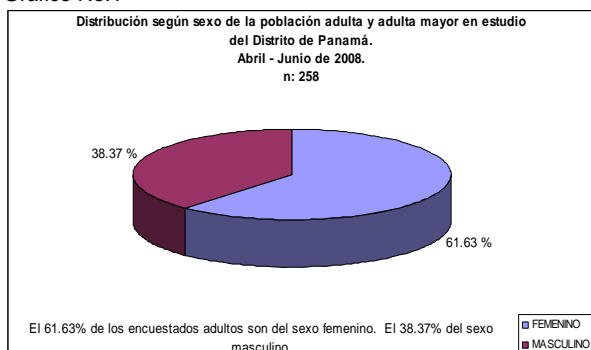


Gráfico No.2

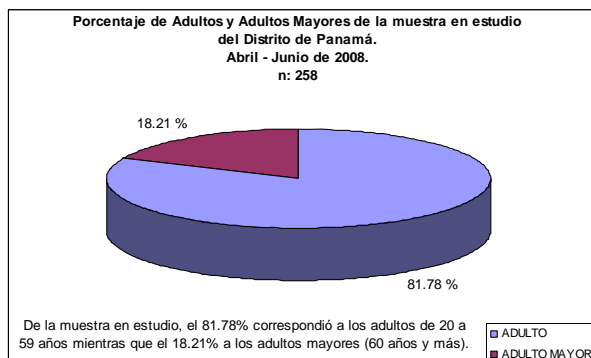


Gráfico No.3

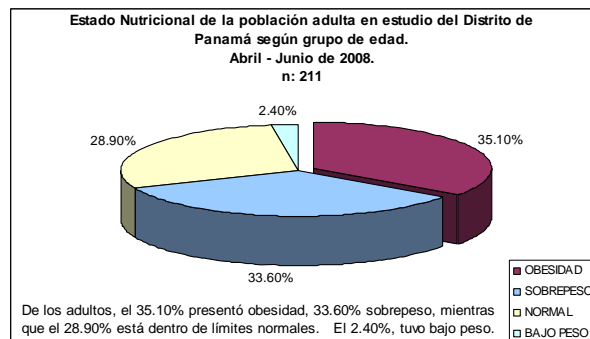


Gráfico No.4

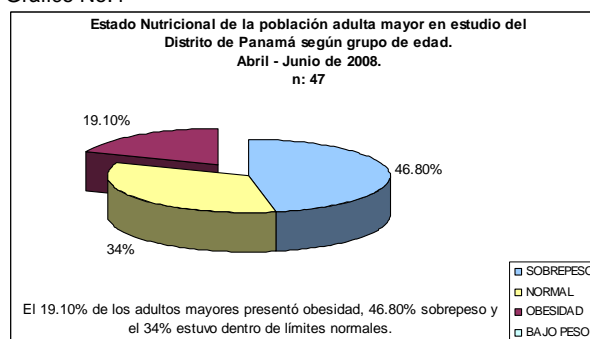


Gráfico No.5

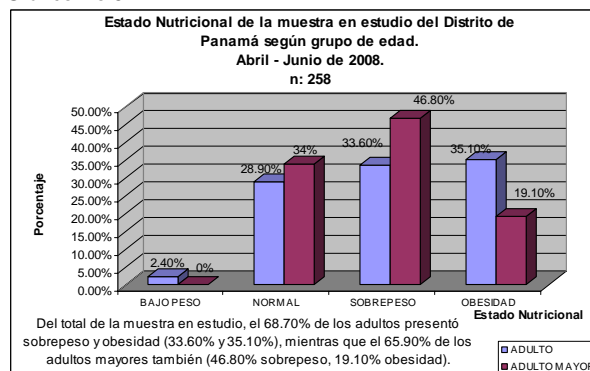


Gráfico No.6

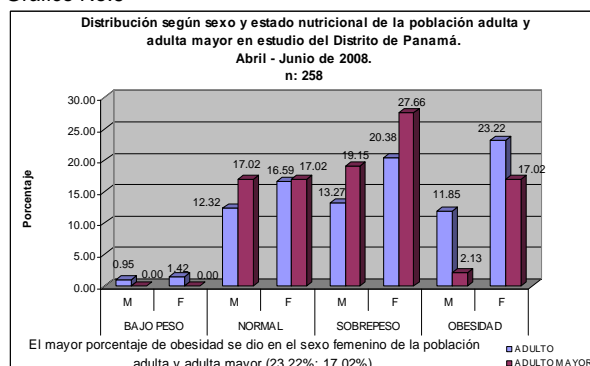


Gráfico No.7

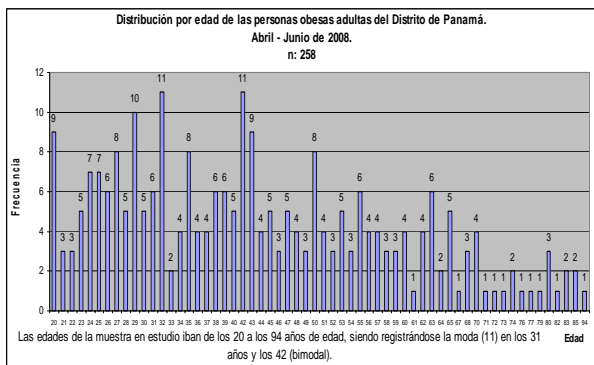
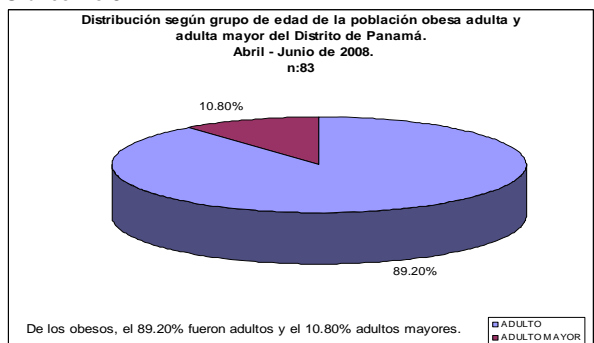


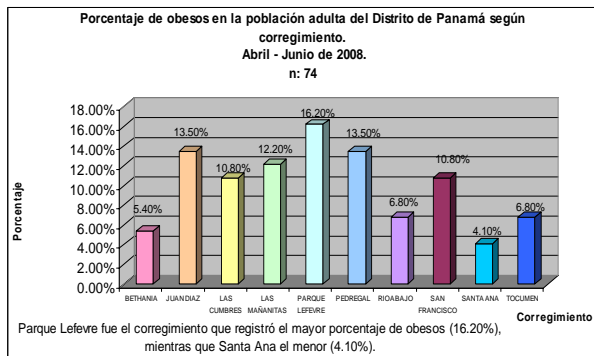
Gráfico No.8



## POBLACIÓN ADULTA Información Geográfica

Según la división geográfica (corregimientos), del 35.10% de la población obesa (n:74), el 16.20% se registró en Parque Lefevre, 13.50% en Juan Díaz, 13.50% en Pedregal, 12.20% en Las Mañanitas, 10.80% en Las Cumbres, 10.80% en San Francisco, 6.80% en Tocumen, 6.80% en Río Abajo, 5.40% en Bethania y 4.10% en Santa Ana. (Ver gráfico No. 9).

Gráfico No.9



## Información Demográfica

De los obesos (n:74), el 33.80% (25) correspondió al sexo **M** y el 66.20% (49) al **F**,

con edades comprendidas entre los 22 y 59 años. En cuanto al estado civil, el 31.00% de la población obesa es casada, el 27.00% soltera y el 24.30% son unidos, mientras que el 16.20% es separada/divorciada y un 1.40% viuda. Para la variable de grupos humanos, el 98.6% de la población correspondió a mestizaje y el 1.40% a los indígenas. Todos sabían leer y escribir. Al preguntarles sobre su nivel educativo, el 27.02% culminó estudios de secundaria, 20.27% secundaria incompleta, 14.86% culminó estudios universitarios, 14.86% estudios universitarios incompletos, 9.45% estudios de postgrado mientras que 6.75% de la población culminó estudios primarios, 5.40% estudios primarios incompletos, y el 1.35% desarrolló una escolarización informal. Para la actividad laboral, el 29.73% labora en el sector privado, 22.97% labora en las instituciones gubernamentales, el 20.27% son amas de casa, 17.56% son trabajadores independientes, 5.40% son jubilados/pensionados y el 4.05% está desempleado. El 33.78% de la población obesa tiene dos personas mayores de 18 años viviendo con ellos, el 28.37% tres, el 12.16% cuatro, el 8.10% cinco, el 8.10% una, 8.10% siete, mientras que 1.35% ocho personas. (Ver gráficos No.10 – No.17).

Gráfico No.10

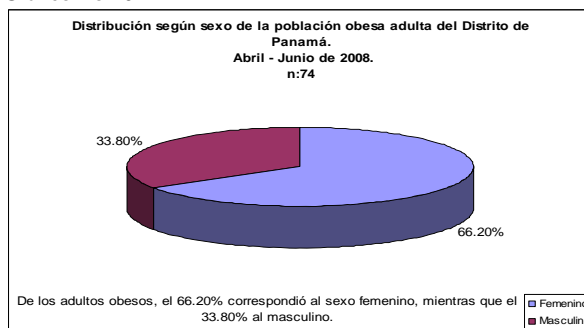


Gráfico No.11

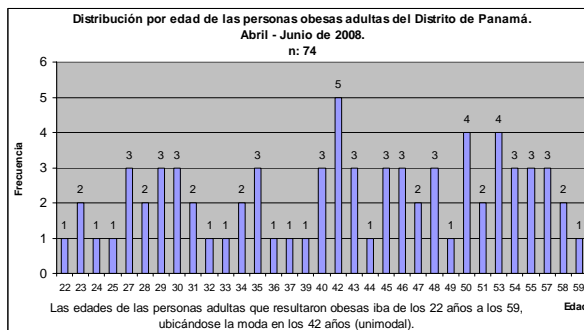




Gráfico No.12

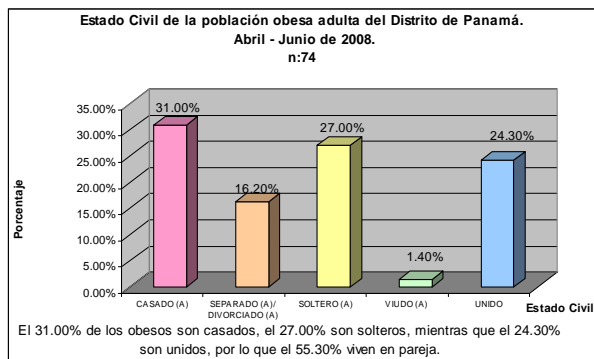


Gráfico No.16

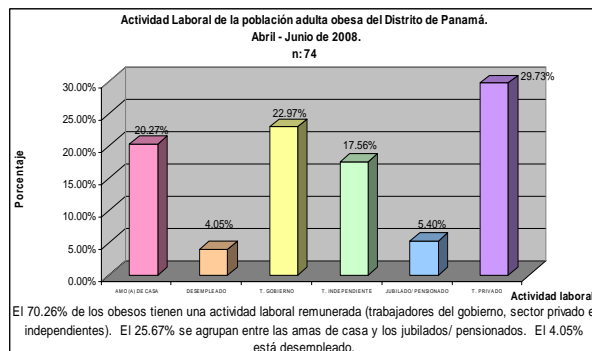


Gráfico No.13

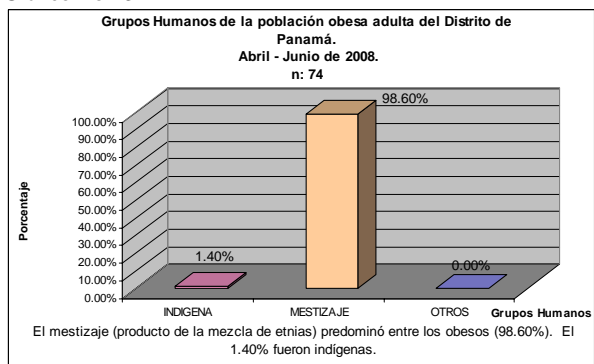


Gráfico No.17

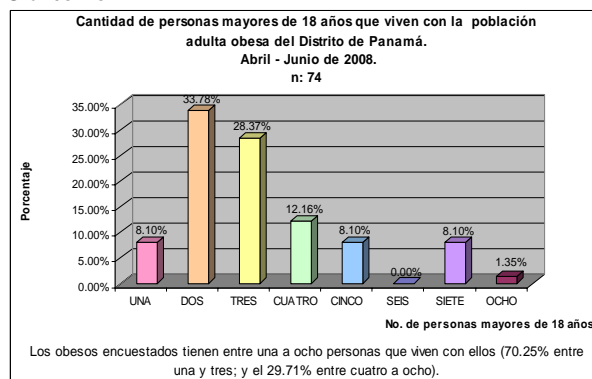


Gráfico No.14

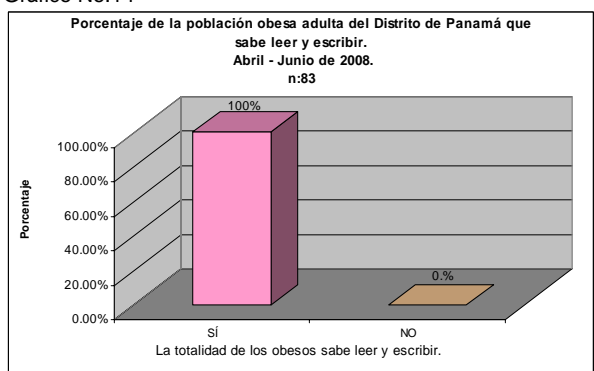
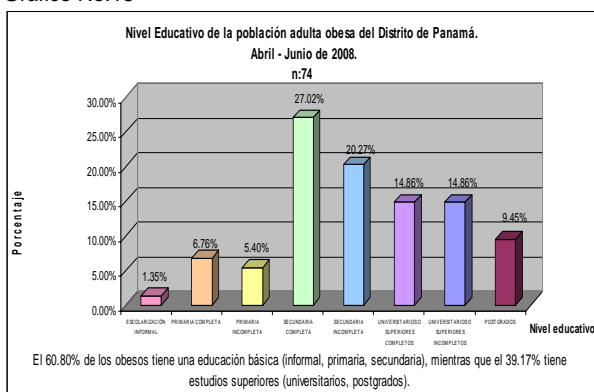


Gráfico No.15



## Práctica de Estilos De Vida

### A. Alimentación

El 94.59% (70) de los obesos comen frutas, vegetales, legumbres y verduras mientras que el 5.41% (4) no. El 14.90% come frutas un día a la semana, 16.20% dos, 25.70% tres, 6.80% cuatro, 5.40% cinco, 1.40% seis y 24.30% siete días a la semana, mientras que el 5.40% ningún día. En cuanto al promedio de frutas que comen por día, 32.40% lo hace una vez por día, 33.80% dos veces, 14.90% tres, 5.40% cuatro, 6.80% cinco, 1.40% seis, mientras que el 5.40% no come ninguna fruta por día. Respecto al consumo de verduras, vegetales y legumbres, el 5.80% lo hace un día a la semana, 14.86% dos, 22.97% tres, 12.16% cuatro, 9.45% cinco, 1.35% seis, 29.72% siete veces a la semana, mientras que el 4.05% ningún día a la semana. Al preguntar sobre la cantidad de almuerzos que comen fuera de su casa en una semana y que no sean preparados por ellos, el 9.46% respondió que uno, 6.76% dos, 5.40% tres, 2.70% cuatro, 9.46% cinco, 6.76% seis y 4.05% siete almuerzos, mientras que el 55.40% respondió que ninguno. En cuanto a las cenas que comen las personas obesas fuera de su casa en una semana y que no

sean preparados por ellos, el 8.11% cena una vez fuera de su casa durante la semana, 2.70% dos, 2.70% tres, 4.05% cuatro, 2.70% cinco, 4.05% seis, 4.05% siete, mientras que el 71.62% no come ninguna cena fuera de su casa. El 95.94% utiliza aceite vegetal para preparar sus comidas, 1.35% margarina, 1.35% ningún aceite en particular y 1.35% no usa aceite. En cuanto a la ingesta de frituras durante una semana normal, el 27.02% las consume una vez a la semana, 20.27% dos, 16.21% tres, 2.70% cuatro, 1.35% cinco, 14.86% siete veces, mientras que el 17.57% respondió que ninguna vez a la semana. (Ver gráficos No.18 – No.25).

Gráfico No.18

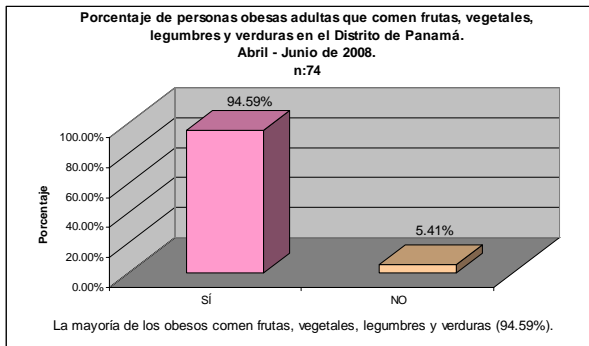


Gráfico No.19

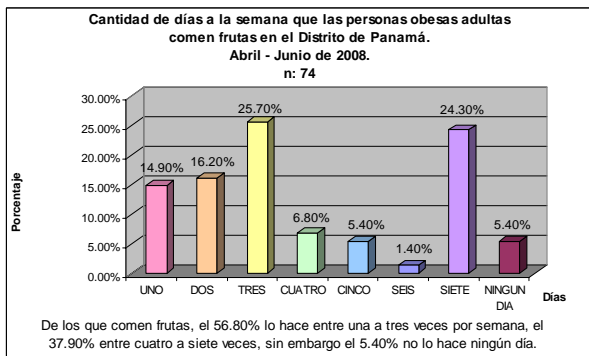


Gráfico No.20

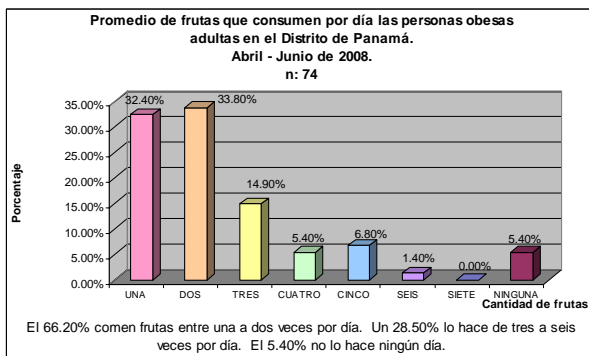


Gráfico No.21

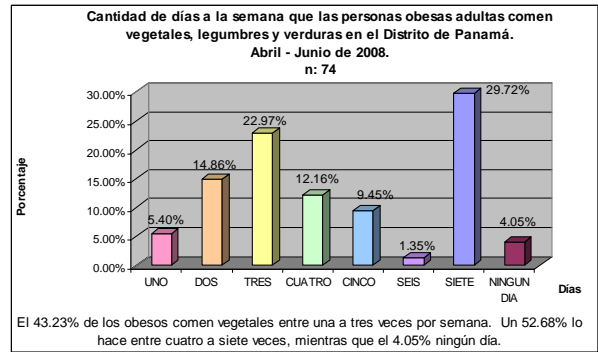


Gráfico No.22

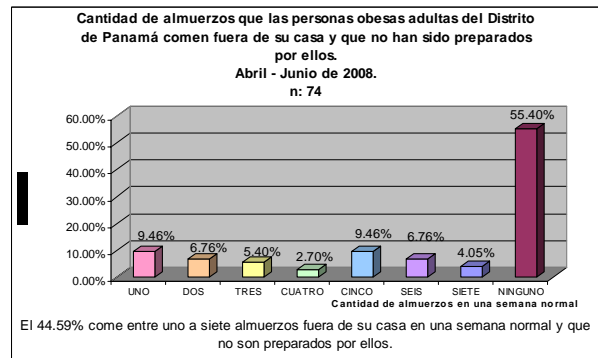


Gráfico No.23

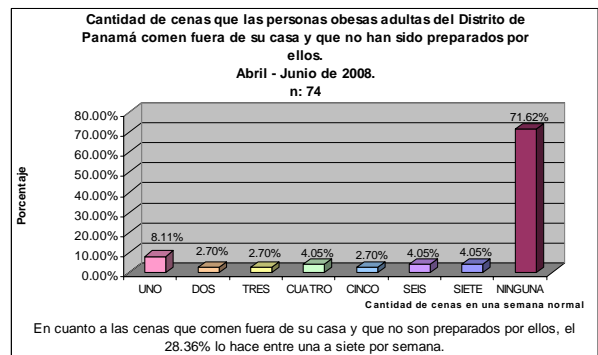


Gráfico No.24

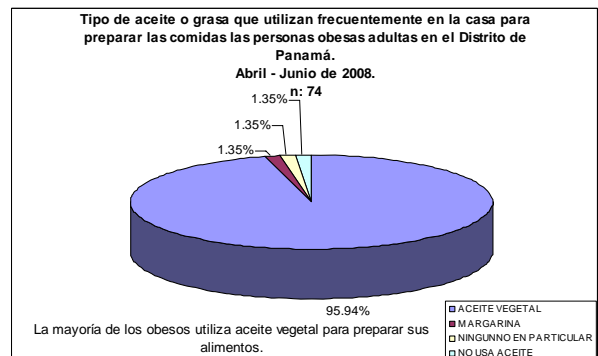
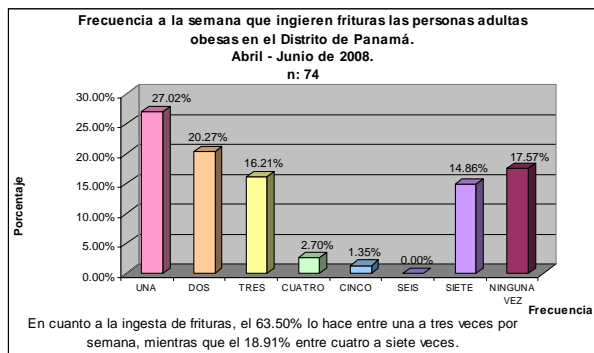


Gráfico No.25



### B. Actividad física en el trabajo

Solo el 6.80% (5) de los obesos realiza actividad física intensa en el trabajo (que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como levantar peso, cavar, o trabajos de construcción, durante al menos 10 minutos), de los cuales el 20.00% (1) lo hace una vez a la semana, 20.00% (1) dos veces, 20.00% (1) seis veces y el 40.00% (2) siete veces a la semana, haciendo un promedio de 4 días a la semana. El 60% (3) lo realiza por quince minutos o menos por día y el 40% (2) restante por más de 60 minutos.

En cuanto a la actividad física moderada en el trabajo (implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa o transportar pesos ligeros, durante al menos 10 minutos consecutivos) solo el 25.70% (19) lo realiza. El 5.26% (1) lo hace un día en la semana, 5.26% (1) dos, 5.26% (1) tres, 36.84% (7) cinco, 26.31% (5) seis y 21.05% (4) siete días a la semana, haciendo una media aritmética de 4 días a la semana. De ellos 10.53% (2) los realiza por quince minutos o menos por día, 21.05% (4) entre 16 y 30 minutos, 5.26% (1) entre 31 a 45 minutos, 5.26% (1) entre 46 y 60 minutos, y el 57.89% (11) más de 60 minutos por día. (Ver gráficos No.26 – No.31).

Gráfico No.26

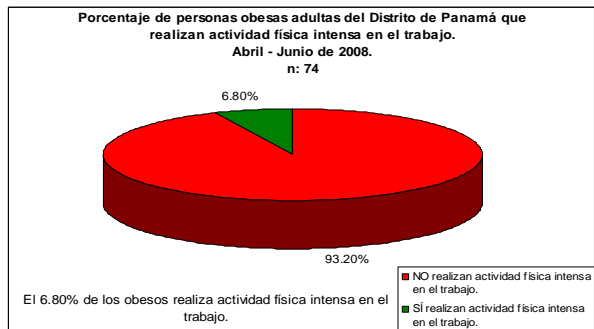


Gráfico No.27

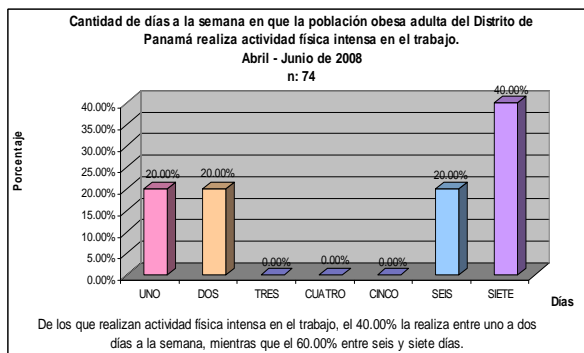


Gráfico No.28

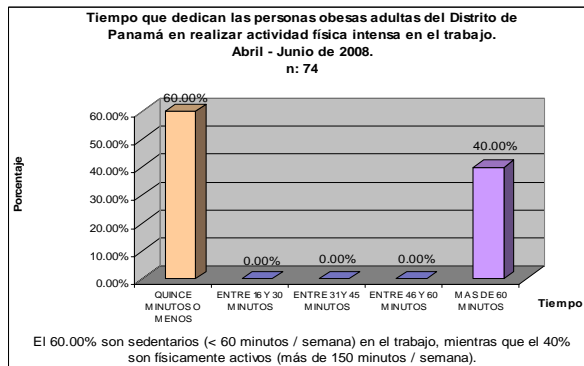


Gráfico No.29

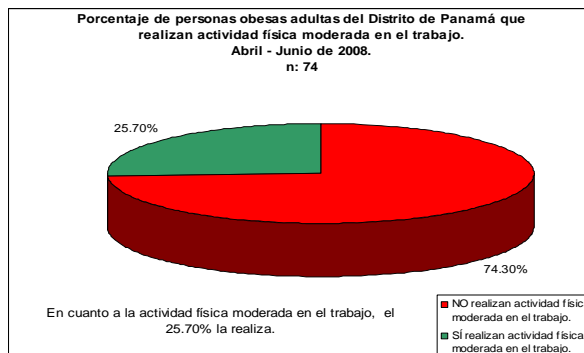


Gráfico No.30

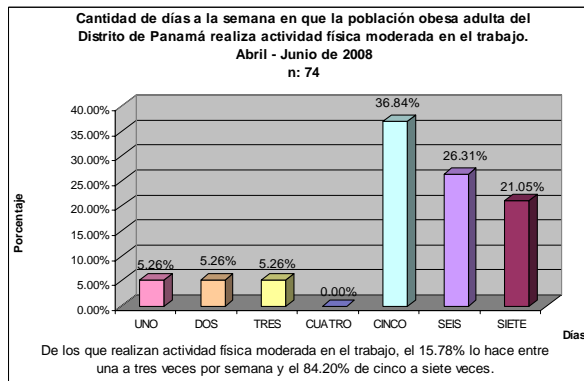
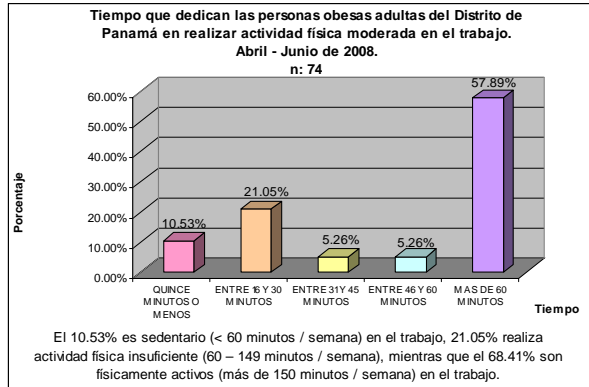


Gráfico No.31



### C. Actividad física para desplazarse

El 70.30% (52) de los obesos camina al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos. De éstos, el 1.92% (1) lo hace un día a la semana, 5.76% (3) dos, 9.61% (5) tres, 9.61% (5) cuatro, 19.23% (10) cinco, 9.61% (5) seis y 44.23% (23) siete días a la semana, con una media de 4 días por semana. El 34.61% (18) los realiza por quince minutos o menos por día, 36.54% (19) entre 16 y 30 minutos, 1.92% (1) entre 31 y 45 minutos, 5.77% (3) entre 46 y 60 minutos, y 21.15% (11) los realiza más de 60 minutos por día. (Ver gráficos No.32 – No.34).

Gráfico No.32

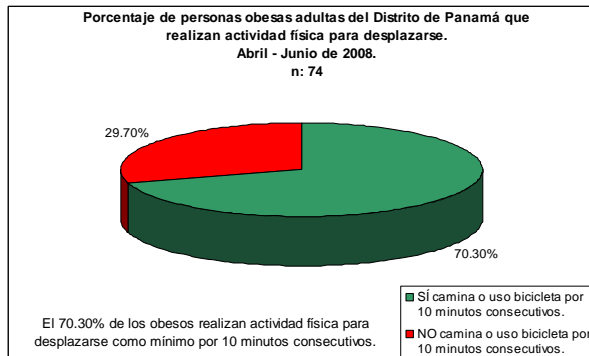


Gráfico No.33

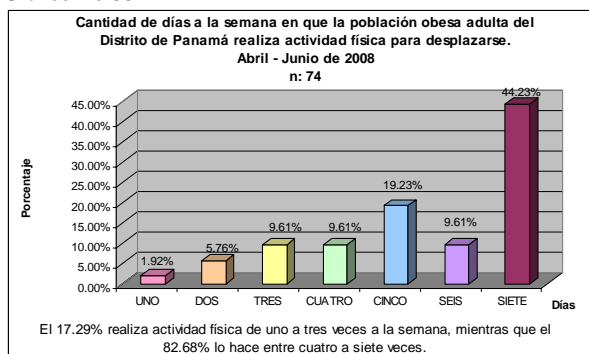
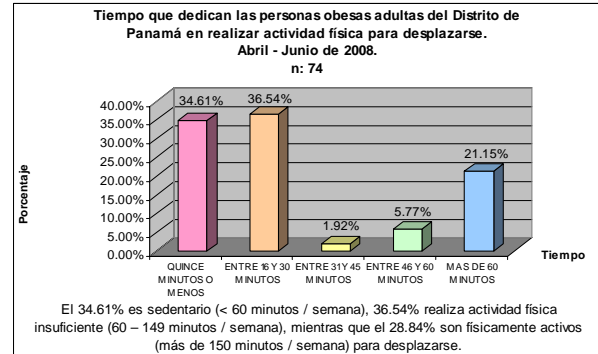


Gráfico No.34



### D. Actividad física en el tiempo libre

Solo el 8.11% (6) de los sujetos en estudio va al gimnasio, practica deportes, o actividad física intensa (que implique una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como correr, jugar fútbol durante al menos 10 minutos consecutivos). En una semana normal, el 16.66% (1) de los obesos realiza esta actividad un día por semana, 16.66% (1) dos días y el 66.66% (4) tres días por semana, con un promedio de 2 días por semana. En cuanto al tiempo que dedican a esta actividad el 50.00% (3) lo hace entre 16 a 30 minutos por día, 16.67% (1) entre 31 y 45 minutos, 16.67% (1) entre 46 y 60 minutos, y 16.67% (1) los realiza más de 60 minutos por día. Para la actividad física moderada en el tiempo libre (implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, ir en bicicleta, nadar, jugar volleyball, durante al menos 10 minutos consecutivos) solo el 28.40% (21) lo realiza. El 28.57% (6) lo hace un día en la semana, 33.33% (7) dos, 9.52% (2) tres, 4.76% (1) cinco y 23.81% (5) siete días a la semana, resultando una media de 3.6 días por semana. De ellos 9.52% (2) los realiza por quince minutos o menos por día, 23.8% (5) entre 16 y 30 minutos, 4.76% (1) entre 31 a 45 minutos, 14.28% (3) entre 46 y 60 minutos, y el 47.61% (10) más de 60 minutos por día. (Ver gráficos No.35 – No.40).

Gráfico No.35

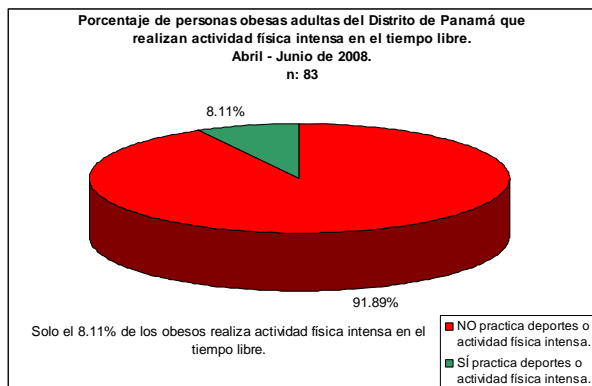


Gráfico No.39

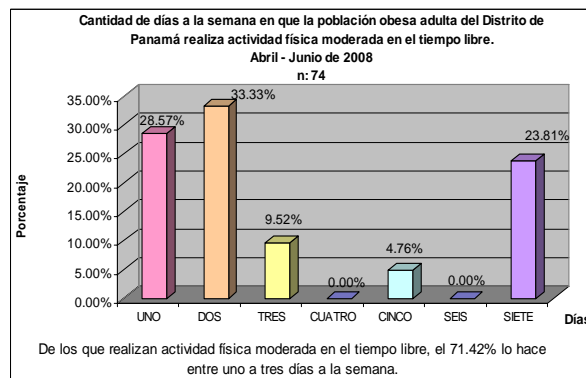


Gráfico No.36

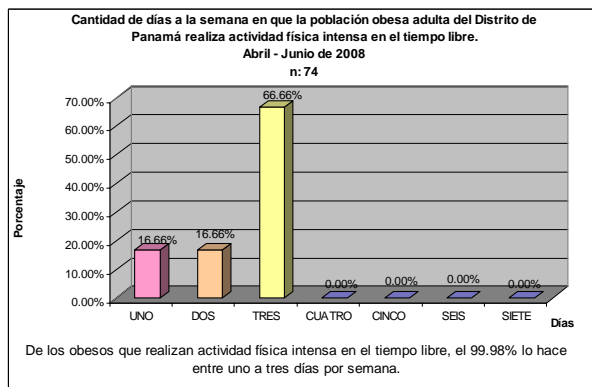


Gráfico No.40

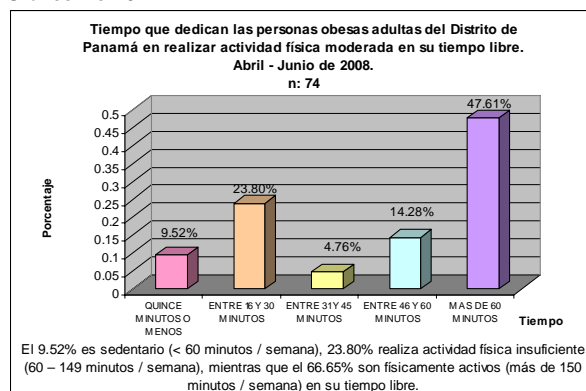
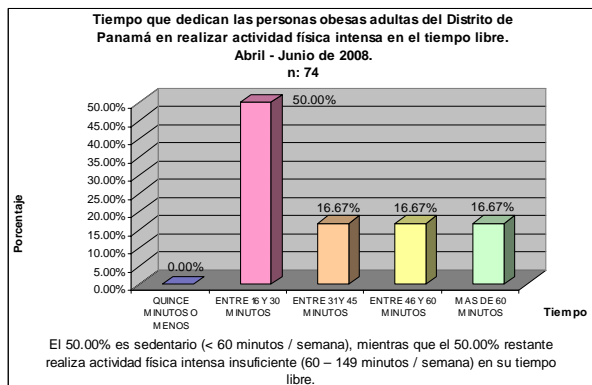


Gráfico No.37



### E. Comportamiento Sedentario

Al abordar a los obesos sobre el tiempo que pasan sentados o recostados en el trabajo, casa, en lugares públicos o con sus amigos en un día normal (incluyendo el tiempo que se pasa ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en bus, jugando juegos de mesa o viendo televisión, pero sin incluir el tiempo que pasa durmiendo), el 18.90% (14) respondió quince minutos o menos, un 10.80% (8) entre 16 y 30 minutos, 2.70% (2) entre 31 a 45 minutos, 5.40% (4) entre 46 y 60 minutos, y el 62.20% (46) más de 60 minutos por día. (Ver gráfico No.41).

Gráfico No.38

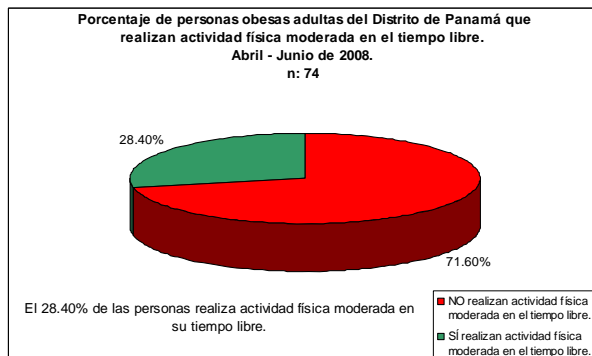
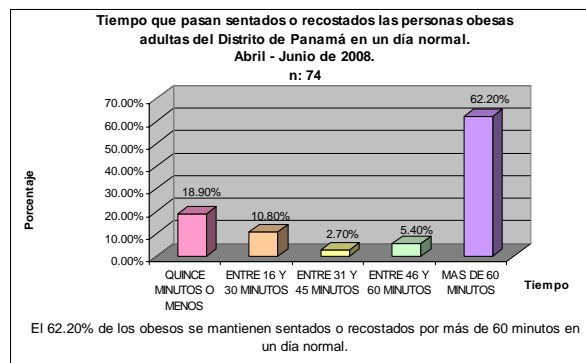


Gráfico No.41



### F. Tabaquismo

El 9.50% (7) de los obesos fuman cigarrillos en la actualidad. De ellos el 71.40% (5) fuma a diario. El 20.00% (1) empezó a fumar a los 17 años, 40.00% (2) a los 18 años, 20.00% (1) a los 19 años y 20.00% (1) a los 20 años. El 100% fuma desde hace 1 a 5 años. Un 60.00% (3) fuma de 1 a 3 cigarrillos por día, 20.00% (1) de cuatro a seis y el 20.00% (1) restante más de seis. El 14.90% (11) de los obesos fumaron en el pasado. Ninguno de los obesos consume tabaco sin humo. Al preguntar si en los últimos 7 días previo a la aplicación de la encuesta:

1. Cuántos días fumó alguien en su casa y en su presencia, el 10.80% (8) respondió que los siete días de la semana, 1.40% (1) de 3 a 4 días, 2.70% (2) de 1 a 2 días, y el 85.10% (63) que ningún día.
2. Cuántos días fumó alguien en espacios cerrados en su lugar de trabajo (en el edificio, en la oficina) y en su presencia, el 5.40% (4) respondió que los siete días de la semana, 2.70% (2) de 5 a 6 días, 5.40% (4) de 1 a 2 días, y el 86.50% (64) que ningún día.

Al abordarlos sobre su asistencia en el último mes a lugares cerrados donde se consume tabaco/cigarrillos (discotecas, bares, casinos), 20.27% (15) respondió que acudió de 1 a 5 veces, 1.35% (1) de 6 a 10 veces, 2.70% (2) más de 10 veces, y el 75.67% (56) no asistió. (Ver gráficos No.42 – No.50).

Gráfico No.42

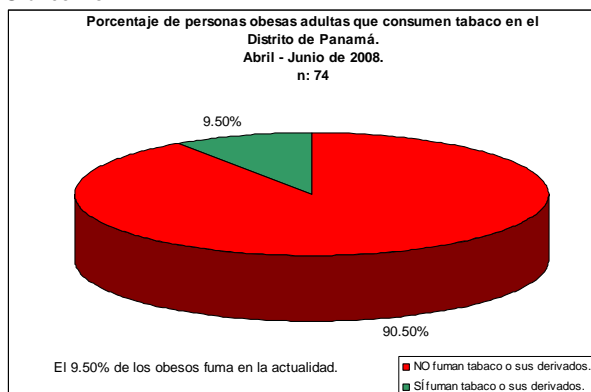


Gráfico No.43

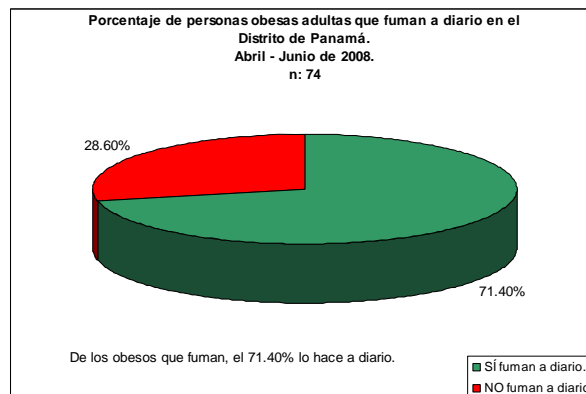


Gráfico No.44

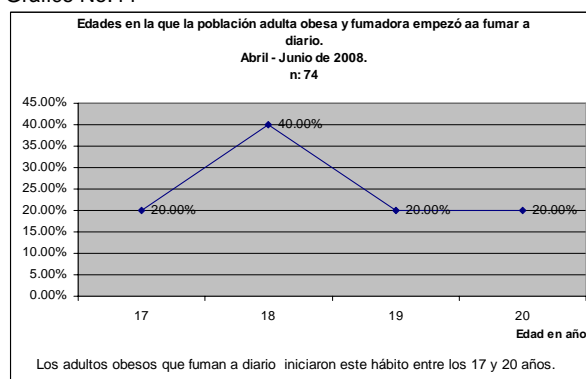


Gráfico No.45

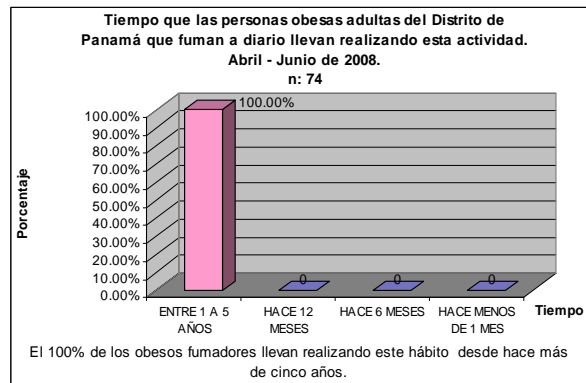


Gráfico No.46

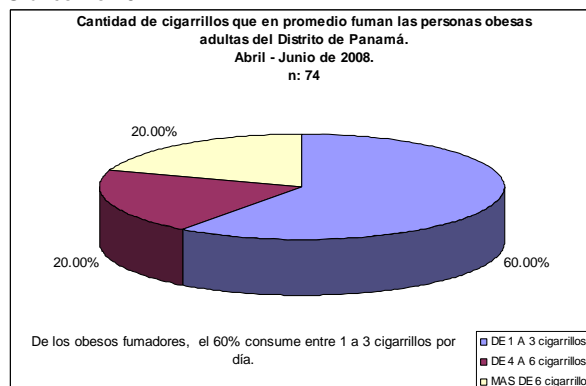


Gráfico No.47

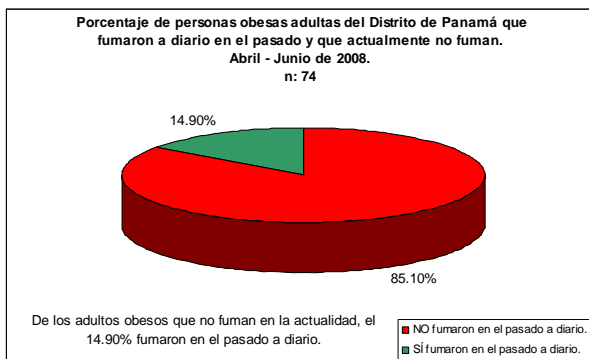


Gráfico No.48

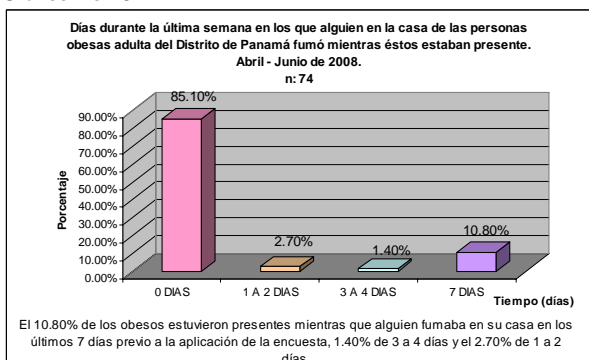


Gráfico No.49

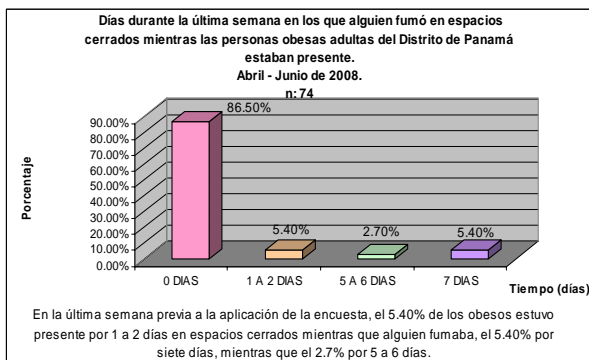
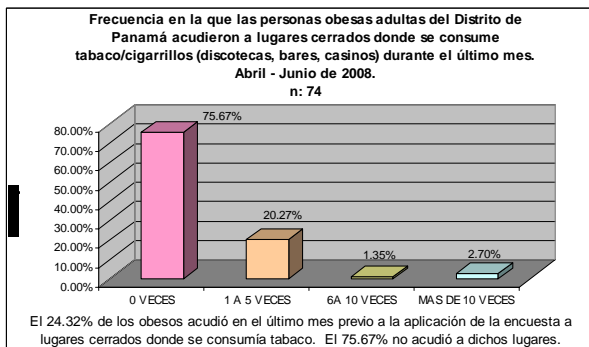


Gráfico No.50



## Antecedentes Personales

### A. Hipertensión Arterial (HTA)

Al 77.00% (57) de los obesos le tomaron la presión arterial en los últimos doce meses,

17.60% (13) entre 1 a 5 años, 1.40% (1) hace más de cinco años y a un 4.10% (3) nunca se la han tomado. Al 32.40% de los obesos le diagnosticaron HTA en el último año y el 23.00% recibe tratamiento para esta enfermedad. (Ver gráficos No.51 – No.53).

Gráfico No.51

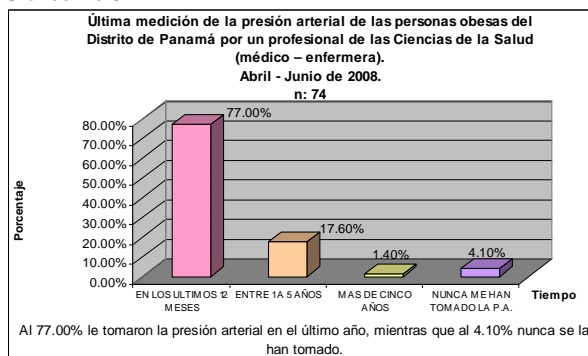


Gráfico No.52

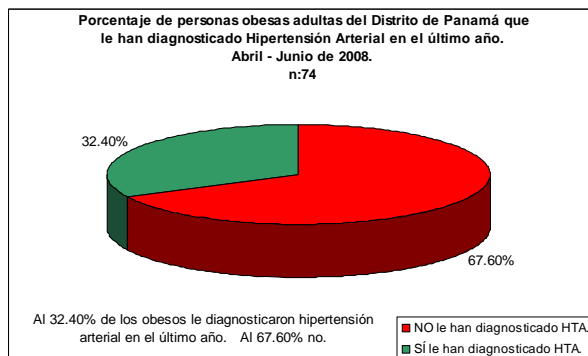
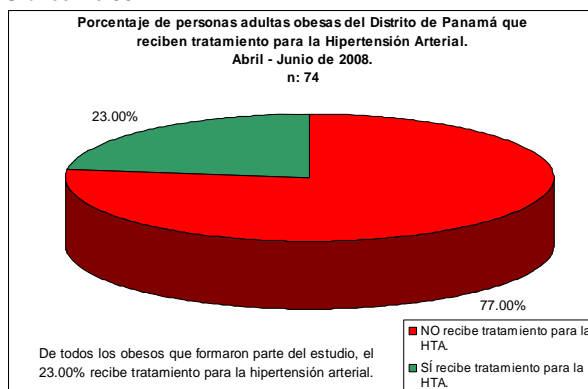


Gráfico No.53



### B. Diabetes Mellitus tipo 2 (DM)

El 64.90% (48) se hizo exámenes de glicemia en los últimos doce meses. Al 2.70% (2) de los obesos le diagnosticaron DM en el último año. El 1.40% (1) del total recibe tratamiento para la enfermedad. (Ver gráficos No.54 – No.56).

Gráfico No.54

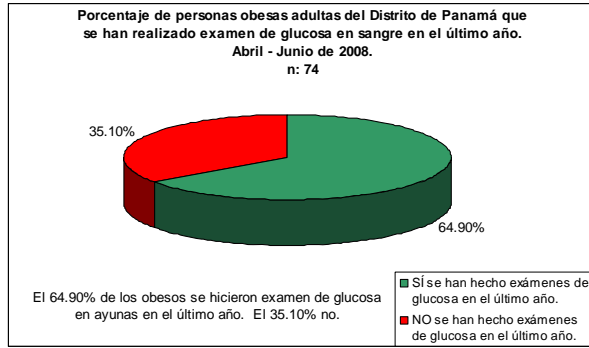


Gráfico No.55

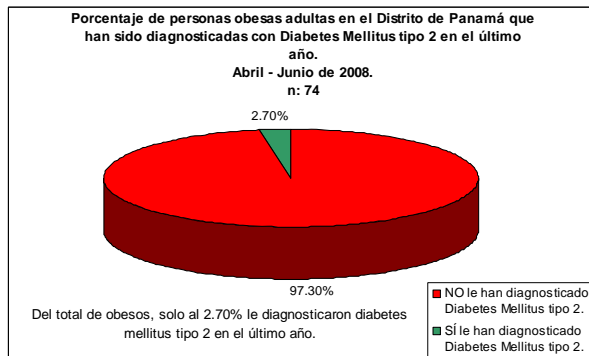
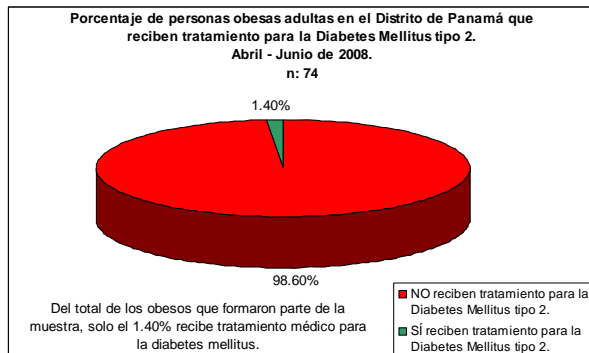


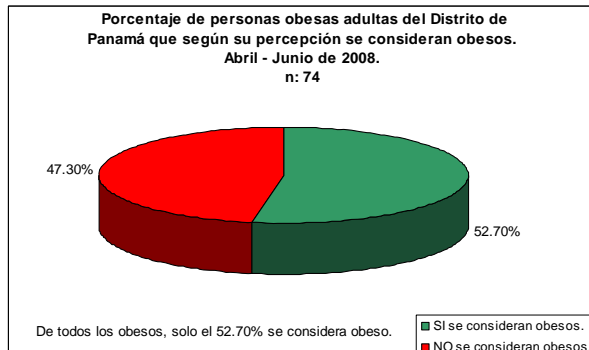
Gráfico No.56



### C. Percepción de Obesidad

El 52.70% (39) de la población adulta obesa se considera obesa, mientras que el 47.30% (35) no. (Ver gráfico No.57).

Gráfico No.57



### D. Antecedentes de Obesidad

Al 56.80% (42) de los obesos le tomaron el peso y midieron la talla en los últimos doce meses. Del total, a solo el 28.40% (21) un médico o enfermera le diagnosticó obesidad, mientras que el 16.20% (12) recibe tratamiento médico para su enfermedad. (Ver gráficos No.58 – No.60).

Gráfico No.58

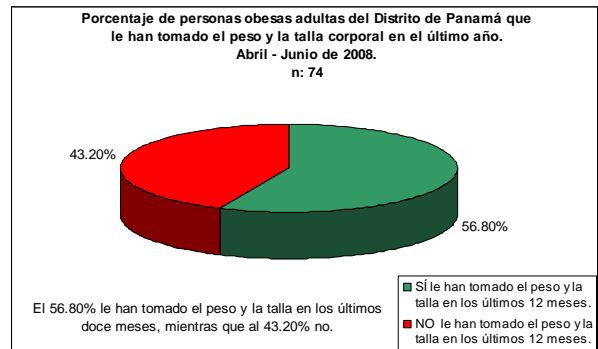


Gráfico No.59

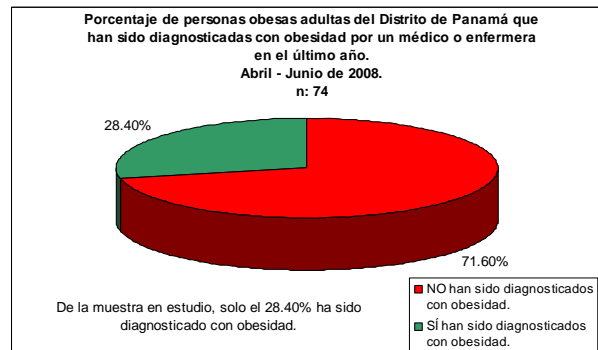
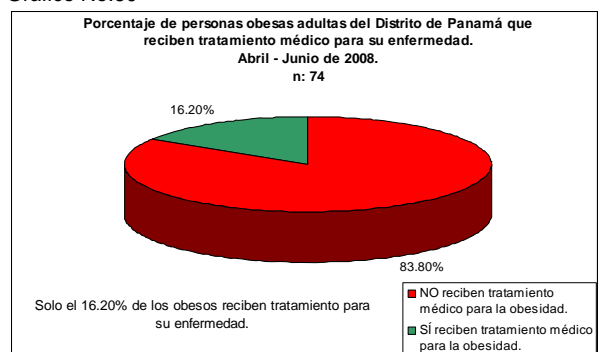


Gráfico No.60



### E. Percepción de Estrés

De acuerdo a su percepción, el 18.90% (14) de los obesos están sometidos a demasiado estrés, 24.30% (18) a mucho estrés, 24.30% (18) a estrés moderado, 18.90% (14) a poco estrés, mientras que el 13.50% (10) refiere no tener ningún estrés. (Ver gráfico No.61).



Gráfico No.61

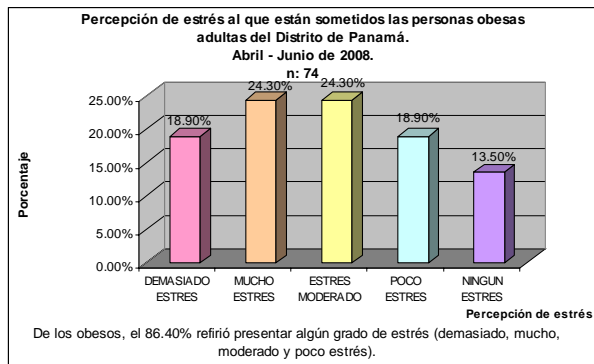
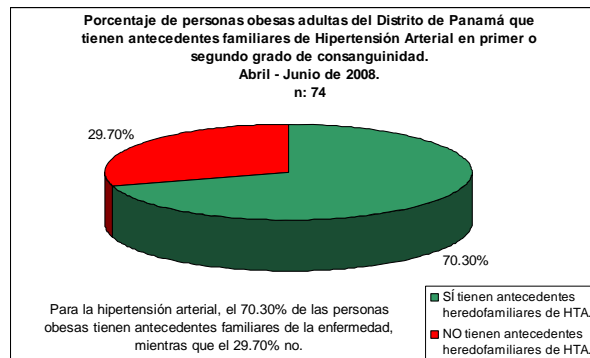


Gráfico No.64



### Antecedentes Heredofamiliares

El 50.00% (37) de la población obesa tiene algún familiar en el primer o segundo grado de consanguinidad que padece de obesidad, 51.40% (38) de DM, 70.30% (52) de HTA, 28.40% (21) de accidente cerebrovascular (ACV), 35.10% (26) de cáncer (CA), 36.50% (27) de hipercolesterolemia y 24.30% (18) de infarto agudo al miocardio (IAM). El 12.20% (9) refiere haber tenido algún familiar en el primer o segundo grado de consanguinidad que murió de DM, 5.40% (4) de HTA, 13.50% (10) de ACV, 31.10% (23) de CA y el 37.80% (28) de IAM. (Ver gráficos No.62 – No.73).

Gráfico No.65

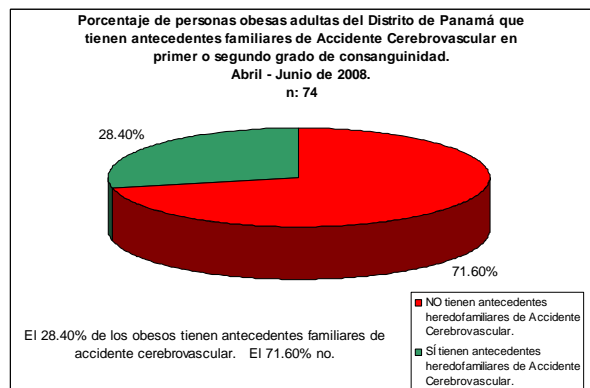


Gráfico No.62

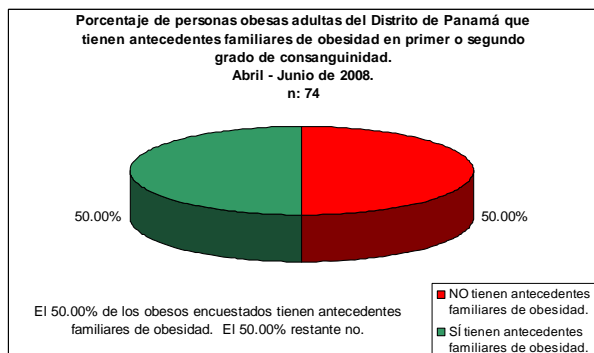


Gráfico No.66

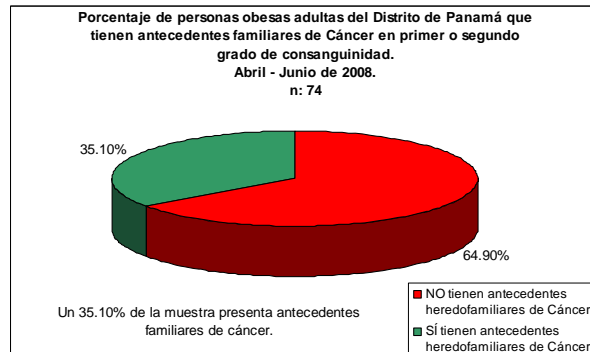


Gráfico No.63

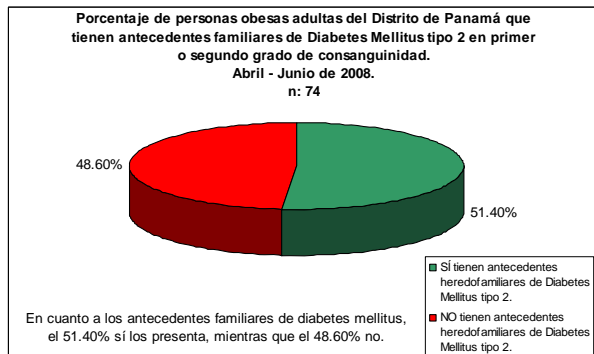


Gráfico No.67

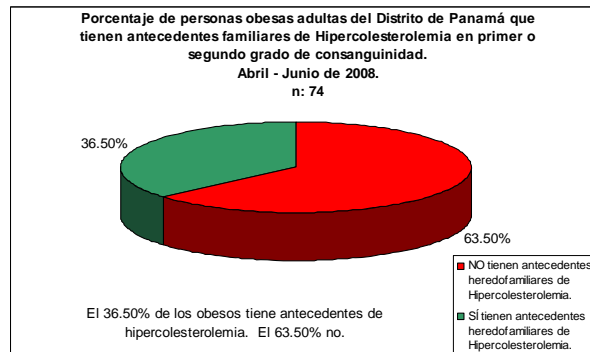


Gráfico No.68

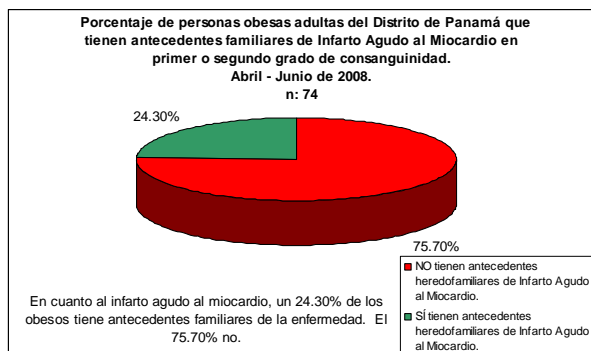


Gráfico No.72

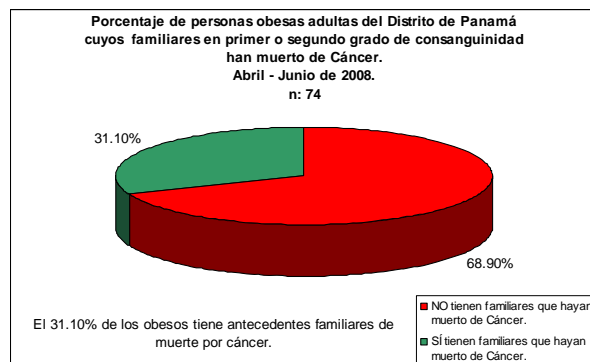


Gráfico No.69

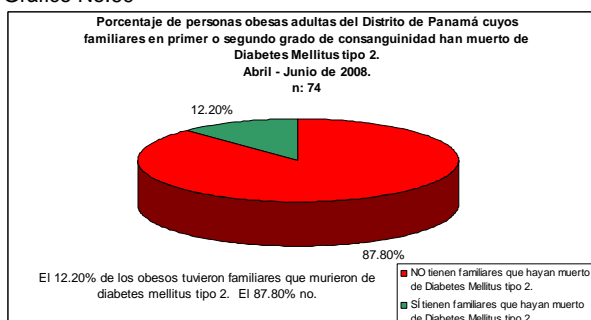


Gráfico No.73

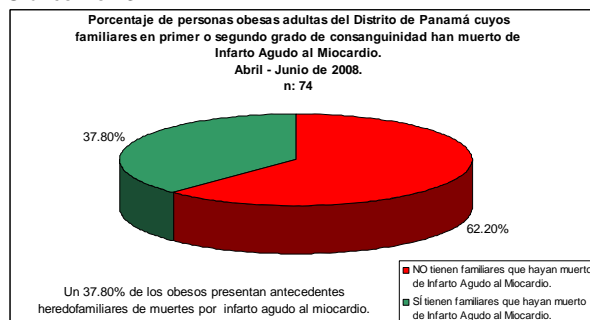


Gráfico No.70

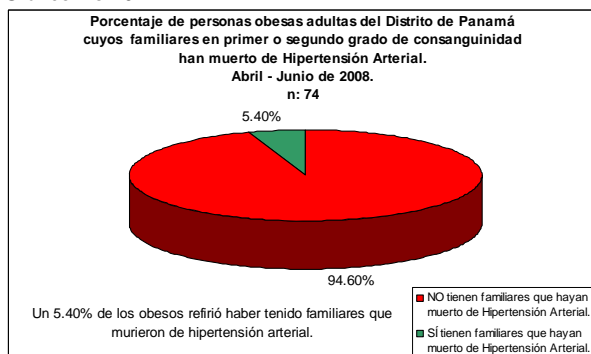
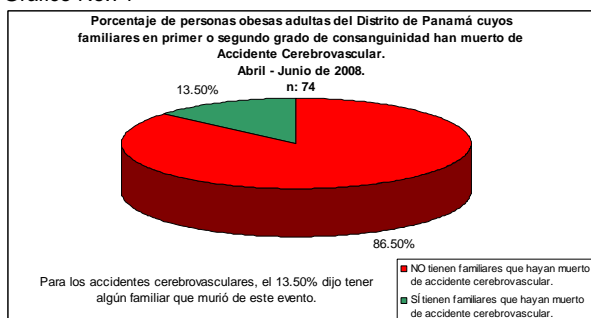


Gráfico No.71



## Datos de Salud

En el último año el 45.90% (34) fue entre 1 a 2 veces a la consulta médica, 13.50% (10) de 3 a 4 veces, 6.80% (5) de 5 a 6 veces, 20.30% (15) 7 veces o más, mientras que el 13.50% (10) no acudió ninguna vez. El 40.60% (26) acudió al médico por control de salud o rutina, 25.00% (16) por alguna enfermedad repentina y el 34.40% (22) por tratamiento de alguna enfermedad que padece. De los que acudieron por enfermedad repentina, el 100% lo hizo por alguna enfermedad viral, bacteriana o aguda, mientras de los que asistieron para el tratamiento de alguna enfermedad que padece, el 54.50% (12) lo hizo a causa de la HTA, 18.20% (4) por otras enfermedades, 9.10% (2) por obesidad, 4.50% (1) por DM, 4.50% (1) por enfermedades hormonales, 4.50% (1) por síndrome metabólico y 4.50% (1) por HTA + hipercolesterolemia. (Ver gráficos No.74 – No.77).

Gráfico No.74

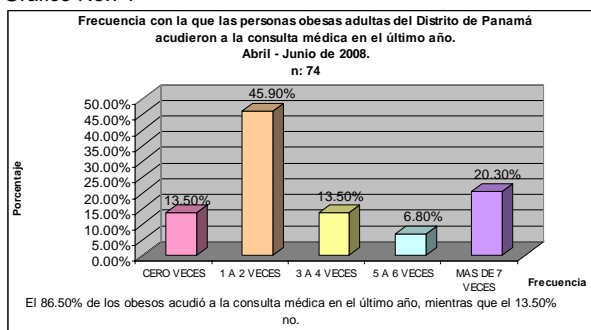


Gráfico No.75

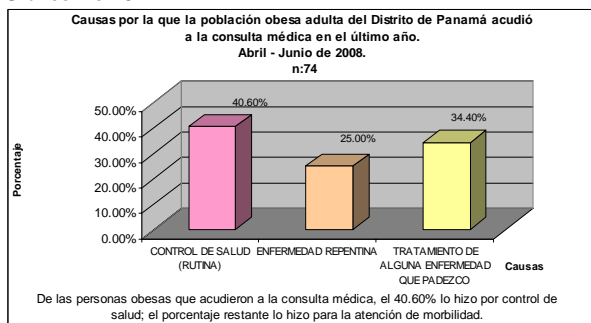


Gráfico No.76

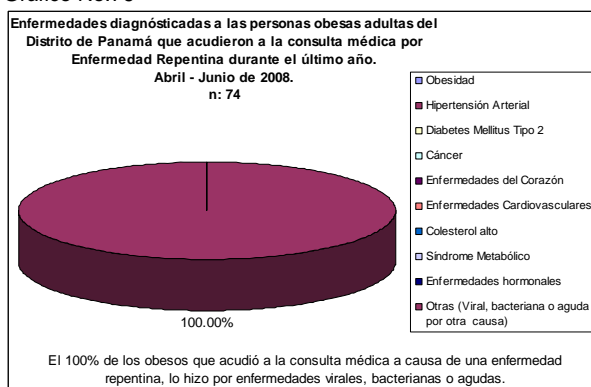
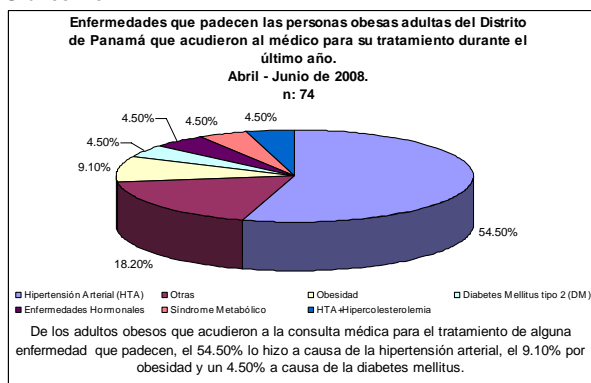


Gráfico No.77



## Riesgo Cardiovascular

### A. Circunferencia de Cintura

De la población obesa A, del sexo M, el 44.00% (11) tiene mayor riesgo de presentar

enfermedad cardiovascular (ECV) según la OMS, y el 80.00% (20) tiene mayor riesgo según la Federación Internacional de Diabetes (FID). En cuanto al sexo F, 81.63% (40) tiene mayor riesgo de presentar ECV según la OMS, mientras que el 97.96% (48) tiene mayor riesgo según la FID. (Ver gráficos No.78 – No.79).

Gráfico No.78

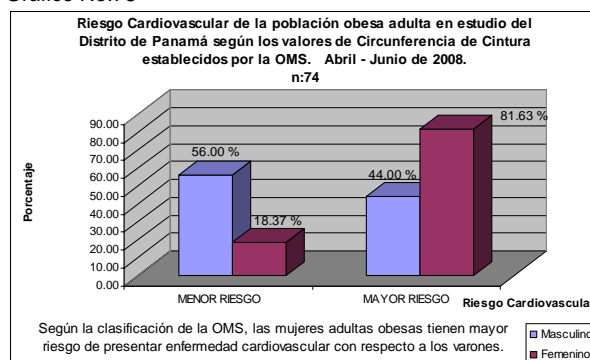
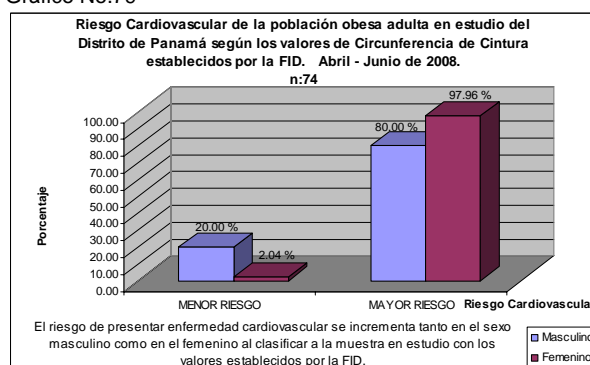


Gráfico No.79

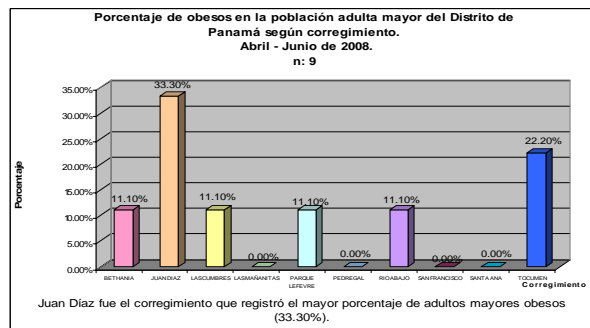


## POBLACIÓN ADULTA MAYOR

### Información Geográfica

Del 19.10% de la población obesa AM (n:9), la distribución por corregimiento fue de 33.30% en Juan Díaz, 22.20% en Tocumen y 11.10% en Parque Lefevre, Las Cumbres, Río Abajo y Bethania (cada uno). (Ver gráfico No.80).

Gráfico No.80



### Información Demográfica

De los **AM** obesos (n:9), el 11.00% (1) correspondió al sexo **M** y el 89.00% (8) al **F**, entre las edades de 60 y 80 años. En cuanto al estado civil, el 33.30% están casados, el 44.40% solteros y el 22.20% viudos. El grupo humano de éstos es el mestizaje y el 100% sabe leer y escribir. Al preguntarles sobre su nivel educativo, el 33.30% tiene estudios primarios incompletos, el 22.20% culminó estudios primarios, 11.10% realizó estudios de secundaria, 11.10% de secundaria incompleta, 11.10% culminó estudios universitarios y el 11.10% estudios universitarios incompletos. Para la actividad laboral, el 55.60% son jubilados/pensionados y el 44.40% amas de casa. El 44.40% tiene dos personas mayores de 18 años viviendo con ellos, el 22.20% tres, el 22.20% cuatro y el 11.10% cinco. (Ver gráficos No.81 – No.88).

Gráfico No.81

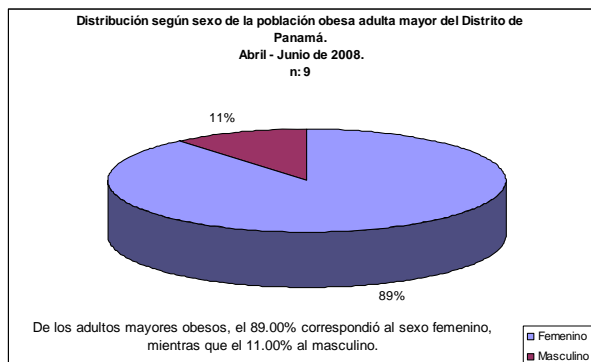


Gráfico No.82

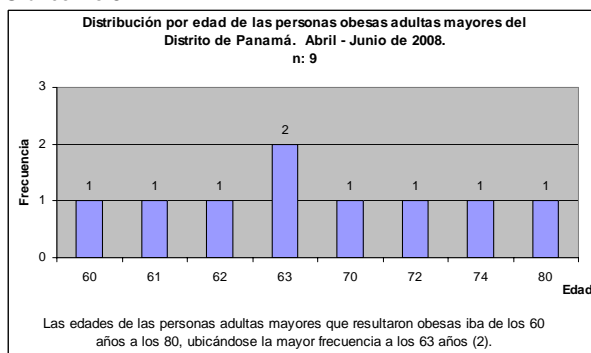


Gráfico No.83

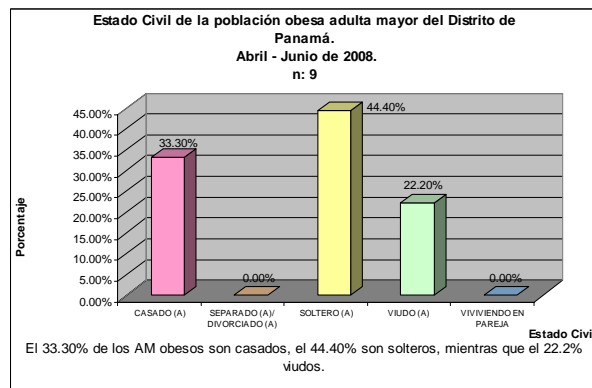


Gráfico No.84

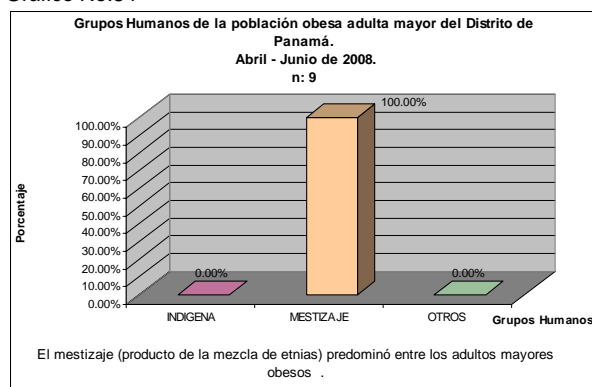


Gráfico No.85

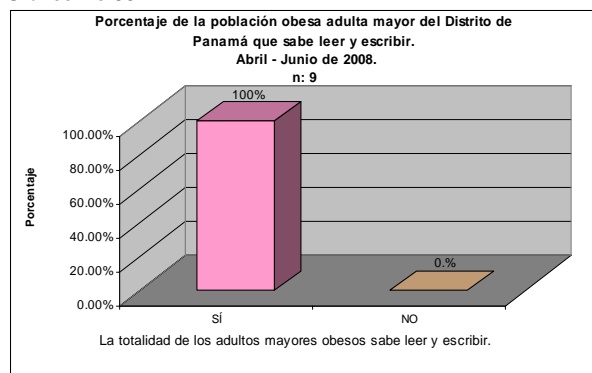


Gráfico No.86

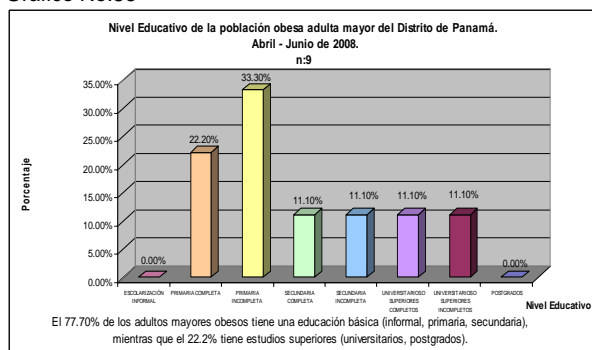


Gráfico No.87

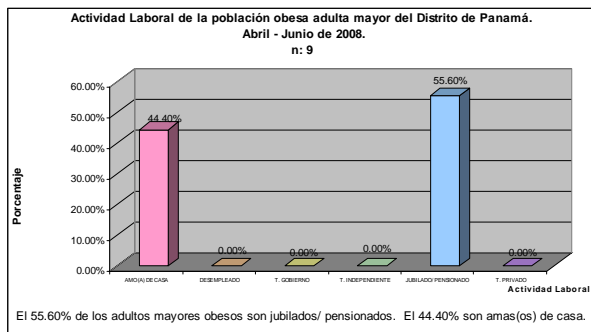


Gráfico No.89

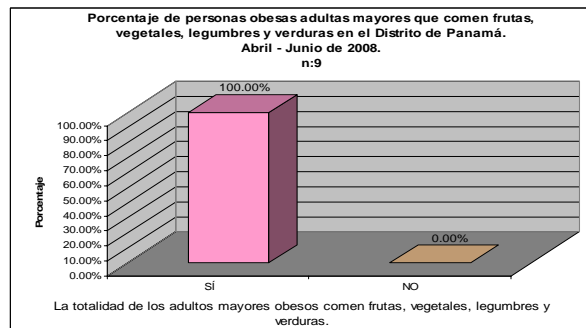


Gráfico No.88

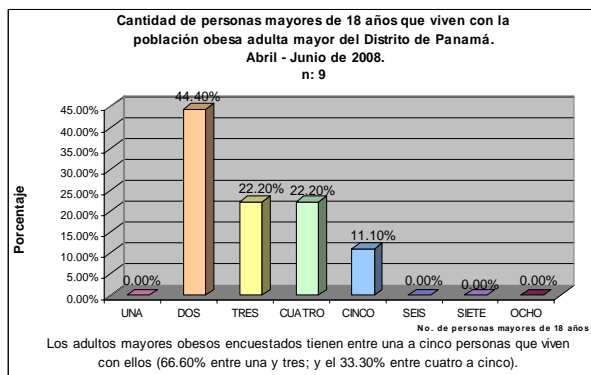
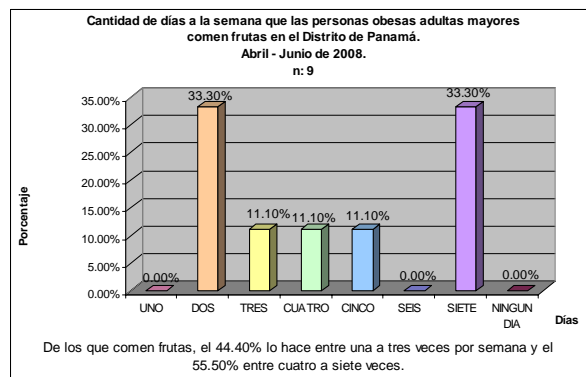


Gráfico No.90



## Práctica de Estilos De Vida

### A. Alimentación

El 100% come frutas, vegetales, legumbres y verduras. El 33.30% come frutas dos días a la semana, 11.10% tres, 11.10% cuatro, 11.10% cinco y el 33.30% siete días a la semana. En cuanto al promedio de frutas que comen por día, 22.20% lo hace una vez por día, 11.10% dos veces, 11.10% tres, 33.30% cuatro, 11.10% cinco y un 11.10% siete veces. Respecto al consumo de verduras, vegetales y legumbres, el 11.11% lo hace dos días a la semana, 44.44% tres, 11.11% cinco y el 33.33% siete veces a la semana. En una semana normal, ninguno come almuerzos ni cenas fuera de su casa que no sean preparados por ellos. El 100% utiliza aceite vegetal para preparar sus comidas. En cuanto a la ingesta de frituras durante una semana normal, el 22.22% las consume una vez a la semana, 22.22% dos, 22.22% tres, 11.11% cuatro, mientras que el 22.22% respondió que ninguna vez a la semana. (Ver gráficos No.89 – No.96).

Gráfico No.91

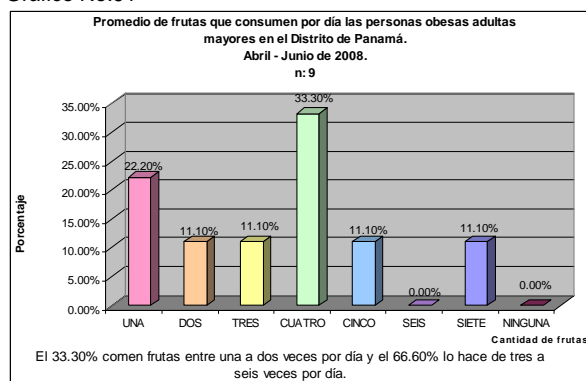


Gráfico No.92

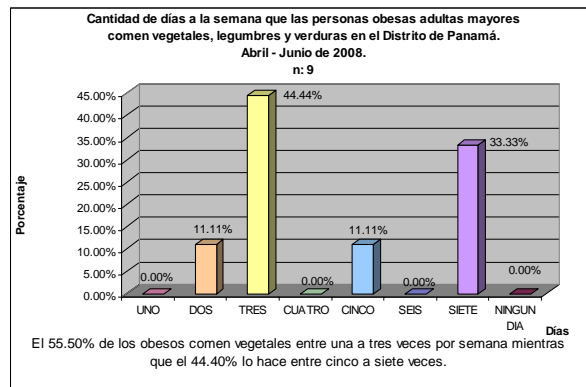


Gráfico No.93

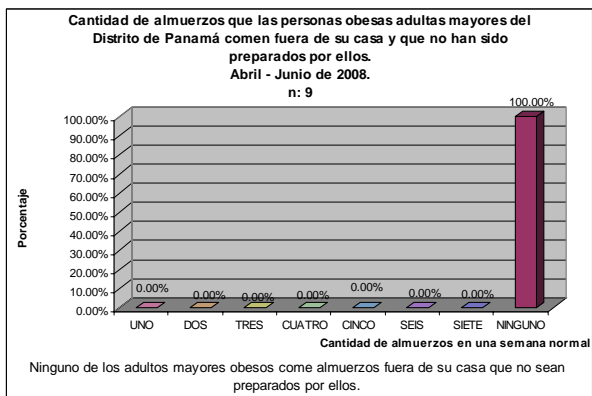


Gráfico No.94

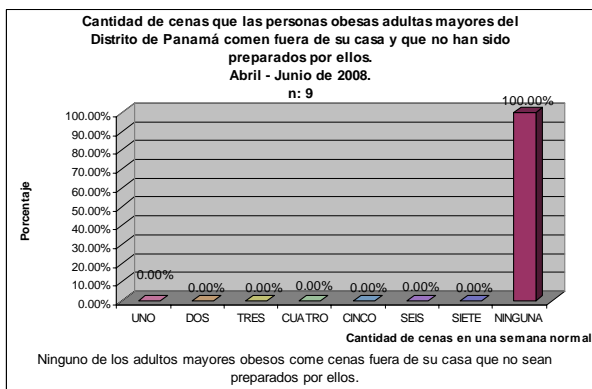


Gráfico No.95

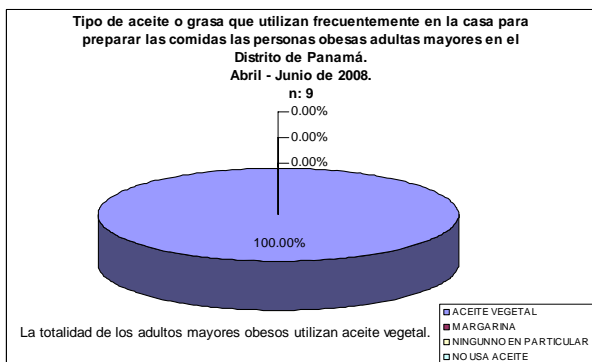
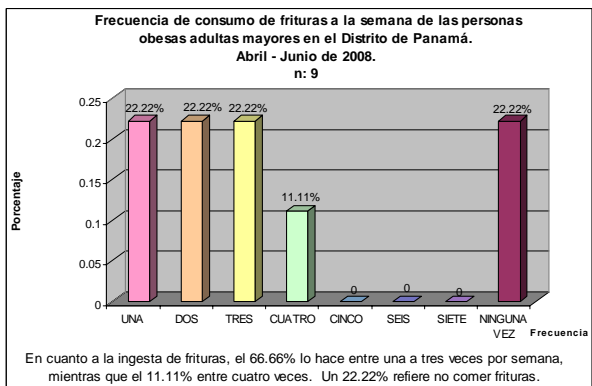


Gráfico No.96



**B. Actividad física en el trabajo**

Ninguno realiza actividad física intensa ni moderada en el trabajo. (Ver gráficos No.97 – No.98).

Gráfico No.97

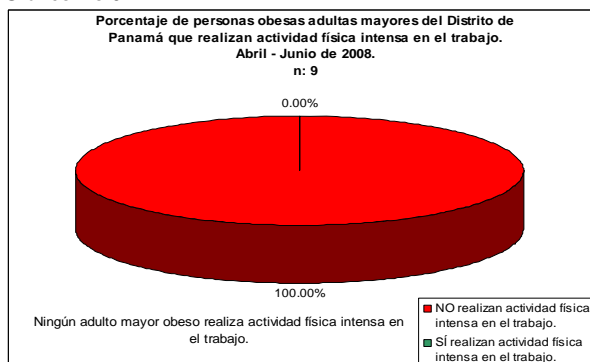
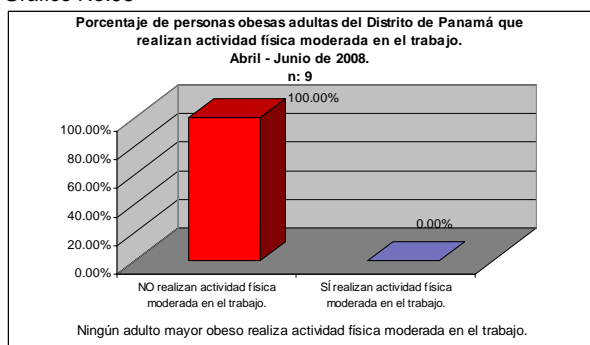


Gráfico No.98



**C. Actividad física para desplazarse**

El 88.90% (8) de los AM obesos camina al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos. De éstos, el 12.50% (1) lo hace tres días a la semana, 12.50% (1) cuatro y el 75.00% (6) siete días a la semana, con un promedio de 4.67 días por semana. El 50.00% (4) los realiza por quince minutos o menos por día, 37.50% (3) entre 16 y 30 minutos y el 12.50% (1) los realiza más de 60 minutos por día. (Ver gráficos No.99 – No.101).

Gráfico No.99

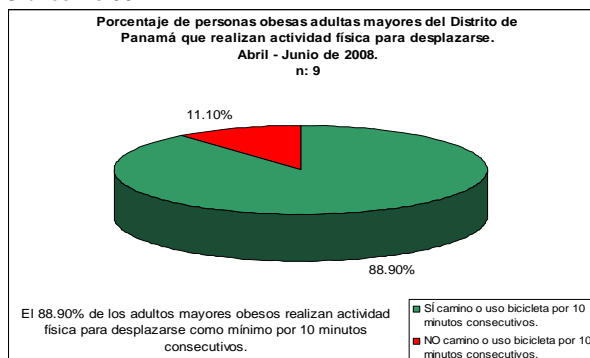


Gráfico No.100

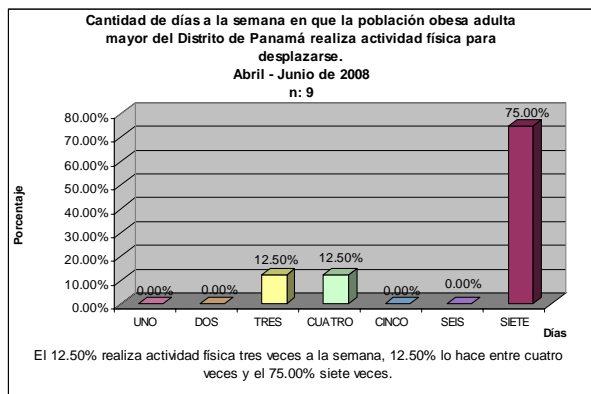


Gráfico No.103

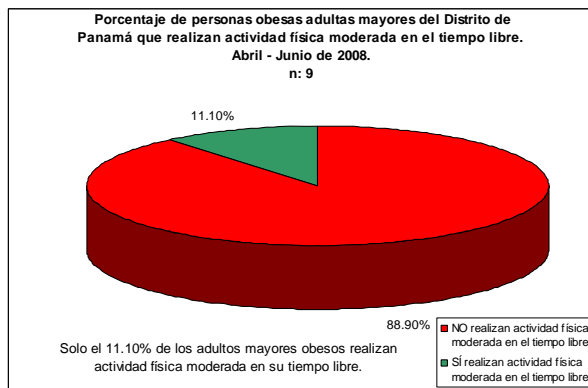


Gráfico No.101

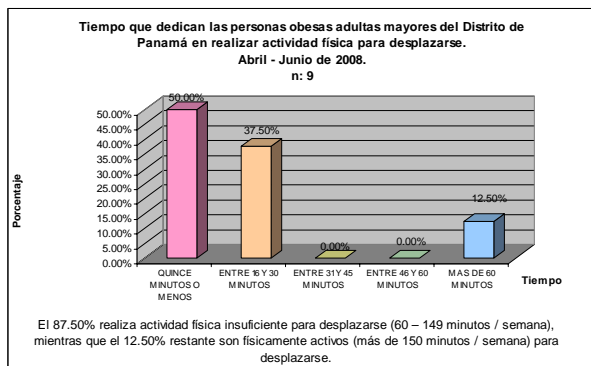
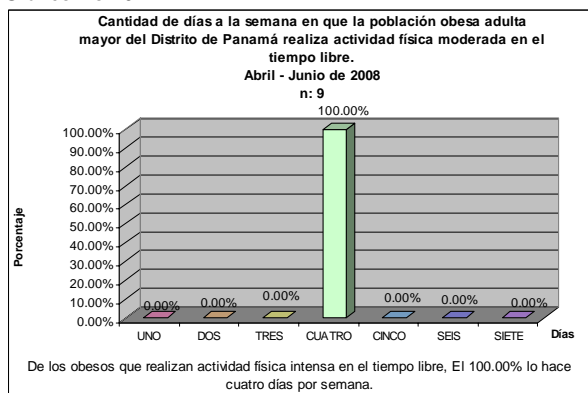


Gráfico No.104



### D. Actividad física en el tiempo libre

Ninguno de los AM va al gimnasio, practica deportes, o actividad física intensa (que implique una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como correr, jugar fútbol durante al menos 10 minutos consecutivos). En cuanto a la actividad física moderada en el tiempo libre (que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, ir en bicicleta, nadar, jugar volleyball, durante al menos 10 minutos consecutivos) solo el 11.10% (1) lo realiza y lo hace cuatro días a la semana por quince minutos o menos. (Ver, gráficos No. 102 – No. 105).

Gráfico No.105

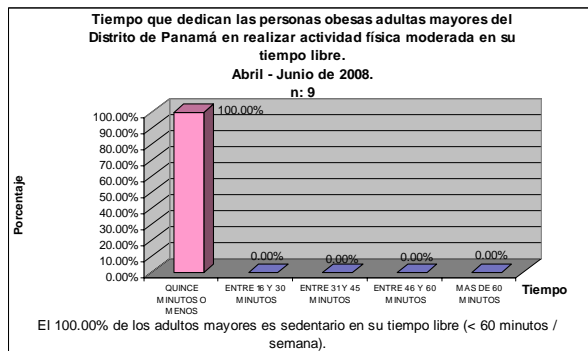
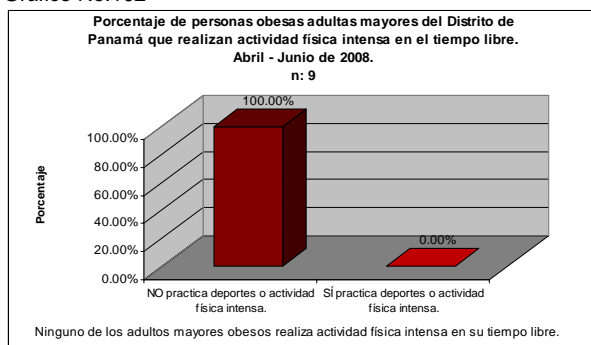


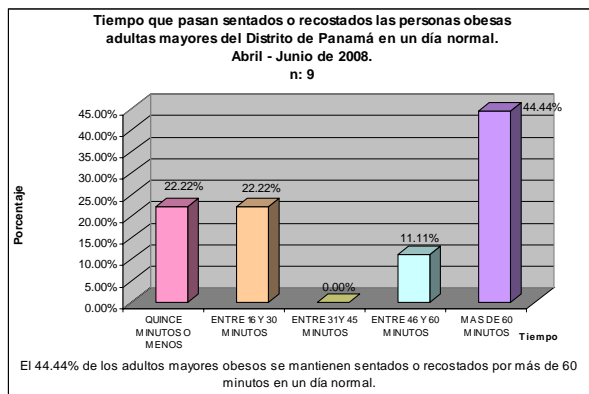
Gráfico No.102



### E. Comportamiento Sedentario

En cuanto al tiempo que pasan sentados o recostados en el trabajo, casa, en lugares públicos o con sus amigos en un día normal (incluyendo el tiempo que se pasa ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en bus, jugando juegos de mesa o viendo televisión, pero sin incluir el tiempo que pasa durmiendo), el 22.22% (2) respondió quince minutos o menos, 22.22% (2) entre 16 y 30 minutos, 11.11% (1) entre 46 y 60 minutos, y el 44.44% (4) más de 60 minutos por día. (Ver gráfico No. 106).

Gráfico No.106



### F. Tabaquismo

En la actualidad, ninguno de los **AM** obesos consume tabaco o sus derivados. El 33.30% (3) fumó en el pasado. Ninguno consume tabaco sin humo. En los últimos 7 días previo a la aplicación de la encuesta nadie fumo en los hogares de los **AM**, en espacios cerrados ni en su presencia. Al abordarlos sobre su asistencia en el último mes a lugares cerrados donde se consume tabaco/cigarrillos (discotecas, bares, casinos), 11.10% (1) respondió que acudió de 1 a 5 veces y el 88.90% (8) no asistió. (Ver gráficos No.107 – No.111).

Gráfico No.107

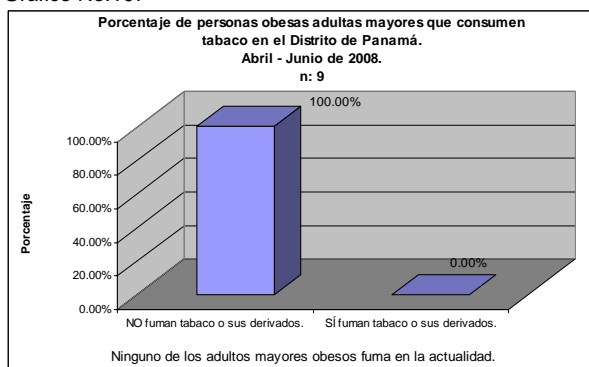


Gráfico No.108

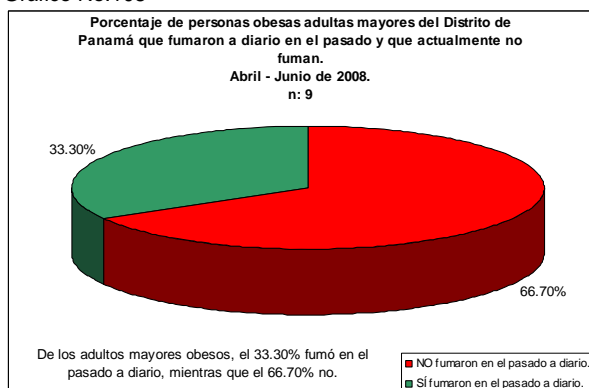


Gráfico No.109

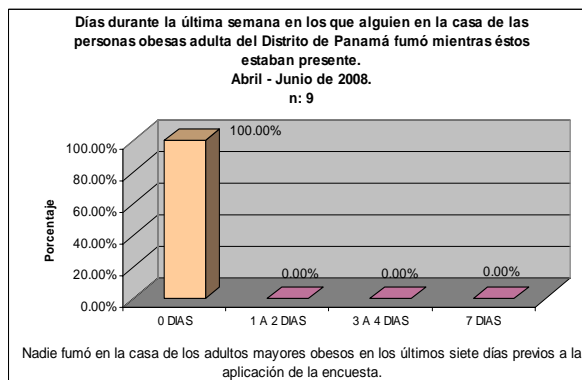


Gráfico No.110

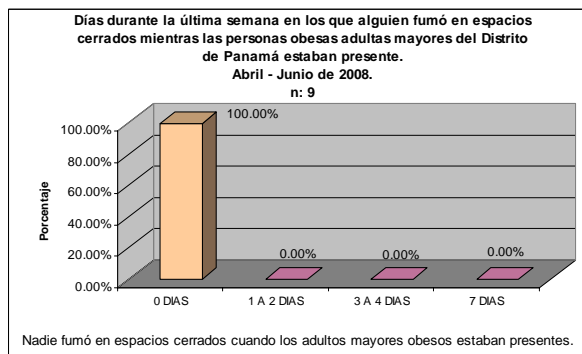
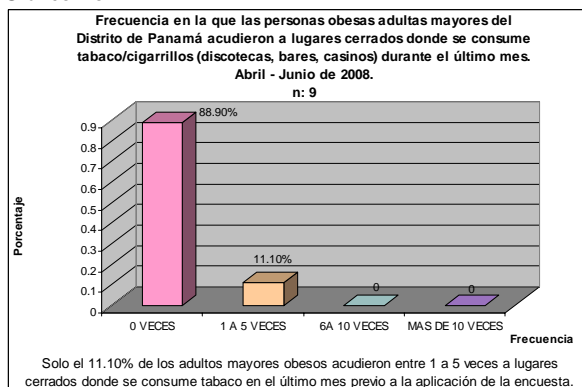


Gráfico No.111



### Antecedentes Personales

#### A. Hipertensión Arterial

El 100% de los **AM** obesos le tomaron la presión arterial en los últimos doce meses. Al 66.70% (6) le diagnosticaron HTA en el último año y el 66.7% (6) recibe tratamiento para su enfermedad. (Ver gráficos No.112 - 114).



Gráfico No.112

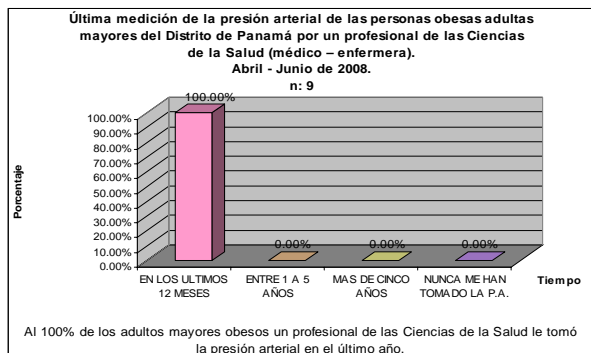


Gráfico No.116

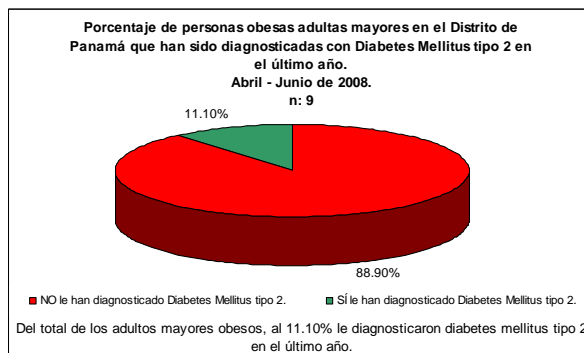


Gráfico No.113

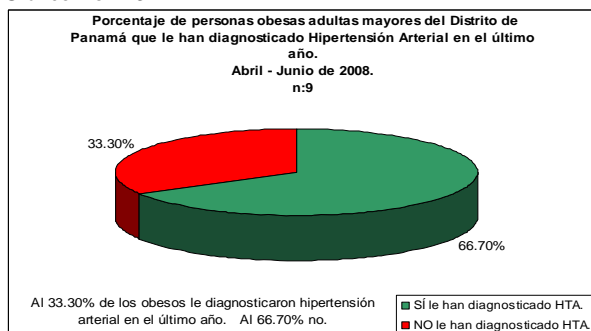
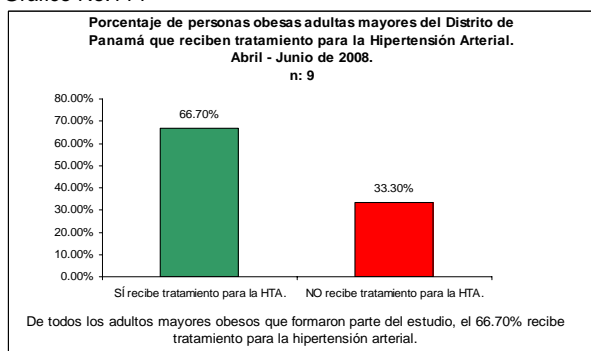


Gráfico No.117



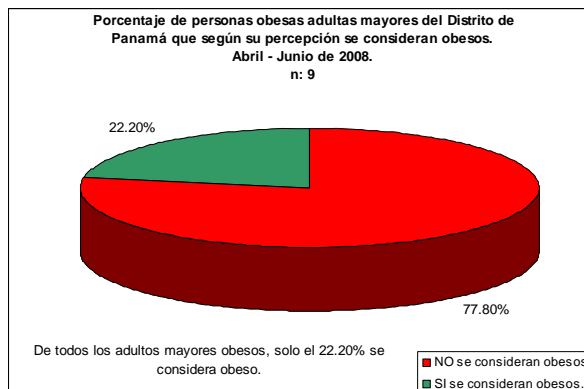
Gráfico No.114



### C. Percepción de Obesidad

El 22.20% (2) de los AM obesa se considera obesa, mientras que el 77.80% (7) no. (Ver gráfico No. 118).

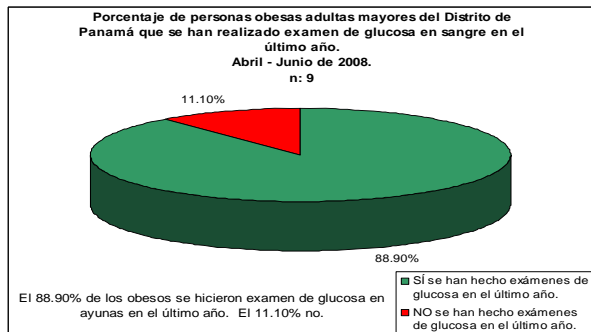
Gráfico No.118



### B. Diabetes Mellitus tipo 2

El 88.90% (8) se hizo exámenes de glicemia en los últimos doce meses. Al 11.10% (1) le diagnosticaron DM en el último año y recibe tratamiento para la enfermedad. (Ver gráficos No.115 - 117).

Gráfico No.115



### D. Antecedentes de Obesidad

Al 66.70% (6) de los AM obesos le tomaron el peso y midieron la talla en los últimos doce meses. Solo al 33.30% (3) un médico o enfermera le diagnosticó obesidad y reciben tratamiento médico para su enfermedad. (Ver gráficos No.119 - 121).

Gráfico No.119

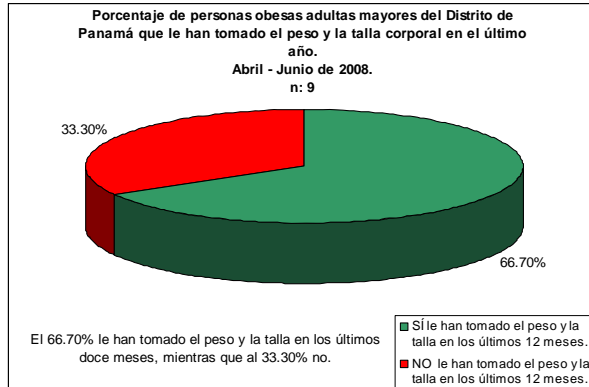


Gráfico No.122

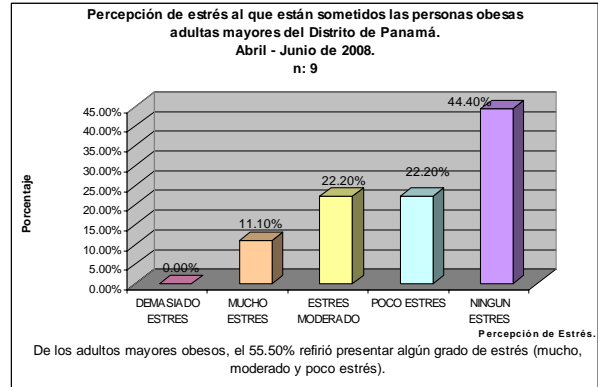
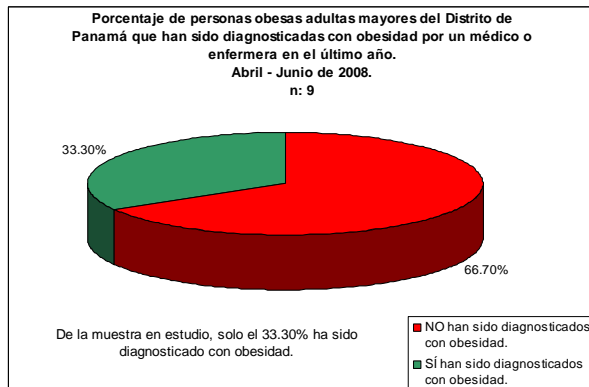


Gráfico No.120



### Antecedentes Heredofamiliares

El 11.10% (1) de los **AM** obesos tienen algún familiar en el primer o segundo grado de consanguinidad que padece de obesidad y de DM, 44.40% (4) de HTA, 100.00% (9) de ACV, 33.33% (3) de CA, 11.10% (1) de hipercolesterolemia y 33.30% (3) de IAM. El 11.10% (1) refiere haber tenido algún familiar en el primer o segundo grado de consanguinidad que murió de DM, 22.20% (2) de HTA, 11.10% (1) de ACV, 44.40% (4) de CA y el 22.20% (2) de IAM. (Ver gráficos No.123 - 134).

Gráfico No.121

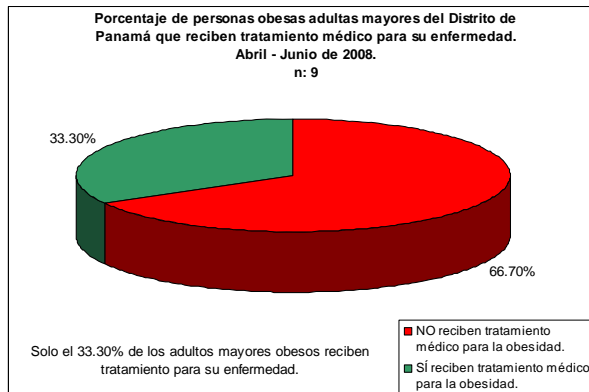
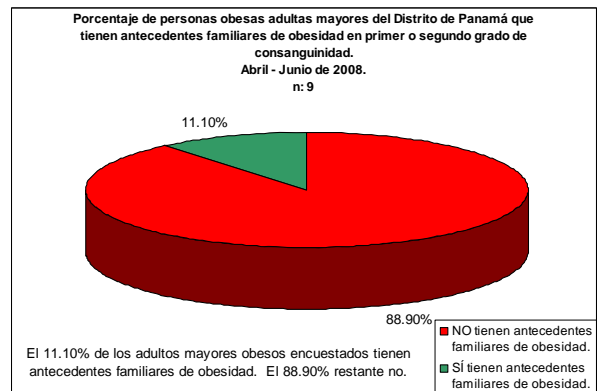


Gráfico No.123



### E. Percepción de Estrés

De acuerdo a su percepción, el 11.10% (1) de los **AM** obesos están sometidos a mucho estrés, 22.20% (2) a estrés moderado, 22.20% (2) a poco estrés, mientras que el 44.40% (4) refiere no tener ningún estrés. (Ver gráfico No. 122).

Gráfico No.124

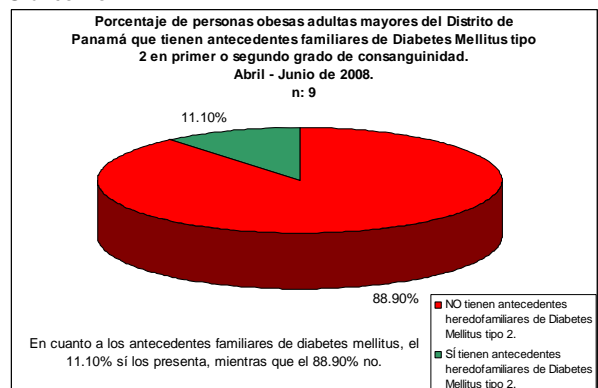


Gráfico No.125

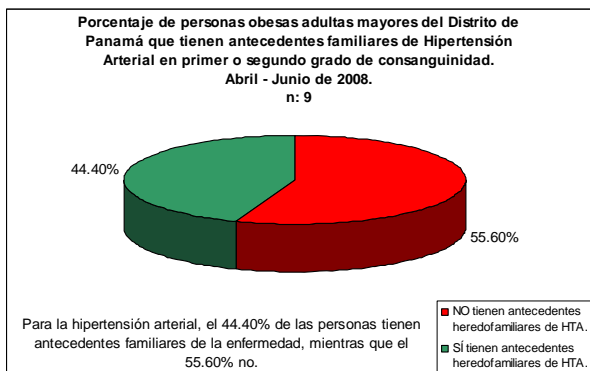


Gráfico No.129

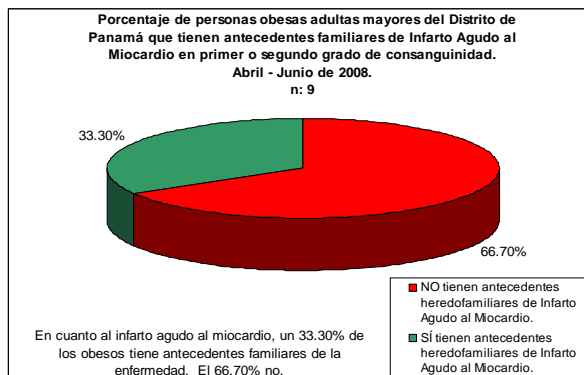


Gráfico No.126

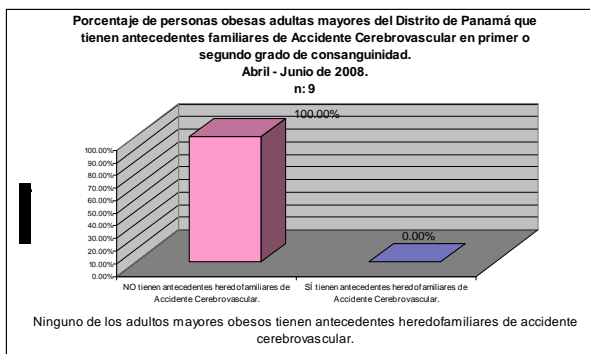


Gráfico No.130

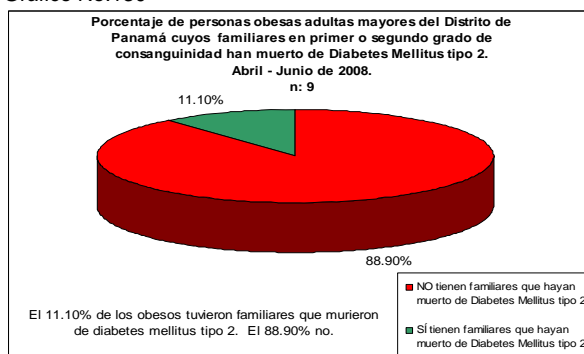


Gráfico No.127

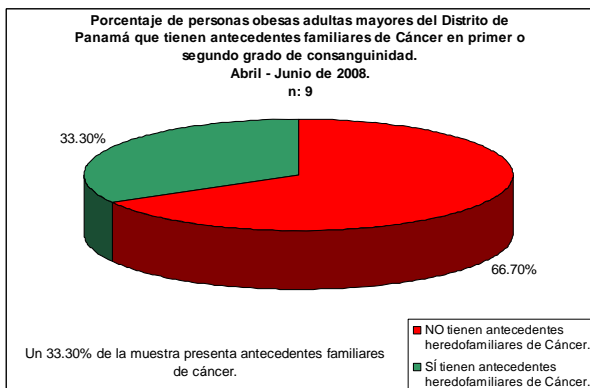


Gráfico No.131

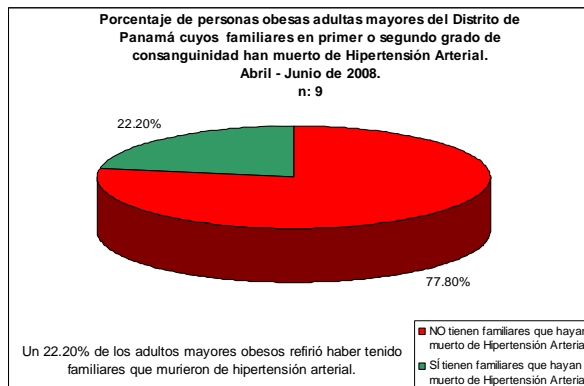


Gráfico No.128

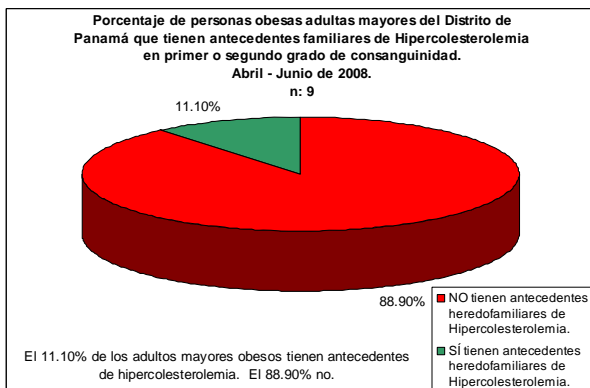


Gráfico No.132

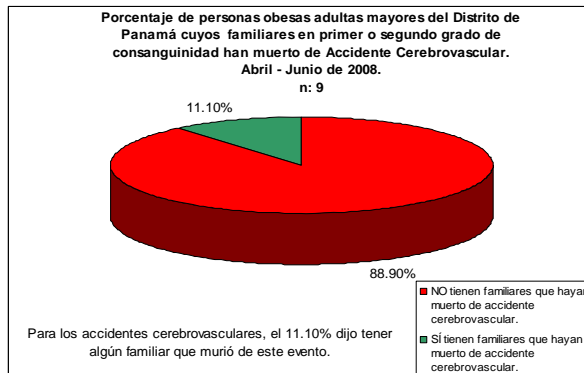


Gráfico No.133

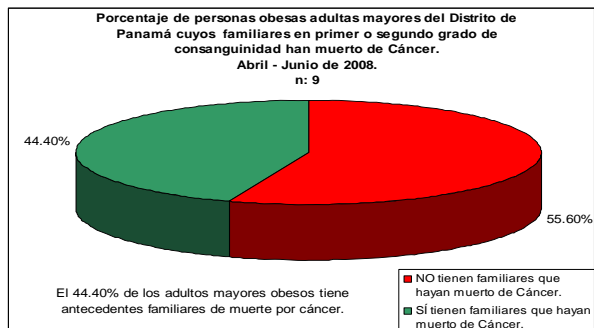


Gráfico No.136

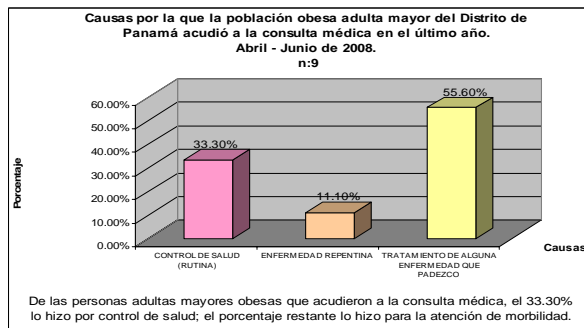


Gráfico No.134

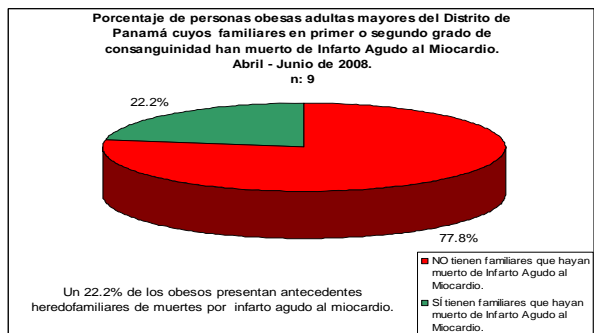


Gráfico No.137



## Datos de Salud

En el último año el 33.30% (3) fue entre 1 a 2 veces a la consulta médica, 33.30% (3) de 3 a 4 veces, 11.10% (1) de 5 a 6 veces, 22.20% (2) 7 veces o más. El 33.30% (3) acudió al médico por control de salud o rutina, 11.10% (1) por alguna enfermedad repentina y el 55.60% (5) por tratamiento de alguna enfermedad que padece. De los que acudieron por enfermedad repentina, el 100% lo hizo por alguna enfermedad viral, bacteriana o aguda, mientras que los que asistieron para el tratamiento de alguna enfermedad que padece, el 60.00% (3) lo hizo a causa de la HTA, 20.00% (1) HTA + DM + CA y 20.00% (1) por HTA + Enfermedades del Corazón. (Ver gráficos No.135 - 138).

Gráfico No.138

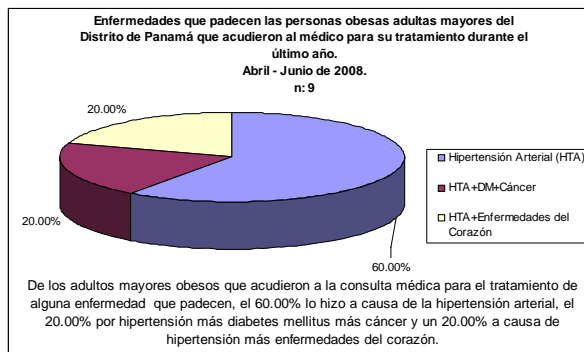
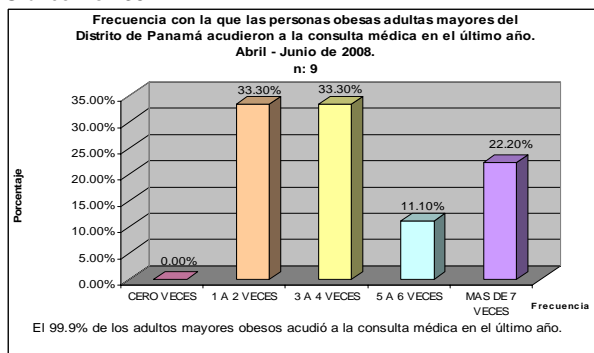


Gráfico No.135



## Riesgo Cardiovascular

### A. Circunferencia de Cintura

Respecto a los AM, del sexo masculino el 100.00% (1) tiene riesgo de ECV según la OMS y según la FID. En cuanto al sexo femenino 75.00% (6) tiene mayor riesgo de presentar ECV según la OMS, mientras que el 100.00% (8) tiene mayor riesgo según la FID. (Ver gráficos No.139 - 140).

Gráfico No.139

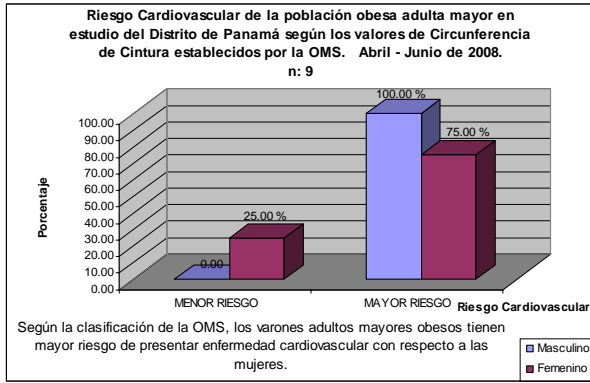
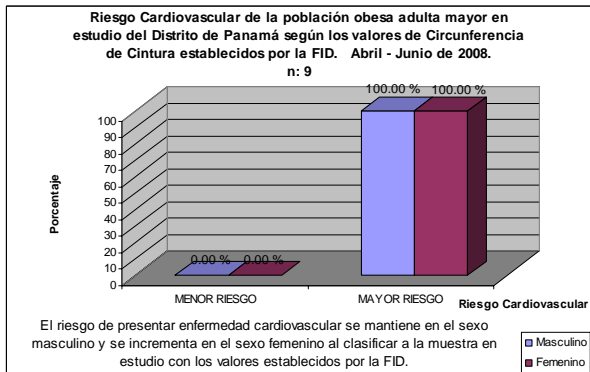


Gráfico No.140



## CONCLUSIONES

Esta investigación evidencia científicamente la magnitud del problema que representa la obesidad.

La prevalencia de la obesidad en la muestra en estudio fue de 32.20%, siendo en los adultos de 35.10% y de 19.10% en los adultos mayores, con un mayor predominio en el sexo femenino con relación al sexo masculino, a razón de 1.96 mujeres adultas obesas por cada hombre adulto obeso, y de 8 mujeres adultas mayores obesas por cada hombre adulto mayor obeso.

Los resultados obtenidos en la población adulta son comparables con los registrados en otras latitudes (Estados Unidos, Nicaragua, Guatemala).

El sobrepeso y la obesidad en su conjunto representaron el 68.2% de la muestra (68.7% en los adultos y 65.90% en los adultos mayores).

El 94.59% de los adultos obesos y el 100% de los adultos mayores obesos comen frutas, vegetales, legumbres y verduras.

De los distintos tipos de actividad física, la mayoría de los adultos obesos (70.30%) realiza actividad física para desplazarse, en un promedio de 4 días por semana, sin embargo, el 34.61% de ellos es sedentario ya que lo hace por menos de 60 minutos por semana, 36.54% realiza actividad física insuficiente (60 – 149 minutos por semana) y el 28.84% son físicamente activos (más de 150 minutos por semana).

De los adultos mayores obesos, la mayoría también realiza actividad física para desplazarse, en un promedio de 4.67 días por semana (88.90%), manteniendo un 87.50% una actividad física insuficiente, mientras que el 12.50% son físicamente activos.

La minoría de los adultos obesos (9.50%) fuma cigarrillos en la actualidad. Ninguno de los adultos mayores obesos fuma.

Al 32.40% de los adultos y al 66.70% de los adultos mayores obesos le diagnosticaron hipertensión arterial en el último año, mientras que al 2.70% y el 11.10%, le diagnosticaron diabetes mellitus, respectivamente.

El 86.40% de los adultos y el 55.50% de los adultos mayores obesos consideran que tienen algún grado de estrés.

Existe un problema asociado a la aceptación de la obesidad como enfermedad, ya que solo el 52.70% de los obesos se consideran obesos, situación que puede influir en la búsqueda de ayuda médica para el tratamiento y rehabilitación integral de las personas afectadas.

Los antecedentes familiares de obesidad estuvieron presente en el 50.00% de los adultos y el 11.10% de los adultos mayores obesos. El 56.80% de los adultos y el 33.30% de los adultos mayores fue diagnosticado de obesidad en el último año. Reciben tratamiento el 16.20% de los adultos y el 33.30% de los adultos mayores.

En general, la población adulta y adulta mayor obesa acudió a la consulta médica en el último año (88.00%). De los adultos, el 86.50% asistió por control de salud (40.60%), enfermedad repentina (25.00%) y para el tratamiento de alguna enfermedad que padecen (34.40%), representando 54.50% de esta última la hipertensión arterial. De los adultos mayores el 33.30%, 11.10% y 55.60% lo hicieron por las mismas causas respectivamente, siendo la hipertensión arterial el 60.00% de la causa de la búsqueda de tratamiento por alguna enfermedad que padecen.

Los adultos al igual que los adultos mayores obesos (**M** y **F**), se encuentran en riesgo de presentar enfermedad cardiovascular de acuerdo a los valores de la circunferencia de cintura establecidos por la OMS (el 62.81% de los adultos y el 87.5% de los adultos mayores en promedio), riesgo que aumenta al utilizar los criterios de la FID (el 88.98% de los adultos y el 100.00% de los adultos mayores en promedio). El riesgo es mayor en el sexo femenino.

## **RECOMENDACIONES**

1. Desarrollar estudios similares a nivel nacional, para que como país tengamos indicadores producto de la investigación sanitaria que sirvan para el desarrollo de sistemas de información para la toma de decisiones.
2. Que las autoridades de salud implementen acciones con visión de Estado para evitar que la población continúe incrementando el riesgo de desarrollar obesidad y las enfermedades que se relacionan con ésta.
3. Realizar un estudio circunscrito a la población adulta mayor y de esta manera comparar la confiabilidad y validez con investigaciones desarrolladas en otras latitudes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmena R., R.; Martínez V., J.F. Obesidad: Conceptos básicos, clasificación, etiopatogenia, riesgos y patología asociada a la obesidad. Revista Medicine. Vol. 8. No. 86. Año 2002. 4636-4641. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/62/62v08n86a13038226pdf001.pdf>
2. Salvador R., J, et al. Obesidad. Concepto. Clasificación. Implicaciones fisiopatológicas. Complicaciones asociadas. Valoración clínica. Revista Medicine. Vol. 9. No. 19. Año 2004. 1167-1175. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/62/62v9n19a13067948pdf001.pdf>
3. Gómez-Ambrosi, J. Control de peso corporal. Perspectivas actuales. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 51. No. 7. Año 2004. 397-400. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/12/12v51n07a13066799pdf001.pdf>
4. Obesidad: el momento de actuar. Revista JANO 12 -18. Vol. LXVII. No. 1541. Año 2004. 1683. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/1/1v67n1541a13069003pdf001.pdf>
5. Ministerio de Salud de Panamá. Dirección General de Salud. Guía para la atención integral de las personas con obesidad. Sección de Salud de Adulto y Adulto Mayor. Panamá, 2006. 50 páginas (por publicar).
6. Benagas, J.; Ruilope, L. Epidemia de enfermedades metabólicas. Una llamada de atención. Revista Medicina Clínica. Vol. 120. No. 3. Madrid, España. Año 2003. 99-100. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/2/2v120n03a13042647pdf001.pdf>
7. Luengo Fernández, E., et al. Obesidad, dislipidemia y síndrome metabólico. Revista Española de Cardiología. Vol. 5. Año 2005. 21D – 29D. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/25/25v5nSupl.Da13083445pdf001.pdf>
8. Gargallo-Fernández, Manuel Angel. Riesgo oncológico de la obesidad. Revista Medicina Clínica. Vol. 126. No. 7. Año 2006. 270-6. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/2/2v126n07a13085290pdf001.pdf>
9. Moreno Villares, J.M. Protocolo diagnóstico de la Obesidad. Revista Medicine. Vol. 8. No. 116. Año 2003. 6248-6250. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/62/62v08n116a13054821pdf001.pdf>
10. Herrero Lozano, R.; Ibáñez Estela, J.A. El sobrepeso y la obesidad en la consulta de Atención Primaria. Revista SEMERGEN Vol. 30. No. 2. Año 2004. 60-7. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/40/40v30n02a13057633pdf001.pdf>
11. Barbany Cahiz, M.; Foz Sala, M. Obesidad central. Su importancia como factor de riesgo cardiovascular en atención primaria. Revista JANO 21 - 27. Vol. LXVIII. No. 1548. Año 2005. 158 - 162. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/1/1v68n1548a13070780pdf001.pdf>
12. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/dia-camdi-v-2004.pdf>
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Encuesta de Diabetes, Hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Villa Nueva, Guatemala. 2006. 92 páginas.
14. Ponce, José Luis. La obesidad, un problema actual. Revista Calidad Asistencial. Vol. 19. No. 4. Año 2004. 216-8. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/256/256v19n04a13063270pdf001.pdf>
15. Barajas Gutierrez, M.A.; Espejo Romero, M. Cribado de la obesidad. La Medicina Hoy. Madrid, España. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/1/1v63n1448a13038852pdf001.pdf>
16. Sagasti Murillo, A.; Moreno Esteban, B. Obesidad como factor de riesgo cardiovascular. Revista Hipertensión. Vol. 22. No. 1. Año 2005. 32-6. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/67/67v22n01a13071988pdf001.pdf>
17. Tránsito López Luengo, M. Sobrepeso y obesidad. Revista OFFARM. Vol. 24. No. 10. Año 2005. 90-95. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/4/4v24n10a13081750pdf001.pdf>



18. De Pablos Velasco, P.; Martínez Martín, F. Significado clínico de la obesidad abdominal. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 54. No. 5. Año 2007. 265-71. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/12/12v54n05a13102229pdf001.pdf>
19. Grupo de Trabajo Multidisciplinario para el Control de Riesgo Cardiometabólico en el Paciente con Obesidad Abdominal. Identificación , diagnóstico, control del paciente con obesidad abdominal y factores de riesgo cardiovascular y metabólico. Revista Medicina Clínica. Vol. 128. No. 11. Año 2007. 429-37. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/2/2v128n11a13100347pdf001.pdf>
20. Formiguela Sala, Xavier. Circunferencia de la cintura y riesgo cardiovascular y metabólico. Revista Medicina Clínica. Vol. 125. No. 2. Año 2005. 59-60. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/2/2v125n02a13076476pdf001.pdf>
21. Real, J.; Carmena, R. Importancia del síndrome metabólico y de su definición dependiendo de los criterios utilizados. Revista Medicina Clínica. Vol. 124. No. 10. Año 2005. 376-8. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/2/2v124n10a13072572pdf001.pdf>
22. Aranceta-Bartrina, J., et al. Prevalencia de obesidad en España. Revista Medicina Clínica. Vol. 125. No. 12. Año 2005. 460-6. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/2/2v125n12a13079612pdf001.pdf>
23. Lefébvre, P.; Silink, M. Combate la obesidad, prevén la diabetes. Revista JANO 12 - 18. Vol. LXVII. No. 1541. Año 2004. 1684. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/1/1v67n1541a13069004pdf001.pdf>
24. Contraloría General de la República de Panamá. Dirección de Estadística y Censo. Disponible en <http://www.contraloria.gob.pa/dec>
25. Saraí Aguilar, Barojas. Fórmulas para el Cálculo de la Muestra en Investigaciones en Salud. Revista Salud en Tabasco. Volumen 11, No.1 y 2. Enero – Abril, Mayo-Agosto, México, 2005. 333 - 338. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=48711206>.
26. Contraloría General de la República de Panamá. Dirección de Estadística y Censo. Censos Nacionales de Población y Vivienda. Lugares Poblados de la República. Volumen I. Tomo I. Panamá. Diciembre de 2001. 193 Páginas.

**ANEXOS**  
**ANEXO No.1**

**ENCUESTA PARA CONOCER LA PREVALENCIA DE LA OBESIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE 20 A 59 AÑOS Y DE 60 AÑOS Y MÁS DEL DISTRITO DE PANAMÁ.**

Adaptado de la Versión Panamericana de STEPS. Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud.

**NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_.

**I. DATOS GENERALES**

DATOS GENERALES		RESPUESTA
1	Nombre del Corregimiento	
2	Nombre del barrio, urbanización o barriada	
3	Dirección de la vivienda (Calle, No. de casa)	
4	Teléfono de Residencia	
5	Fecha de aplicación del cuestionario	Día: _____ Mes: _____ Año: 2008
6	Hora de inicio de la entrevista	
7	Hora de finalización de la entrevista	
8	Se ha leído el consentimiento al entrevistado	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
9	Se ha obtenido el consentimiento escrito del entrevistado (Si la respuesta es NO, terminar la entrevista).	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**II. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA		RESPUESTA
10	Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
11	Edad	_____ años
12	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viviendo en pareja <input type="checkbox"/> Viuda (o) <input type="checkbox"/> Separado (a) / Divorciado (a)
13	Grupos Humanos	<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Mestizaje (Mezcla de las diferentes etnias cuyo producto son los mulatos, zambos y mestizos) <input type="checkbox"/> Otros (asiáticos, europeos, judíos, indostaníes, etc).
14	Sabe usted leer y escribir	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
15	Cuál fue el nivel de educación más alto que ha alcanzado?	<input type="checkbox"/> Escolarización informal <input type="checkbox"/> Escuela primaria incompleta <input type="checkbox"/> Escuela primaria completa <input type="checkbox"/> Escuela secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Escuela secundaria completa <input type="checkbox"/> Estudios universitarios o superiores incompletos <input type="checkbox"/> Estudios universitarios o superiores completos <input type="checkbox"/> Estudios de post grado <input type="checkbox"/> No sabe.

16	Cuál de las siguientes ha sido su actividad laboral principal en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Empleado(a) del gobierno <input type="checkbox"/> Empleado(a) en el sector privado. <input type="checkbox"/> Trabajador independiente. <input type="checkbox"/> No remunerado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Amo(a) de casa <input type="checkbox"/> Jubilado / Pensionado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Se rehúsa a contestar.
17	Cuántas personas mayores de 18 años, incluyéndolo a usted, viven en su casa?	No. de personas: _____

### III. PRÁCTICA DE ESTILOS DE VIDA

**Dieta: Generalidades.** Ahora le haré unas preguntas sobre las frutas y las verduras que suele consumir.

	PREGUNTA	RESPUESTA	
18	Come usted frutas, vegetales, legumbres y verduras?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
19	Cuántos días a la semana come usted frutas?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Ningún día <input type="checkbox"/> No recuerda.
20	En promedio, cuántas frutas se come usted en los días que las come?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Ningún día <input type="checkbox"/> No recuerda.
21	Cuántos días a la semana come usted verduras, vegetales y legumbres?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Ningún día <input type="checkbox"/> No recuerda.
22	En una semana considerada "normal", cuántos almuerzos come usted fuera de su casa y que no sean preparados en casa?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No recuerda.
23	En una semana considerada "normal", cuántas cenas come usted fuera de su casa y que no sean preparadas en casa?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No recuerda.
24	Qué tipo de aceite o grasa se utiliza frecuentemente en su casa para preparar las comidas?	<input type="checkbox"/> Aceite vegetal <input type="checkbox"/> Manteca de animal <input type="checkbox"/> Mantequilla <input type="checkbox"/> Margarina <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno en particular <input type="checkbox"/> No usa ningún aceite <input type="checkbox"/> No sabe	

25	Cuántas veces a la semana usted ingiere frituras?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No recuerda.
----	---	--	--

### ACTIVIDAD FÍSICA

A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Trate de contestar las preguntas aunque no se considere una persona activa. Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, que se trate de un empleo remunerado o no remunerado, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo. En estas preguntas las “actividades físicas intensas” se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Por otra parte, las actividades físicas de intensidad moderada” son aquellas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Cabe señalar que las preguntas que se refieren a tiempo, pueden ser la sumatoria de actividades realizadas durante el día.

	PREGUNTA	RESPUESTA	
<b>En el trabajo</b>			
26	Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como levantar peso, cavar, o trabajos de construcción, durante al menos 10 minutos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
27	En una semana normal para usted, cuántos días realiza actividades físicas intensas en su trabajo?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Ningún día <input type="checkbox"/> No recuerda.
28	En uno de esos días en que realiza actividad física intensa, cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<input type="checkbox"/> 15 minutos o menos <input type="checkbox"/> Entre 16 y 30 minutos <input type="checkbox"/> Entre 31 y 45 minutos <input type="checkbox"/> Entre 46 y 60 minutos <input type="checkbox"/> Más de 60 minutos <input type="checkbox"/> No Aplica	
29	Exige su trabajo una actividad física moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa o transportar pesos ligeros, durante al menos 10 minutos consecutivos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
30	En una semana normal para usted, cuántos días realiza actividades físicas de intensidad moderada en su trabajo?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Ningún día <input type="checkbox"/> No recuerda.
31	En uno de esos días en que realiza actividad física de intensidad moderada, cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<input type="checkbox"/> 15 minutos o menos <input type="checkbox"/> Entre 16 y 30 minutos <input type="checkbox"/> Entre 31 y 45 minutos <input type="checkbox"/> Entre 46 y 60 minutos <input type="checkbox"/> Más de 60 minutos <input type="checkbox"/> No aplica	

<b>Para desplazarse</b>		
En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos tratado. Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al mercado, a la iglesia, u otros lugares.		
	<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTA</b>
32	Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
33	En una semana normal, cuántos días camina, trota, corre, o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Ningún día <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> No recuerda. <input type="checkbox"/> Cinco
34	En un día normal para usted, cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	<input type="checkbox"/> 15 minutos o menos <input type="checkbox"/> Entre 16 y 30 minutos <input type="checkbox"/> Entre 31 y 45 minutos <input type="checkbox"/> Entre 46 y 60 minutos <input type="checkbox"/> Más de 60 minutos <input type="checkbox"/> No aplica

<b>En el tiempo libre</b>		
Las preguntas que le haré a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora le preguntaré sobre deportes, ir al gimnasio u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre.		
	<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTA</b>
35	En su tiempo libre, practica usted deportes o va al gimnasio y realiza actividades intensas que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como correr, jugar fútbol durante al menos 10 minutos consecutivos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
36	En una semana normal para usted, cuántos días practica deportes intensos (incluido el gimnasio) en su tiempo libre?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Ningún día <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> No recuerda. <input type="checkbox"/> Cinco
37	En uno de esos días en los que practica deportes intensos, incluido el gimnasio, cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<input type="checkbox"/> 15 minutos o menos <input type="checkbox"/> Entre 16 y 30 minutos <input type="checkbox"/> Entre 31 y 45 minutos <input type="checkbox"/> Entre 46 y 60 minutos <input type="checkbox"/> Más de 60 minutos <input type="checkbox"/> No aplica
38	En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, ir en bicicleta, nadar, jugar volleyball, durante al menos 10 minutos consecutivos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
39	En una semana normal para usted, cuántos días practica actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Ningún día <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> No recuerda. <input type="checkbox"/> Cinco

40	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<input type="checkbox"/> 15 minutos o menos <input type="checkbox"/> Entre 16 y 30 minutos <input type="checkbox"/> Entre 31 y 45 minutos <input type="checkbox"/> Entre 46 y 60 minutos <input type="checkbox"/> Más de 60 minutos <input type="checkbox"/> No aplica
----	---	---

<b>Comportamiento Sedentario</b>		
La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, casa, en lugares públicos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en bus, jugando juegos de mesa o viendo televisión, pero <b>NO</b> se incluye el tiempo que pasa durmiendo).		
	<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTA</b>
41	Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día normal?	<input type="checkbox"/> 15 minutos o menos <input type="checkbox"/> Entre 16 y 30 minutos <input type="checkbox"/> Entre 31 y 45 minutos <input type="checkbox"/> Entre 46 y 60 minutos <input type="checkbox"/> Más de 60 minutos

<b>CONSUMO DE TABACO</b>		<b>RESPUESTA</b>
Ahora le haré preguntas sobre algunos comportamientos relacionados con la salud, como fumar o tabaquismo.		
42	Fuma usted actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas? Si la respuesta es NO, continúe en la pregunta No. 47	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
43	Si la respuesta anterior es SÍ, Fuma usted a diario?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
44	A qué edad comenzó a fumar usted a diario?	Edad en años _____ <input type="checkbox"/> No recuerda
45	Recuerda cuanto tiempo hace que fuma a diario?	<input type="checkbox"/> Entre 1 a 5 años <input type="checkbox"/> Hace 12 Meses <input type="checkbox"/> Hace 6 meses <input type="checkbox"/> Hace menos de 1 mes
46	Como promedio, cuántos de los siguientes productos fuma al día?	<b>Cigarrillos</b> <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 <input type="checkbox"/> Más de 6 <b>Tabaco</b> <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 <input type="checkbox"/> Más de 6 <b>Puros</b> <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 <input type="checkbox"/> Más de 6
47	En el pasado, fumó usted a diario? Si la respuesta es NO, continúe en la pregunta No. 50	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
48	Si la respuesta anterior es SÍ, qué edad tenía cuando dejó de fumar a diario?	Edad en años _____ <input type="checkbox"/> No recuerda
49	Cuánto tiempo atrás hace que dejó de fumar a diario?	<input type="checkbox"/> Años _____ <input type="checkbox"/> Meses _____ <input type="checkbox"/> Semanas _____ <input type="checkbox"/> No recuerda

50	Consume actualmente algún tipo de tabaco sin humo (rapé, tabaco de mascar) Si la respuesta es NO, continúe en la pregunta No. 53	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
51	Si la respuesta es SÍ, Lo(s) consume cada día?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
52	Como promedio, cuántas veces al día consume tabaco sin humo (rapé, tabaco de mascar) al día?	Rapé (vía oral) <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 <input type="checkbox"/> Más de 6 Rapé (vía nasal) <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 <input type="checkbox"/> Más de 6 Tabaco de mascar <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 <input type="checkbox"/> Más de 6 Otro <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 <input type="checkbox"/> Más de 6
53	Durante los últimos 7 días, cuántos días fumó alguien en su casa cuando usted estaba presente?	<input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 a 2 días <input type="checkbox"/> 3 a 4 días <input type="checkbox"/> 5 a 6 días <input type="checkbox"/> 7 días.
54	Durante los últimos 7 días, cuántos días fumó alguien en espacios cerrados en su lugar de trabajo (en el edificio, en la oficina) cuando usted estaba presente?	<input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 a 2 días <input type="checkbox"/> 3 a 4 días <input type="checkbox"/> 5 a 6 días <input type="checkbox"/> 7 días
55	Durante el último mes, cuántas veces usted acudió a lugares cerrados donde se consume tabaco/cigarrillos (discotecas, bares, casinos).	<input type="checkbox"/> 0 veces <input type="checkbox"/> 1 – 5 veces <input type="checkbox"/> 6 – 10 veces <input type="checkbox"/> más de 10 veces

#### IV. ANTECEDENTES PERSONALES.

ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
	PREGUNTA	RESPUESTA
56	Cuando fue la última vez que a usted le tomó o midió la presión arterial un profesional de las Ciencias de la Salud (médico – enfermera).	<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Entre 1 – 5 años <input type="checkbox"/> Más de cinco años
57	Durante los últimos 12 meses, le ha dicho algún médico o enfermera que usted tiene hipertensión o la presión arterial alta.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
58	Recibe usted actualmente algún tratamiento (medicamentos o indicaciones médicas) para la hipertensión arterial o presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

<b>ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS</b>		
	<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTA</b>
59	En los últimos 12 meses, usted se ha hecho algún análisis de la glucosa (azúcar) en la sangre?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
60	En los últimos 12 meses, algún médico o enfermera le ha diagnosticado a usted diabetes mellitus tipo 2 o azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
61	Recibe usted actualmente algún tratamiento (medicamentos o indicaciones médicas) para la diabetes mellitus tipo 2 o azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

<b>PERCEPCIÓN DE OBESIDAD</b>		
62	Según su criterio, se considera Usted obeso?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

<b>ANTECEDENTES DE OBESIDAD</b>		
	<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTA</b>
63	En los últimos 12 meses, a usted le han tomado el peso y talla corporal?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
64	En los últimos 12 meses, algún médico o enfermera le ha diagnosticado a usted obesidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
65	Recibe usted actualmente algún tratamiento (medicamentos o indicaciones médicas) para la obesidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

<b>ANTECEDENTES DE ESTRÉS</b>		
66	Según su percepción, usted está expuesto a:	<input type="checkbox"/> Demasiado Estrés <input type="checkbox"/> Mucho Estrés <input type="checkbox"/> Estrés Moderado <input type="checkbox"/> Poco estrés <input type="checkbox"/> Ningún estrés.

#### **V. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.**

<b>HISTORIA FAMILIAR</b>		
	<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTA</b>
67	Alguno de los miembros de su familia en primer o segundo grado de consanguinidad ha sido diagnosticado por un médico con obesidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
68	Alguno de los miembros de su familia en primer o segundo grado de consanguinidad ha sido diagnosticado por un médico de alguna de las siguientes enfermedades:	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 2 o azúcar en la sangre. <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral (Enfermedad Cerebrovascular o Accidente Cerebrovascular). <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor maligno. <input type="checkbox"/> Colesterol alto. <input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio, Infarto del Corazón o "Ataque del Corazón".



69	Alguno de los miembros de su familia en primer o segundo grado de consanguinidad ha muerto de alguna de las siguientes enfermedades:	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 2 o azúcar en la sangre. <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Obesidad. <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral (Enfermedad Cerebrovascular o Accidente Cerebrovascular). <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor maligno. <input type="checkbox"/> Infarto Agudo al Miocardio, Infarto del Corazón o "Ataque del Corazón".
----	--	---

## VI. DATOS DE SALUD

<b>CONSULTAS AL MÉDICO</b>		
70	Durante el último año, cuántas veces ha ido usted a una consulta médica?	<input type="checkbox"/> 0 veces <input type="checkbox"/> 1 – 2 veces <input type="checkbox"/> 3 – 4 veces <input type="checkbox"/> 5 – 6 veces <input type="checkbox"/> más de 7 veces
71	¿En las veces que ha acudido al médico, por qué causa ha sido?	<input type="checkbox"/> Enfermedad repentina. <input type="checkbox"/> Control de salud (rutina) <input type="checkbox"/> Tratamiento de alguna enfermedad que padezco.
72	Si la respuesta anterior fue "Enfermedad repentina especifique la enfermedad que le diagnóstico el médico".	<input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus tipo 2 <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiovasculares <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Síndrome Metabólico <input type="checkbox"/> Enfermedades hormonales <input type="checkbox"/> Otras (Viral, bacteriana o aguda por otra causa)
73	Si la causa por la que acudió al médico fue por "Tratamiento de alguna enfermedad que padezco" especifique la enfermedad por cual acudió al médico:	<input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus tipo 2 <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiovasculares <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Síndrome Metabólico <input type="checkbox"/> Enfermedades hormonales <input type="checkbox"/> Otras

## VII. MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS

<b>ESTATURA, PESO Y CIRCUNFERENCIA DE CINTURA</b>		
74	Estatura	_____ metros
75	Peso	_____ Kilogramos
76	Circunferencia de cintura	_____ centímetros