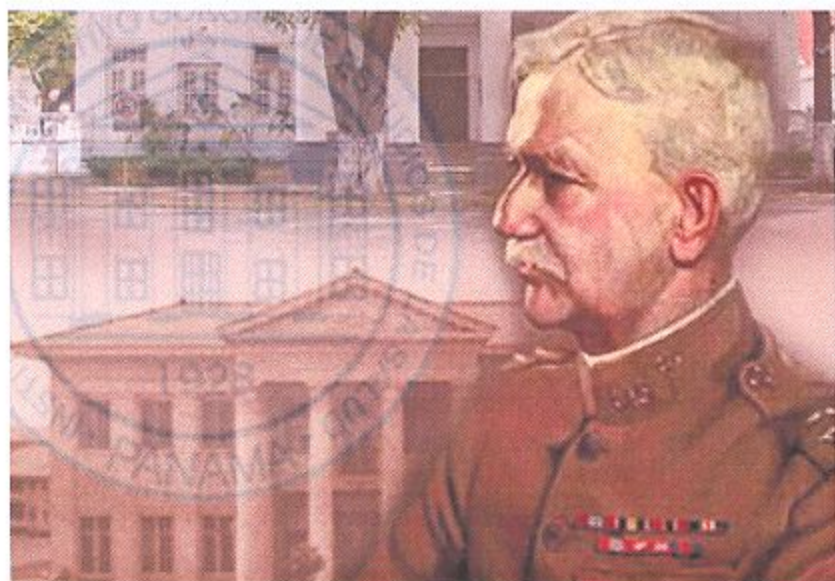


**INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA
SALUD**

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD, AMBIENTE Y
SOCIEDAD**

**INFORME PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
IDENTIFICACIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES EN EL RECURSO
HUMANO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD DE
PANAMÁ. 2006**



INVESTIGADORAS

**AIDA DE RIVERA, MSP
BEATRIZ GÓMEZ, MSC
FARIDE RODRIGUEZ, MSP
LISBETH HURTADO, MSC**

INTRODUCCIÓN

Los comportamientos o conductas son determinantes de la salud integral y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento.

La manera en que la gente se comporte determinará el que enferme o permanezca sana, y en caso de que se enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad que ésta se produzca. El comportamiento está tan arraigado en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, que su naturaleza es primordialmente social.

Se denomina estilos de vida al conjunto de comportamientos relacionados con la salud, y se refieren a la manera como la gente se comporta con respecto al bienestar, calidad de vida y la exposición a factores nocivos a la salud. Son la resultante de valores y actitudes adoptadas por las personas en respuesta a su ambiente social, cultural y económico. Los estilos de vida saludables son un producto histórico social que se expresa de forma diferencial en grupos e individuos, pero que afecta a la sociedad en su conjunto. Existen diferentes estilos saludables de vida -no uno sólo- y que tiene que ver con el marco cultural de socialización del individuo, sus grupos de pertenencia y de referencia, así como sus propias preferencias.

Al aumentar la prosperidad y urbanización, las dietas tienden a ser por término medio más ricas en energía y grasas, especialmente saturadas, y a tener un contenido menor de fibras y carbohidratos complejos y un contenido mayor de alcohol, carbohidratos refinados y sal. En los medios urbanos disminuyen con frecuencia el ejercicio físico y el gasto de energía, mientras que tienden a aumentar el consumo de tabaco y el estrés. Estos y otros factores de riesgo, así como el incremento de la esperanza de vida, van unidos a una mayor prevalencia de la obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporosis y algunos tipos de cáncer, con los consiguientes e inmensos costos sociales y de atención de salud. En algunas regiones la caries dental es también una importante condición relacionada con la dieta.

El estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia del sujeto. La promoción de la salud es fundamental en la adopción de comportamientos saludables por la población y a través de la educación para la salud los trabajadores de la salud facilitan la autoconciencia individual y grupal sobre estilos de vida saludables. A su vez, los trabajadores de la salud representan modelos conductuales para la gente. En muchas ocasiones, los trabajadores de la salud no ejercitan para si mismos comportamientos saludables, a pesar de tener los conocimientos sanitarios. Son las denominadas paradojas comportamentales: las personas tienen el conocimiento, pero no ejercitan el comportamiento saludable para si mismos.

A través de la historia, el cuidado o control de la salud ha variado en su significado, en sus formas de prácticas y de asunción de la responsabilidad individual y grupal. Es un producto de la construcción cultural, materializado en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que cada cultura tiene alrededor de la salud, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de ese patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y de la salud.

Los griegos manejaron una visión integral de lo que debía ser el cuidado de sí, pues enfatizaban la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo sino también el alma. Son los griegos los que comienzan a dar importancia al autocontrol como una forma de autocuidado. Con la influencia de la tradición judeo-cristiana en las prácticas de cuidado, específicamente con el fomento de la práctica de la castidad, la forma integral de autocuidado practicada por los griegos cambió el simbolismo y significado del contacto con el cuerpo propio y del otro, y transformó profunda y progresivamente el concepto y significado de los cuidados, al pasar de una preocupación centrada en el cuerpo hacia unos cuidados centrados en el espíritu con demérito de los corporales. (Colliere, MF. 1993).

Desafortunadamente el desarrollo de la medicina occidental, posterior a los griegos y con la influencia judeo-cristiana, diseñó sistemas sanitarios centrados en la curación de enfermedades y no en los cuidados de costumbre que son la esencia de la promoción de la salud y la vida. El modelo biomédico sigue predominante, y a pesar

de los grandes esfuerzos mundiales en la promoción de la salud, se continúa con la parcelación del cuerpo y sus funciones y la separación de mente y cuerpo.

A partir de la Carta de Ottawa (1986) el consenso se volcó en pensar desde la Salud en lugar de hacerlo desde la Enfermedad. Con alguna frecuencia se ha reducido el concepto de promoción de la salud a educación para la salud. La educación para la salud es uno de los recursos con que cuenta la promoción para sus intervenciones, pero la promoción es un concepto mucho más amplio que educación para la salud.

Los sistemas sanitarios han diseñado y desarrollado programas según problemas crónicos como el grupo de hipertensos, el de diabéticos o de SIDA; o según factores de riesgo como la prevención de cáncer cervicouterino o de mama. Sin desconocer la importancia de estos programas, la forma como se ha dirigido el cuidado o control de la salud, la promoción de la salud, no sólo ha desdibujado el concepto de persona como un ser integral, al identificarlo como una enfermedad o un factor de riesgo, sino que ha mantenido a la práctica sanitaria en el predominio del saber hacer con respecto a la enfermedad sobre lo que se considera importante para seguir construyendo la vida y realizándose en su expresión. Según Colliere M, (1993) cuando en el sistema de salud existe este predominio, no se debe hablar de cuidados sino de tratamientos.

Los sistemas sanitarios han avanzado poco en promoción de la salud hasta la actualidad. En lo que toca al autocuidado o control de la salud, muestran la necesidad de repensar los énfasis, el enfoque y las direccionalidades dadas por los sistemas de salud a la promoción del autocuidado y retomar aspectos importantes que permitan la promoción integral de la salud y la vida.

Ubicados dentro del concepto de salud entendida como, *estado de bienestar que integra procesos orgánicos, psicológicos, relaciones sociales y personales necesarios para el funcionamiento adecuado y el disfrute de una sobrevivencia digna* es necesario promover un autocuidado dentro del marco del desarrollo humano, en el cual toda persona para ser, tener, hacer y estar, necesita la satisfacción y potenciación en condiciones de equidad de satisfactores que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad (Franco AS, Ochoa, JD, Hernández AM. 1995).

Nuestra vida se encuentra constantemente bajo la influencia de riesgos y circunstancias que pueden poner en peligro nuestro estado de bienestar general. Entre estos factores se encuentran las condiciones genéticas hereditarias, el ambiente bioecológico y psicosocial donde se encuentran inmersos los individuos, el cuidado diario para la salud que posee la persona y los estilos de vida o hábitos.

Los principales comportamientos o estilos de vida de bienestar son:

Realizar ejercicios físicos regulares. Se recomienda como mínimo 3 veces a la semana. Los tipos de ejercicios recomendados son aquellos que desarrollan la tolerancia cardiorrespiratoria o capacidad aeróbica (ej., caminar, trotar, correr, ciclismo, natación, entre otros). Además, se deben practicar ejercicios que fomenten el desarrollo musculotendinoso (ej., estiramientos, sentadillas o "sit-ups", entre otros).

Práctica de dieta saludable. Las comidas deben ser balanceadas e incluir una variedad de alimentos. Comportamientos nutricionales apropiados incluyen desayunar siempre; reducir el consumo de alimentos altos en grasas saturadas/colesterol, azúcar y sal a niveles no perjudiciales a la salud; preferir el consumo de grasas poliinsaturadas, alimentos altos en fibra y almidones.

Mantenga un peso saludable. El peso saludable depende de la cantidad de grasa en el cuerpo y de donde está localizada. Los investigadores tratan de elaborar medios más precisos para determinar cuál debe ser el peso saludable. La OMS (Organización Mundial de la Salud) propone el Índice de Masa Corporal (IMC) como una manera de saber cuál es el peso ideal de una persona.

No fumar cigarrillos, cigarros, pipa ni mascar tabaco. En el tabaquismo no hay moderación. ¿Por qué no se debe fumar? Primeramente, el fumar está relacionado con enfermedades del corazón/aterosclerosis coronaria, pulmonares, cáncer y otras. En adición, el mascar tabaco puede causar cáncer, problemas gastrointestinales y dentales. Más aún, se afecta de igual manera el no fumador expuesto constantemente y directamente al humo de los fumadores. Esto se conoce como fumar pasivamente. Se ha encontrado que el no fumador posee el mismo (o mayor) riesgo para obtener las enfermedades inducidas por el fumar al compararse con los

fumadores regulares cuando el primero frecuentemente se encuentre inhalando involuntariamente el humo de los fumadores.

Abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas o, si se consumen, tomar con moderación.

Sin embargo, el alcohólico potencial no debe tomar bebidas alcohólicas. El consumo regular de alcohol puede ocasionar: enfermedades en el hígado (ej. cirrosis) y otras condiciones físicas (ej. diabetes y obesidad), deficiencias nutricionales, problemas psicosociales, y accidentes de tránsito o laborales.

Moderar o suprimir el consumo de bebidas que contengan cafeína (café cafeinado, té y gaseosas de cola). Aunque no se ha comprobado de manera conclusiva que la cafeína afecte físicamente o mentalmente a las personas, el riesgo para que se perjudique el estado de salud del individuo por su consumo aumenta en personas con condiciones cardíacas.

Evitar el uso y abuso de drogas. Se sugiere solo utilizar aquellas drogas controladas que son prescritas por su médico. El abuso en el consumo de drogas puede resultar en las siguientes condiciones: 1) adicción/dependencia, 2) la posibilidad de una sobredosis, 3) enfermedades, 4) problemas familiares y con la sociedad, 5) accidentes y 6) la muerte.

Escoger con cuidado su compañero(a) sexual. Es muy importante que las personas, antes de involucrarse en relaciones íntimas con un compañero(a), deben conocer mejor sus hábitos.

Hábito de exámenes de control de salud: Realizarse los principales exámenes de tamizaje existentes para diagnóstico precoz de enfermedades prevalentes en nuestro medio y relacionadas con los estilos de vida.

Controlar efectivamente el estrés negativo (tensiones). Este es un aspecto muy importante para el bienestar mental y emocional.

Utilizar medidas de seguridad y de precaución para evitar accidentes. Este comportamiento incluye lo siguiente: 1) obedecer las leyes de tránsito (tanto para los conductores de automóviles como para los peatones) y utilizar los cinturones de seguridad; 2) todo veneno potencial (medicamento, efectos de limpieza, insecticidas y otros) deben estar debidamente identificados o rotulados, cerrados y almacenados fuera del alcance de los niños; 3) almacenar los utensilios de la cocina en lugares

seguros, donde los niños no puedan cogerlos; 4) mantener extinguidores y detectores de fuego en el hogar y, si es posible, en el automóvil; 5) no ingerir alcohol o drogas si se va a conducir y/o participar en actividades recreativas u ocupacionales potencialmente peligrosas; 7) identificar fuentes de peligro potencial en toda actividad y lugar a la cual se asista, incluyendo el hogar; 8) conocer sobre primeros auxilios y poseer un botiquín de primera ayuda, tanto en el hogar como en el automóvil

En Panamá, el concepto de promoción de la salud tiene un largo recorrido histórico y los agentes de salud han variado comportamientos en la medida que han asumido nuevos conocimientos y prácticas sobre la salud y calidad de vida. A su vez han contribuido a la educación sanitaria de la población.

El Ministerio de Salud creó la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, a fines de los años 90, con el objeto de una mayor integración a las nuevas tendencias mundiales sobre el tema a partir de las Conferencias Internacionales sobre Promoción de la salud.

Teniendo en cuenta la responsabilidad del sector salud, en el logro de las nuevas políticas planteadas en materia de promoción de la salud, interesa conocer si el personal de este sector tiene comportamientos o estilos de vida saludables, si el hecho de poseer conocimientos sobre sus beneficios ha logrado impactar en sus propias actitudes y comportamientos; interesa aún más conocer cuál es la actitud del personal de salud frente a la promoción de la salud, ya que ésta se refleja en su quehacer y subyace, invariablemente, determinando sus acciones cotidianas con las comunidades usuarias de los servicios de salud.

Panamá es un país caracterizado por grandes desigualdades en el acceso a niveles de desarrollo político, social, económico y cultural y la población asume diversos comportamientos saludables o de riesgo de acuerdo a estos niveles de desarrollo.

El Ministerio de Salud es la Autoridad Sanitaria Nacional y por tanto el ente rector de la salud pública en el país. Los funcionarios que laboran en el nivel central y en los niveles regionales y locales del Ministerio de Salud constituyen la estructura organizacional que formula políticas, realiza investigaciones, establece los sistemas de vigilancia y regulación sanitaria y provee los servicios de atención integral a la población y al ambiente en todo el territorio nacional. La información obtenida en esta

investigación puede ser utilizada para diseñar nuevas estrategias de intervención en promoción de la salud para los propios trabajadores de la salud y para la población panameña.

METODOLOGÍA

Este estudio de tipo descriptivo y de corte transversal se realizó para identificar y describir los comportamientos saludables en una muestra de funcionarios de las ciencias de la salud del MINSA de Panamá

El universo del estudio fueron las instalaciones del MINSA de Panamá. La selección, de tipo probabilística, se determinó utilizando el muestreo estratificado bietápico. En la primera etapa se seleccionaron las instalaciones de salud. Para ello cada una de las 14 regiones sanitarias en las que está administrativamente dividido el país se consideró un estrato: En la segunda etapa se seleccionó a los funcionarios de ciencias de la salud dentro de cada instalación de la muestra.

El tamaño de la muestra de las instalaciones con el que se trabajó fue de 73, distribuidas proporcional al número de instalaciones en cada región sanitaria. Se seleccionó de manera aleatoria a diez (10) funcionarios de las ciencias de la salud,

El criterio de inclusión tomado en cuenta fue el RRHH de las ciencias de la salud del Ministerio de Salud que aceptó participar en el estudio. A la vez se excluyó del estudio, el RRHH que no pertenecían a las ciencias de la salud del MINSA y a quienes no dieron su consentimiento para participar en el estudio

La recolección de la información se llevo a cabo mediante la aplicación de un cuestionario anónimo. Cada cuestionario, en su inicio señaló la participación voluntaria de los entrevistados. La información suministrada por el encuestado es confidencial y se utilizó exclusivamente para los fines de esta investigación. El contenido del cuestionario presentó en su mayoría preguntas cerradas dicotómicas. El cuestionario constó de las siguientes secciones: A) Condición Física, B) Autocuidado y controles de salud, C) Hábitos alimenticios, D) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, E) Medidas de seguridad, precaución y protección en el

medio, F) Control de estrés individual, laboral y apoyo social, G) Sexualidad, H) Historia de enfermedad, I) Promoción de la salud.

El instrumento de recolección de datos fue validado mediante la aplicación de una prueba piloto en un grupo de funcionarios de ciencias de la salud del Hospital Integrado San Miguel Arcángel. Previamente, se incorporó al equipo de trabajo un grupo de colaboradores con experiencia en este tipo de trabajo, que fueron los responsables de la aplicación de los cuestionarios. La información suministrada por la encuesta fue digitalizada y resumida mediante porcentajes. Para la captación, procesamiento y presentación de la información mediante cuadros y gráficas se utilizó, el programa Excel

RESULTADOS

I. Datos Generales

El rango de edad de las personas que contestaron la encuesta fue la siguiente: El 9.6%, de 18-27 años; 19.0% entre 28-37 años; 38% entre 38 - 47, 29% entre 48 - 57 años y una minoría de 3.8% de 58 años y más.

Con relación al sexo de los encuestados, el 67% correspondió al femenino y un 33% al masculino, lo que representó 727 encuestados en total. El estado civil de casado o unido predominó con un 66.4%, el 33% se declaró soltero y 1.1% viudo.

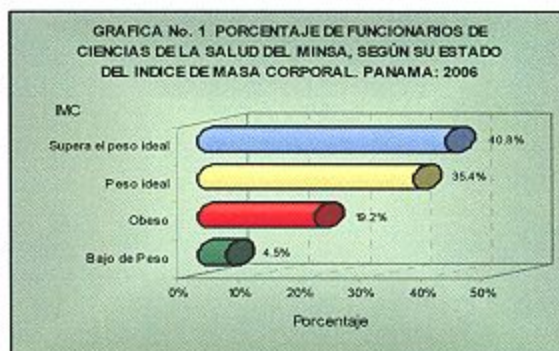
La ocupación de los encuestados se repartió así: 24% fue de médicos y odontólogos, 48.5% técnicos a nivel de licenciatura en ciencias de la salud y del 27% fueron asistentes y auxiliares técnicos en salud.

El 76.4% declaró tener nivel de educación universitaria, 21.8% a nivel de educación media y el 1.8%, a nivel básica.

Con relación al nivel de ingreso familiar mensual, el 38.1% estaba entre B/. 500.00 y B/. 1.000.00, el 21.1% con ingresos inferior a B/. 500.00 y el 40.8% superior a B/. 1000.00.

II. Condición Física

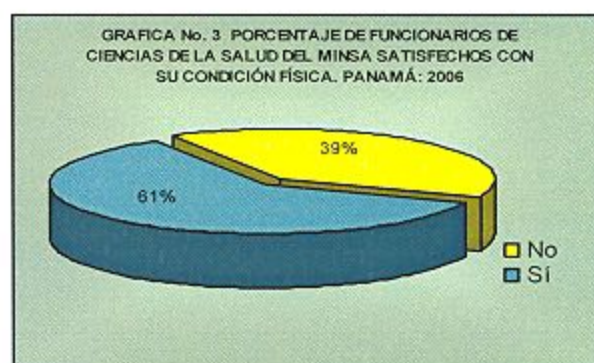
Se indagó sobre las medidas en peso y estatura de los participantes del estudio. Aplicando los valores aceptados por la OMS, se obtuvo los siguientes resultados: El 35.4% mantiene el peso ideal, el 40.8% supera el



peso ideal, el 19.2%, es obeso y el 4.5% está bajo el nivel aceptado. (Gráfica No. 1). El 58.9% declaró que es conciente que no tiene el peso adecuado para su estatura y sexo. (Gráfica No. 2).

El 54.1% dijo hacer ejercicio o practicar algún deporte durante, al menos treinta minutos, tres o más veces a la semana. La frecuencia de las actividades que practican son por ejemplo: 308 caminan, 63 hace aeróbicos, 30 juegan béisbol o bola suave, 38 practican ciclismo, 44 corren, 56 trata, 27 juegan fútbol y 18 natación. De este grupo, el 53.1% de personas hacen ejercicios de calentamiento y enfriamiento antes y después del hacer ejercicios. De los encuestados, el 83.1%, prefiere utilizar las escaleras en lugar de los ascensores o escaleras eléctricas, cada vez que sea posible.

En general, el 60.8% está satisfecho con su condición física. Cabe destacar que el 45.9% de los encuestados declaró no practicar deportes ni actividad física significativa. (Gráfica No. 3)

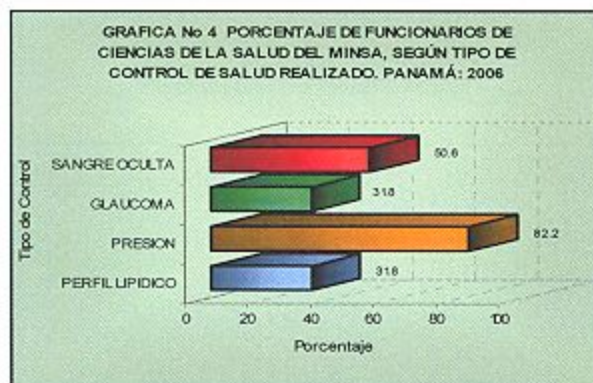


III. Autocuidado y Controles de salud

El 83.1% se lava los dientes después de cada comida y el 73.3% se realiza examen dental por lo menos una vez al año. El 45.9%, utiliza bloqueador solar regularmente

y evita las exposiciones prolongadas al sol. El 47.7% duerme entre 7 y 8 horas al día, el 50.7% duerme menos de 7 horas y el 1.6% más de 8 horas.

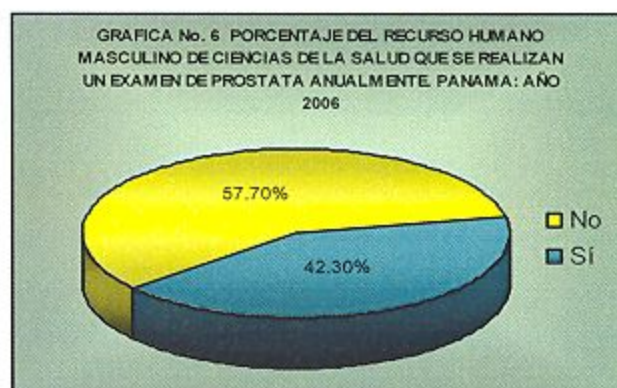
De los mayores de 35 años, el 78.9% se realiza un perfil lipídico anualmente. El 82.2% se mide la presión sanguínea por lo menos una vez al año.



De los mayores de 40 años, solo el 31.8% se ha realizado el examen de glaucoma en los últimos 4 años. De este mismo grupo etareo, el 50.6% se ha realizado examen de sangre oculta en las heces fecales en los últimos años (Gráfica No. 4).

El 97.2% se lava las manos antes de comer y el 96.7% se lava y asea

diariamente el cuerpo.



De las mujeres encuestadas, el 86.8% se examina los senos o mamas en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes, el 84% se realiza la prueba de papanicolau anualmente y de las mayores de 40 años el 61.7% se hace la mamografía cada 1 o 2 años. (Gráfica No. 5)

De los hombres encuestados solo el 42.3% se hace el examen de próstata anualmente (Gráfica No. 6).

IV. Hábitos alimenticios

El 58.6% bebe agua entre 7 y 8 vasos al día y más. El 63% considera que come bajo de sal y 17.9% utiliza salero en la mesa.

El 60.9% mantiene en un mínimo de 2 o 3 cucharadas diarias el consumo de productos dulces, azúcar, caramelos y 68.2% dijo que consumían bebidas gaseosas y de otros tipos (no alcohólicas). El 73% evita añadir azúcar a los alimentos.

Con relación al consumo de las carnes, el 77.8% prefiere comer pescado o aves más frecuentemente que carnes rojas y 73.9% limita el consumo diario de grasa y colesterol de las frituras, huevos, aceites, carnes grasosas. Además, el 61.3% come diariamente alimentos altos en fibra como vegetales, frutas, granos enteros.

En cuanto a la frecuencia de consumo, los alimentos se agruparon en los cuatro grupos básicos de la Pirámide de Alimentación correspondiente a Panamá:

- Grupo de leche y derivados. Se incluyó a la leche y sus derivados, destacando los alimentos nutricionalmente por su riqueza en calcio y proteínas de alto valor biológico: leche, yogur natural o de sabores y quesos.

En cuanto a la frecuencia de consumo de leche solo el 26.6% toma este importante alimento diariamente, un 14.0% consume yogurt a diario y el queso 30.8% por día y 53.1% de 1-2 veces a la semana.

- Grupo de frutas y vegetales. En este grupo se englobó a todas las frutas frescas y todos los vegetales (de hojas, zanahoria, tomate, remolacha y otros vegetales crudos o cocidos). El 47% afirma que la frecuencia de consumo es de vegetales es 1-2 veces a la semana y solo un 33.2% los consume diariamente. El 30.6% afirma que la frecuencia de consumo de frutas es diaria.

- Grupo de granos y raíces. Se incluyó a los alimentos en cuya composición nutricional destacan los hidratos de carbono complejos: pan (blanco, integral, en rebanadas o michita), cereales (todo tipo), galletas (sal o de soda), arroz blanco, menestras (frijoles, lentejas otros) y verduras (papas, otoo, yuca, plátano, zapallo, ñame etc.)

En relación a la frecuencia del consumo diario de pan blanco en rebanadas que es el mayor consumido fue de 35.4%, seguido por el pan michita 18.9% y 13.3% pan integral, las galletas de sal fueron consumidas por el 10.1% y las galletas de soda por el 6.8%. El 37.5.1% refirió consumir cereales 1-2 veces por semana y el 26.9% diariamente. El 45% del personal de salud consume diariamente arroz blanco y el 31.8% verduras y más de la mitad de la muestra un 54.1% 1-2 veces por semana.

En el consumo de menestras la mayoría o sea un 53.8% refirió consumirlas 1-2 veces por semana y solo un 29.7% los consumía por día.

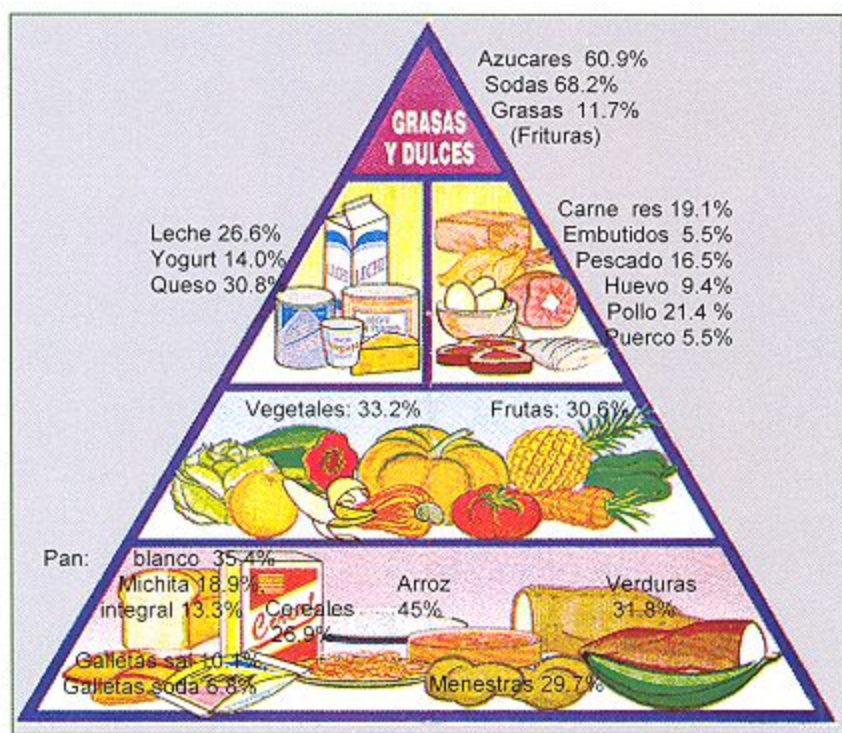


FIGURA No. 1 PORCENTAJE DE CONSUMO DE ALIMENTOS DEL PERSONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DEL MINSA, SEGÚN LA PIRAMIDE ALIMENTICIA DE PANAMA.

- Grupo de carnes, huevos y mariscos. Este grupo abarcó los alimentos especialmente ricos en proteínas de alto valor biológico: carne de res, carne de puerco, pollo, pescado y embutidos (mortadela, salchicha otros).

El 67.9% del personal de salud manifestó consumir huevo, 1-2 veces a la semana y solo un 9.4% lo consume diariamente. En cuanto a la frecuencia del consumo de carnes por día, el pollo fue el más consumido por el 21.4 % del personal de salud, el 19.1% refirió consumir carne de res, el 16.5% de pescado y el 5.5% afirmó consumir puerco. En lo que se refiere a embutidos el 48.5% lo consume 1-2 veces a la semana y solo un 5.5% diariamente.

- Los productos enlatados: Un 39.1% los consume 1-2 veces a la semana y un 6.2% los consume diariamente.

Los 2 grupos superfluos son:

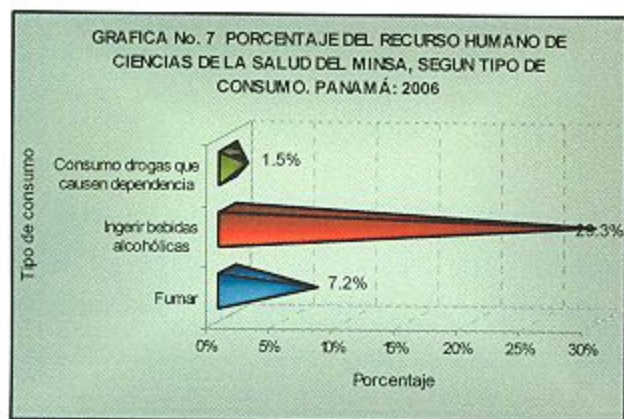
- Frituras: Se añadió a esta pregunta las preparaciones de alimentos especialmente ricos en lípidos consumidas por la población las cuales son: las tortillas, hojaldres, torrijas de maíz, carimañolas y patacones.

El 53.6% del personal de salud manifestó que consume fritura 1-2 veces a la semana y un 11.7% por día.

- Dulces y refrescos. En este grupo se incorporaron todos los alimentos especialmente ricos en hidratos de carbono simples y los que poseían un aporte nutricional poco destacable. El 60.9% los encuestados manifestaron que mantienen en un mínimo de 2 o 3 cucharadas diarias el consumo de productos como dulces, azúcar, caramelos y 68.2% dijo que consumían bebidas gaseosas y de otros tipos (no alcohólicas). El 73% evita añadir azúcar a los alimentos. (Figura No. 1)

V. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

El 92.8% de los encuestados, no fuma cigarrillos, tabaco, pipas o mastica tabaco, pero de las 705 personas que contestaron esta pregunta, el 32.1% dijo estar



expuesto al humo de fumadores en los lugares recreativos, en el trabajo y en la casa.

En cuanto al consumo de alcohol el 70.7% no ingiere bebidas alcohólicas. Del 29.3% que consumen bebidas alcohólicas el 34.2%, consume un vaso o lata de 10 onzas al día de cerveza, el 25.3% una copa de vino de 4 onzas al día, el 16.5% una medida de licores fuertes destilados de 1 ½ onzas como el seco, vodka y whisky al día y el 36.2% de los encuestados consume bebidas alcohólicas los fines de semana más de las cantidades señaladas anteriormente.

El 98.5% de los encuestados manifestaron no consumir drogas que causan dependencia como marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, otras. El 73.1% consume diariamente bebidas cafeinadas como café, té, bebidas con cola. El 94.9% dice no

consumir alcohol o alguna droga cuando enfrenta situaciones de angustia o problemas en la vida.

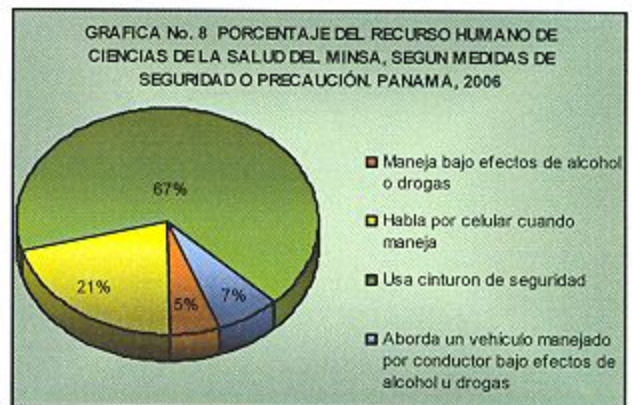
El 28.2% de los encuestados ha oído críticas o comentarios de algún miembro de la familia o amigos sobre sus hábitos alcohólicos o de consumo de algún otra droga.

El 96% de los encuestados lee y sigue las instrucciones cuando utiliza medicamentos recetados o autorecetados.

VI. MEDIDAS DE SEGURIDAD, PRECAUCIÓN Y PROTECCIÓN EN EL MEDIO AMBIENTE

Los trabajadores, encuestados en esta investigación, manejan auto en un 51.8% (368 de 711 encuestados). En cuanto a si manejan bajo los efectos del alcohol u otras drogas, el 92.8% respondió que no lo hacía. El 90.6% señaló que cumple con las reglas del tránsito durante el manejo de vehículos a motor. El 29.7% manifestó que usa su teléfono móvil cuando está manejando.

El 93.7% señaló que cede el paso a otros conductores o peatones cuando maneja.



Un 92.9% señaló que usa el cinturón de seguridad. Ante la pregunta si el encuestado aborda un vehículo cuando el conductor está bajo efectos del alcohol u otras drogas, un 9.7% de los encuestados señaló hacerlo. (Gráfica No. 8)

En cuanto al conocimiento de las reglas del tránsito para peatones, los encuestados señalaron, en un 89.7% que las conocían. Un 95.5% señaló que usan la línea de seguridad y el 94.7% señaló que esperan la luz roja al cruzar una calle. El 92.4%

Medidas de seguridad	Frecuencia	Porcentaje
Observa las medidas de seguridad en su local y centro de trabajo	625	90.10
Observa las medidas de seguridad en la cocina de su casa o del trabajo	656	93.00
Se asegura de tener instrucciones cuando usa productos o sustancias de limpiezas, tóxicos, inflamables, solventes y conexiones eléctricas	682	96.90

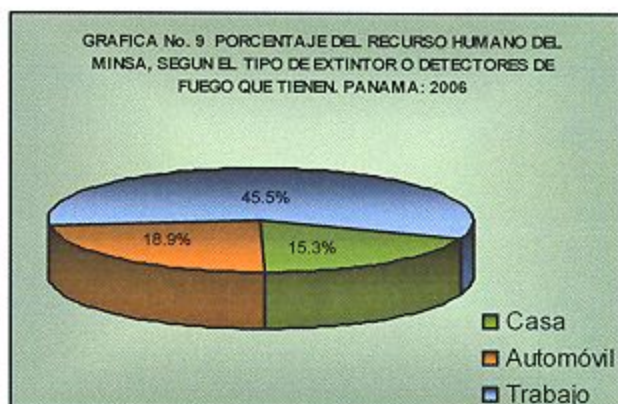
manifestó que usa los puentes peatonales al cruzar la calle.

La operación de maquinaria peligrosa bajo efectos de alcohol u

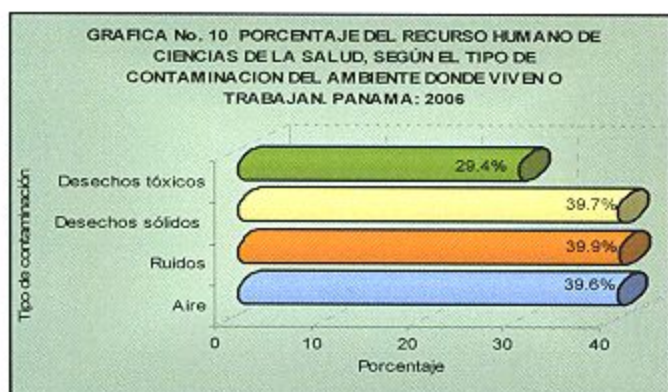
Cuadro No.1. Porcentaje del Recurso Humano de Ciencias de la Salud según las medidas de seguridad practicadas. Panamá: 2006

drogas fue contestada negativamente en un 95.0% de los encuestados. La observación de medidas de seguridad en los centros o local de trabajo fue respondida positivamente en un 90.1% de los encuestados

La respuesta de la observación de medidas de seguridad en la cocina del trabajo o la casa fue positiva en un 93.0%. En cuanto a seguir instrucciones en el manejo de productos o sustancias de limpieza, tóxicos, inflamables, solventes y conexiones eléctricas, los encuestados señalaron en un 96.9% que las cumplían.



Igualmente señalaron en un 92.1% que mantienen medidas de seguridad con el gas o los combustibles en su cocina. Las preguntas sobre la existencia de extintores o



detectores de fuego en su casa, automóvil o en el trabajo fueron respondidas por los encuestados positivamente en un 15.3; 18.9 y un 45.5% respectivamente. (Gráfica No. 9). Ante la pregunta sobre la percepción de riesgo o peligro al asistir

a una actividad social los encuestados señalaron en un 75.1% que lo hacían. En el conocimiento de primeros auxilios el 82.9% señaló tenerlos.

En relación a la percepción de vida en ambientes con contaminación de aire, ruido, desechos sólidos o tóxicos, los encuestados señalaron vivir en ambientes sin contaminación en porcentajes de 39.6; 39.9; 39.7 y 29.4 respectivamente. (Gráfica No. 10). En el conocimiento de medidas de seguridad en caso de desastres naturales los encuestados señalaron en un 80.5% tenerlos.

VII. CONTROL DEL ESTRÉS INDIVIDUAL, LABORAL Y APOYO SOCIAL

La satisfacción en cuanto al tiempo libre para recreación o entretenimiento que poseen los encuestados fue respondida positivamente por un 63.5%. Si disfruta o es

creativo en las actividades que realiza, los encuestados señalaron en un 94.1% hacerlo. El interés por la vida social o política fue respondido positivamente en un 64.0% de los encuestados. La satisfacción con el trabajo que realizan con base a sus



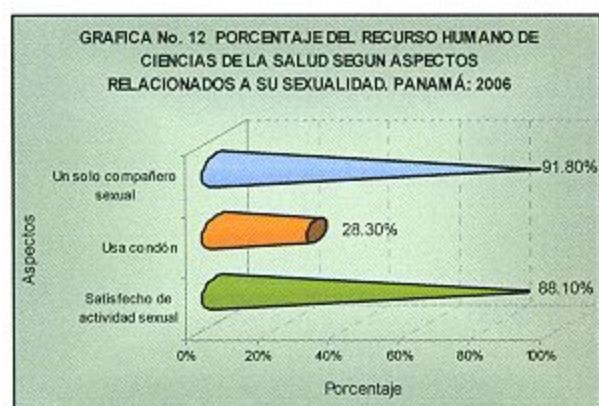
valores y motivaciones correspondió positivamente a un 87.2 % de los encuestados. La aceptación de las diferencias humanas en valores, actitudes y estilos de vida fue contestada por un 74.7% de los encuestados. En cuanto a la satisfacción con su vida psíquica o

espiritual, los encuestados contestaron positivamente en un 86.4%. Igualmente contestaron positivamente en un 81.2% la satisfacción con su ritmo de vida. Un 90.7% de los encuestados señaló que le era fácil reírse. Un 35.4% señaló que reprime o no expresa sus disgustos. El 78.8% de los encuestados señalaron que incluyen en su rutina diaria tiempo para relajarse. (Gráfica No. 11).

Los encuestados señalaron en un 63.4% que habían tenido que hacer reajustes importantes en su hogar o trabajo en el pasado reciente. El 20.8% señaló poseer sentimientos de culpa o autocastigo por algo que le preocupa mucho. El 64.8% señaló que puede dormir bien y el 39.7% señaló sentirse muy cansado al despertar. En la satisfacción del apoyo que brinda a los demás, un 86.1% señaló tener dicha satisfacción. Solo un 43.2% de los encuestados señaló sentirse satisfecho con el reconocimiento por las actividades que realiza. El 61.0% señaló que ha extrañado su trabajo cuando ha estado ausente por enfermedad o vacaciones. Un 87.6% de los encuestados manifestó tener una o más personas con las que pueda conversar sus problemas íntimos y personales. El 99.3% señaló estar dispuesto a ayudar a otra persona. El 89.0% señaló tomar decisiones sin un mínimo de tensión.

VIII. SEXUALIDAD

El 86.8% de los encuestados manifestó tener actividad sexual y el 88.1% señaló sentirse satisfecho con su actividad sexual. Un 82.8% manifestó tener prácticas

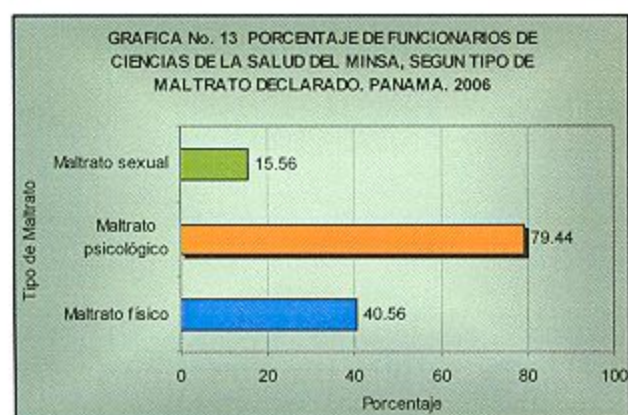


sexuales seguras. El 93.9% de los encuestados señaló tener compañero(a) sexual estable y con hábitos saludables. El 28.3% usa condón o preservativo en su actividad sexual. El 91.8% señaló tener un solo compañero(a) sexual. (Gráfica No. 12).

IX. HISTORIA DE ENFERMEDAD

En cuanto a la historia de diferentes problemas de salud tenemos: El 16.5% de los encuestados señaló que tiene problemas de colesterol alto; el 21.1% padece de hipertensión arterial; el 1.9% ha tenido un ataque al corazón, el 5.6% padece diabetes; el 2.5% ha padecido o padece de cáncer; el 4.1% ha tenido una ITS. El 32.0% ha desarrollado glaucoma.

En cuanto ha si han tenido algún accidente de tránsito, los encuestados señalaron en un 32% que lo habían tenido; de éstos el 90.2% tuvo el accidente dentro del vehículo a motor y el 0.9% como peatones.

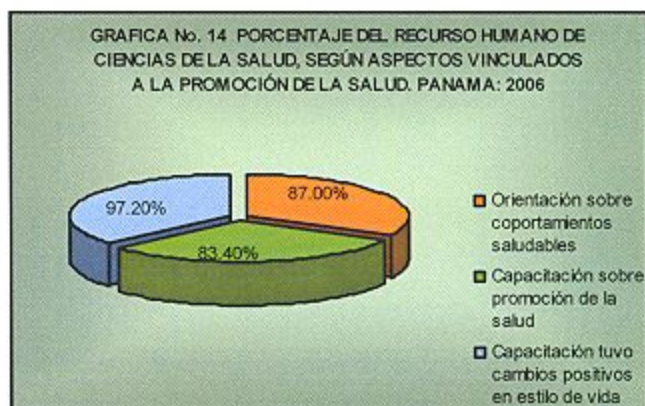


El 25.7% de los encuestados señaló haber tenido una experiencia de maltrato; el tipo de maltrato tenido fue de un 40.6% para el maltrato físico, un 79.4% para el psicológico y un 15.6% para el maltrato sexual. (Gráfica No. 13).

X. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Ante la pregunta de si el encuestado había recibido orientación sobre comportamientos saludables, el 87.0% señaló que si la recibió. Así mismo el 83.4% de los encuestados señaló que había recibido capacitación sobre promoción de la salud. El 77.6% señaló que para hacer promoción de salud se necesita tiempo y espacio en el horario de trabajo. El 97.2% de los encuestados señaló que la

capacitación en promoción de la salud logra cambios positivos en los comportamientos o estilos de vida saludables. (Gráfica No. 14). A la pregunta de que si en su centro de trabajo existe un programa sistemático de promoción de la salud, los encuestados señalaron que solo un



45.0% de los centros de trabajo lo tiene. Los encuestados señalaron en un 98.9% que la promoción de la salud es una herramienta para mejorar el estado de salud de la población. En cuanto a quien debe asumir la promoción de salud en su trabajo, los encuestados manifestaron que: un 6.2% la administración; un 3.8% los médicos; un 3.1% las enfermeras(os); un 31.7% señaló que ellos mismos y un 11.2% señaló que debían ser otros profesionales. Solo el 6.5% de los encuestados involucró a todos los profesionales que tenía la pregunta como responsables de la promoción de la salud.

DISCUSIÓN

Los recursos humanos de las ciencias de la salud deben facilitar cambios de comportamientos de riesgo a la salud individual y colectiva por comportamientos saludables que favorezcan su bienestar y calidad de vida. Los trabajadores de la salud se convierten en modelos comportamentales ante la gente que vive en las comunidades donde realizan sus intervenciones sanitarias.

Los funcionarios de los servicios de salud han tenido un papel social y han ejercido influencia tanto formal, con el cuidado directo de los pacientes y acciones educativas de promoción de salud, como de manera informal a través de sus comportamientos, que aunque no es intencionada sí ha sido importante para la sociedad, pues sus palabras, hábitos y gestos se convierten en roles ejemplares para las personas usuarias de los servicios de salud.

Panamá es un país caracterizado por grandes desigualdades en el acceso a niveles de desarrollo político, social, económico y cultural y la población asume diversos comportamientos saludables o de riesgo de acuerdo a estos niveles de desarrollo.

Los trabajadores de la salud están inmersos en estos contextos de desarrollo de la nación y por tanto también están expuestos a tener comportamientos de riesgo a su propia salud.

Los medios de comunicación, el desarrollo tecnológico y la creciente urbanización durante los últimos años, lleva a un estilo de vida sedentario y a hábitos alimentarios menos saludables.

La mayor parte de los participantes de esta investigación tienen un grado alto de educación, lo que supone que tienen el conocimiento relacionado con lo mejor para su salud.

Los resultados señalan que en el importante aspecto relacionado al índice de masa corporal y a la actividad física; más de la mitad mantiene sobrepeso y obesidad combinado con poca actividad física. Ello es un importante factor de riesgo para su salud. En este aspecto, los recursos humanos de las ciencias de la salud encuestados tienen comportamientos paradójicos. A pesar de tener el conocimiento sobre el peso ideal y las ventajas de mantener condiciones físicas saludables, no lo ejercitan para si mismos.

Los hábitos alimenticios constituyen uno de los puntos centrales en los estilos de vida saludables. El ritmo de vida actual con múltiples tareas, condiciona que se tienda a las preparaciones fáciles y rápidas causando un deterioro importante en la calidad de la dieta consumida por la población. Los inadecuados hábitos alimentarios, control del peso y poca actividad física, suponen uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer.

El consumo ideal de verduras de los funcionarios en esta investigación está muy por debajo de las recomendaciones diarias. Del grupo de alimentos constituido por granos y raíces, el arroz fue el mayor consumido. Se encontraron disminuciones significativas en el consumo de vegetales y una moderada disminución de la frecuencia del consumo de carnes, huevos y leguminosas secas. La frecuencia de consumo de azúcares y dulces fue alta, lo que puede evidenciar un marcado deterioro en la frecuencia de consumo de alimentos protectores para contribuir a

evitar el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, crónicas, metabólicas e infecciosas.

Debido a que una proporción importante de la muestra no cumple con las porciones de frutas y hortalizas consumidas, se debe promover y educar a los funcionarios para incrementar su consumo.

Estos resultados respaldan la necesidad de implementar estrategias que tiendan a impactar en mejorar los aspectos relacionados con el peso, condición física y en el consumo alimentario de los sujetos del estudio, haciendo énfasis en el aumento del consumo de cereales menos procesados, verduras, hortalizas, frutas, leguminosas, lácteos y la modificación o reducción de la ingesta de bebidas gaseosas y otros alimentos superfluos. En este aspecto relacionado con la dieta saludable, los funcionarios encuestados demuestran nuevamente tener comportamientos paradójicos. A pesar de conocer lo relacionado con la pirámide alimentaria y los requerimientos de los grupos de alimentos importantes en la dieta diaria no lo practican en sí mismos. Hay necesidad de incrementar las acciones o diseñar un programa de prevención primaria en nutrición e ingesta adecuada de alimentos para los recursos humanos de las ciencias de la salud que trabajan en el sector público.

Los controles periódicos de salud, a través de exámenes de tamizaje, relacionados con la detección temprana y diagnóstico precoz de enfermedades prevalentes en nuestro medio es importante en la preservación de la salud de los trabajadores y de la población, así como también establecer estrategias para el incremento del autocuidado de la salud.

A pesar de las campañas dirigidas, especialmente a toda la población, para la detección temprana del cáncer de mamas, cervicouterino y de próstata, la importancia de la detección de sangre oculta y la presión intraocular en etapas tempranas para la prevención de enfermedades que causan discapacidad y muerte, hay un porcentaje significativo de funcionarios de salud que no se realizan regularmente estas pruebas.

Es bajo el consumo de tabaco y alcohol, como factor protector relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas por los estudiados. Sin embargo, hay que estar

pendientes de las medidas preventivas, para evitar la exposición al humo de tabaco en los lugares recreativos principalmente, pues se manifiestan amenazados por este importante problema.

Se destaca por parte de los estudiados la práctica de las medidas de seguridad, precaución y protección en el ambiente. Los funcionarios que conducen cumplen las reglas del tránsito, no usan alcohol u otras drogas mientras conducen, practican las medidas de seguridad como peatones y no suben a un vehículo a motor si el conductor está bajo los efectos de alcohol u drogas. Solo un mínimo porcentaje usa celulares o ha consumido alcohol al manejar. En cuanto a medidas preventivas en el trabajo y en hogar la mayoría señala cumplirlas, a excepción de mantener extinguidotes de fuego en sus trabajos, casa o automóvil. Es importante que estos conocimientos, actitudes y prácticas sean trasladadas a la población con la cual trabajan, prestan servicios o con la cual viven en las comunidades.

La percepción del entorno ambiental saludable, en los lugares donde los encuestados viven, fue baja en la mayoría. Sólo un 40% manifestó que el ambiente en el cual vive no tiene contaminación de aire, ruidos o de desechos sólidos y tóxicos. Es importante el señalamiento de los encuestados en relación a la salud del ambiente en el cual viven y es significativo que más de la mitad percibe que no vive en un ambiente saludable. Habría que enfatizar en la importancia de la participación ciudadana en el cuidado del ambiente y los funcionarios de salud deberían ser los principales facilitadores o promotores de comunidades, corregimientos, distritos y ciudades sanas.

La mayoría de los encuestados tiene conocimientos sobre las medidas de seguridad en caso de desastres naturales. Es importante que este conocimiento sea transmitido a las comunidades donde viven y trabajan los funcionarios, de manera de alertar la conciencia ciudadana sobre los riesgos y las medidas preventivas en caso de desastres naturales.

Hay buena manifestación para el control de estrés individual, laboral y apoyo social. La mayoría señaló que se sentían satisfechos del tiempo libre del que disponen para su recreación y entretenimiento y se interesan por eventos relacionados con la vida política y social. Igualmente manifestaron estar satisfechos con su vida psíquica o

espiritual y el ritmo de su vida, así como también ser creativos y disfrutar de las actividades que realiza y sentirse satisfechos al corresponder el trabajo que realizan con sus valores y motivaciones. Sin embargo, hay un porcentaje de funcionarios que señaló no sentirse bien en cuanto a la correspondencia del trabajo con sus valores y motivaciones y haber tenido que hacer reajustes importantes en su hogar o en su trabajo en el pasado reciente. Un quinto de los encuestados señaló tener sentimientos de culpa o autocastigo por algo que le preocupa mucho. Más de la mitad se siente que no tiene el reconocimiento por las actividades que realiza.

De allí la importancia del fomento de programas de prevención primaria en el trabajador de la salud, enfatizando en la salud mental integral y laboral de los funcionarios.

Un cuarto de los funcionarios señaló tener dificultades para aceptar los valores, actitudes y estilos de vida de otras personas. En el contexto del trabajo sanitario es importante la tolerancia a la diversidad cultural humana.

En cuanto a la expresión de la sexualidad, la mayoría manifestó tener actividad sexual y estar satisfechos con dicha actividad. Igualmente expresaron tener prácticas sexuales protegidas o seguras (cerca de un tercio de los encuestados usa preservativo o condón en su actividad sexual) y tener un compañero (a) sexual estable y con hábitos saludables; así como tener una sola pareja sexual. Aunque exista estabilidad de pareja, dada la alta incidencia de infecciones transmitidas sexualmente en el país, el porcentaje del uso de condón es mínimo como medida protectora. Dentro de los programas de prevención primaria para los trabajadores puede enfatizarse en aspectos de salud sexual y reproductiva.

Los funcionarios encuestados, en cuanto a la historia de enfermedades, señalaron, en su mayoría, no tener problemas con el colesterol, hipertensión arterial ni haber tenido ataques del corazón. No padecen de diabetes o cáncer ni han tenido infecciones de transmisión sexual. Un tercio ha tenido glaucoma. Sin embargo, los encuestados manifestaron tener problemas con su peso, hábitos alimenticios y condición física, lo que significan que tienen comportamientos de riesgos que podrían condicionarlos a enfermedades crónicas, en especial cardiovasculares. Igualmente, un cuarto de los funcionarios señalaron que habían tenido experiencias de maltratos

de algún tipo, en especial el psicosocial, lo que señala la importancia de la promoción y prevención primaria en salud mental.

Los funcionarios encuestados señalaron que en su mayoría han recibido orientación y capacitación en promoción de la salud y que para hacer promoción de salud se necesita tiempo y espacio en los horarios de trabajo. Igualmente la mayoría considera que la capacitación en promoción de la salud genera cambios positivos en los comportamientos o estilos de vida saludables. Menos de la mitad de los encuestados manifestó que no existe en su centro de trabajo un programa sistemático de promoción de la salud. La mayoría considera que la promoción de la salud es una herramienta para mejorar el estado de salud de la población. Sin embargo, solo un tercio de los funcionarios reconoció como parte de su trabajo, realizar acciones de promoción de salud y un mínimo porcentaje señaló que era una responsabilidad de todos los funcionarios de salud.

Esta investigación pone en evidencia las debilidades de las acciones de promoción de la salud en el sistema nacional de salud. El Ministerio de Salud es la Autoridad Sanitaria Nacional y por tanto el ente rector de la salud pública en el país. Tiene la responsabilidad de promover la salud de la población y por tanto la de sus propios funcionarios.

Los agentes de salud deben asumir el autocuidado o control de la salud como una vivencia cotidiana. En esencia es ligar el conocimiento a la práctica de vida.

En la medida que el personal de salud ejercite para sí acciones de promoción de salud y viva con bienestar estará en condiciones de fomentar la salud de los demás. Los profesionales de la salud deben buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud con lo cual identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables e inocuas y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para transformarla.

La promoción de la salud es fundamental en la adopción de comportamientos saludables por la población e interviene en la dimensión social de los determinantes de la salud y es una categoría integradora esencialmente intersectorial y de participación social, por lo que rebasa las fronteras del accionar médico y de lo que

comúnmente se conoce como sector salud. Difiere de la prevención de la enfermedad fundamentalmente en el objeto o foco para las intervenciones: para la promoción, lo importante consiste en obtener mayor control sobre los determinantes de la salud y para la prevención, el objetivo es la reducción de los factores de riesgos de enfermar y morir.

Los programas de prevención primaria de la salud incluyen la promoción y la prevención. Los funcionarios de salud deben contribuir al fomento de estos programas en las comunidades y también en sus centros de trabajo. En la medida que se incremente la conciencia sanitaria de funcionarios y de la población en general tendremos mejor futuro para la salud del país.

El conocimiento sobre los comportamientos saludables que ejercitan los responsables del diseño y aplicación de políticas nacionales de salud será útil en la evaluación de las propias políticas públicas sanitarias y en el desarrollo de nuevas estrategias en el campo de la promoción de salud y el fortalecimiento del sistema nacional de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLSEN, P. E., HARRISON, J. M., & VANCE, B. (1997). *Fitness for Life: An Individualized Approach* (6ta. ed., pp. 4-5, 8-10). Boston: WCB/McGraw-Hill
2. ARANDA J. M. (1994). *Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma Ata*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.; pp. 135-148.
3. COLLIERE M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid.
4. CORBIN, C. B. & LINDSEY, R. (1997). *Concepts of Fitness and Wellness: With Laboratories* (2da. ed., pp.5, 8-12, 18-30). Madison, WI: Brown & Benchmark Publishers.
5. DE ROUX G. (1994). *La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud*. *Educación médica y salud*. 28(2):223-233.
6. ESPINOSA DE R. H. (1955). *La Epidemiología y las Políticas Públicas Saludables*. *Revista de la Facultad de Salud Pública*; Vol. 12 (2):37.
7. FOUCAULT M. (1987). *Historia de la sexualidad: la inquietud de sí*. México: Siglo XXI; pp. 38-68.
8. FRANCO AS, OCHOA, J. D, HERNÁNDEZ A.M. (1995). *La promoción de la salud y la seguridad social*. Santafé de Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo; pp. 3-28.
9. HERNÁNDEZ SAMPIERI, ROBERTO Y OTROS (1998). *Metodología de la investigación*. 2ª Edición. México: Mc Graw-Hill. pp 341-423.
10. HEYWARD, V. H. (1998). *Advanced Fitness Assessment & Exercise Prescription*. (3rd ed., pp. 1-3). Champaign, Illinois: Human Kinetics Books.
11. HULTSMAN, W. Z. (1999). *Promoting physical activity through parks and recreation: a focus on youth and adolescence* (Parks and Recreation and the Surgen General's Report) *The Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 70 (2), 66-68.
12. MELÉNDEZ BRAU, N. (1999). *Introducción al Estudio de la Recreación* (pp. 19-20, 267-268). Puerto Rico: Centro de Estudio del Tiempo Libre, Inc.
13. MINISTERIO DE SALUD, INCAP/OPS. DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN. (1995). *Guías Alimentarias para Panamá*.
14. MINISTERIO DE SALUD. (1999). *Resolución 201 de 6 de Agosto. Por el cual se establece las políticas, prioridades y normas básicas de Investigación en Salud*.
15. MONDINE L, MONTEIRO CA. (2004). *Mudanças no Padrão de Alimentação*. En: *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucetec/Nupens/USP. p. 8
16. NIEMAN, D. C. (1998). *The exercise Health Connection* Champaign. IL: Human Kinetics. (pp. 42-47).
17. MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD. (2000). *Lineamientos de Políticas de Investigación en Salud en Panamá*.
18. OMS. (1986). *Salud y Bienestar Social*. Asociación Canadiense de Salud Pública. *Carta de Ottawa para la promoción de la Salud*.
19. OPS. OMS. (2002) *Programa de Subvenciones para la Investigación. Guía para escribir un protocolo de investigación*. Coordinación de Investigaciones. División

- de Salud y Desarrollo Humano. (Consulta: junio, 2002) pp. 13-14.
20. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1994). Las condiciones de salud en las América. Washington DC. OPS.; 336-338.
 21. PEDERSEN D. (1992). Estilos de vida y salud en Centro Latinoamericano de Desarrollo Humano. Introducción a la Salud pública Materno-infantil y Perinatal. Montevideo; pp. 6-7.
 22. PINEDA, ELIA BEATRIZ; EVA LUZ DE ALVARADO Y FRANCISCA H. DE CANALES. (1994). Metodología de la Investigación. 2ª Edición. Washington, D.C.: OPS. pp. 157-163
 23. REPORT OF A WHO CONSULTATION ON OBESITY. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1998.
 24. SHARKEY, B. J. (1984). Physiology of Fitness (2da. ed., p. 4). Champaign, IL: Human Kinetics Publisher, Inc.
 25. SIGERIST, H. E. (1945). Civilization and disease. Ithaca. N.Y. Cornell University Press. pp. 255.
 26. TAMAYO Y TAMAYO, MARIO. (1994). Diccionario de la Investigación Científica. 2ª Edición. Limusa: México. 242 páginas.
 27. ZURRO A. M, BADÍA J. G, Y SUBÍAS L. P. (1994). Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 3ª. ed. Madrid: Mosby/Doyma libros. pp. 291-297.
-

Anexo

Fórmula para el cálculo Índice de Masa Corporal (**IMC**) propuesta de la Organización Mundial de la Salud:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg.)}}{\text{Estatura (Mts}^2\text{)}}$$

De acuerdo a esta medición, tendríamos los resultados siguientes:

Igual o superior a 30 = Obeso

Entre 25 y 30 = Supera el peso ideal

Entre 20 y 24 = Peso ideal

Pirámide de la Alimentación

Consuma menos



Ministerio de Salud
Dirección Nacional de Promoción
y Prevención en Salud
Sección de Nutrición
Panamá 2005



¡AUMENTE SU ACTIVIDAD FÍSICA DIARIAMENTE!

Alimentación diaria recomendada para la población adulta (hombre y mujer), según porciones de alimentos de la Pirámide de Alimentación de Panamá. (Ministerio de Salud, Departamento de Nutrición).

ALIMENTOS	HOMBRE ADULTO	MUJER ADULTA
LECHE INTEGRAL	2 vasos	2 vasos
CARNE	4 onzas	3 onzas
HUEVOS	1 unidad	1 unidad
ARROZ	2 tazas	1 y 1/2 taza
FRIJOLES	1 1/3 taza	2/3 taza
VERD. Y PLATANO	1 taza	1 taza
VEGETALES	1 taza	1 taza
FRUTAS	5 porciones	4 porciones
PAN	4 rebanadas	2 rebanadas