

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE CIENCIAS AGROPECUARIAS
ESCUELA DE EDUCACIÓN PARA EL HOGAR**

**EL PROBLEMA DE OBESIDAD EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS
DE EDAD, RESIDENTES EN EL VALLE, LAS LOMAS, DAVID,
2008**

ELISIA GONZÁLEZ

CÈDULA 4-195-560

DAVID, CHIRIQUÍ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2008

**EL PROBLEMA DE OBESIDAD EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS
DE EDAD, RESIDENTES EN EL VALLE, LAS LOMAS, DAVID,
2008**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN SOMETIDO PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA EL HOGAR
CON ORIENTACIÓN EN EXTENSIÓN AGRÍCOLA**

**FACULTAD DE CIENCIAS AGROPECUARIAS
ESCUELA DE EDUCACIÓN PARA EL HOGAR**

**PERMISO PARA SU PUBLICACIÓN, REPRODUCCIÓN TOTAL O
PARCIAL DEBE SER SOMETIDO POR LA FACULTAD DE
CIENCIAS AGROPECUARIAS**

APROBADO:

PROFA. ANA E. GALVEZ

DIRECTORA

PROF. HIPÓLITO SOLIS

ASESOR

PROF. ENRIQUE WEDEMEYER

ASESOR

DAVID, CHIRIQUÍ

REPÚBLICA DE PANAMÁ

2008

AGRADECIMIENTO

Al culminar este trabajo de investigación brindo mi más alto agradecimiento:

A Dios por ser la fuente de vida y salud, factores importantes que nos ayudan a culminar con éxito toda actividad emprendedora como lo es este trabajo el cual representa una llave para mi superación personal.

A los Miembros del Comité Evaluador integrado por la Profesora Ana E. Gálvez, como Directora y a los Profesores Hipólito Solís y Enrique Wedemeyer, gracias por el tiempo dedicado para la revisión y aprobación de esta investigación.

A las mujeres residentes en El Valle que participaron de este estudio, gracias por su colaboración.

A mis profesores, profesoras y compañeras de clases, gracias por los momentos compartidos.

A mi esposo, por ser la fuente de apoyo espiritual y moral durante el desarrollo de esta carrera.

A mis hijos, quienes se constituyeron el eslabón para culminar con éxito esta tarea y a la vez por ser la fuente de mi inspiración en los momentos cuando más la necesité.

Con todo cariño,

Elisia

DEDICATORIA

Este esfuerzo que hoy me permite ser una profesional de Ciencias de la Familia y del Desarrollo Comunitario deseo dedicarlo a:

Dios, por el don de la vida, por todas las bendiciones que derramas sobre mí y que hoy me permites lograr una meta más en mi vida.

A mi esposo Emilio, quien comparte hoy mi dicha.

A dos seres muy importante en mi vida y a quienes amo profundamente mis hijos Emilio y Estéfani quienes son la fuente de inspiración en la lucha constante por mi superación personal y profesional. Gracias hijos por compartir este momento.

Con todo mi amor,

Elisia

**EL PROBLEMA DE OBESIDAD EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD,
RESIDENTES EN EL VALLE, LAS LOMAS, DAVID, 2008
GONZÁLEZ, ELISIA.**

RESUMEN

La obesidad representa uno de los grandes problemas a nivel mundial que está causando estragos debido al alto porcentaje de mortalidad por las consecuencias que genera. Esta se desarrolla por un cúmulo de grasa en el organismo que trae como resultados daños en la salud física y psicológica de quien la padece. Ésta, no respeta sexo, edad y condición social. Pues todo aquel que no posee un buen hábito alimenticio puede caer en ella. Por ello se hace necesario medir las consecuencias para su prevención o disminución ya que las enfermedades aumentan cada día más a causa de ella. Para medir el nivel de obesidad se toma en cuenta las medidas y peso corporal. Es necesario que la persona esté consciente de su condición de sobrepeso para que busque ayuda profesional. De esta forma se mantiene alerta y en estado de cuidado. Ante esta realidad parte nuestro trabajo. Se buscó como grupo de estudio la comunidad de El Valle donde se evaluaron 80 mujeres con características de ser obesas. De esta forma se diagnosticó que un porcentaje alto de ellas oscilan en rangos de obesidad y ya con consecuencias de enfermedades producto de ella. Estas tienen malos hábitos alimenticios y acuden muy poco al médico. El estudio acepta la hipótesis nula que indicó que a menor conocimiento que se genera de la obesidad menor será el porcentaje de las personas que se preocupan por no caer en el rango del sobrepeso y rechaza la hipótesis verdadera.

PALABRAS CLAVES: Obesidad, Hipertensión, Diabetes, Sobrepeso, Índice de Masa Corporal, ADN, genes, adiposis, cardiovascular, patológico.

ÌNDICE DE CONTENIDO

	Pág
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
ÌNDICE DE CONTENIDO	v
ÌNDICE DE CUADROS	ix
ÌNDICE DE GRÁFICAS	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. LANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. ANTECEDENTES	3
1.3. JUSTIFICACIÓN	4
1.4. OBJETIVOS	5
1.4.1. GENERALES	5
1.4.2. ESPECÍFICOS	5
1.5. HIPÓTESIS	6
1.5.1. HIPÓTESIS VERDADERA	6
1.5.2. HIPÓTESIS NULA	6
1.6. ALCANCE Y LIMITACIONES	6
II. REVISIÓN DE LITERATURA	7
2.1. CONCEPTO DE OBESIDAD	7
2.2. CAUSAS DE LA OBESIDAD	9
2.3. PERSONAS QUE CORREN EL RIESGO DE VOLVERSE OBESOS	12
2.4. FACTORES QUE DETERMINAN LA PREVALENCIA DE LA OBESIDAD	13
2.5. COSTO ECONÒMICO Y SOCIAL DE LA OBESIDAD	14
2.6. CLASIFICACION DE LA OBESIDAD	18
2.6.1. Exógena primaria	18
2.6.2. Exógeno secundaria	18
2.6.3. La obesidad mixta	19
2.6.4. Según el índice de masa corporal	19
2.6.4.1. Obesidad del adulto	19
2.6.4.2. Índice de masa corporal para niños y niñas	20
2.6.4.3. Según el índice de cintura y cadera	21
2.6.4.4. En cuanto al número de adiposis	22
2.6.5. Según la edad de aparición	22

2.6.5.1. Obesidad progresiva de la infancia	22
2.6.5.2. Obesidad que comienza en la edad adulta	23
2.7. CONSECUENCIAS PATOLÒGICAS DE LA OBESIDAD	24
2.7.1. Problemas Cardiovasculares	24
2.7.2. La Hipertensi3n Arterial	25
2.7.3. Diabetes Mellitus	26
2.7.4. C3lculos biliares	28
2.7.5. C3ncer	29
2.7.6. Apnea del sue1o	29
2.7.7. Cardiopat3a	30
2.7.8. Artrosis	30
2.7.9. Rechazo Social	31
2.7.10. Alteraciones de la menstruaci3n	31
2.7.11. Alteraciones d3rmicas e infecciones	32
2.7.12. Problemas 3seos y articulares	32
2.8. TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD	32
III- MATERIALES Y M3TODOS	35
3.1. Tipo de investigaci3n	35
3.2. Poblaci3n	35
3.3. Muestra	36
3.4. M3todos de recolecci3n de informaci3n	37
3.5. Observaci3n Directa	37
3.6. Observaci3n Documental	38
3.7. Instrumentos	38
3.8. Par3metros de evaluaci3n	38
3.8.1. Variables	38
3.8.2. Indicadores de las variables	38
3.8.2.1. Variable No 1: Nivel de Obesidad	38
3.8.2.2. H3bitos alimentarios	39
3.8.2.3. Grado de conocimiento de la obesidad	39
3.8.2.4. 3ndice corporal	39
3.9. Recolecci3n de los datos	39
IV- RESULTADOS Y DISCUSI3N	40
V. CONCLUSIONES	55
VI. RECOMENDACIONES	57
VII. REFERENCIA CITADA	59
ANEXOS	62

ÍNDICE DE CUADROS

No.	TÍTULO	PÁG.
I	PERSONAS CON SOBREPESO SEGÚN LA POBLACIÓN ENCUESTADA	41
II	PESO DE ACUERDO CON LAS ENCUESTADAS	42
III	ORIENTACIONES RECIBIDAS POR EL MÉDICO PARA BAJAR DE PESO, SEGÚN ENCUESTA APLICADA	44
IV	VARIEDAD DE ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN DIARIAMENTE SEGÚN LAS ENCUESTADAS.	45
V	UTILIZACIÓN DE UN HORARIO FIJO PARA COMER SEGÚN LAS ENCUESTADAS.	47
VI	CONSIDERACIONES SOBRE EL DESEO DE BAJAR DE PESO, SEGÚN LAS ENCUESTADAS.	48
VII	REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PARA BAJAR DE PESO SEGÚN OPINIÓN DE LAS ENCUESTADAS	49
VIII	ENCUESTADAS SOMETIDAS A UN RÉGIMEN ALIMENTARIO PARA BAJAR DE PESO	50
IX	CONOCIMIENTO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD SEGÚN LAS ENCUESTADAS	52
X	CONTROL MÉDICO SEGÚN OPINIÓN DE LAS ENCUESTADAS.	55

ÍNDICE DE GRÁFICAS

No.	TÍTULO	PÁG.
1	PERSONAS CON SOBREPESO SEGÚN LA POBLACIÓN ENCUESTADA	39
2	NIVEL DE PESO DE ACUERDO CON LAS ENCUESTADAS	41
3	ORIENTACIONES DEL MÉDICO PARA BAJAR DE PESO	43
4	TIPOS DE ALIMENTOS QUE SE CONSUMEN DIARIAMENTE	45
5	HORARIO FIJO PARA COMER	47
6	CONSIDERACIONES SOBRE EL BAJAR DE PESO	49
7	EJECUTAN ACTIVIDADES PARA BAJAR DE PESO LAS ENCUESTADAS	51
8	RÉGIMEN ALIMENTARIO	53
9	CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD	55
10	CONTROL MÉDICO SEGÚN OPINIÓN DE LAS ENCUESTADAS	57

I. INTRODUCCIÓN

La obesidad es uno de los grandes problemas que enfrentan los especialistas en la salud pública. En los últimos decenios la prevalencia de obesidad y sobrepeso se ha incrementado a cifras alarmantes, tanto en países de altos como de bajo ingresos, hoy es considerada una epidemia mundial cuyas causas y consecuencias deben ser analizadas en el contexto socioeconómico de cada país.

Este especial interés nace de la documentada asociación de este estado, con enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, la diabetes, hipertensión, problemas coronarios, entre otras. El hombre por razones biológicas, sedentarismo, mal hábito alimentario está destinado a disminuir sus años de vida, pues estos males llevan, en la mayor parte de los casos, a la muerte a temprana edad.

Ante esta realidad la presente investigación nace con el propósito de buscar un camino adecuado que conduzca a contribuir a mejorar la duración y calidad de vida de las mujeres obesas en estudio.

Para ello, se partió de una metodología teórico – práctica. En la parte teórica se enmarca en relación a las características de la obesidad, concepto, causas y consecuencias de ésta. A nivel práctico se hizo una evaluación de los

indicadores de la salud en el grupo muestra. Para ello, se midió la presión arterial, el peso corporal, la talla, la frecuencia cardíaca. Igualmente se trabajó con encuestas para evaluar el nivel de conocimiento de las encuestadas en relación a su situación de peso y a los tipos de enfermedades que nos enfrentamos y sus características. Además, con ésta se conocieron los comportamientos de hábitos alimentarios, el nivel de actividad física, el uso del tiempo libre.

El presente trabajo está integrado por cuatro capítulos a saber. En el primero, se establece el marco teórico que apoya las variables de la investigación con los principales temas de la investigación. El segundo trata sobre el análisis de los resultados en donde se explica sobre el tipo de investigación, el grupo muestra en estudio y las variables del estudio. El tercero explica los materiales y métodos y el cuarto, comprende el análisis de los resultados en donde se tabulan el porcentaje de las ponderaciones para la medición de las variables en los ítemes.

Se espera que la presente investigación sea una fuerza de apoyo para estas mujeres que están en el rango de la obesidad y tomen conciencia sobre la importancia de una calidad de vida que pueden llevar sólo con bajar de peso. De esta manera, se trata de bajar el nivel de población que radica en el rango de obesidad a través de medidas preventivas y de tratamiento.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A INVESTIGAR

Es sabido que en la actualidad, la obesidad es una enfermedad que afecta a muchas mujeres, indistintamente de su edad cronológica en Panamá, pero no sabemos si las mismas son conscientes de esta realidad, es por ello que nos dimos a la tarea de plantearnos el siguiente problema:

¿En qué niveles de conocimientos sobre los daños a la salud, se encuentran las mujeres que padecen de obesidad en el área de El Valle, de las Lomas en David?

1.2. ANTECEDENTES

La historia de la obesidad data de la edad de piedra, aunque la interpretación que se ha dado a este síndrome ha variado de una época a otra. El primero en identificar a la obesidad como un riesgo para la salud fue Hipócrates, quien afirmó que la muerte súbita era más frecuente en el obeso que en el delgado, y recomendó algunas medidas terapéuticas. (Checa, 2001).

Actualmente la obesidad constituye uno de los grandes problemas de la salud pública, integrando lo que algunos autores denominan el “síndrome de la civilización”. Su prevalencia ha crecido en forma alarmante en las últimas décadas. (Checa, 2001).

Pero fue a partir del siglo XX que hubo un desarrollo de conocimientos sobre la obesidad, y esto cambio la perspectiva de las cosas, como por ejemplo sustituir el termino corpulencia, utilizado en el siglo XIX, por obesidad. (Checa, 2001).

Según Morgado (2007), existen estadísticas que reflejan que un 50 por ciento de la población panameña sufre problemas de obesidad. Explica que los adultos son los más afectados, pero que también es creciente en los niños no solamente de clases adineradas sino de escasos recursos, debido a los malos hábitos de alimentación o mal nutrición que se traduce en obesidad.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La obesidad es un problema que afecta a la sociedad en nuestros días, pero muy frecuentemente no es tomada en cuenta cuando se habla de las mujeres. Se calcula que la obesidad se inicia entre los seis meses y siete años de vida, el porcentaje de los que seguirán siendo obesos en la edad adulta es de hasta el 40%, mientras que para los que comenzaron entre los 10 y 13 años, las probabilidades serán del 70%.(Mendoza, 2008). Con el paso del tiempo la obesidad puede traer consigo una serie de trastornos, siendo de suma importancia el conocer el riesgo que esta enfermedad conlleva. Es por ello que elegimos este tema, ya que en El Valle de Las Lomas ubicada en el distrito de David existe una cantidad importante de mujeres que sufren de este problema y muchas de ellas podrían presentar diversas enfermedades debido a esto.

La obesidad puede definirse como un exceso de grasa que condiciona la salud de la persona. Este exceso de grasa se produce cuando la cantidad de energía que se ingiere con los alimentos es superior a la que se gasta, y este exceso de energías transformado en grasas. Nosotros decidimos trabajar con mujeres entre las edades de 25 a 40 años ya que es donde más se requiere crear conciencia para contrarrestar los problemas que surgen, por ser en su gran mayoría responsables de la atención y cuidados de los miembros que integran el hogar.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERALES

- Investigar el problema de obesidad en un grupo de mujeres que oscilan entre los 25 y 40 años de edad en El Valle, Corregimiento de las Lomas, David.
- Evaluar los alimentos que consumen diariamente el grupo de mujeres las cuales representan la población en estudio.

1.4.2. ESPECÍFICOS

- Orientar a un grupo de mujeres sobre la obesidad y las consecuencias de éstas.

- Identificar el grado de conocimiento sobre obesidad en este grupo muestra.
- Orientar sobre el consumo de alimentos que conforman una dieta balanceada.

1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis verdadera

A mayor conocimiento sobre las consecuencias que se generan de la obesidad mayor será el porcentaje de personas que se preocupan por no caer en el rango de sobrepeso.

1.5.2. Hipótesis nula

A menor conocimiento sobre las consecuencias que se generan de la obesidad, menor será el porcentaje de personas que se preocupan por no caer en el rango de sobrepeso.

1.6. ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La investigación se realizó con las mujeres residentes en El Valle, Las Lomas, distrito de David.

Entre las limitaciones para el desarrollo de este trabajo de grado se puede señalar la falta de material bibliográfico actualizado y tiempo de las encuestadas para el desarrollo de las encuestas.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. CONCEPTO DE OBESIDAD

La obesidad representa un aumento de masa corporal que trasciende los límites estipulados en el sistema de pesos de acuerdo con la estatura del individuo. Esta se debe a un cúmulo de grasa por razones de malos hábitos de alimentación y el desinterés en la salud. (Organización Panamericana de la salud, 2007)

Berke (2000), dice que la obesidad es uno de los problemas que más está causando estragos en la salud de la población mundial. Esto se debe a que toda persona con sobrepeso tiene más corto tiempo de vida. Pues, la obesidad representa uno de los grandes agentes de mortalidad en la vida adulta por sus infinitas consecuencias.

Según Garza (2006), la obesidad siempre se caracteriza por un incremento del depósito de grasa debido a una alteración en el balance entre el ingreso energético y consumo, en el que el consumo, ofrece exceso de energía en forma de lípidos.

La obesidad es también definida por diferentes autores consultados como un exceso de tejido adiposo que contiene grasa almacenada en forma de

triglicéridos, resultados de una excesiva ingestión de energía en relación con el gasto y con un peso corporal superior al 30% del peso ideal o deseable. Es la forma más frecuente de alteración del metabolismo graso, que da lugar a la acumulación excesiva de grasa.

Estudio realizado por Herrera (2005), define la obesidad como un exceso de peso corporal relacionado con la estatura y el modo de vida de las personas, a su vez, se debe a un aumento de tejido adiposo, con insuficiente gasto energético.

Además, Calvo (2006), señala que este sobrepeso siempre es indicador de la falta de buenos hábitos para controlar el peso. Es aquí en donde el hombre falla, pues descuida su salud sin medir las consecuencias que le genera una incorrecta nutrición.

La Organización Panamericana de la Salud (2007) afirma que actualmente la obesidad es uno de los problemas que más está afectando el nivel de vida de la sociedad. Pues se ha convertido en uno de los factores más generadores de enfermedades crónicas y de muerte.

El nivel de obesidad se mide de acuerdo con el IMC. Esta se establece a través de una escala. Si ésta es superior a 95%, en personas de la misma edad y sexo, se considera que está en sobrepeso. (Calvo, 2006)

Garrow (1998).y La OMS (1998) definen este concepto como una enfermedad en la cual se ha acumulado un exceso de grasa en el cuerpo hasta niveles que pueden afectar el estado de salud del individuo. Un adulto es considerado obeso cuando tiene un Índice de Masa Corporal (IMC) entre 25 y 29,9 y obeso cuando el IMC es mayor o igual a 30. Para los niños el sobrepeso y la obesidad se calculan sobre la base de curvas de crecimiento, desarrollo físico, género y edad; y los puntos de corte difieren de los del adulto.

Nos continúa diciendo Garrow (1998) que es importante resaltar las diferencias entre los términos obesidad y exceso de peso. En el primero se habla se una gran cantidad de grasa corporal. Es el término que se utiliza para un sobrepeso extremo. Sin embargo, estar excedido de peso representa un aumento de masa corporal más de lo normal de acuerdo a su estatura. y que puede estar en riesgo de caer en la obesidad.

2.2. CAUSAS DE LA OBESIDAD

Las personas aumentan de peso cuando el cuerpo recibe más calorías de las que quema. Estas calorías adicionales se almacenan como grasa. La cantidad de sobrepeso que lleva a la obesidad no se acumula en unas pocas semanas o meses. Dado que ser obeso es más que tener unas cuantas libras de más, generalmente las personas obesas han estado ingiriendo más calorías de las necesarias durante años (Delgado, 1994)

Los genes, que son pequeñas partes del ADN que las personas heredan de sus padres y que determinan características parecidas a los progenitores, desempeñan un papel importante en el aumento de peso. Algunos de estos genes le mandan mensajes al cuerpo para que busque manera para metabolizar los alimentos y de utilizar las calorías y grasas almacenadas. Esta es la razón por la cual algunas personas queman calorías más rápidas que otras. (Berke, 2000).

La obesidad puede ser hereditaria. Pero esta afirmación es difícil de determinar hasta que punto influyen los genes. Pues, existen familias que piensan que si se come en mayor cantidad se genera fortaleza y robustez. Además, muchas personas tienen la costumbre de comer comidas grasosas viendo un programa televisivo o poseen malos hábitos alimenticios. De esta manera se pierde la visión de hasta que punto los genes influyen en la obesidad y el sobrepeso. Esto nos indica que tanto los factores hereditarios y hábitos contribuyen en el aumento de peso. (Núñez, 2003)

Igualmente, las tensiones nerviosas son patrones que conllevan a la obesidad. Las personas tienden a comer más cuando están afligidas, ansiosas o estresadas. Por ello, utilizan la alimentación para contrarrestar estas emociones. (Núñez, 2003).

El sedentarismo es otro factor que lleva a la obesidad, pues la persona está sin actividad para quemar calorías. (Hollenbeck y Coulston, 1998)

De acuerdo con Homeire (2005) dice que uno de los factores más importantes en el aumento de peso es el estilo de vida sedentario. Actualmente, las personas son mucho menos activas que en el pasado, ya que ocupan su tiempo libre frente a la televisión, los computadores y los juegos de video.

Además, toda la ingestión de energía (medida en kilocalorías [calorías]) proviene de los alimentos que se ingieren y luego consume el organismo para satisfacer sus necesidades. La obesidad se produce cuando la ingestión de calorías de una persona supera las necesidades funcionales de su organismo (el metabolismo, la actividad física, el efecto térmico del alimento y el crecimiento). De igual modo, la pérdida de peso se produce cuando el cuerpo consume más calorías que las que se ingieren al comer. En promedio, la mayor parte (alrededor del 60 por ciento) de nuestra energía se utiliza para el metabolismo básico (que está controlado en parte por la herencia); la actividad física consume alrededor del 25 por ciento, el efecto térmico de la comida cerca del 10 por ciento, y el crecimiento aproximadamente el cinco por ciento.

Nuestros organismos cumplen bien la función de equilibrar los excesos a corto plazo tanto en la ingestión de energía como en su consumo. Sin embargo, la ingestión excesiva continua llevará a almacenar energía en forma de grasa

(aumento de peso), y la ingestión insuficiente continua forzará al cuerpo a consumir la energía almacenada (grasa) para obtener las calorías que necesita para funcionar (pérdida de peso).

2.3. PERSONAS QUE CORREN EL RIESGO DE VOLVERSE OBESOS

La población que posee características de obesidad se clasifican entre adultos y niños mayores de seis años.

Según la Organización Mundial de la Salud (2007) existe una cantidad de 97.000.000, de adultos que tienen sobrepeso y cinco de cada cien de éstos sufre de obesidad. Además, niños arriba de seis años de edad, de ellos el 15 % está excedida de peso.

La cantidad de personas obesas está aumentando. Mundialmente, existen aproximadamente 1.200 millones de personas con sobrepeso y al menos 300 millones de éstas, son obesas, a pesar de que la obesidad es uno de los 10 riesgos para la salud más fáciles de prevenir.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007) más de 97 millones de adultos (es decir, más de la mitad) tienen sobrepeso y aproximadamente uno de cada cinco adultos es obeso.

Entre los adolescentes y los niños mayores de seis años, más del 15% está excedido de peso. Esta cifra triplica la cantidad de personas jóvenes que tenían sobrepeso en la década de 1970. Esto nos indica que al menos los 300.000 de muertes por año están asociados con la obesidad. (Contreras, 2007)

Panamá cuenta con un 37.5% de obesos entre su población seguido de cerca por Perú con un 32%, siendo del 25% entre los niños con edades comprendidas entre los cuatro y 10 años. (Ponce, 2006)

La obesidad es por ende un fenómeno mundial que afecta hombres y mujeres, sin importar la edad, el sexo o la raza. Este problema reduce el tiempo de vida del individuo ya que el riesgo de muertes y enfermedades a causa de ésta es un 98% segura. (OMS, 2007)

2.4. FACTORES QUE DETERMINAN LA PREVALENCIA DE LA OBESIDAD

Uno de los métodos que se utilizan para la valoración del peso se llama índice de masa corporal. Este se basa en la relación que existe entre el peso y la estatura y se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la estatura en metros.

La obesidad se define con un IMC de 30.0 ó más. Sin embargo, el sobrepeso se afirma a través de un resultado de 25-29 de IMC. Si este índice se

encuentra en una escala de 18 a 24.9 se deduce que la persona está en un peso normal. Por el contrario, si existe una medida que desciende aun 18.5 se diagnostica un peso bajo con riesgo a la desnutrición.

Igualmente, la medida de la cintura es otro factor determinante para esta medición. Pues se considera que los hombres con más de cuarenta pulgadas de cintura y las mujeres con más de 35 tienen más riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares y diabetes. Estos son patrones que contribuyen a analizar las condiciones de salud del paciente (Contreras, 2007)

2.5. COSTO ECONÒMICO Y SOCIAL DE LA OBESIDAD

El especial Interés que se le da en la actualidad a la obesidad y el sobrepeso, como problemas de salud en el mundo, radica en la bien documentada asociación de este estado con enfermedades crónicas no transmisibles como cáncer a diferentes niveles, la diabetes mellitus e intolerancia a la glucosa, la hipertensión arterial y los trastornos cardiovasculares y los accidentes vasculares encefálicos; todas ubicadas entre las primeras causas de muerte en el mundo. (Contreras, 1998)

Hobbs (2000), afirma que se asocian también a la obesidad los trastornos endocrinos y metabólicos, la osteoartritis y la gota, los cálculos biliares y las enfermedades pulmonares y aunque no constituyen causas principales de

muerte, sí se convierten en situaciones invalidantes en muchas ocasiones para las personas que las padecen.

Existe otro aspecto relacionado con la obesidad que puede afectar el estado de salud del individuo y son los problemas psicosociales. El aspecto psicológico de la obesidad ha transitado por varias etapas a lo largo de la evolución de la humanidad, con influencia en gran medida por factores culturales. Si bien es cierto que en determinadas etapas la gordura ha sido considerada como sinónimo de belleza (fundamentalmente en las mujeres), salud, prosperidad, riqueza y honorabilidad, ya hacia inicios del siglo XX estas asociaciones comienzan a desaparecer como consecuencia de la acción de los médicos y las compañías de seguro que dan inicio a la promoción de un tipo de "cuerpo ideal" bastante más delgado que el estereotipo anterior.

Según Contreras (1998) en su libro "Causas psicosociales de la Obesidad" indicó que a lo largo de los últimos 40 años se han consolidado una serie de cambios en relación con el ideal del cuerpo, tanto masculino como femenino, de tal manera que el deseo de salud, de longevidad, de juventud y atractivo sexual son una poderosa motivación contra la obesidad. Muchas explicaciones han sido ofrecidas para la profunda importancia de un físico delgado.

La mayoría de ellas enfatizan la estética física y rasgos de personalidad asociados con el físico. La delgadez no sólo es presentada como atractiva, sino que se asocia con el éxito, el poder y otros atributos altamente valorados.

En cambio, la gordura es considerada física y moralmente insana, obscena, propia de perezosos, glotones. Sin embargo los estudios no han producido resultados concluyentes. Algunos muestran poca o ninguna diferencia en los test psicológicos estándares entre personas obesas y no obesas en cuanto a síntomas psicológicos, psicopatológicos y la autoestima. Esto va en contraste con algunos reportes de individuos con sobrepeso y con toda una consistente información que ejemplifica una predisposición cultural y actitudes negativas hacia las personas obesas.

Los mecanismos que conducen a un deterioro en la salud psicológica de estas personas son diferentes a aquellos que originan enfermedades físicas. Las consecuencias psicológicas desfavorables de la obesidad no son consecuencia inevitable de la obesidad sino que derivan de los valores unidos a la cultura por los cuales las personas ven la grasa corporal como "no saludable" o "fea".

En tal sentido Stunkard y Sobal (1995) señalaron que la obesidad no crea la carga psicológica. La obesidad es un estado físico. Las personas crean la carga psicológica.

La obesidad es un estado físico altamente estigmatizado en muchos países, tanto en términos de apariencia corporal indeseablemente percibida, como en términos de su significado, señalándoseles a estos individuos, muy a menudo, un número de defectos en su carácter. (WHO, 1998) Las personas obesas son

sometidas muchas veces a presiones sociales, prejuicios y discriminación como consecuencia de su condición, lo cual ha sido comentado claramente en estudios que han incluido áreas como el empleo, la educación y los servicios de salud. (Berke, 2000)

Por ejemplo en Estados Unidos al evidente costo que para la salud constituye el hecho de estar obeso o sobrepeso, está el costo económico el cual tiene tres componentes principales "costos directos" (costos al individuo y proveedores de servicios asociados con el tratamiento de la obesidad), "costos intangibles" (costos por enfermedades asociadas al impacto de la obesidad en la salud individual) y los "costos indirectos" (usualmente medidos como pérdidas de producción debido a ausentismo al trabajo y muerte prematura. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

El costo económico de la obesidad ha sido evaluado por varios países desarrollados y va desde un 2% a un 7% de los costos totales de los servicios de salud (WHO, 1998).

En Latinoamérica, por ejemplo, se han estimado los costos totales como consecuencia de la obesidad en alrededor de 117 billones de dólares anuales, de los cuales 61 billones corresponden a costos directos y el resto a costos indirectos (O.M.S. 2007)

En los países en desarrollo, aún cuando no existen estudios comparables, se estima que para el 2020 el incremento de los costos por terapias debido a enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la obesidad será superior al de los países desarrollados.

Estas realidades nos indican que la obesidad representa un problema serio tanto para el individuo que la padece como para los organismos estatales y no estatales que contratan personal con estas características.

2.6. CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

De acuerdo con los criterios de varios autores la obesidad se ha clasificado de la siguiente manera:

2.6.1. Exógena primaria

La obesidad exógena primaria es aquella en donde el paciente recibe una porción de alimentos muy ricos en calorías y nutrientes el cual es superior al gasto energético debido a problemas relacionados con la disponibilidad o el consumo de alimentos.

2.6.2. Exógeno secundaria

La obesidad exógena secundaria es aquella que se asocia con otros procesos etiológicos como lo es la diabetes, hiperfunción o hipertiroidismo.

2.6.3. La obesidad mixta

La obesidad mixta se produce como resultado de la aparición de las causas primarias y secundarias de la obesidad en un mismo individuo.

2.6.4. Según el índice de masa corporal

Se clasifica según el grado de obesidad correspondiente al índice de masa corporal. Para ello se utiliza el índice de masa corporal que equivale a peso/talla ($\text{Kg} \cdot \text{m}^2$). Así tenemos la siguiente clasificación:

2.6.4.1. Obesidad del adulto

A continuación se presenta un cuadro sobre la clasificación de la obesidad, según datos de la Organización Mundial de la Salud (2007)

Clasificación de la obesidad basados en el IMC (Kg/m²)	
Peso normal	18'5 – 24'9
Sobrepeso (obesidad grado I)	25 – 29'9
Preobesidad (obesidad grado II)	30 – 34'9
Obesidad grado III	35 – 39'9
Mórbida (obesidad de grado IV)	> 40

Fuente: OMS IMS (2007)

Según Rosner (2005), en medicina se utilizan tablas en caso de que el IMC esté en el percentil 85 (desviación estándar por encima) para su edad y sexo el cual son consideradas para un sobrepeso y si están por encima del 95, se puede decir que están en el rango de obesidad.

También según estudios realizados se estima que el punto de corte del Percentil 85 se corresponde con un IMC de 25 en la edad adulta, mientras que el Pc 95 lo hace con un IMC de 30 (sobrepeso y obesidad, respectivamente).

El Percentil 95 es un indicador de asistencia y tratamiento médico, identifica individuos con posibilidad de persistencia a la obesidad en la edad adulta. (Gotthelf y Jubany, 2007)

2.6.4.2. Índice de masa corporal para niños y niñas

El índice de masa corporal (IMC), medido al menos una vez al año, es una buena manera de diagnosticar el desarrollo de la obesidad en un niño, como lo plantea el Instituto Francés para la Salud e Investigación Médica (Junio 2000).

Por tanto, el índice de masa corporal de las niñas y niños obedece a patrones diferentes, la siguiente es una tabla del índice de masa corporal infantil normal para niñas y niños

ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA NIÑOS Y NIÑAS (Kg/m²)		
EDAD (AÑOS)	NIÑO	NIÑA
2	16.4	16.4
3	16	15.7
4	15.7	15.4
5	15.5	15.1
6	15.4	15.2
7	15.5	15.5
8	15.8	15.8
9	16.1	16.3
10	16.3	16.8

Fuente: OMS IMS (2007)

2.6.5. Según el índice de cintura y cadera

El índice de cintura y cadera nos permite definir el tipo de obesidad y su distribución ya sea central o abdominal. De esta forma se obtienen la clasificación siguiente:

- ❖ **Obesidad androide:** es la mayor concentración de grasa en la zona del abdomen y menor en las otras partes del cuerpo .Es más frecuente en los hombres y es la de mayor riesgo para las enfermedades del corazón ya que la grasa se encuentra cerca de órganos importantes que son de prevalencia en la función del organismo (corazón, hígado, riñones).
- ❖ **Obesidad ginoide:** mayor concentración de grasa en la zona abdominal y en las caderas, glúteos y muslos. Es más propensa en las mujeres y de menor riesgo para enfermedades del corazón.

2.6.4. En cuanto al número de adiposis

Es el problema de obesidad desde la infancia. Se distingue porque el número de adipositos puede ser de dos a cuatro veces superior al normal. Los individuos con gran número de estas células tienen una obesidad hipercelular. Esto permite distinguirlos de los que padecen otras formas de obesidad, en los que el número total de adipositos es normal, el tamaño de cada uno de ellos es más grande. A este problema se le denomina la hipertrofia.

2.6.5. Según la edad de aparición

2.6.5.1. Obesidad progresiva de la infancia

Suele ser hipercelular como también presentar resistencia al tratamiento. El período crítico de la aparición de la obesidad progresiva puede iniciar desde

los años de vida del niño o la niña. Luego, se complica entre los cuatro u once años. A partir de este momento puede seguir avanzando.

2.6.5.2. Obesidad que comienza en la edad adulta

Tiende a ser hipertrófica con grandes adipositos. De esta manera tenemos su evolución:

- ❖ En el momento del nacimiento el cuerpo del niño o de la niña en un 12% de grasa.
- ❖ De cero a seis meses el porcentaje de grasa aumenta hasta un 25%
- ❖ De los cinco meses a la pubertad (15 años), el 18% del cuerpo es grasa.
- ❖ De la pubertad a los 18 años:
 - ❖ Los hombres de 15% a 18%.
 - ❖ Las mujeres de 20% a 25%.
- ❖ Entre 20 – 50 años en los hombres se duplica y en las mujeres aumentan aproximadamente un 50%

Sin embargo, el peso total se eleva de un 10 % a 15%. De esta forma se puede producir una reducción de la masa corporal magra. El porcentaje de esta masa corporal y el nivel de tejido magro se reducen dependiendo del nivel de actividad física que induce a quemar calorías.

2.7. CONSECUENCIAS PATOLÓGICAS DE LA OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad multifactorial caracterizada por el aumento de tejido graso. Esta anomalía de la composición corporal se acompaña de diversas anomalías patológicas.

La Conferencia del Consenso sobre Obesidad (2006) señala que la obesidad está claramente asociada con la hipertensión, la hipercolesterolemia, diabetes y aumento de algunos cánceres y otros problemas médicos.

En consecuencia, esta patología en forma directa a través de las enfermedades asociadas reduce las expectativas de vida de quien las padece. Pues, los mayores aumentos de morbimortalidad se producen en obesidades moderadas severas, es decir, un sobrepeso que asciende el 20%. En magnitud el mayor efecto se observa en el incremento de las enfermedades cardiovasculares que constituyen una de las primeras causas de muerte en las personas de zonas latinoamericanas.

2.7.1. Problemas Cardiovasculares

Ha sido motivo de controversia si la obesidad por sí misma como un factor de riesgo independiente de cardiopatía coronaria aterosclerótica o ejerce su influencia como un elemento condicionante de otros factores, especialmente hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias. Un estudio que realizó el científico Framingham (1998) demostró prospectivamente que por cada 10% de incremento del peso, la presión arterial aumenta 6,5 mmHg, el colesterol

plasmático 12 mg/dl y la glicemia 2 mg/dl. La controversia para aceptarla como un factor de riesgo independiente se debe, entre otros aspectos, a diferencias en los diseños, especialmente en el tiempo de observación epidemiológica y en la edad de ingreso de los individuos con estas características. El impacto es mayor cuando se incorporan individuos jóvenes (menores de 40 años) y especialmente cuando el análisis se realiza en poblaciones con seguimientos mayores a 10 años.

El concepto más aceptado en la actualidad, como señala Pi-Sunyer (2000), es que la obesidad tiene un efecto patológico cardiovascular a largo plazo y que éste es mucho más notorio en presencia de otros factores asociados como hipertensión, dislipidemia y diabetes.

La distribución de la grasa corporal es un elemento adicional en la relación de obesidad con aterosclerosis y su asociación con los factores antes señalados. Esto ha sido corroborado por varios autores y con diversas denominaciones, como el "cuarteto de la muerte" de Kaplan (1989), consistente en obesidad toracoabdominal, intolerancia a la glucosa, hipertrigliceridemia e hipertensión arterial.

2.7.2. La Hipertensión Arterial

Existe una asociación entre la obesidad y la hipertensión. Se han hecho estudios longitudinales que demuestran que el aumento de peso produce un

significativo aumento de la presión arterial, mientras que una baja de peso de pacientes obesos reduce las cifras tensionales.

Según Sichieri Continho, (2005) los mecanismos causales de la hipertensión no son claros, pero se ha postulado que la obesidad, podrá explicar esta asociación al generar resistencia insulínica con la consiguiente hiperinsulinemia. Esto reduce la excreción renal de sodio y a través de ello podrá aumentar el volumen extracelular y la volemia, lo que aumenta el gasto cardiaco y la resistencia periférica que son los principales componentes de la presión arterial.

Esto es un indicador que afirma cómo el paciente con alto índice de obesidad está propenso a sufrir riesgos de hipertensión, factor que genera otras causas que conllevan a la morbilidad, como es el caso de infartos o paraplejías. (Sichieri Continho, 2005)

2.7.3. Diabetes Mellitus

Muchos estudios han demostrado la relación que existe entre obesidad y diabetes. Pues grados moderados de obesidad puede elevar diez veces el riesgo de una diabetes. Además, este riesgo crece mientras mayor es la intensidad de la obesidad. También se relaciona el tipo de obesidad según la distribución de la grasa corporal, siendo la más elevada la de tipo toracoabdominal. (Sichieri Continho, 2005)

El metabolismo, es el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina es el factor más importante en esta actividad humana. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago. (Sichieri Continho, 2005)

Señala Calvo, (2006), que en personas con diabetes, una de dos componentes de este sistema falla:

- El páncreas no produce, o produce poca insulina (Tipo I);
- Las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce (Tipo II).

Hay dos tipos principales de diabetes. Al tipo I, dependiente de la insulina, a veces se le llama diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos). Como el cuerpo no produce insulina, personas con diabetes del tipo I deben inyectarse insulina para poder vivir. Menos del 10% de los afectados por la diabetes padecen el tipo I (Calvo, 2006).

En el tipo II, que surge en adultos, el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce. La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células. El tipo II suele ocurrir

principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad (Contreras, 2007).

La Enciclopedia Médica de la Salud (2007) indica que la diabetes mellitus no insulina independiente es la forma de diabetes primaria más frecuente. Esta se regula de acuerdo al peso del individuo, ya que si existe una dieta alimenticia el organismo es capaz de liberar más insulina. De lo contrario, la obesidad conlleva a aumentar los riesgos de la diabetes.

Esta correlación que existe entre diabetes y obesidad se puede disminuir en el organismo a través de una dieta progresiva que regula los niveles de riesgo de cualquier complicación en el individuo. Pues, en aquellos pacientes que presentan un incremento de peso superior al 46%, el riesgo de diabetes se multiplica por treinta. La mayoría de estas personas reducen el problema a través de una baja de peso. (Enciclopedia Médica de la Salud, 2007)

2.7.4. Cálculos biliares

Cuando existe exceso de grasa en el organismo, el metabolismo de éste es sumamente lento. Este factor tiende a aumentar el depósito de otros elementos que son dañinos como lo son el aumento de sales en algunos órganos que generan otras patologías. (Contreras, 2007).

El riesgo de desarrollar colelitiasis aumenta intensamente a medida que se incrementa el IMC. La explicación más lógica de esta relación entre obesidad y colelitiasis es el aumento lineal de la producción de colesterol que acompaña a los depósitos crecientes de grasa. A medida que se eleva la producción de colesterol, lo hace su excreción y la presencia de “factores de modificación” en la vesícula biliar aumenta el riesgo de cálculos biliares. (Contreras, 2007).

2.7.5. Cáncer

La incidencia de cáncer de endometrio, mama, colon y vesícula biliar está aumentada en mujeres obesas, mientras que los varones obesos sufren más cáncer de colon y próstata. El aumento de la producción de compuestos “estrogénicos”, debido a la conversión de la androstendiona en estriol en el tejido adiposo por la aromatasa, puede explicar en parte este aumento del riesgo de cáncer. Como esta velocidad de producción está relacionada con el tamaño de los depósitos adiposos, puede ser una fuente importante de compuestos estrogénicos, en especial en mujeres posmenopáusicas muy obesas. (Contreras, 2007).

2.7.6. Apnea del sueño

La apnea del sueño es un problema grave en los individuos con sobrepeso, y es más frecuente en los varones. La obstrucción intermitente de las vías aéreas por la noche provoca un sueño irregular y disminución de la oxigenación. Para compensar, aumenta la somnolencia durante el día y la

hipoventilación. El aumento de la masa de grasa en la zona faríngea explica en parte esta complicación de la obesidad. El tratamiento consiste en perder peso y de esta forma disminuir los riesgos. (Contreras, 2007).

2.7.7. Cardiopatía

Con la obesidad creciente, se produce en ambos sexos un aumento de la mortalidad por cardiopatía. Este aumento es más pronunciado en individuos cuyo IMC es mayor o igual a 27-29 y varía según las etnias. Por ejemplo, el riesgo de cardiopatía asociado al IMC elevado es mayor en los blancos que en los negros. (Contreras, 2007). Este aumento del riesgo de muerte de causa cardiovascular puede atribuirse a varios factores. El primero es la disminución del nivel del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) que acompaña a la resistencia a la insulina y a la obesidad. En segundo lugar está el aumento de la concentración del inhibidor-1 del activador del plasminógeno, un factor que evita la coagulación en el interior de los vasos sanguíneos y en el aumento del riesgo del incremento de la tensión arterial. Los estudios sobre la pérdida de peso muestran que todos estos factores revierten hacia límites normales con la pérdida de peso. (Contreras, 2007).

2.7.8. Artrosis

El exceso de peso aumenta el riesgo de lesiones articulares. Este problema progresa con la edad y es una de las consecuencias más costosas de la obesidad.

Esta realidad se debe a que el peso corporal imposibilita a las articulaciones su movilización, factor que causa patologías en los nervios y huesos. (Nuñez, 2003).

2.7.9. Rechazo Social

La persona al aumentar de peso se siente cohibida y su estima no es del todo excelente. Además de ello con el estereotipo social se tiende a tener mayor aceptación de la persona baja en peso. Pues es parte de una mejor figura.

Nohier (2006) indica que el exceso de peso en forma de grasa es fácil de detectar por las personas y causa inhibición a muchos obesos . Las mujeres y hombres obesos sufren un estigma social que empeora su calidad de vida. Este rechazo social es una de las principales presiones para perder peso en las mujeres.

De esta necesidad muchas personas se someten a dietas fuertes con el propósito de mejorar su salud e imagen ante el grupo en donde se desenvuelven. (Nohier, 2006)

2.7.10. Alteraciones de la menstruación

Una gran parte de las mujeres obesas tienden a sufrir problemas hormonales que inhiben la menstruación o causan atrofas en su organismo que generan infertilidad. (Nohier, 2006)

2.7.11. Alteraciones dérmicas e infecciones

Los pliegues cutáneos favorecen la maceración de la piel y la colonización de hongos y otros parásitos. (Nohier, 2006)

2.7.12. Problemas óseos y articulares

La obesidad tiende a que las articulaciones y nervios se atrofién por consecuencia del exceso de peso que tiene que soportar el cuerpo. De esta forma poco a poco el individuo va acumulando más peso hasta que el sistema óseo no lo soporta. (Nohier, 2006)

En este caso se puede ejemplificar, si nosotros realizamos una carga de tres sacos de cemento diariamente, nuestras articulaciones o huesos no aguantan el peso, factor que incide a que las piernas y brazos se sientan atrofiados. Este peso es muy similar al peso de nuestro cuerpo. Si la persona está sobrepasada, las piernas no resisten y trae como consecuencias problemas óseos y articulares. (Nohier, 2006)

1.7. TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

La obesidad es un problema que se puede prevenir o aminorar. Pues no es una enfermedad sin remedio alguno. Si la persona está interesada y tome conciencia de su realidad puede bajar de peso.

Para ello, en primer lugar debe tratar con un o una profesional especialista para que le brinde un asesoramiento, de acuerdo a la condición de su peso, en relación a la dieta a seguir.

Además de ello, es importante que el individuo siga los siguientes pasos:

- Tener buenos hábitos alimenticios.
- Intentar hacer ejercicios durante treinta a cincuenta minutos.
- Caminar y nadar son buenas maneras de hacer ejercicios.
- Dar un paseo diariamente en donde te ejercites y te sientas relajado.
- Camina o utiliza la bicicleta (para ir a la escuela o a la casa de tus amigos) en lugar del automóvil.
- Si tienes que usar el automóvil, estacionate lejos del lugar al que te diriges, para que recorras a pie una mayor distancia, esto conlleva a que quemes calorías.
- Colabora en las tareas del hogar como barrer, limpiar el auto, lavar el baño. Todos estos trabajos te ayudan a quemar calorías.
- Limita tu tiempo frente a un televisor o los juegos de video. El leer un libro te hace más beneficio que eso.
- Come cuando tengas hambre, no por aburrimiento o porque no se te ocurre otra cosa para hacer.

- Come al menos cinco raciones de fruta o verduras por día.
- Evita tomar frecuentemente las bebidas gaseosas, los jugos y las golosinas. Estas poseen mucha azúcar que te ayuda a quemar peso. Bebe leche descremada o sin grasa; como también mucho agua.
- Evita los restaurantes de comida rápida. Si no puedes hacerlo, intenta elegir comidas más saludables, como pollo asado o ensaladas, y pide porciones normales, no las agrandes.
- Toma todos los días un desayuno saludable. Este debe implicar mucha frutas y menús sin tanta grasa o azúcar.
- No ingieras comida o “snacks mientras miras televisión porque seguramente terminarás comiendo más de lo que esperabas.
- Presta atención al tamaño de las porciones que comes. (Ponce, 2006).

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo descriptiva, ya que a través de un proceso se trata de detallar el problema en estudio y sus posibles propuestas de prevención y de soluciones. En este trabajo se analizan las consecuencias que generan la obesidad y las formas o hábitos alimentarios que disminuyen los efectos de ésta.

Igualmente en este tipo de investigación se usan en primer término los pasos científicos. Para ello, se visitó el lugar de la investigación para visualizar la problemática. Comprende material bibliográfico que nos permitió determinar información sobre los temas. Además, obedece ir a la misma realidad del estudio para luego proponer a través de hipótesis las posibles teorías o soluciones al problema en estudio.

3.2. Población

La población es de 124 mujeres que poseen las características que se sometieron al estudio del problema.

La población a estudiar son mujeres que residen en la comunidad de El Valle, Las Lomas, Distrito de Davud. Esta población posee las siguientes características:

- Mujeres que oscilan entre 25 a 40 años de edad.
- Mujeres que están en el rango de obesidad.
- Residentes de la comunidad de El Valle, Las lomas.
- Está conformada por una totalidad de 124 mujeres que reúnen el perfil de la población en estudio.

3.3. Muestra

En este aspecto se extrae una cantidad representativa de esa totalidad de la población.

La muestra es de tipo probabilística ya que se requiere de un muestreo aleatorio simple que permitirá el conocimiento de la población en total, el margen de confiabilidad, el estándar y el error o la media muestra.

De esta forma se trabajará así:

$$N = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

N: Tamaño necesario de la muestra

Za/2= Margen de confiabilidad o número de estándar, para una confianza del

noventa y cinco por ciento o del noventa y nueve por ciento.

S. = estándar o estándar de la población.

E= Error o diferencia máxima.

Para este caso se ha decidido tomar un margen de confiabilidad de noventa y cinco por ciento (1-a) (que corresponde a Z=1,96) con estándar S=0.4, con error de estimación E= 5%. El número de mujeres que oscilan entre edades de veinticinco a cuarenta años quienes comprenden un total de 124.

El número de mujeres por encuestar sería:

$$N = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}} = \frac{(0.4)^2}{\frac{(0.05)^2}{(1.96)^2} + \frac{(0.4)^2}{124}} = 82 \approx 80$$

80 mujeres.

3.4. Métodos de recolección de información

Los métodos para recopilar la información nos llevan a un fin determinado. A continuación se detalla

3.5. Observación Directa

En esta etapa se visita el área a investigar y se realiza una observación directa para el análisis de las características en estudio que en este caso es la obesidad.

3.6. Observación Documental:

En esta etapa se busca información a través de referencias bibliográficas en bibliotecas (libros, Internet, enciclopedias, tesis, revistas).

3.7. Instrumentos

Se utiliza un cuestionario para recabar información para el desarrollo de la investigación. Este se conforma de preguntas cerradas y abiertas.

3.8. Parámetros de evaluación

3.8.1. Variables

Los parámetros a evaluar son las variables que se desprenden de este trabajo investigativo. Por lo tanto los parámetros que se tienen que evaluar en esta investigación son.

- Nivel de obesidad.
- Hábitos alimentarios.
- Conocimiento sobre la obesidad.
- Índice de masa Corporal.

3.8.2. Indicadores de las variables

3.8.2.1. Variable No 1: Nivel de Obesidad

- Peso corporal
- Masa Corporal

3.8.2.2. Hábitos alimentarios

- Consumo de alimentos altos en grasa

3.8.2.3. Conocimiento de la obesidad

- Conocimiento sobre las consecuencia de la obesidad

3.8.2.4. Índice corporal

- Normal 25-29
- Bajo de pesa -menos de 25
- Sobrepeso ---29—en adelante

3.9. Recolección de los datos

Los datos se recopilaron en base a las encuestadas que miden las alternativas a través de las frecuencias absoluta y relativa. De esta manera se establece cada variable y sus respectivas preguntas.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados representan la medición de todo fenómeno en estudio. Pues es aquí en donde la medición de las variables brindarán una respuesta de acuerdo con el nivel de conocimiento de las encuestadas en relación de las consecuencias del grado de obesidad.

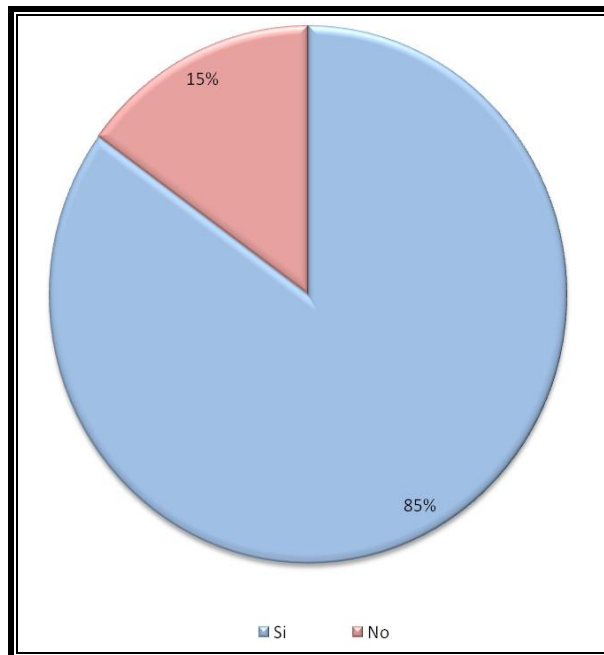
Estos resultados se analizan a través de gráficas y cuadros de valores.

CUADRO I: PERSONAS CON SOBREPESO SEGÚN LA POBLACIÓN ENCUESTADA.

SOBRE PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	68	85.00
No	12	15.00
TOTAL	80	100.00

Fuente: Elisia González, 2008.

De acuerdo al peso de cada encuestada, el 85% de ellas se encontraba en estado de sobrepeso; mientras tanto, el 15% osciló en un nivel normal.



Fuente: Elisia González, 2008.

Gráfica 1: Personas con Sobrepeso según la Población Encuestada

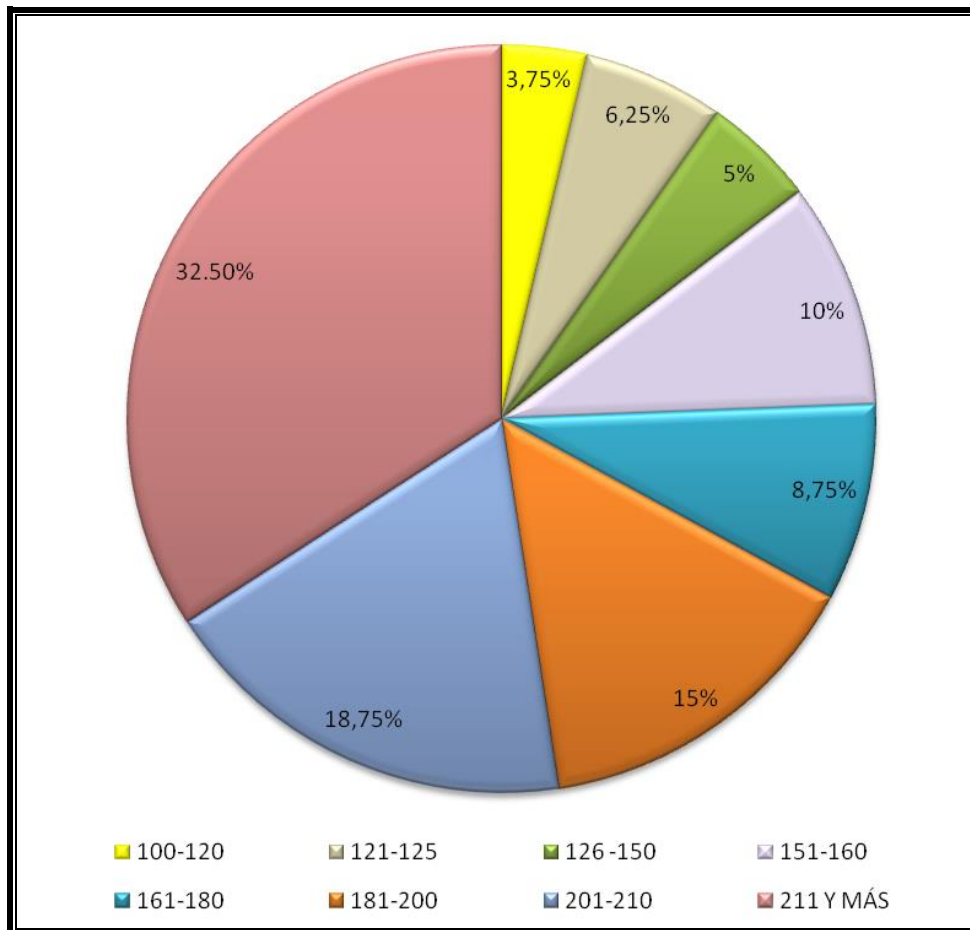
CUADRO II: PESO DE ACUERDO CON LAS ENCUESTADAS.

PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
100-120	3	3.75
121-125	5	6.25
126 -150	4	5.00
151-160	8	10.00
161-180	7	8.75
181-200	12	15.00
201-210	15	18.75
211 Y MÁS	28	32.50
TOTAL	80	100.00

Fuente: Elisia González, 2008.

El Cuadro II muestra el peso de las personas encuestadas como sigue: entre 100 y 120 libras hubo tres para un 3.75%, entre 121-125 libras se encontró a cinco para el 6.25%, entre 121 a 125 cuatro para el 5%, entre 155-160 a ocho con el 10%, entre 161 y 180 a siete para el 8.75%, entre 180 y 200 libras se encontró a 12 personas para el 15%, entre 201 y 210 a 15 mujeres para el 18.75% y con 211 libras y más a 28 encuestadas para el 32.50%.

Los datos revelan que el 15% de las encuestadas se encontró en un peso normal. Sin embargo el 85% ya cayó en los rangos de 151-160 y más.



Fuente: Elisia González, 2008.

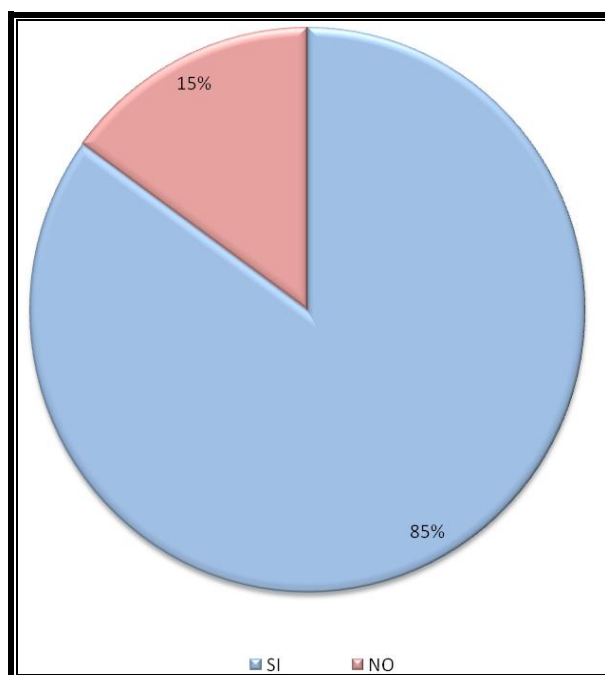
Gráfica 2: Nivel de Peso de acuerdo con las Encuestadas.

CUADRO III: ORIENTACIONES RECIBIDAS POR EL MÉDICO PARA BAJAR DE PESO, SEGÚN ENCUESTA APLICADA

ORIENTACIONES MÉDICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	68	85.00
NO	12	15.00
TOTAL	80	100.00

Fuente: Elisia González, 2008.

Se observa un resultado en donde 85% de la población afirmó que el médico les sugirió que tenían que bajar de peso mientras que el 20% señaló que no.



Fuente: Elisia González, 2008.

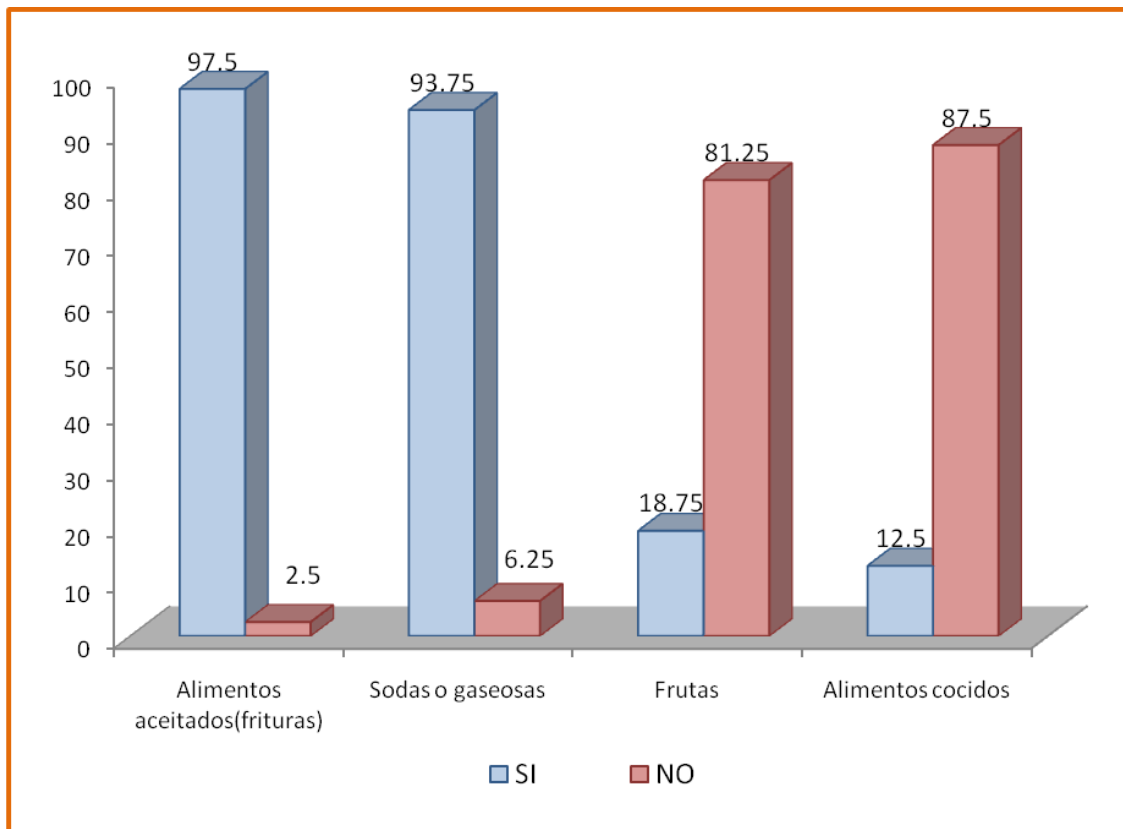
Gráfica 3: Orientaciones del médico para bajar de peso

**CUADRO IV: VARIEDAD DE ALIMENTOS QUE CONSUMEN DIARIAMENTE
SEGÚN LAS ENCUESTADAS**

VARIEDAD DE ALIMENTOS	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
Alimentos frituras	78	2	97.50	2.50
Sodas o gaseosas	75	5	93.75	6.25
Frutas	15	65	18.75	81.25
Alimentos cocidos	10	70	12.50	87.50
TOTAL	80		100.00	

Fuente: Elisia González, 2008.

Según las respuestas de las encuestadas el 97.50% consumían alimentos preparados en forma de frituras, es decir 78 personas. Sodas o gaseosas 75 encuestadas correspondiéndole el 93.75%, mientras que frutas solo consumían 15 participantes para el 18.75% y alimentos cocidos 10 correspondiéndole el 12.50%. Esta realidad nos demuestra que la mayor parte de la población poseía malos hábitos alimentarios.



Fuente: Elisia González, 2008.

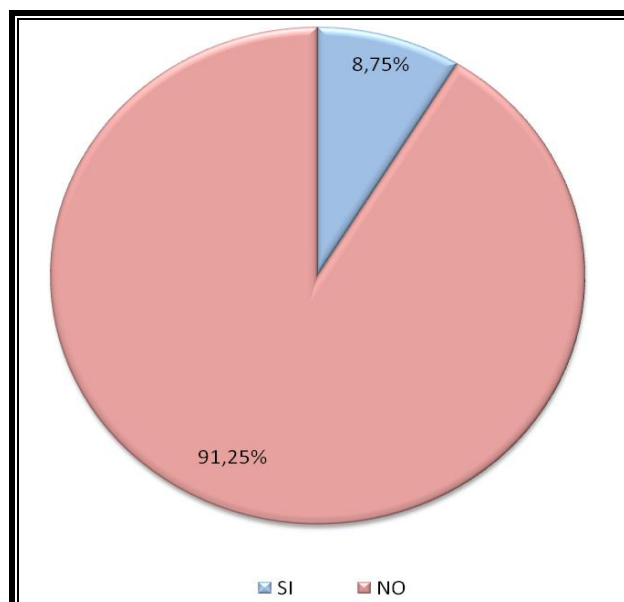
Gráfica 4: Variedad de alimentos que se consumen diariamente

CUADRO V: UTILIZACIÓN DE UN HORARIO FIJO PARA COMER SEGÚN LAS ENCUESTADAS.

HORARIO FIJO PARA COMER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	7	8.75
No	73	91.25
TOTAL	80	100.00

Fuente: Elisia González, 2008.

El Cuadro V cuestionó a las participantes si tenían o no un horario fijo para comer. Se observa que siete encuestadas indicaron que sí para el 8.75% mientras que 73 mujeres manifestaron que no para el 91.25%.



Fuente: Elisia González, 2008.

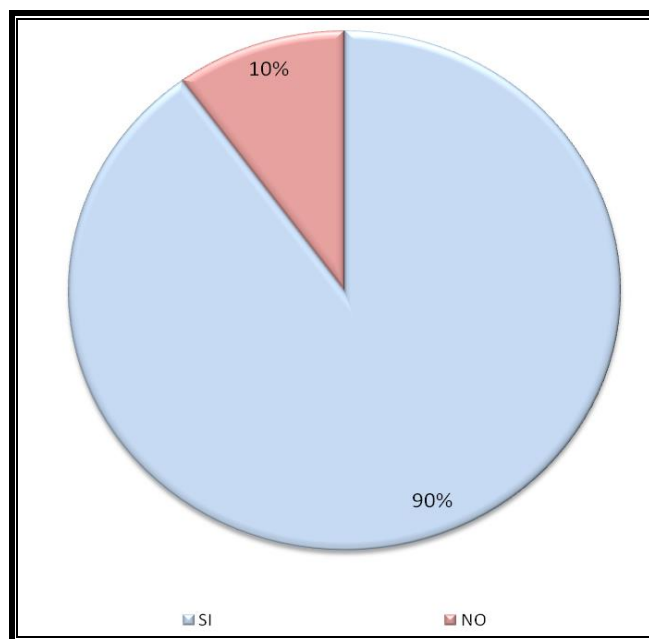
Gráfica 5: Horario fijo para comer

CUADRO VI: CONSIDERACIONES SOBRE EL DESEO DE BAJAR DE PESO, SEGÚN LAS ENCUESTADAS.

BAJAR DE PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	72	90.00
No	8	10.00
TOTAL	80	100.00

Fuente: Elisia González, 2008.

El 90% de las encuestadas consideró que tenían que bajar de peso. Mientras que el 10% dijo que no. Esto demuestra que las personas estaban conscientes de su condición.



Fuente: Elisia González, 2008.

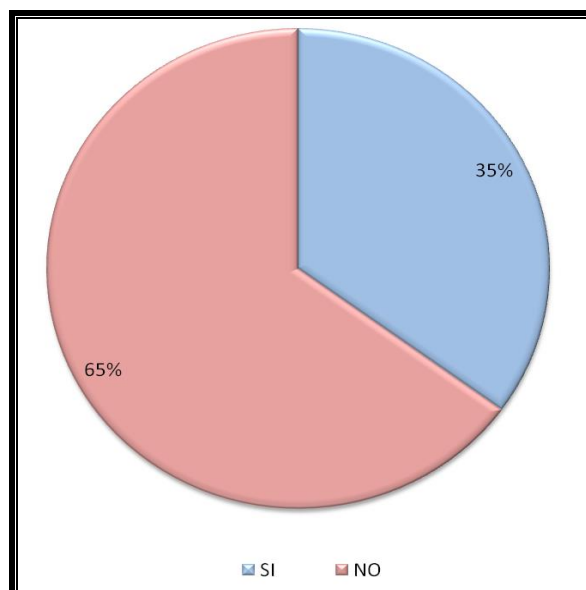
Gráfica 6: Consideraciones sobre el bajar de peso

CUADRO VII: REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PARA BAJAR DE PESO, SEGÚN OPINIÓN DE LAS ENCUESTADAS

REALIZAN ACTIVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	28	35.00
NO	52	65.00
TOTAL	80	100.00

Fuente: Elisia González, 2008.

En este cuadro se analiza las actividades que realizaban para bajar de peso. Según el resultado se observa que 28 manifestaron que si para el 35%, mientras que 52 dijeron que no para el 65%. Esto nos indica que existe un nivel de sedentarismo elevado que conlleva a la obesidad.



Fuente: Elisia González, 2008.

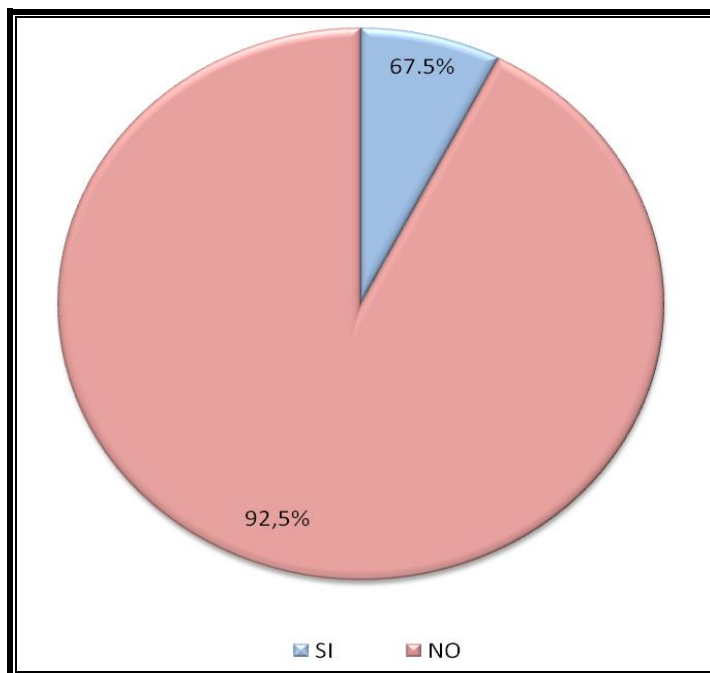
Gráfica 7: Ejecutan actividades para bajar de peso las encuestadas

CUADRO VIII: ENCUESTADAS SOMETIDAS A UN REGIMEN ALIMENTARIO PARA BAJAR DE PESO

SOMETIDAS A REGIMEN ALIMENTARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	6	7.50
No	74	92.50
TOTAL	80	100.00

Fuente: Elisia González, 2008.

Según las encuestadas, el 92.50% no se había sometido a ningún régimen alimentario. El 7.50% si lo había hecho, pero no en forma frecuente, sino esporádicamente. Esta realidad nos indica que existe poco interés por bajar de peso, pese a que conocen las consecuencias.



Fuente: Elisia González, 2008.

Gráfica 8: Régimen alimentario

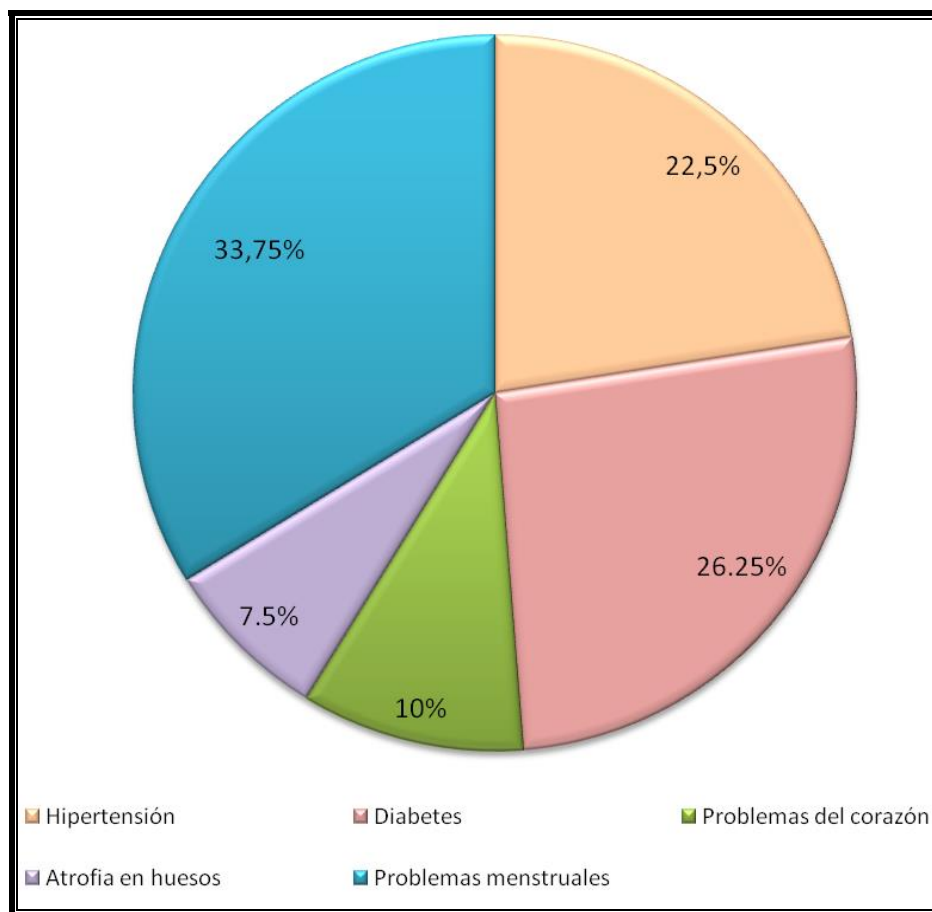
CUADRO IX: CONOCIMIENTO DE LAS CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD SEGÚN LAS ENCUESTADAS

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión	18	22.50
Diabetes	21	26.25
Problemas del corazón	8	10.00
Atrofia en huesos	6	7.50
Problemas menstruales	27	33.75
TOTAL	80	100.00

Fuente: Elisia González, 2008.

Los datos de este Cuadro revelan que las encuestadas conocían sobre las consecuencias de la obesidad.

El 22.50% informó que problemas de hipertensión, el 26.25%, indicó que la diabetes; el 10% de problemas cardíacos; el 7.50%, se señaló que las atrofias en los huesos y el 33.75% que los problemas menstruales. Estos resultados son una clara evidencia que las encuestadas no conocían las consecuencias de la obesidad.



Fuente: Elisia González, 2008.

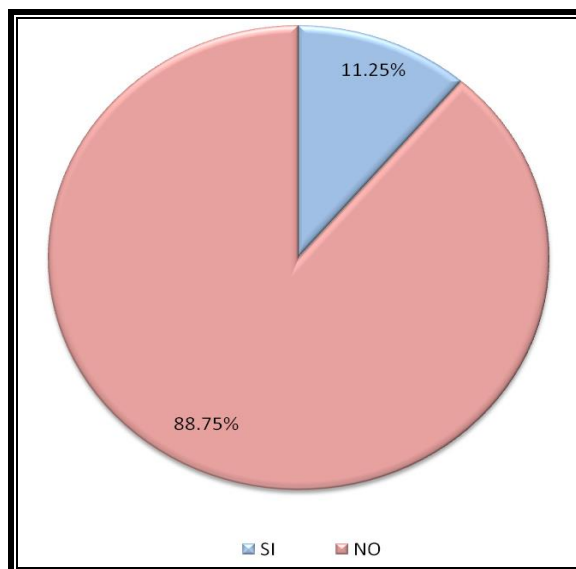
Gráfica 9: Consecuencias de la Obesidad

CUADRO X: CONTROL MÉDICO SEGÚN OPINIÓN DE LAS ENCUESTADAS.

CONTROL MÉDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	9	11.25
NO	71	88.75
TOTAL	80	100.00

Fuente: Elisia González, 2008.

Estos resultados nos muestran que el 11.25% de las encuestadas si tenían control médico, mientras que el 88.75% no lo hacía. Por lo tanto, el interés por estar saludables es bajo.



Fuente: Elisia González, 2008.

Gráfica 10: Control Médico según opinión de las encuestadas

V. CONCLUSIONES

Al culminar este estudio investigativo se llegan a las siguientes conclusiones:

- Las mujeres residentes en El Valle de Las Lomas, distrito de David, que oscilaban entre los 25 y 40 años de edad presentan un alto porcentaje de obesidad, ya que de las 80 encuestadas el 85% tenían sobrepeso.
- En relación a la forma en que consumen los alimentos se observó que la mayoría consume alimentos fritos alcanzo el 97.50% de la muestra, seguido por el consumo de bebida gaseosa con el 93.75%, mientras que alimentos hervidos solo era consumido por el 12.50%.
- En relación a las consecuencias de la obesidad, es limitado el conocimiento que tenían las encuestadas ya que en su mayoría indicaron que problemas menstruales con el 33.75%, seguido por diabetes con el 26.25, hipertensión con el 22.50% entre otras, lo que refleja la falta de información.
- Las causas de la obesidad, hasta el día de hoy, no han sido del todo comprendidas pero se sabe que existen muchos factores causantes de esta grave enfermedad, unos que parecen ser muy sencillos y otros bastante complicados.

- La Obesidad es un problema de salud pública, de la que nadie está exento, muchos la tienen, es muy fácil de detectar, y si se trata desde que la persona empieza a subir de peso, se cura.
- La obesidad tiene sin número de complicaciones y es una de las causas por las cuales muchas mujeres caen en depresión.

VI. RECOMENDACIONES

- Las personas deben llevar un registro semanal del consumo de alimentos, especificando la cantidad de cada uno de ellos, así como la actividad física que se realiza y por cuánto tiempo.
- La Educadora para el Hogar, de la Facultad de Ciencias Agropecuarias de la Universidad de Panamá, por su perfil profesional, deben realizar campañas de promoción de salud, sobre todo, a través de documentación escrita, visita a los hogares y seminarios cortos donde participen todos los miembros de la familia.
- Es tradicional que la familia consuma alimentos en forma de fritura, por ser una manera rápida de prepararlos, sin embargo se debe informar sobre los daños que causa al organismo el alto consumo de grasa, a cualquier edad del individuo.
- A pesar de que en los medios de comunicación masivos existe información referente a las consecuencias del alto consumo de alimentos, a base de carbohidratos y grasa, los ciudadanos hacen caso omiso a dicha situación, sin embargo, se deben promulgar leyes y decretos leyes que regulen la venta de la gran variedad de alimentos chatarras, gaseosas entre otras y se exija la venta de frutas de

temporada y la comida saludable, considerando a cada uno de los miembros del hogar, la edad y la actividad que realicen.

- Las actividades físicas deben ser llevadas a cabo regularmente. Inicialmente se buscará una actividad más atractiva y que esté más de acuerdo a los intereses y a las posibilidades del individuo. El ejercicio debe ser al principio suave, pero desarrollado de forma continua, a diario, y que sea divertido e interesante. Este favorece el gasto de energía y contribuye a disminuir de peso.
- crear conciencia para que las encuestadas tomen la decisión de visitar al médico e iniciar un programa de nutrición y control.

REFERENCIAS CITADAS

- Berke, B.M . 2000. Médico de la Obesidad. Buenos Aires, Arg. 15 –26.
- Bray GA. 1998. Obesidad. En: Organización Panamericana de la Salud-Instituto Internacional de Ciencias de la Vida. Conocimientos actuales de nutrición. 7 ed. Washington DC: OPS/ILSI, 1998:28-32. (Publicación Científica; 565).
- Calvo, M. 2006. La obesidad . California, E.U. 124 p.
- Contreras J. 2007. La Obesidad: Una perspectiva sociocultural. Form Contin Nutr Obes 5(6):275-86
- Contreras, 1998. Causas Psicosociales de la Obesidad.
- Delgado, H L.1994. Dieta y salud en la región centroamericana. OPS. Kellogs. 126 páginas.
- Enciclopedia Médica de la Salud. 2007. Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc. U.S.A.
- Garrow JS. 1998. Tratamiento de la Obesidad. En: Obesidad y sus consecuencias London:Churchill Livingstone. p.1-16.
- Garza, D. 2006. Educación Médica. México. D.F. 22 p.
- Gotthelf S, Jubany L. 2007. Prevalencia de factores de riesgo asociados al Síndrome Metabólico en niños y adolescentes obesos de la ciudad de Salta, Argentina. *Rev Soc Argent Diab* 217 p..
- Hobbs, F.D. 2000. Cardiovascular disease and lipids. Issues and evidence for the management of dyslipidaemia in primary care. *Eur J Gen Pract.* 2000; 9(1):16-24.
- Hollenbeck CB, Coulston AM. 1998. Conocimientos actuales sobre nutrición. En: Organización Mundial de la Salud-Instituto de Ciencias de la Vida. 6 ed. Washington: OMS-ILSI, 1998:419-21. (Publicación científica; 532).
- Instituto Francés para la Salud e Investigación Médica. 2005. Gobierno Francés. Francia. 87 p.

Kaplan, M., 1989. *The deadly quartet*. Upper -cuerpo, intolerancia de la glucosa, hiperglicemia, e hipertensión. Arch Intern med; 149:1514 -1520.

Nohier, J. 2006. Consecuencias Patológicas de la Obesidad: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipidemia. Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 21 p.

Núñez, G. 2003. Análisis de las dietas en las diversas etapas. Tesis . Licenciatura en Enfermería. Universidad Autónoma de Chiriquí, Panamá. UNACHI. 120 P.

OMS (2007) El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI. Ginebra, Suiza.

OMS. 2005. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, Suiza.

OMS.1998, Informe sobre la salud en el mundo 1998: La vida en el siglo XXI: una perspectiva para todos, Resumen de orientación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OPS. 2008. La salud en las América. Edición de 1998. Washington. DC; OPS; . (Publicación científica 569; 2 vol).

Organización Panamericana de la salud. 2007. La salud en las América. Washington.DC. 560. 2 vol.

Pi-Sunyer F.X. 2000. Obesity. En *Modern Nutrition in Health and Disease* 8th edition. Ed: M.E.Shils, J. A. Olson y M. Shike. Lea Febiger, Philadelphia. p 984-1006.

Ponce Bleixen . 2000. Problemas de la obesidad en Panamá. La Prensa . 23 de oct. A.2.

Rosner. 2005. Porcentaje de masa corporal en niños de cinco a 17 años de edad. J Pediatr. Washington. 345 p.

Sichieri, R. 2003. Sensibilidad y especificaciones de la clasificación de la obesidad en adolescentes. Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p.

Stunkard J.A. y Sobal, J. 1995. Estatus Socioeconómico y Obesidad. Revisión de Literatura. Psychol Bull. Washington, 275.

WHO. 1998. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Geneva.

Mendoza P., N. 2008. Estudio Exploratorio sobre nivel de Depresión en Niños con Obesidad. Trabajo de Grado. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología. México.

Checa G.A. 2001. Por los museos del mundo. Arte y medicina. Avances médicos de Cuba. 2001; 8(28):30

Morgado, H. La Obesidad en Panamá. MIDES. Edif. Plaza Edison. Piso 4, Vía Ricardo J. Alfaro. Panamá.

ANEXO

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
ESCUELA DE FAMILIA Y DESARROLLO COMUNITARIO

PROBLEMAS DE LA OBESIDAD EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD, RESIDENTES EN EL VALLE, LAS LOMAS, DAVID, 2008

La información que se obtenga de la aplicación de esta Encuesta es confidencial y será utilizada para la realización de este Trabajo de Grado

1- ¿ Te consideras una persona con sobrepeso?

- Si
No

2-¿Cuál es tu peso actual?

- 100-120
121-125
126 -150
151-160
161-180
181-200
201-210
211 Y MÁS

3-¿ Te ha sugerido el médico que tienes que bajar de peso?

- Si
No

4-¿Qué variedades de alimentos consumes diariamente?

- a- Preparados como frituras
b- Sodas
c- Frutas
d- Alimentos cocidos
e- Otros Especifique: _____

5- ¿Tienes horario fijo para comer?

- Si
No

6- Consideras que tienes que bajar de peso?

Si

No

7- Ejecutas actividades con frecuencias que te hagan bajar calorías?

Si

No

8-¿ Te has sometido a algún régimen alimentario para bajar de peso?

Si

No

9- ¿Conoce usted las consecuencias de la obesidad?

a- Hipertensión

b- Diabetes

c- Problemas del corazón.

d- Atrofia en huesos o articulaciones.

e- Problemas en la menstruación.

f- Otras_____

10- ¿Te encuentras en control con el médico?

Si

No

Gracias por su atención.

La Autora