

CAPÍTULO 2

ALIMENTACIÓN, ANTECEDENTES DE SOBREPESO – OBESIDAD Y MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

ALIMENTACIÓN

Para conocer el consumo de alimentos protectores y predisponentes al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, se elaboró un instrumento de recolección de datos, en el cual se listaron una serie de alimentos, que permitía al entrevistado señalar la frecuencia con que consume los mismos en una semana normal. El total de alimentos listados, se clasificaron en seis grupos, llamados protectores 1, 2, 3 y riesgo 1, 2 y 3. De acuerdo a la frecuencia de consumo semanal de los alimentos reportados, agrupados según las categorías de protector o riesgo, se puede estimar el consumo diario promedio de cada grupo.

- **Protector 1:** Correspondía a la frecuencia de consumo de frutas, vegetales y legumbres como manzana, pera, guineo, uvas, sandía, melón, papaya, piña, naranja, limón, mango, otras frutas no mencionadas, pasitas, frutas secas, zapallo, habichuela, espinaca, berro, brócoli, mostaza, lechuga, pepino, repollo, tomate, zanahoria y otros.
- **Protector 2:** Indicaba la frecuencia de consumo de chocolate negro o cacao.
- **Protector 3:** Se refería a la frecuencia de consumo de pescado no frito y/o atún de lata.
- **Riesgo 1:** Se consideró el consumo de frituras como tortilla, hojaldre, empanada, papas fritas, patacón, yuca frita, salchicha frita, nuggets fritos; pollo frito, carne frita, pescado frito, puerco frito, chuleta de cerdo frita, chicharrón; snacks, como kaprichitos, doritos, taquitos u otros; así como el uso de leche de coco o aceite de coco para cocinar.
- **Riesgo 2:** Se incluyó en este grupo el consumo de sodas, refrescos artificiales (tipo tang, cool aid, entre otros), la ingesta de caramelos o pastillas en cantidades de 6 o más al día y el chocolate en barra.
- **Riesgo 3:** Este grupo correspondió al consumo de comidas rápidas de restaurantes tipo Mc Donald's, KFC, Pío Pío, Burger King y otros restaurantes de comidas rápidas.

Protector 1

Para los alimentos que formaron parte de este grupo (frutas, vegetales y legumbres), se consideró como protectores a la salud cardiovascular el consumo igual o mayor de 35 porciones a la semana, con el que se puede estimar un consumo promedio de 5 porciones de vegetales y/o frutas al día, que es lo recomendado para mantener una adecuada salud cardiovascular; frecuencias de consumo inferiores a 35 se clasificaron como no protectores (no recomendado). En ese sentido, se evidencia en esta investigación que del total de entrevistados (3590), cerca de 2 de cada 7 (28.3%) ingiere

estos alimentos en una frecuencia semanal menor de 7, cerca de 3 de cada 10 (29.9%) lo hace de 7 a 14 veces por semana, 18.7% (670) consume frutas, vegetales y legumbres entre 15 a 21 veces durante la semana, mientras que 1 de cada 10 (11.9%) lo hace de 22 a 28 veces por semana. El 6.2% (224) ingiere este tipo de alimentos entre 29 a 34 veces por semana. Sólo 177 entrevistados en este estudio consumen frutas, vegetales y legumbres con una frecuencia de 35 veces y más a la semana, representando 4.9% (consumo recomendado).

El análisis de acuerdo al total de hombres y mujeres entrevistados (1074 y 2516) indica que 9 de cada 10 hombres (96.6% ó 1037) consumen menos de 34 porciones de frutas, vegetales y legumbres a la semana [3 de cada 10 (30.6%) menos de 7; 1 de cada 3 (33.4%) entre 7 y 14; 18.5% (199) de 15 a 21; 9.4% (101) de 22 a 28 veces por semana; y un 4.6% (49) entre 29 a 34 veces por semana]. Un hombre no especificó su respuesta.

En el caso de las mujeres, el consumo inferior a 35 porciones por semana de frutas, vegetales y legumbres, fue manifestado por 9 de cada 10 entrevistadas (94.4% ó 2375) [27.3% menos de 7 porciones por semana; 2 de cada 7 (28.5%) entre 7 y 14; el 18.7% (471) de 15 a 21; 13.0% (327) de 22 a 28 veces por semana; y 7.0% (175) entre 29 a 34 veces por semana]. La ingesta de frutas, vegetales y legumbres con una frecuencia de 35 veces y más a la semana, fue reportada por 3.4% (36) de los hombres y 5.6% (141) de las mujeres.

Entre las mujeres fue mayor el consumo recomendado de frutas, vegetales y legumbres, presentando diferencias estadísticamente significativas entre el consumo recomendado y no recomendado según género ($\chi^2=7.64$; $p=0.0057$).

El comportamiento según área para el consumo de frutas, vegetales y frutas, refleja que los encuestados en el área urbana (1688) tienen mayor consumo que los del área rural e indígena, como se puede observar en la tabla No.1. Un cuarto de las personas de las áreas rurales y urbanas no consume ni 1 fruta o vegetal al día mientras que la mitad de las personas del área indígena tampoco las consume. Solamente 6.4% y 3.9% de los adultos de las área urbana y rural, respectivamente, tenía un consumo adecuado de 5 porciones al día de vegetales y frutas, como factor protector a la salud cardiovascular.

Tabla No. 1

Población de 18 años y más por consumo de porciones semanales de frutas y vegetales según área. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Área	TOTAL		Consumo de porciones semanales de frutas y vegetales													
			Menor de 7		De 7 - 14		De 15 - 21		De 22 - 28		De 29 - 34		35 y más		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	1015	28.3	1075	29.9	670	18.7	428	11.9	224	6.2	177	4.9	1	0.0
Urbana	1688	47.0	418	24.8	459	27.2	341	20.2	236	14.0	125	7.4	108	6.4	1	0.1
Rural	1699	47.3	488	28.7	547	32.2	311	18.3	188	11.1	98	5.8	67	3.9	0	0.0
Indígena	203	5.7	109	53.7	69	34.0	18	8.9	4	2.0	1	0.5	2	1.0	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Las pruebas de hipótesis generadas entre las áreas de dominio de este estudio y el consumo recomendado y no recomendado, señalan diferencias estadísticamente significativas entre las áreas urbana-rural ($\chi^2=9.94$; $p=0.0016$) y urbano-indígena ($\chi^2=8.74$; $p=0.0031$).

Según la clasificación de la adultez, el análisis refleja que de los 735 adultos jóvenes (individuos de 18 a 29 años de edad), tres de cada 10 (30.6%) tuvieron un consumo inferior a 1 porción de vegetal o frutas en el día y solamente 28 de ellos (3.8%) refirieron consumir las 5 porciones diarias recomendadas, como se puede observar en la tabla No.2. Para los demás grupos de edad el consumo diario de vegetales y frutas fue muy similar, encontrándose aproximadamente la mitad de las personas de todos los grupos de edad con un consumo diario de 1 a 2 porciones de vegetales o frutas.

Tabla No. 2

Población de 18 años y más por consumo diario de frutas y/o vegetales según clasificación de la adultez. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Clasificación de adultez según grupo de edad	Consumo diario de vegetales y/o frutas											
	TOTAL		Menos de 1 porción		De 1 a 2 porciones		De 3 a 4 porciones		5 porciones o más		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	1015	28.3	1745	48.6	652	18.2	177	4.9	1	0.0
Adulto joven (18-29 años)	735	20.5	225	30.6	361	49.1	121	16.5	28	3.8	0	0.0
Adulto (29- 59 años)	2064	57.5	555	26.9	1002	48.5	388	18.8	118	5.7	1	0.0
Adulto mayor (60 años y más)	791	22.0	235	29.7	382	48.3	143	18.1	31	3.9	0	0.0

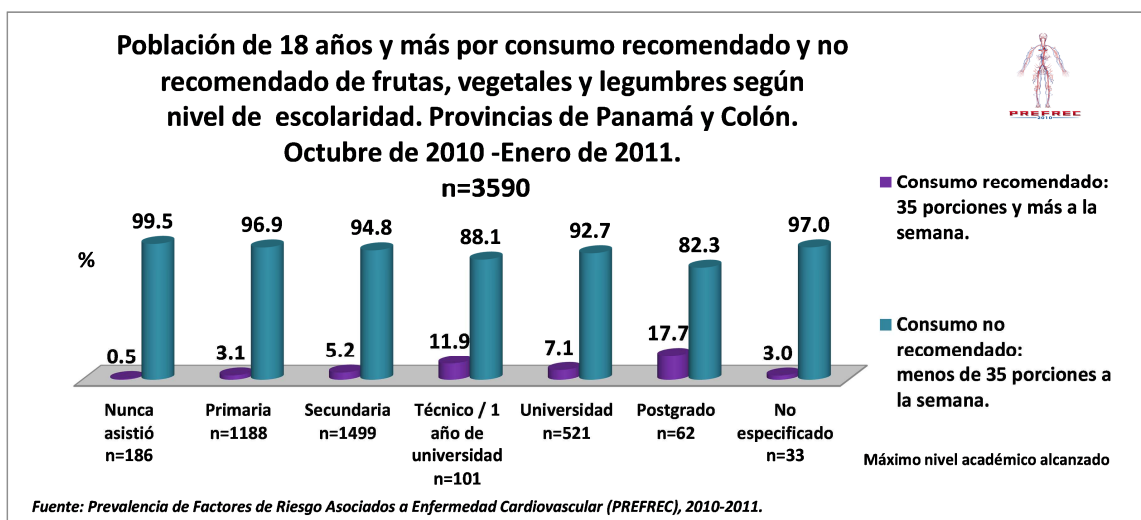
Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el consumo recomendado y no recomendado de frutas, legumbres y vegetales con las clasificaciones de adultez.

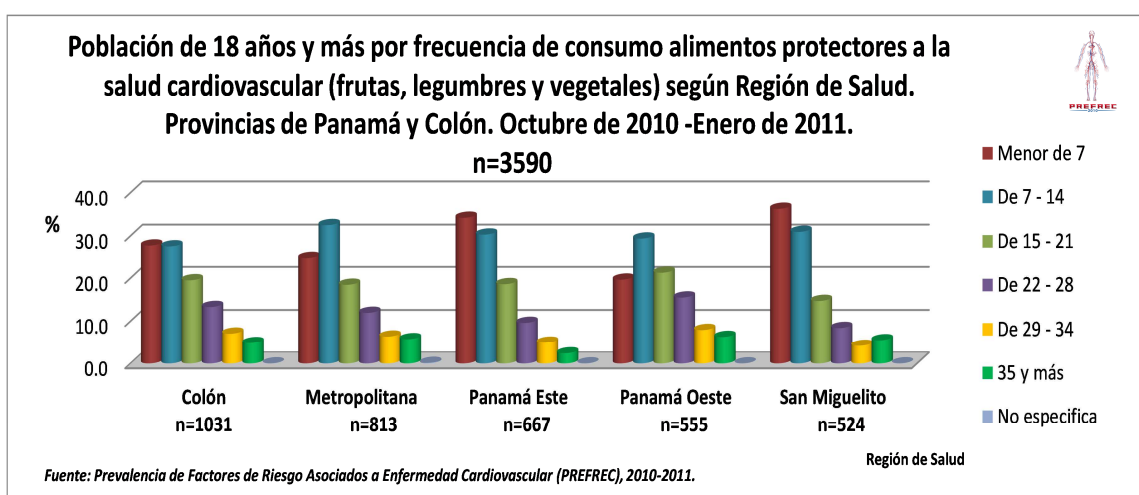
De acuerdo al nivel de escolaridad, el consumo diario recomendado de frutas, vegetales y legumbres, como un factor protector a la salud cardiovascular, fue proporcional al incremento del último nivel académico alcanzado, tal como se presenta en el gráfica No.1.

A nivel de las RS, el indicador: consumo de 5 porciones diarias de frutas, vegetales y legumbres como factor protector a la salud cardiovascular, fue similar con relación al comportamiento general de la muestra en estudio, encontrándose un consumo recomendado de 5 porciones o más al día (35 porciones y más a la semana) en 6.3% de las personas que formaron parte de la muestra en la RS de Panamá Oeste, 5.8% para la RS Metropolitana, 5.5% en la RS de San Miguelito, 4.8% en la RS de Colón y 2.4% en la RS de Panamá Este. Este comportamiento puede verse detallado en la gráfica No.2.

Gráfica No.1



Gráfica No.2



Protector 2

Esta clasificación fue dada para el consumo de chocolate negro o cacao, debido a su efecto protector en la salud cardiovascular. Del total de los encuestados (3590), cerca de 9 de cada 10 (87.1% ó 3128 entrevistados) nunca habían ingerido chocolate negro o cacao. Solo 12.9% (462) de los encuestados reportó el consumo, donde 9.1% (326) lo come menos de 3 días a la semana, 2.3% (82) de 3 a 6 días a la semana, mientras que 1.5% (53) indicó comerlo todos los días. Una persona no especificó su respuesta.

De acuerdo al total de hombres y mujeres entrevistados (1074 y 2516), cerca de 9 de cada 10 hombres y mujeres, 87.2% y 87.1%, respectivamente, nunca habían consumido chocolate negro o cacao. Menos de 3 días a la semana fue la respuesta señalada por

8.9% (96) de los hombres y 9.1% (230) de las mujeres; de 3 a 6 veces por semana fue indicado por 1.9% (20) de los hombres y 2.5% (62) de las mujeres; en tanto que 1.9% (20) de los hombres y 1.3% (33) de las mujeres, consumían chocolate negro o cacao. Un hombre (0.1%) no especificó su respuesta.

De todos los entrevistados residentes en el área urbana (1688), 11.5% indicó el consumo de chocolate negro o cacao, así como 12.0% y 3 de cada 10 (31.5%) del total de los entrevistados en las áreas rural (1699) e indígena (203), respectivamente.

Como se muestra en la tabla No. 3, el mayor porcentaje de individuos que reportaron el consumo de cacao o chocolate negro, con una frecuencia superior a 3 días por semana se ubicó en el área indígena (n=203), seguida de las áreas urbana (n=1688) y rural (n=1699).

Tabla No. 3

Población de 18 años y más por consumo de chocolate negro o cacao según área.
Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Área	TOTAL		Consumo semanal de chocolate negro o cacao									
			Nunca		Menos de 3 días		De 3 a 6 días		Todos los días		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	3128	87.1	326	9.1	82	2.3	53	1.5	1	0.0
Urbana	1688	47.0	1494	88.5	131	7.8	36	2.1	26	1.5	1	0.1
Rural	1699	47.3	1495	88.0	150	8.8	37	2.2	17	1.0	0	0.0
Indígena	203	5.7	139	68.5	45	22.2	9	4.4	10	4.9	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Considerando la clasificación de la adultez, solo 5.3% de los adultos jóvenes, 3.4% de los adultos y 3.3% de los adultos mayores, indicaron comer chocolate negro con una frecuencia semanal de 3 o más veces (tabla No. 4).

Tabla No. 4

Población de 18 años y más por consumo de chocolate negro o cacao según clasificación de la adultez. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Clasificación de adultez según grupo de edad	TOTAL		Consumo semanal de chocolate negro o cacao									
			Nunca		Menos de 3 días		3 a 6 días		Todos los días		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	3128	87.1	326	9.1	82	2.3	53	1.5	1	0.0
Adulto joven (18-29 años)	735	20.5	631	85.9	65	8.8	24	3.3	15	2.0	0	0.0
Adulto (29- 59 años)	2064	57.5	1802	87.3	191	9.3	40	1.9	30	1.5	1	0.0
Adulto mayor (60 años y más)	791	22.0	695	87.9	70	8.8	18	2.3	8	1.0	0	0.0

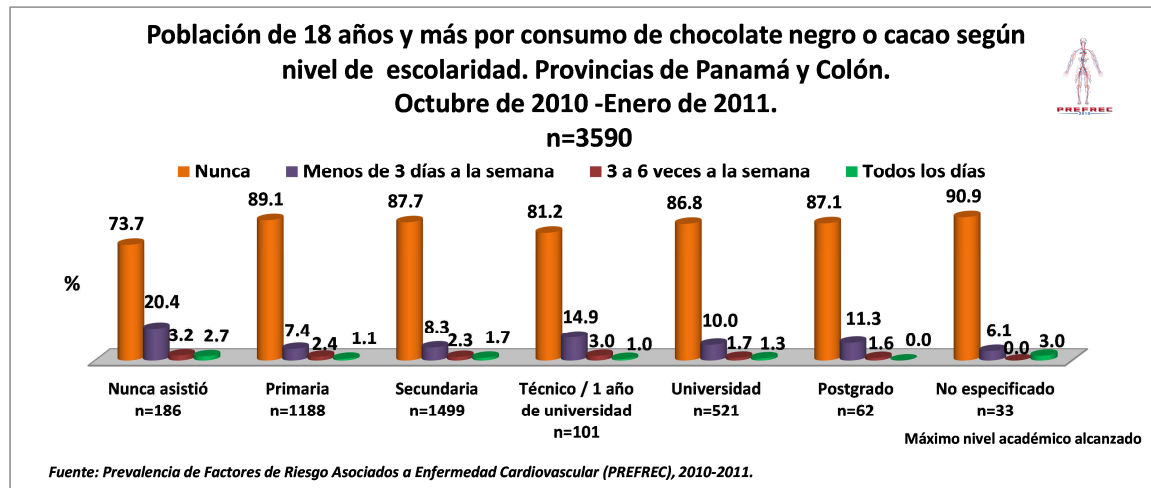
Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Las pruebas de hipótesis entre el consumo de cacao de 3 veces y más durante la semana y el consumo inferior a 3 veces, con la clasificación de adultez, solo indicó diferencias

estadísticamente significativas entre la condición de adulto-adulto joven ($\chi^2=4.80$; $p=0.0284$).

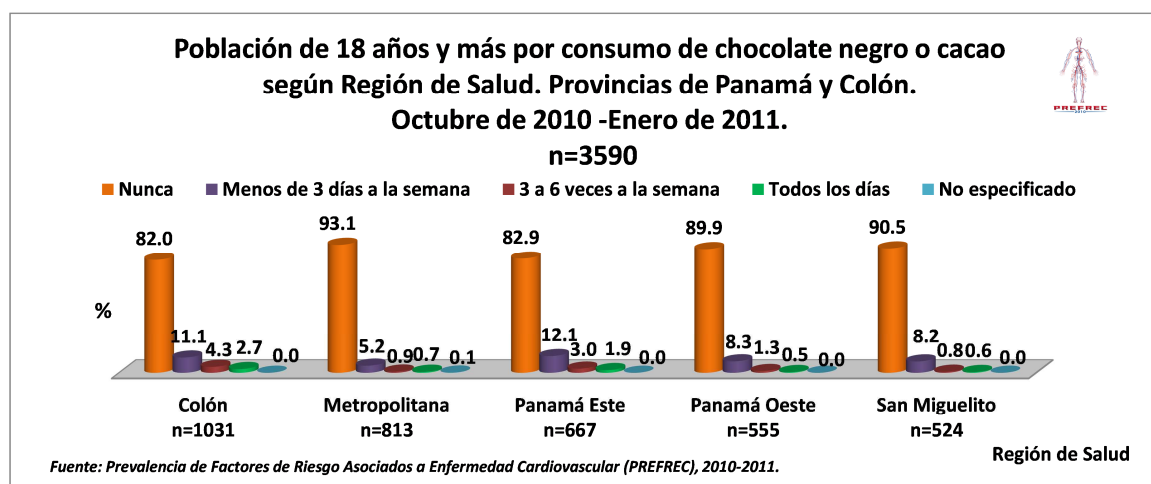
De acuerdo al nivel de escolaridad, el consumo de cacao o chocolate negro, como un factor protector a la salud cardiovascular, se presenta en la gráfica No.3.

Gráfica No.3



En las RS que formaron parte de este estudio, el consumo de cacao alguna vez durante la semana, fue indicado mayormente en la RS de Colón (18.1%), seguido por la RS de Panamá Este (17.0%), la RS de Panamá Oeste (10.1%), San Miguelito con un 9.6% y la RS Metropolitana con un 6.8%. El gráfico No.4 indica el comportamiento segregado de este consumo en menos de 3 días a la semana, de 3 a 6 veces a la semana y todos los días.

Gráfico No. 4



Protector 3

Como parte de la clasificación utilizada, se consideró protector 3 el consumo de pescado no frito o atún de lata por lo menos 3 veces a la semana. De todos los encuestados en esta investigación (3590), 4 de cada 10 (40.3%) nunca habían consumido pescado no frito o atún en lata. Cerca de 6 de cada 10 (59.7%), sí lo habían ingerido, con un diferencial de consumo de 47.3% para quienes lo comieron menos de 3 días a la semana, 1 de cada 10 (10.6%) lo come de 3 a 6 días a la semana, mientras 1.7% (61) indicó comerlo todos los días. Dos personas no especificaron su respuesta.

Del total de hombres y mujeres encuestados (1074 y 2516), 4 de cada 10 hombres (40.2%) y 4 de cada 10 mujeres (40.3%), respectivamente, nunca habían consumido pescado no frito o atún en lata. Menos de 3 días a la semana fue la respuesta señalada por cerca de 5 de cada 10 (47.9%) de los hombres y cerca de 5 de cada 10 mujeres (47.1%); de 3 a 6 veces por semana fue indicado por 1 de cada 10 hombres (10.1%) y 1 de cada 10 mujeres (10.8%); en tanto que el 1.7% (18) de los hombres y el 1.7% (43) de las mujeres, comían pescado no frito o atún en lata. Un hombre (0.1%) y dos mujeres (0.1%) no especificaron su respuesta.

De los individuos encuestados en el área urbana (1688), 6 de cada 10 (60.8%) indicaron el consumo de atún en lata (pescado no frito), así como el 58.2% (989) de los entrevistados en el área rural (1699) y 6 de cada 10 (63.1%) de las personas residentes en el área indígena (203). La tabla No. 5 presenta la frecuencia de consumo semanal de este alimento protector a salud cardiovascular.

Tabla No. 5

Población de 18 años y más por consumo semanal de pescado no frito o atún en lata según área. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Área	TOTAL		Consumo semanal de pescado no frito o atún en lata									
			Nunca		Menos de 3 días		3 a 6 veces		Todos los días		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	1447	40.3	1699	47.3	380	10.6	61	1.7	3	0.1
Urbana	1688	47.0	662	39.2	825	48.9	173	10.2	25	1.5	3	0.2
Rural	1699	47.3	710	41.8	784	46.1	176	10.4	29	1.7	0	0.0
Indígena	203	5.7	75	36.9	90	44.3	31	15.3	7	3.4	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Según la clasificación de la adultez utilizada para este estudio, el análisis del consumo de pescado no frito o atún de lata indica que de los 735 adultos jóvenes (individuos de 18 a 29 años de edad), cerca de 4 de cada 10 (39.3%) manifestó que nunca come o consume pescado no frito o atún de lata durante la semana; en el caso de los 2064 adultos (personas entre 30 y 59 años) que formaron parte de este estudio, 38.5% (795) nunca consume durante la semana pescado no frito, mientras que cuatro de cada 10 (45.9%) adultos mayores tampoco lo consume durante la semana (tabla No.6).

Tabla No.6

Población de 18 años y más por consumo semanal de pescado no frito o atún en lata según clasificación de la adultez. Provincias de Panamá y Colón.

Octubre de 2010 – Enero de 2011.

n=3590

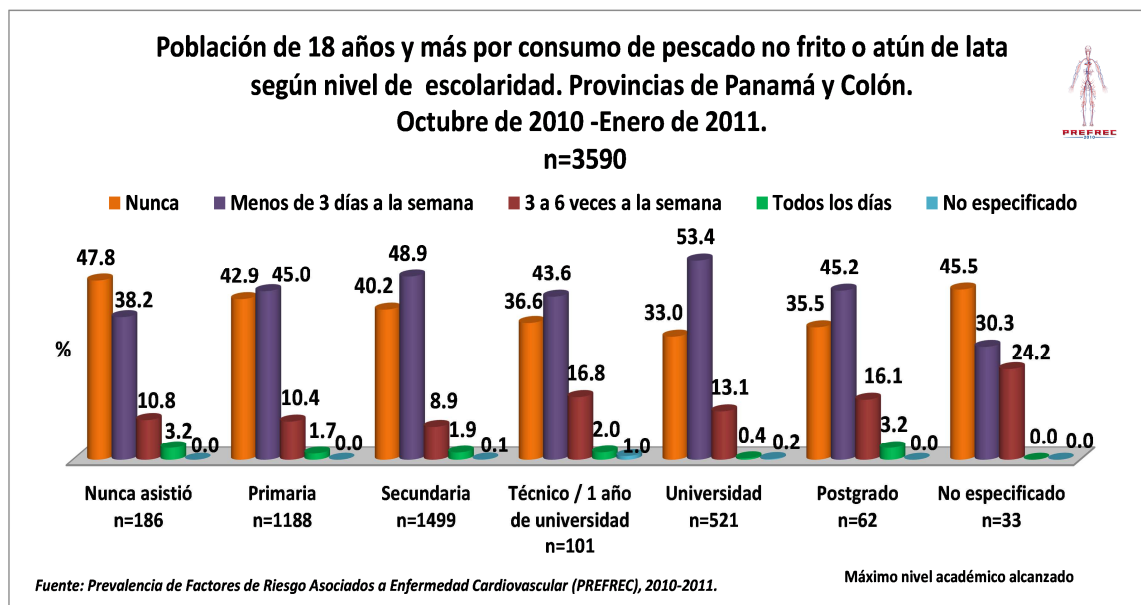
Clasificación de adultez según grupo de edad	TOTAL		Consumo semanal de pescado no frito o atún en lata									
			Nunca		Menos de 3 días		3 a 6 veces		Todos los días		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	1447	40.3	1699	47.3	380	10.6	61	1.7	3	0.1
Adulto joven (18-29 años)	735	20.5	289	39.3	350	47.6	79	10.7	16	2.2	1	0.1
Adulto (29- 59 años)	2064	57.5	795	38.5	1011	49.0	221	10.7	35	1.7	2	0.1
Adulto mayor (60 años y más)	791	22.0	363	45.9	338	42.7	80	10.1	10	1.3	0	0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de atún de lata o pescado no frito y las relaciones entre las clasificaciones de adultez.

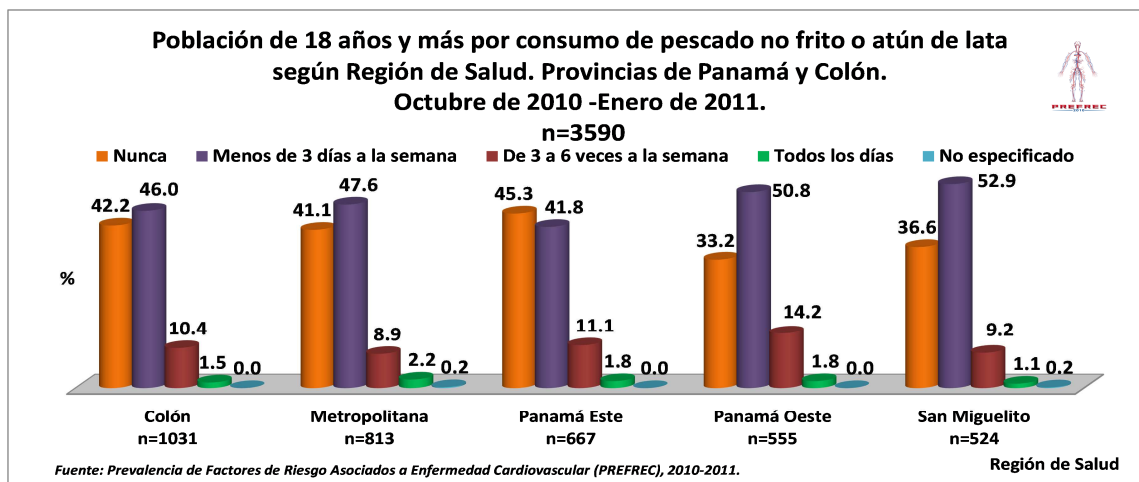
El nivel de escolaridad o máximo nivel educativo alcanzado por los entrevistados a los que se les preguntó sobre la ingesta de pescado no frito o atún de lata, como un factor protector a la salud cardiovascular, se presenta en la gráfica No.5.

Gráfica No. 5



En las RS que formaron parte de esta investigación, el consumo de pescado no frito o atún de lata alguna vez durante la semana, fue indicado mayormente en la RS de Panamá Oeste (66.8%), seguido por la RS de San Miguelito (63.2%), la RS Metropolitana (58.7%), Colón con un 57.8% y la RS de Panamá Este con un 54.7%. La gráfica No.6 indica el comportamiento de este consumo, clasificado en menos de 3 días a la semana, de 3 a 6 veces a la semana y todos los días.

Gráfica No. 6



Riesgo 1

El consumo de frituras como tortilla, hojaldre, empanada, papas fritas, patacón, yuca frita, salchicha frita, nuggets fritos; pollo frito, carne frita, pescado frito, puerco frito, chuleta de cerdo frita, chicharrón; kaprichitos, doritos, taquitos u otros; así como el uso de leche de coco o aceite de coco para cocinar formaron parte del grupo de riesgo 1 a la salud cardiovascular.

Se consideró como riesgo a la salud cardiovascular el consumo de estos productos o preparaciones 2 o más veces al día, encontrándose en este estudio que del total de entrevistados (3590), cerca de 7 de cada 10 (67.7%) ingiere estos alimentos menos de 2 veces al día (de 1 a 13 veces por semana). El 32.3% (1158) lo consume más de dos veces al día, es decir, 14 veces y más a la semana, lo que constituye un riesgo para la salud cardiovascular. Una persona no especificó su respuesta.

Con relación a las diferencias de género que pudieran ocurrir en el consumo de alimentos ricos en grasas, las mujeres que participaron en este estudio refirieron un consumo ligeramente menor que los hombres; 68.4% los consumían menos de 2 veces al día mientras que en los hombres el consumo fue 66.0%. Hubo un comportamiento de riesgo similar entre ambos sexos, con relación a este consumo, sin diferencias estadísticamente significativas entre géneros (tabla No.7).

El comportamiento según área para el consumo de alimentos fritos; kaprichitos, doritos, taquitos u otros; o el uso de leche de coco (aceite de coco para cocinar), refleja que de los encuestados en el área urbana, el consumo de riesgo fue indicado por 31.4% de los encuestados, para el área rural 32.5% y para el área indígena fue reportado por 37.5% de los adultos (tabla No.8). La comparación entre áreas no presentó significancia estadística.

Tabla No.7

Población de 18 años y más por consumo diario de frituras y otros alimentos ricos en grasa (Riesgo 1) según sexo. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Sexo	Consumo de frituras y otros alimentos ricos en grasa (Riesgo 1)							
	TOTAL		De 1 a 13 veces a la semana (Menos de 2 veces al día)		14 veces y más a la semana (Más de 2 veces al día)		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	2431	67.7	1158	32.3	1	0.0
Hombre	1074	29.9	709	66.0	364	33.9	1	0.1
Mujer	2516	70.1	1722	68.4	794	31.6	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Tabla No. 8

Población de 18 años y más por consumo diario de frituras y otros alimentos ricos en grasa (Riesgo 1) según área. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Área	Consumo de frituras y otros alimentos ricos en grasa (Riesgo 1)							
	TOTAL		De 1 a 13 veces a la semana (Menos de 2 veces al día)		14 veces y más a la semana (Más de 2 veces al día)		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	2431	67.7	1158	32.3	1	0.0
Urbana	1688	47.0	1157	68.5	530	31.4	1	0.1
Rural	1699	47.3	1147	67.5	552	32.5	0	0.0
Indígena	203	5.7	127	62.6	76	37.4	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Según la clasificación de la adultez, el mayor consumo de frituras y otros alimentos ricos en grasa (consumo de riesgo a la salud cardiovascular) con una frecuencia de más de 2 veces al día se dio en cerca de 5 de cada 10 (47.9%) de los adultos jóvenes, 3 de cada 10 (30.9%) adultos y 2 de cada 10 (21.4%) adultos mayores (tabla No. 9).

Tabla No. 9

Población de 18 años y más por consumo semanal de frituras y otros alimentos ricos en grasa (Riesgo 1) según clasificación de adultez. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

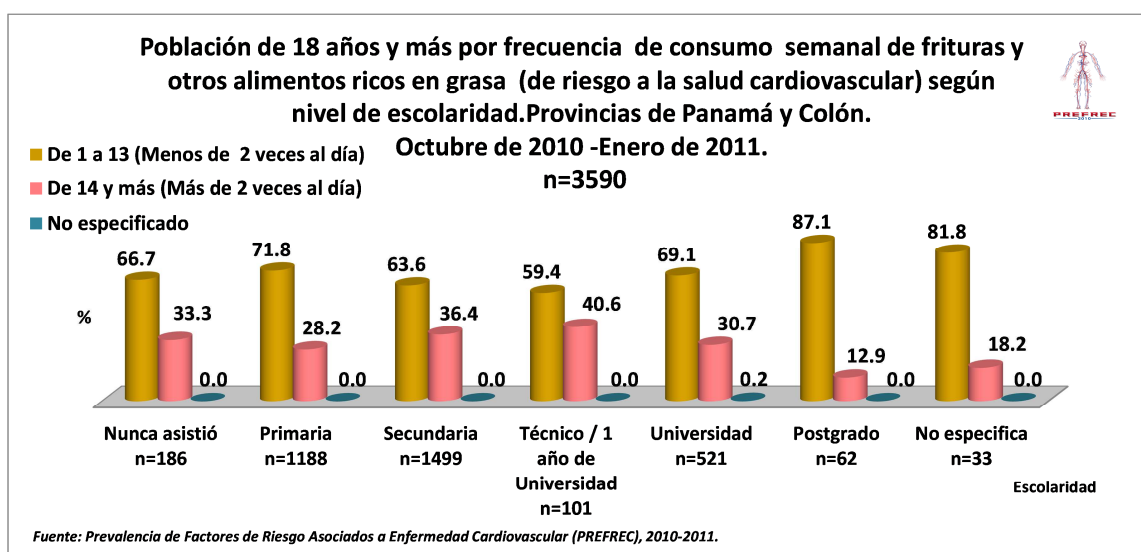
Clasificación de la adultez según grupo de edad	Consumo de frituras y otros alimentos ricos en grasa (Riesgo 1)							
	TOTAL		De 1 a 13 veces a la semana (Menos de 2 veces al día)		14 veces y más a la semana (Más de 2 veces al día)		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	2431	67.7	1158	32.3	1	0
Adulto joven (18-29 años)	735	20.5	383	52.1	352	47.9	0	0
Adulto (30-59 años)	2064	57.5	1426	69.1	637	30.9	1	0
Adulto mayor (60 años y más)	791	22.0	622	78.6	169	21.4	0	0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Las pruebas de hipótesis practicadas reflejan diferencias altamente significativas entre el consumo de estos alimentos en una frecuencia de 2 veces al día o más entre adulto-adulto joven ($\chi^2=67.90$; $p=0.0000$); adulto-adulto mayor ($\chi^2=25.06$; $p=0.0000$) y adulto joven-adulto mayor ($\chi^2=118.04$; $p=0.0000$).

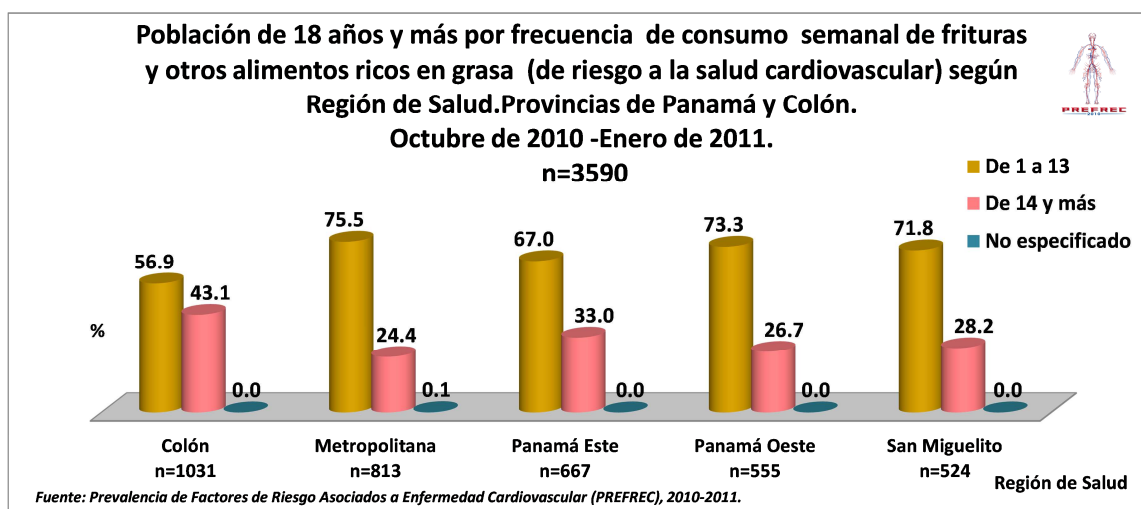
Según el nivel de escolaridad, el comportamiento de la frecuencia de consumo de frituras y otros alimentos fritos, se presenta en la gráfica No.7

Gráfica No.7



El riesgo a la salud cardiovascular producido por el consumo de este tipo de alimentos (consumo de 2 veces al día y más), fue mayor en la RS de Colón (43.1%), seguido de la RS de Panamá Este (33.0%), San Miguelito (28.2%), Panamá Oeste (26.7%) y la RS Metropolitana (24.4%). El análisis diferencial por frecuencia de consumo en las RS se detalla en la gráfica No. 8.

Gráfica No. 8



Riesgo 2

Para este grupo de riesgo se incluyó el consumo de sodas, refrescos artificiales (tipo tang, cool aid, entre otros), la ingesta de caramelos o pastillas en cantidades de 6 o más al día y el chocolate en barra, considerándose como riesgo a la salud cardiovascular el consumo superior a una frecuencia de 2 veces al día o más (consumo elevado).

Sólo 8.6% (308) de los 3590 entrevistados indicaron el consumo de este tipo de alimentos en una frecuencia mayor de 2 veces al día (superior a 14 veces por semana). Nueve de cada 10 (91.4%) encuestados consumían alimentos ricos en azúcares menos de 2 veces al día. La ingesta de estos alimentos más de dos veces al día fue mínimamente superior en las mujeres que en los hombres, sin diferencias estadísticamente significativas (tabla No. 10).

Tabla No. 10

Población de 18 años y más por consumo semanal de alimentos ricos en azúcares (Riesgo 2) según sexo. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Sexo	Consumo diario de alimentos ricos en azúcares (Riesgo 2)							
	TOTAL		Menos de 2 veces al día		Más de 2 veces al día		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	3281	91.4	308	8.6	1	0.0
Hombre	1074	29.9	995	92.6	78	7.3	1	0.1
Mujer	2516	70.1	2286	90.9	230	9.1	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

El consumo de alimentos ricos en azúcares según área indica que la ingesta de éstos en una frecuencia de 2 veces y más al día fue mayor en el área urbana, seguido de las áreas rural e indígena, como lo muestra la tabla No. 11.

Tabla No. 11

Población de 18 años y más por consumo diario de alimentos ricos en azúcares (Riesgo 2) según área. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Área	Consumo semanal de alimentos ricos en azúcares (Riesgo 2)							
	TOTAL		Menos de 2 veces al día (De 1 a 13 veces a la semana)		Más de 2 veces al día (14 veces y más a la semana)		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	3281	91.4	308	8.6	1	0.0
Urbana	1688	47.0	1509	89.4	178	10.5	1	0.1
Rural	1699	47.3	1579	92.9	120	7.1	0	0.0
Indígena	203	5.7	193	95.1	10	4.9	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Hubo diferencias estadísticamente significativas entre las áreas urbana-rural ($\chi^2=12.40$; $p=0.0004$) y urbana-indígena ($\chi^2=5.79$; $p=0.0161$) con relación a la frecuencia de consumo semanal de alimentos ricos en azúcares.

De acuerdo a la clasificación de la adultez, el análisis refleja que los adultos jóvenes consumen alimentos ricos en azúcares más de 2 veces al día en mayor cantidad (16.6%) respecto a los adultos (7.7%) y adultos mayores (3.4%), tal como se muestra en la tabla No. 12.

Tabla No. 12

Población de 18 años y más por consumo semanal de alimentos ricos en azúcares (Riesgo 2) según clasificación de adultez. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Clasificación de la adultez según grupo de edad	Consumo semanal de alimentos ricos en azúcares (Riesgo 2)							
	TOTAL		De 1 a 13 veces a la semana (Menos de 2 veces al día)		14 veces y más a la semana (Más de 2 veces al día)		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	3281	91.4	308	8.6	1	0.0
Adulto joven (18-29 años)	735	20.5	613	83.4	122	16.6	0	0.0
Adulto (30-59 años)	2064	57.5	1904	92.2	159	7.7	1	0.0
Adulto mayor (60 años y más)	791	22.0	764	96.6	27	3.4	0	0.0

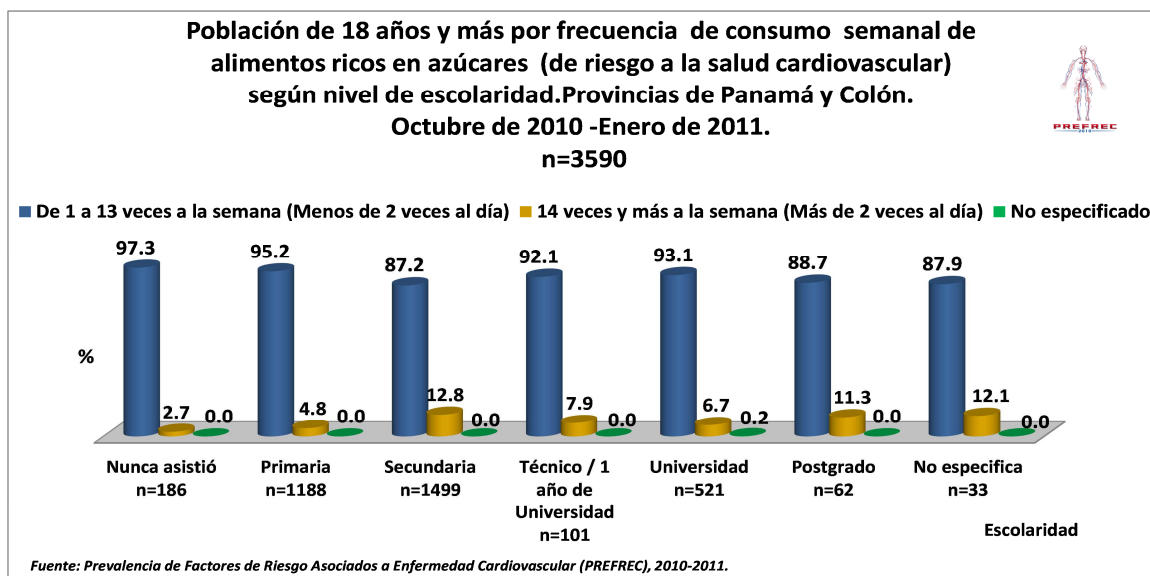
Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Los resultados de las pruebas de hipótesis entre la frecuencia de consumo de alimentos ricos en azúcares y la condición de adulto-adulto joven indican diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=46.44$; $p=0.0000$), así como entre los adultos-adultos mayores ($\chi^2=16.61$; $p=0.0000$) y los adultos jóvenes-adultos mayores ($\chi^2=73.69$; $p=0.0000$).

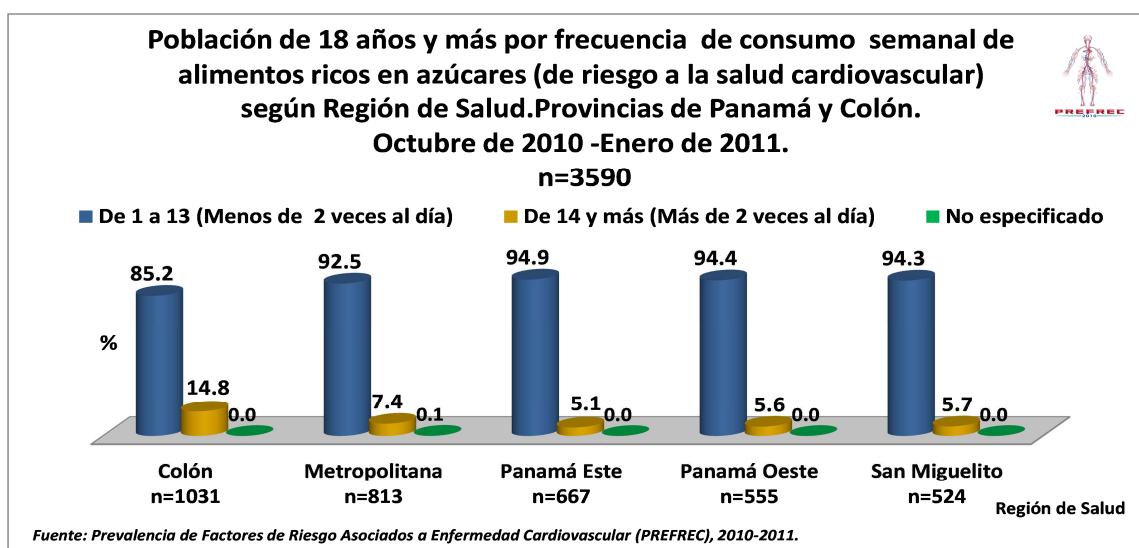
Según el nivel de escolaridad, el comportamiento de la frecuencia de consumo de alimentos ricos en azúcares, se presenta en el gráfico No.9.

De acuerdo a la RS en la que residía el entrevistado, se pudo estimar el comportamiento de este indicador, observándose en la gráfica No.10 que la RS de Colón reportó el mayor consumo de alimentos azucarados 2 veces al día o más (14 veces y más a la semana), con 14.8% (153).

Gráfica No.9



Gráfica No. 10



Riesgo 3

Como se mencionó al inicio de este capítulo, el riesgo 3 correspondió al consumo de alimentos tipo comidas rápidas (procedentes de restaurantes tipo Mc Donald's, KFC, Pío Pío, Burger King y otros). Este consumo se considera un riesgo sociocultural para enfermedades crónicas. En ese sentido, de los 3590 entrevistados, 76.4% (2744) indicó que nunca come este tipo de alimentos, mientras que 23.5% (845) manifestó que sí. Una persona no especificó su respuesta.

El comportamiento según áreas refleja que 2.2% de la población encuestada asiste de 3 a 5 veces a la semana a este tipo de lugar. En el área urbana este comportamiento lo refirió 3.1% de los encuestados, con significancia estadística entre el área urbana-rural ($\chi^2=12.40$; $p=0.0004$) y el área urbana-indígena ($\chi^2=5.79$; $p=0.0161$), tabla No.13.

Tabla No. 13

Población de 18 años y más por consumo semanal de comidas rápidas (Riesgo 3) según área.
Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.

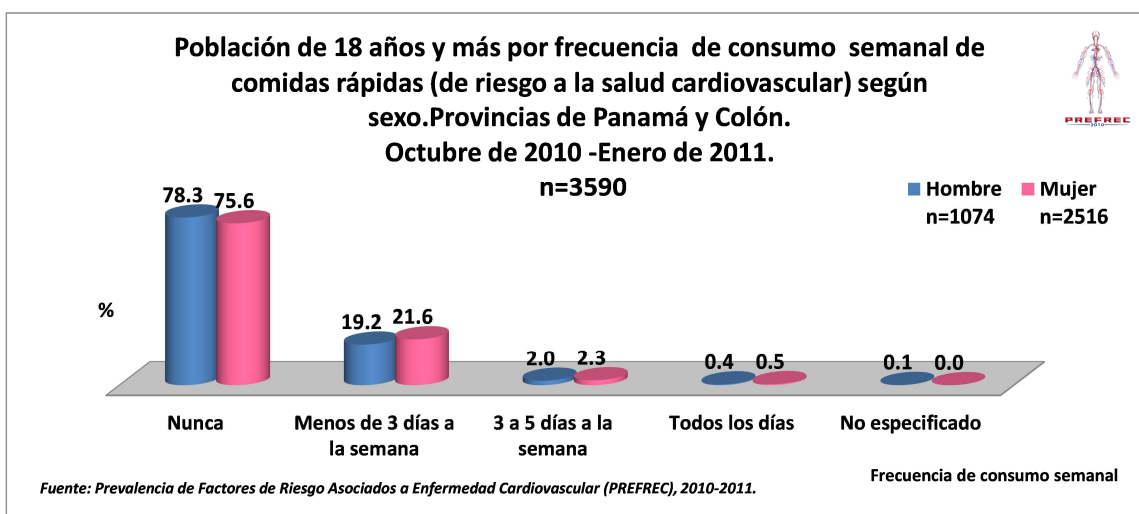
n=3590

Área	Consumo semanal de comidas rápidas (Riesgo 3)											
	TOTAL		Nunca		Menos de 3 días a la semana		3 a 5 veces a la semana		Todos los días		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	2744	76.4	750	20.9	79	2.2	16	0.4	1	0.0
Urbana	1688	47.0	1162	68.8	462	27.4	52	3.1	11	0.7	1	0.1
Rural	1699	47.3	1383	81.4	285	16.8	26	1.5	5	0.3	0	0.0
Indígena	203	5.7	199	98.0	3	1.5	1	0.5	0	0.0	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Al evaluar la condición de género, como lo indica la gráfica No.11, el consumo de este tipo de alimentos fue mayor para la frecuencia de menos de 3 días a la semana, superando en 2.4% las mujeres a los hombres.

Gráfica No.11



No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y mujeres que nunca han consumido comidas rápidas y aquellos que sí la consumen.

Respecto a la clasificación de la adultez, los adultos jóvenes indicaron ser los mayores consumidores de comidas rápidas (38.6%), seguido por los adultos (23.9%) y los adultos mayores (8.6%). Llama la atención que 6 de cada 10 adultos jóvenes (61.4%), 7 de cada 10 adultos (76.1%) y 9 de cada 10 adultos mayores (91.5%) reportaron nunca consumir este tipo de alimento (tabla No.14).

Tabla No. 14

Población de 18 años y más por consumo semanal de comidas rápidas (Riesgo 3) según clasificación de adultez. Provincias de Panamá y Colón.

Octubre de 2010 – Enero de 2011.

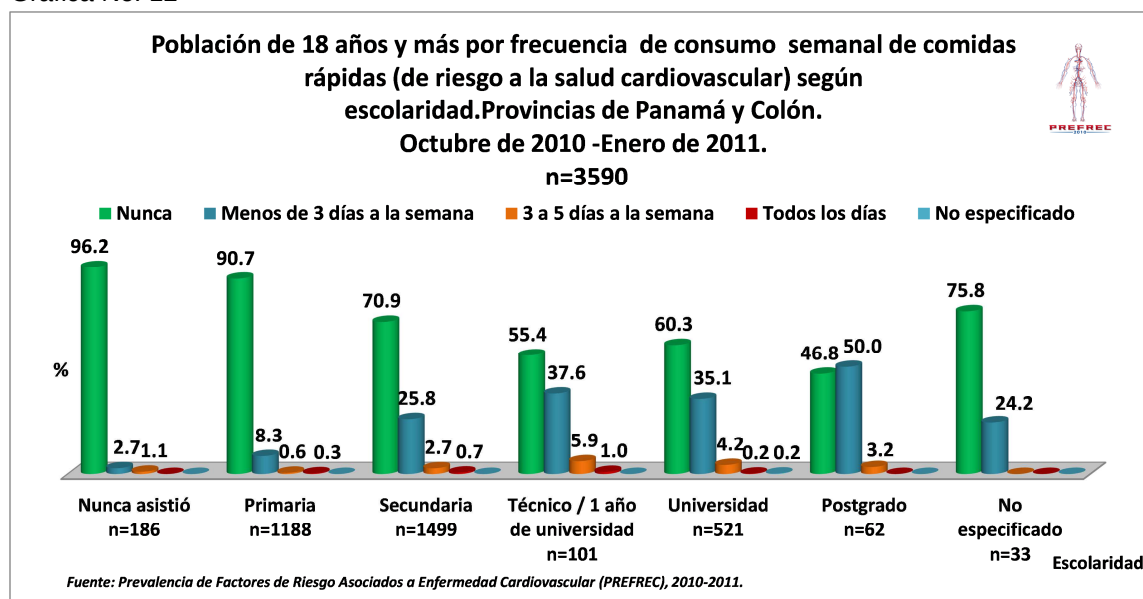
n=3590

Clasificación de la adultez según grupo de edad	TOTAL		Consumo semanal de comidas rápidas (Riesgo 3)									
			Nunca		Menos de 3 días a la semana		De 3 a 5 días a la semana		Todos los días		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3573	100.0	2744	76.8	750	21.0	79	2.2	16	0.4	1	0.0
Adulto joven (18-29 años)	735	20.6	451	61.4	236	32.1	43	5.9	5	0.7	0	0.0
Adulto (30-59 años)	2063	57.7	1569	76.1	451	21.9	34	1.6	9	0.4	1	0.0
Adulto mayor (60 años y más)	791	22.1	724	91.5	63	8.0	2	0.3	2	0.3	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

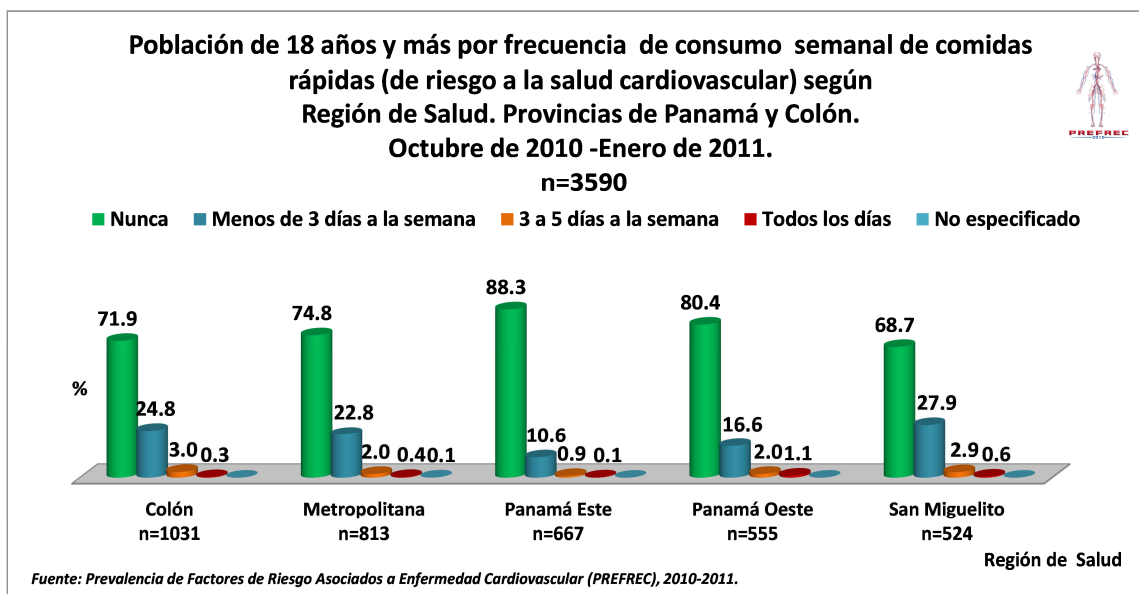
En cuanto al máximo nivel educativo alcanzado por los entrevistados se evidencia de manera general que el aumento de la escolaridad de las personas es proporcional al consumo de comidas rápidas (gráfica No. 12).

Gráfica No. 12



La RS de San Miguelito, fue la de mayor consumo de comidas rápidas, el cual fue reportado por 3 de cada 10 entrevistados (31.3%), seguido de la RS de Colón (28.1%) y la RS Metropolitana (25.1%). Porcentajes inferiores a 20 fueron indicados por la RS de Panamá Oeste (19.6%) y la RS de Panamá Este (11.7%), gráfica No.13.

Gráfica No.13



Reutilización del aceite para cocinar

Se formularon dos preguntas en esta encuesta para conocer la reutilización del aceite y la cantidad de veces en que es reusado. Los resultados indican que de los 3590 entrevistados 2 de cada 3 individuos (66.2%) reutiliza el aceite o manteca para cocinar, 32.7% (1175) no lo reutiliza, 0.9% (32) no sabe y 7 personas no especificaron su respuesta.

De acuerdo a las áreas de dominio de este estudio, en el área indígena se reutiliza el aceite o manteca en mayor porcentaje (85.7%) con relación a las áreas rural (66.9%) y urbana (63.2%), tabla No.15.

Tabla No. 15

Población de 18 años y más por reutilización del aceite o manteca según área. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.

n=3590

Área	TOTAL		Reutiliza el aceite o manteca							
			Sí		No		No sabe		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	2376	66.2	1175	32.7	32	0.9	7	0.2
Urbana	1688	47.0	1066	63.2	603	35.7	16	0.9	3	0.2
Rural	1699	47.3	1136	66.9	545	32.1	14	0.8	4	0.2
Indígena	203	5.7	174	85.7	27	13.3	2	1.0	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

De manera general, la reutilización del aceite o manteca tuvo un comportamiento inversamente proporcional al máximo nivel educativo alcanzado, donde el 77.4%

correspondió a los individuos que señalaron nunca haber asistido a la escuela y el 48.4% a los entrevistados que manifestaron tener un nivel de post grado (tabla No.16).

Tabla No. 16

Población de 18 años y más por reutilización del aceite o manteca según máximo nivel educativo alcanzado o escolaridad. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Máximo nivel educativo alcanzado (escolaridad)	TOTAL		Reutiliza el aceite o manteca							
			Sí		No		No sabe		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	2376	66.2	1175	32.7	32	0.9	7	0.2
Nunca asistió	186	5.2	144	77.4	40	21.5	0	0.0	2	1.1
Primaria	1188	33.1	839	70.6	341	28.7	7	0.6	1	0.1
Secundaria	1499	41.8	949	63.3	532	35.5	16	1.1	2	0.1
Técnico - 1 año de la universidad	101	2.8	68	67.3	31	30.7	2	2.0	0	0.0
Universidad	521	14.5	322	61.8	190	36.5	7	1.3	2	0.4
Postgrado	62	1.7	30	48.4	32	51.6	0	0.0	0	0.0
No especificado	33	0.9	24	72.7	9	27.3	0	0.0	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

La reutilización del aceite según medio sociocultural refleja que las personas identificadas como asiáticos reportaron reutilizar en menor porcentaje el aceite o manteca (51.9%), en comparación con los demás medios socioculturales indicados en la encuesta. Los que más lo reutilizan son los individuos que se percibieron como indígenas, con un 69.3% (tabla No.17).

Tabla No. 17

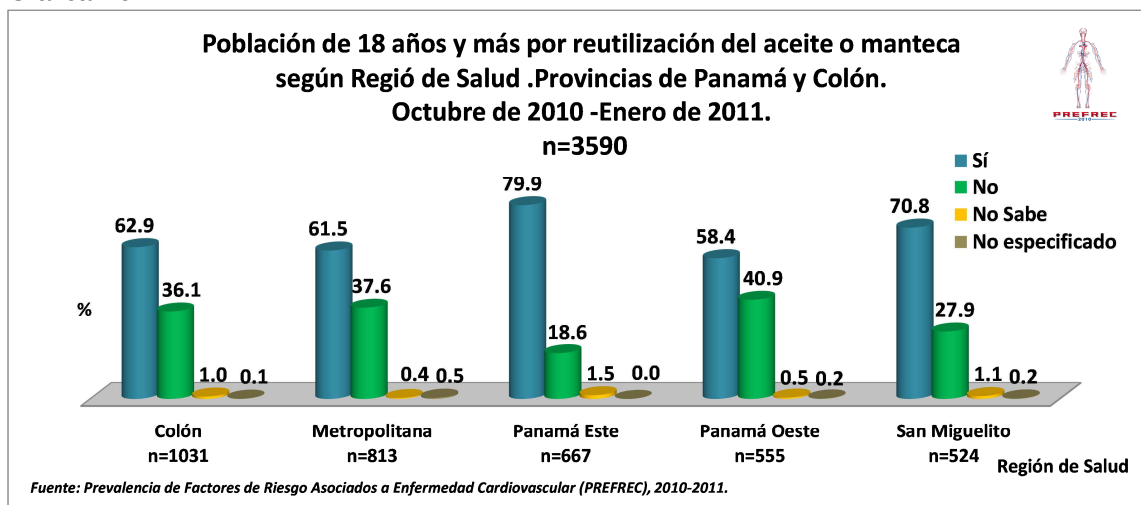
Población de 18 años y más por reutilización del aceite o manteca según medio sociocultural.
Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Medio sociocultural	TOTAL		Reutiliza el aceite o manteca							
			Sí		No		No sabe		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	2376	66.2	1175	32.7	32	0.9	7	0.2
Afroamericano	757	21.1	479	63.3	265	35.0	11	1.5	2	0.3
Mestizaje	1937	54.0	1298	67.0	622	32.1	15	0.8	2	0.1
Asiático	27	0.8	14	51.9	13	48.1	0	0.0	0	0.0
Indígena	391	10.9	271	69.3	114	29.2	5	1.3	1	0.3
Blanco	431	12.0	284	65.9	145	33.6	0	0.0	2	0.5
Otros	44	1.2	29	65.9	14	31.8	1	2.3	0	0.0
No especificado	3	0.1	1	33.3	2	66.7	0	0.0	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Según RS (gráfica No.14), la mayor reutilización del aceite o manteca fue indicada en la RS de Panamá Este, seguida de la RS de San Miguelito, Colón, Metropolitana y Panamá Oeste.

Gráfica No. 14



Cantidad de veces que se reutiliza el aceite

A la interrogante ¿reutiliza el aceite o manteca?, 67.2% indicó reutilizar el aceite de 1 a 2 veces para cocinar, cerca de 3 de cada 10 (29.4%) 3 veces y más, 1.9% (46) manifestó que no sabe, 0.5% (12) respondió que no recuerda y el 1.0% (23) no especificó su respuesta, siendo el comportamiento muy similar entre géneros (64.2% hombres y 68.6% mujeres) para la reutilización de 1 a 2 veces, sin diferencias estadísticamente significativas entre géneros (tabla No. 18).

Tabla No. 18

Población de 18 años y más por frecuencia de reutilización del aceite o manteca según sexo.
Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=2415

Sexo	TOTAL		Frecuencia de reutilización del aceite o manteca									
			De 1 a 2 veces		3 veces y más		No recuerda		No sabe		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	2415	100.0	1624	67.2	710	29.4	12	0.5	46	1.9	23	1.0
Hombre	757	31.3	486	64.2	217	28.7	8	1.1	35	4.6	11	1.5
Mujer	1658	68.7	1138	68.6	493	29.7	4	0.2	11	0.7	12	0.7

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

En el caso de las áreas de dominio de este estudio, la reutilización del aceite fue mayor en el área indígena (60.2%), con relación a las áreas urbana y rural, estimándose relaciones indígena-urbana de 2.2:1, indígena-rural de 2.3:1 y urbana-rural de 1.0:1, con diferencias estadísticamente significativas entre la frecuencia de reutilización del aceite o manteca de 1 a 2 veces y de 3 veces y más, entre las áreas indígena-urbana ($\chi^2=74.04$; $p=0.0000$) e indígena-rural ($\chi^2=81.46$; $p=0.0000$), tabla No. 19.

Tabla No. 19

Población de 18 años y más por frecuencia de reutilización del aceite o manteca según área.
Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=2415

Área	TOTAL		Frecuencia de reutilización del aceite o manteca									
			De 1 a 2 veces		3 veces y más		No recuerda		No sabe		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	2415	100.0	1624	67.2	710	29.4	12	0.5	46	1.9	23	1.0
Urbana	1085	44.9	750	69.1	299	27.6	3	0.3	23	2.1	10	0.9
Rural	1154	47.8	810	70.2	305	26.4	9	0.8	17	1.5	13	1.1
Indígena	176	7.3	64	36.4	106	60.2	0	0.0	6	3.4	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

En cuanto al medio sociocultural y la reutilización del aceite o manteca (tabla No.20) el mayor porcentaje de reutilización para la frecuencia de 3 veces y más fue reportado por las personas que se percibieron como indígenas (43.7%), seguido de los asiáticos (35.7%) y los que se identificaron como mestizaje (27.2%).

Tabla No. 20

Población de 18 años y más por frecuencia de reutilización del aceite o manteca según medio sociocultural. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=2415

Medio Sociocultural	TOTAL		Frecuencia de reutilización del aceite o manteca									
			De 1 a 2 veces		3 veces y más		No recuerda		No sabe		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	2415	100.0	1624	67.2	710	29.4	12	0.5	46	1.9	23	1.0
Afroamericano	492	20.4	338	68.7	130	26.4	2	0.4	17	3.5	5	1.0
Mestizaje	1315	54.5	922	70.1	358	27.2	7	0.5	17	1.3	11	0.8
Asiático	14	0.6	9	64.3	5	35.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Indígena	277	11.5	143	51.6	121	43.7	0	0.0	8	2.9	5	1.8
Blanco	286	11.8	195	68.2	83	29.0	3	1.0	3	1.0	2	0.7
Otros	30	1.2	16	53.3	13	43.3	0	0.0	1	3.3	0	0.0
No especificado	1	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

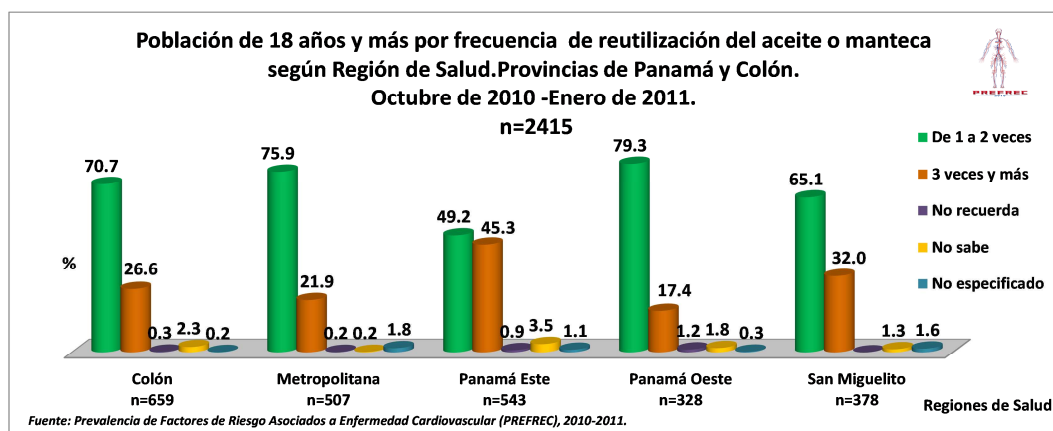
Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Según las RS participantes en este estudio, la RS de Panamá Este reportó la mayor reutilización del aceite o manteca, donde 4 de cada 10 (45.3%) tienen esta práctica, seguida por la RS de San Miguelito (32.0%) y Colón (26.6%). Dos de cada 10 encuestados (21.9%) en la RS Metropolitana indicaron esta condición, mientras que el menor porcentaje (17.4%) se ubicó en la RS de Panamá Oeste (gráfica No.15).

Uso adicional de sal en los alimentos cuando ya están colocados en la mesa

A los 3590 individuos que participaron en este estudio se les abordó para conocer si le colocan sal a los alimentos cuando ya están servidos en la mesa. Los resultados indican que 1 de cada 10 entrevistados (13.6%) le pone sal adicional a los alimentos cuando ya están colocados en la mesa, mientras que 86.1% (3090) no lo hace. Once personas no especificaron su respuesta (0.3%).

Gráfica No.15



El análisis según área indica que en el área indígena hubo un mayor consumo de sal, respecto a las áreas urbana y rural, estimándose relaciones indígena-urbana de 2.3:1, indígena-rural de 2.2:1 y rural-urbana de 1.0:1 (tabla No.21).

Tabla No. 21

Población de 18 años y más por uso de sal en los alimentos cuando ya están colocados en la mesa según área. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.

n=3590

Área	TOTAL		Consumo de Sal en los alimentos que ya están servidos en la mesa					
			Sí		No		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	489	13.6	3090	86.1	11	0.3
Urbana	1688	47.0	210	12.4	1474	87.3	4	0.2
Rural	1699	47.3	221	13.0	1473	86.7	5	0.3
Indígena	203	5.7	58	28.6	143	70.4	2	1.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Para la variable en estudio, hubo diferencias estadísticamente significativas entre las áreas urbano-indígena ($\chi^2=38.20$; $p=0.0000$) y rural-indígena ($\chi^2=34.52$; $p=0.000$).

De acuerdo al género, como se indica en la gráfica No.16, más hombres (17.8%) que mujeres (11.8%) le ponen sal a los alimentos cuando están colocados en la mesa, con diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2=22.33$; $p=0.0000$).

Según la clasificación de la adultez, mínimamente hubo más adultos jóvenes (14.6%) que le colocaban sal a los alimentos que ya están servidos en la mesa, superando a los adultos en un 1.4% y a los adultos mayores en un 0.8% (tabla No. 22).

Gráfica No. 16

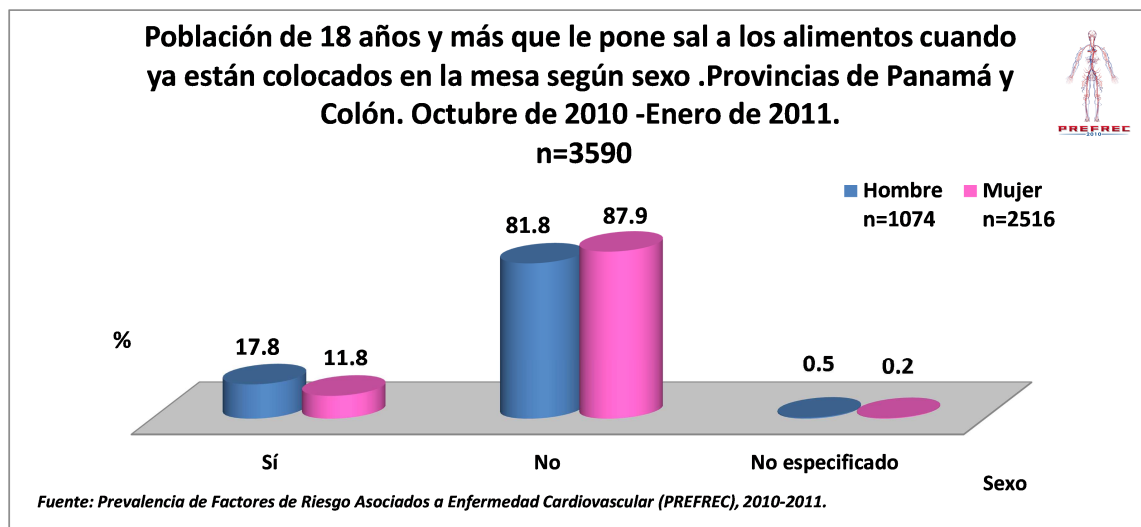


Tabla No. 22

Población de 18 años y más por uso de sal en los alimentos cuando ya están colocados en la mesa según clasificación de adultez. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Clasificación de la adultez según grupo de edad	TOTAL		Consumo de Sal en los alimentos que ya están servidos en la mesa					
			Sí		No		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	489	13.6	3090	86.1	11	0.3
Adulto joven (18-29 años)	735	20.5	107	14.6	628	85.4	0	0.0
Adulto (30-59 años)	2063	57.5	273	13.2	1784	86.5	6	0.3
Adulto mayor (60 años y más)	792	22.1	109	13.8	678	85.6	5	0.6

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los adultos jóvenes, adultos, adultos mayores y la variable estudiada.

El análisis realizado según el medio sociocultural refleja que los individuos que se identificaron como asiáticos fueron los que en menor porcentaje (7.4%) respondieron que le colocan sal a los alimentos cuando ya están servidos en la mesa. Llama la atención que los individuos que indicaron que su medio sociocultural era el indígena, reportaron el mayor porcentaje (24.6%) en el uso de la sal. Por otro lado, 8 de cada 10 entrevistados que se identificaron como afroamericanos, blancos y “otros grupos” no le ponen sal a los alimentos cuando ya están en la mesa, al igual que cerca de 9 de cada 10 individuos que se percibieron como parte del mestizaje y 9 de cada 10 asiáticos (tabla No.23).

Tabla No. 23

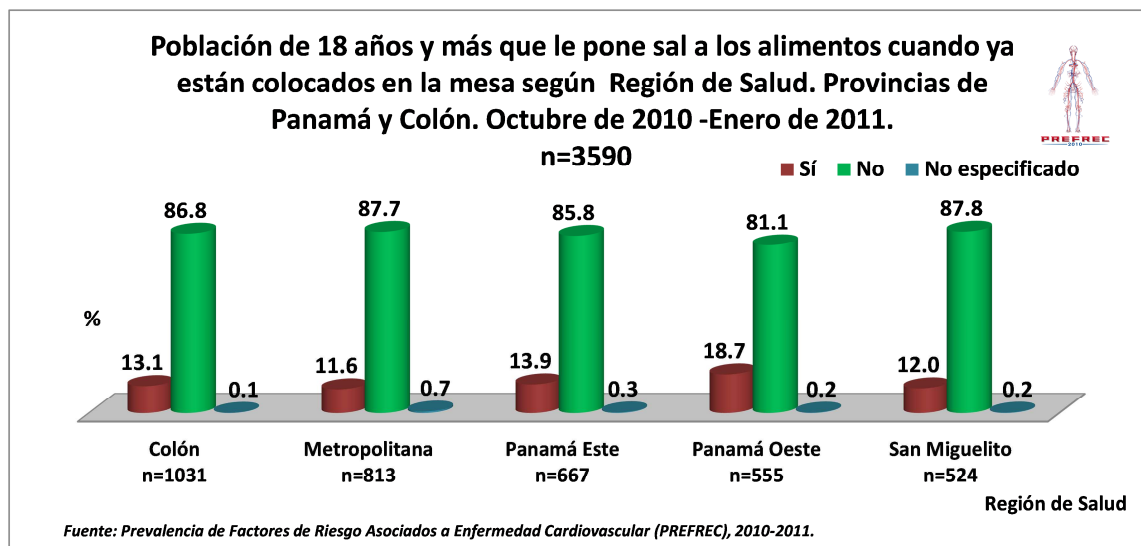
Población de 18 años y más por uso de sal en los alimentos cuando ya están colocados en la mesa según medio sociocultural. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Medio sociocultural	TOTAL		Le pone sal a los alimentos cuando ya están servidos en la mesa					
			Sí		No		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	489	13.6	3090	86.1	11	0.3
Afroamericano	757	21.1	106	14.0	648	85.6	3	0.4
Mestizaje	1937	54.0	209	10.8	1726	89.1	2	0.1
Asiático	27	0.8	2	7.4	25	92.6	0	0.0
Indígena	391	10.9	96	24.6	293	74.9	2	0.5
Blanco	431	12.0	70	16.2	358	83.1	3	0.7
Otros	44	1.2	6	13.6	37	84.1	1	2.3
No especificado	3	0.1	0	0.0	3	100.0	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Tal como se presenta en la gráfica No. 17, los entrevistados en la RS de Panamá Oeste fueron quienes reportaron en un mayor porcentaje (18.7%) poner sal a los alimentos cuando ya están colocados en la mesa, mientras que en la RS Metropolitana se indicó el menor consumo (11.6%).

Gráfica No. 17



Cantidad de comidas que come fuera de su casa que no sean preparadas en casa

Al preguntarle a los entrevistados, en una semana normal ¿cuántas comidas come usted fuera de su casa que no sean preparadas en casa?, 46.5% (1669) indicó que ninguna, 4 de cada 10 (43.6%) manifestó que entre 1 a 7, 2.1% dijo que de 8 a 14, mientras que 15 y

más solo fue señalado por 0.3% (11 individuos). El 4.1% (146) respondió que no sabe, 2.5% (91) que no recuerda y 0.8% (30) no especificó su respuesta.

De acuerdo al género, más hombres que mujeres consumen alimentos fuera de casa que no son preparados en casa. El análisis entre el género y el consumo de 1 a 7 comidas y de 8 y más evidencia diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=23.95$; $p=0.000001$), tabla No. 24. Más mujeres que hombres consumen alimentos preparados en casa.

Tabla No. 24

Población de 18 años y más por cantidad de comidas que come fuera de casa que no son preparados en casa según sexo. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Sexo	TOTAL		Cantidad de comidas que come fuera de casa que no son preparadas en casa													
			Ninguna		De 1 a 7		De 8 a 14		15 y más		No recuerda		No sabe		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	1669	46.5	1567	43.6	76	2.1	11	0.3	91	2.5	146	4.1	30	0.8
Hombre	1074	29.9	415	38.6	540	50.3	46	4.3	7	0.7	29	2.7	27	2.5	10	0.9
Mujer	2516	70.1	1254	49.8	1027	40.8	30	1.2	4	0.2	62	2.5	119	4.7	20	0.8

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Respecto a las áreas de estudio y el consumo de alimentos fuera de casa que no son preparados en casa, 1 de cada 2 entrevistados en el área urbana (51.8%) come entre 1 a 7 comidas fuera de casa que no son preparadas en casa, al igual que 37.1% de los encuestados en el área rural y 3 de cada 10 (31.0%) de los individuos residentes en el área indígena (tabla No.25).

Tabla No. 25

Población de 18 años y más por cantidad de comidas que come fuera de casa que no son preparados en casa según área. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Área	TOTAL		Cantidad de comidas que come fuera de casa que no son preparadas en casa													
			Ninguna		De 1 a 7 veces		De 8 a 14 veces		15 veces y más		No recuerda		No sabe		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	1669	46.5	1567	43.6	76	2.1	11	0.3	91	2.5	146	4.1	30	0.8
Urbano	1688	47.0	663	39.3	874	51.8	47	2.8	7	0.4	56	3.3	16	0.9	25	1.5
Rural	1699	47.3	908	53.4	630	37.1	28	1.6	4	0.2	22	1.3	102	6.0	5	0.3
Indígena	203	5.7	98	48.3	63	31.0	1	0.5	0	0.0	13	6.4	28	13.8	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

En cuanto a la clasificación de la adultez, los adultos jóvenes consumen entre 1 a 7 comidas fuera de casa que no son preparados en casa, en un 54.3%, los adultos en 45.4%, mientras que cerca de 3 de cada 10 adultos mayores entrevistados también tienen esta práctica (tabla No. 26).

Tabla No. 26

Población de 18 años y más por cantidad de comidas que come fuera de casa que no son preparados en casa según clasificación de adultez. Provincias de Panamá y Colón.

Octubre de 2010 – Enero de 2011.

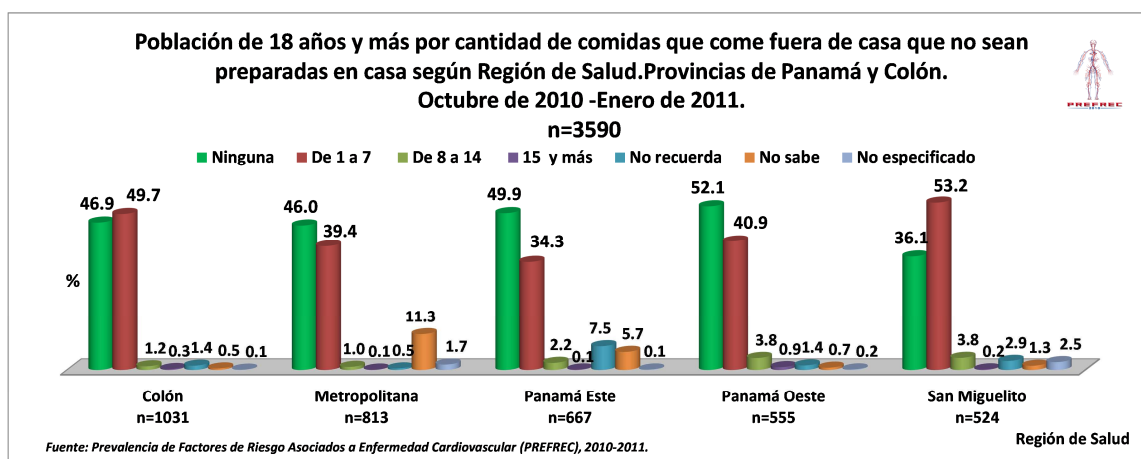
n=3590

Edad	TOTAL		Cantidad de comidas que come fuera de casa que no son preparadas en casa													
			Ninguna		De 1 a 7 veces		De 8 a 14 veces		15 veces y más		No recuerda		No sabe		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	1669	46.5	1567	43.6	76	2.1	11	0.3	91	2.5	146	4.1	30	0.8
Adultos jóvenes (18 - 29 años)	735	20.5	264	35.9	399	54.3	21	2.9	3	0.4	12	1.6	33	4.5	3	0.4
Adultos (30 - 59 años)	2064	57.5	923	44.7	938	45.4	49	2.4	6	0.3	49	2.4	81	3.9	18	0.9
Adultos mayores (60 años y más)	791	22.0	482	60.9	230	29.1	6	0.8	2	0.3	30	3.8	32	4.0	9	1.1

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

En cuanto al comportamiento de esta variable según RS, de las cinco áreas sanitarias en las que se desarrolló la investigación, la respuesta predominante fue ninguna, con porcentajes superiores a 45, a excepción de la RS de San Miguelito, donde fue 36.1%. De igual forma en esta RS, se registró el mayor consumo de comidas preparadas fuera de casa, en una frecuencia de 1 a 7, con un 53.2% (gráfica No. 18).

Gráfica No. 18



ANTECEDENTES DE OBESIDAD

En esta sección de la encuesta, se formularon tres preguntas, una dirigida a conocer cuándo fue la última vez que un profesional de la salud pesó y talló al entrevistado; la segunda para identificar cuántos encuestados habían sido diagnosticados por un médico o una nutricionista de sobrepeso y obesidad, mientras que la tercera interrogante permitía identificar cuántas personas recibían tratamiento para esta enfermedad.

Última medición del peso y la talla

De los 3590 individuos que participaron en esta investigación, 6 de cada 10 (60.1% o 2158 personas) indicaron que en los últimos 12 meses un profesional de la salud le midió el peso y la talla, 1 de cada 4 (25.8%, es decir 928 entrevistados) manifestaron que entre 1 y 5 años, 7.9% (283) reportaron que hace más de 5 años, mientras que 219 personas

(6.1%) señalaron que nunca un profesional de la salud le había medido el peso y la estatura. Dos individuos no especificaron su respuesta.

El comportamiento según las áreas de dominio de este estudio indica que el área rural registró el mayor porcentaje de entrevistados que reportaron la medición del peso y la talla por un profesional de la salud en el último año (62.6%), seguido por el área urbana (58.6%) y el área indígena (51.2%), tabla No.27. Solo se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la medición del peso y la talla por profesional de la salud en el último año (últimos 12 meses) y más de 1 año en las áreas urbano-rural ($\chi^2=9.51$; $p=0.0020$).

Tabla No.27

Población de 18 años y más por última medición del peso y la talla realizado por un profesional de la salud según área. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Área	TOTAL		Última medición del peso y la talla por un profesional de la salud									
			En los últimos 12 meses		De 1 a 5 años		Más de 5 años		Nunca		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	2158	60.1	928	25.8	283	7.9	219	6.1	2	0.1
Urbana	1688	47.0	990	58.6	480	28.4	144	8.5	73	4.3	1	0.1
Rural	1699	47.3	1064	62.6	403	23.7	130	7.7	101	5.9	1	0.1
Indígena	203	5.7	104	51.2	45	22.2	9	4.4	45	22.2	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

El análisis según género refleja que del total de hombres (1074) y mujeres (2516), a más mujeres (64.2%) que hombres (50.6%) un profesional de la salud le midió el peso y la talla en el último año. Para las demás opciones de respuesta (de 1 a 5 años, más de 5 años y nunca), el predominio fue de los hombres sobre las mujeres (gráfica No.19). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres y la medición del peso y la talla por un profesional de la salud en los últimos 12 meses y más de 12 meses ($\chi^2=33.40$; $p=0.0000$).

De acuerdo a la clasificación de adultez utilizada en este estudio, el mayor porcentaje de individuos a los que un profesional de la salud les midió el peso y la talla en el último año respecto a la fecha de la aplicación de la encuesta fueron adultos mayores (64.9%), seguido por los adultos jóvenes (60.0%) y los adultos (58.3%), tabla No.28.

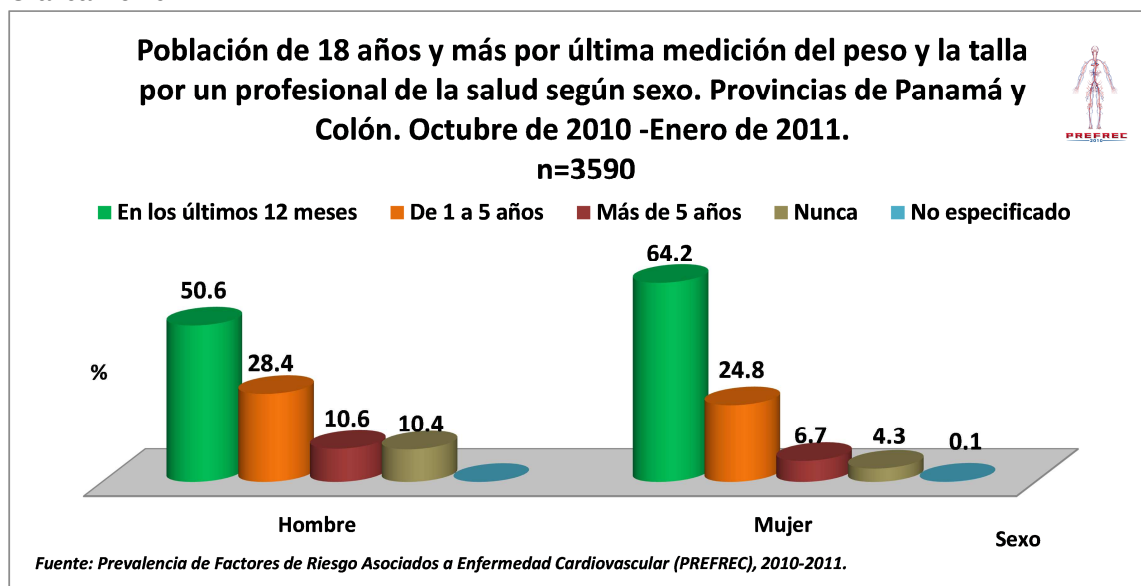
Tabla No.28

Población de 18 años y más por última medición del peso y la talla por un profesional de la salud según condición de adultez. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Clasificación de la adultez según grupo de edad	TOTAL		Última medición del peso y la talla por un profesional de la salud									
			En los últimos 12 meses		De 1 a 5 años		Más de 5 años		Nunca		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	2158	60.1	928	25.8	283	7.9	219	6.1	2	0.1
Adulto joven (18-29 años)	735	20.5	441	60.0	195	26.5	54	7.3	44	6.0	1	0.1
Adulto (30-59 años)	2064	57.5	1204	58.3	556	26.9	182	8.8	122	5.9	0	0.0
Adulto mayor (60 años y más)	791	22.0	513	64.9	177	22.4	47	5.9	53	6.7	1	0.1

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

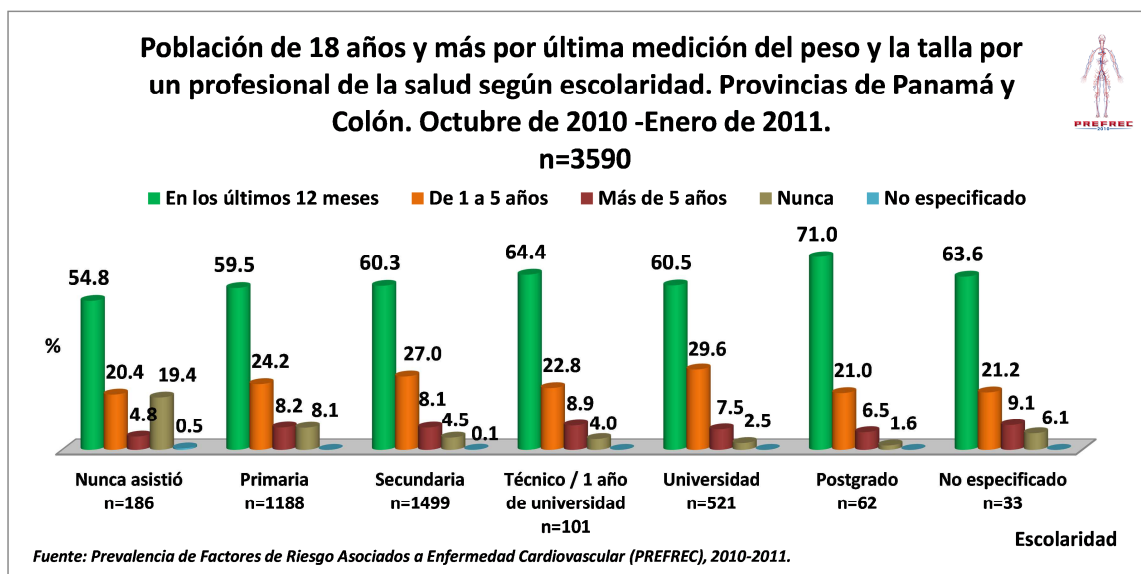
Gráfica No.19



Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la condición de adulto mayor-adulto joven ($\chi^2=4.96$; $p=0.0260$) y que un profesional de la salud le haya medido el peso y la talla en el último año (12 meses) y más de 12 meses.

Según el máximo nivel académico alcanzado, el porcentaje de entrevistados en promedio con algún nivel de escolaridad y que un profesional de la salud le midió el peso y la talla en los últimos 12 meses con relación a la fecha de aplicación de la encuesta fue 63.1%, con relación a los que nunca asistieron a la escuela (54.8%). Las pruebas de hipótesis aplicadas no evidencian diferencias estadísticamente significativas (gráfica No.20).

Gráfica No.20



En cuanto al estado conyugal actual, al 61.2% (1505) de las personas unidas o casadas y 57.7% (647) de los solteros, separados, viudos o divorciados, un profesional de la salud les midió el peso y la talla en el último año, tabla No.29. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el haberse medido el peso y la talla con un profesional de la salud (en los últimos doce meses – más de 12 meses) y el estar unido o casado – no estar unido o casado (soltero, separado, viudo y divorciado), $\chi^2=4.49$; $p=0.0340$.

Tabla No.29

Población de 18 años y más por última medición del peso y la talla por un profesional de la salud según estado conyugal actual. Provincias de Panamá y Colón.

Octubre de 2010 – Enero de 2011.

n=3590

Estado conyugal actual	TOTAL		Última medición del peso y la talla por un profesional de la salud									
			En los últimos 12		De 1 a 5 años		Más de 5 años		Nunca		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	2158	60.1	928	25.8	283	7.9	219	6.1	2	0.1
Unido o casado	2460	68.5	1505	61.2	625	25.4	177	7.2	152	6.2	1	0.0
Soltero, separado, viudo o divorciado	1122	31.3	647	57.7	301	26.8	106	9.4	67	6.0	1	0.1
No especificado	8	0.2	6	75.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Al evaluar la variable medio sociocultural encontramos que el menor porcentaje de las personas a las que un profesional de la salud les midió el peso y la talla en los últimos 12 meses fueron los que se percibieron como indígenas 50.4%, en comparación con los demás medios socioculturales que se identificaron en este estudio, cuyos porcentajes oscilaban entre 59.3 y 65.5, a excepción de los que se identificaron como “otros medios socioculturales”, en quienes el porcentaje fue de 54.5 (tabla No.30).

Tabla No.30

Población de 18 años y más por última medición del peso y la talla por un profesional de la salud según medio sociocultural. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.

n=3590

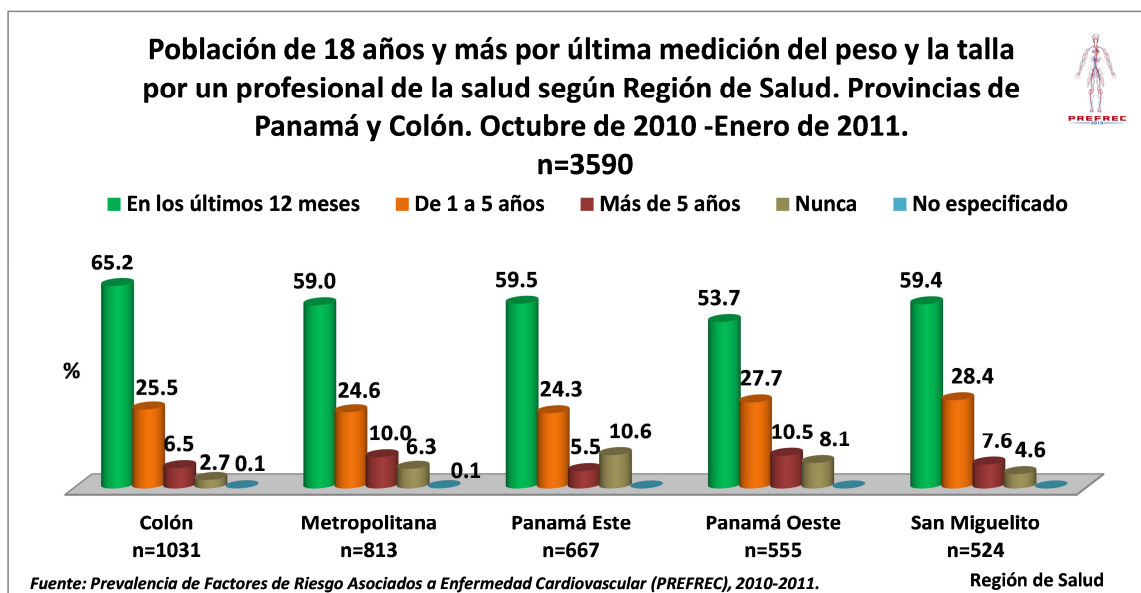
Medio sociocultural	TOTAL		Última medición del peso y la talla por un profesional de la salud									
			En los últimos 12		De 1 a 5 años		Más de 5 años		Nunca		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	2158	60.1	928	25.8	283	7.9	219	6.1	2	0.1
Afroamericano	756	21.1	495	65.5	170	22.5	59	7.8	32	4.2	1	0.1
Mestizaje	1937	54.0	1168	60.3	520	26.8	152	7.8	97	5.0	0	0.0
Asiático	27	0.8	16	59.3	7	25.9	2	7.4	2	7.4	0	0.0
Indígena	391	10.9	197	50.4	104	26.6	29	7.4	61	15.6	0	0.0
Blanco	431	12.0	257	59.6	114	26.5	37	8.6	23	5.3	0	0.0
Otros	44	1.2	24	54.5	12	27.3	4	9.1	4	9.1	0	0.0
No especificado	2	0.1	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

El comportamiento según RS (gráfica No.21) indica que el mayor porcentaje de entrevistados a los que un profesional de la salud le tomó el peso y la talla en los últimos

12 meses se ubicaron en las RS de Colón (65.2%), seguido de la RS Panamá Este (59.5%), San Miguelito (59.4%), Metropolitana (59.0%) y Panamá Oeste (53.7%).

Gráfica No.21



Diagnóstico médico de sobrepeso y obesidad

Al preguntarle a la totalidad de los individuos que formaron parte de esta investigación (3590) si un médico o un nutricionista le había realizado el diagnóstico de obesidad, 133 personas respondieron que sí, estimándose una prevalencia de obesidad diagnosticada para la muestra en estudio de 3.7%. Nueve de cada 10 entrevistados (96.2% ó 3453) no reportaron este diagnóstico médico. Cuatro personas no especificaron su respuesta. El antecedente de diagnóstico de sobrepeso por un médico o un nutricionista fue indicado por 20.7% de los encuestados (748).

De acuerdo a las áreas de dominio de este estudio, 4.5% (76) de los individuos residentes en el área urbana señalaron el antecedente de diagnóstico de obesidad, al igual que 3.1% (53) de los entrevistados en el área rural y 2.0% (4) de las personas encuestadas en el área indígena, estimándose relaciones urbana-rural de 1.4:1, urbana-indígena de 2.3:1 y rural-indígena de 1.6:1 (tabla No.31). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el antecedente de diagnóstico de obesidad solo entre las áreas urbano-rural ($\chi^2=4.02$; $p=0.0449$).

Según la clasificación de adultez, del total de adultos jóvenes el 2.0% reportó el antecedente de diagnóstico de obesidad, así como 4.3% (88) de los adultos y 3.8% (30) de la totalidad de adultos mayores (tabla No.32). Solo hubo diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones de adulto-adulto joven ($\chi^2=6.97$; $p=0.0082$) y haber reportado el antecedente de diagnóstico de obesidad.

Tabla No.31

Población de 18 años y más por antecedente de diagnóstico de obesidad según área. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Área	Antecedente de diagnóstico de obesidad							
	TOTAL		Sí		No		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	133	3.7	3453	96.2	4	0.1
Urbana	1688	47.0	76	4.5	1611	95.4	1	0.1
Rural	1699	47.3	53	3.1	1643	96.7	3	0.2
Indígena	203	5.7	4	2.0	199	98.0	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Tabla No.32

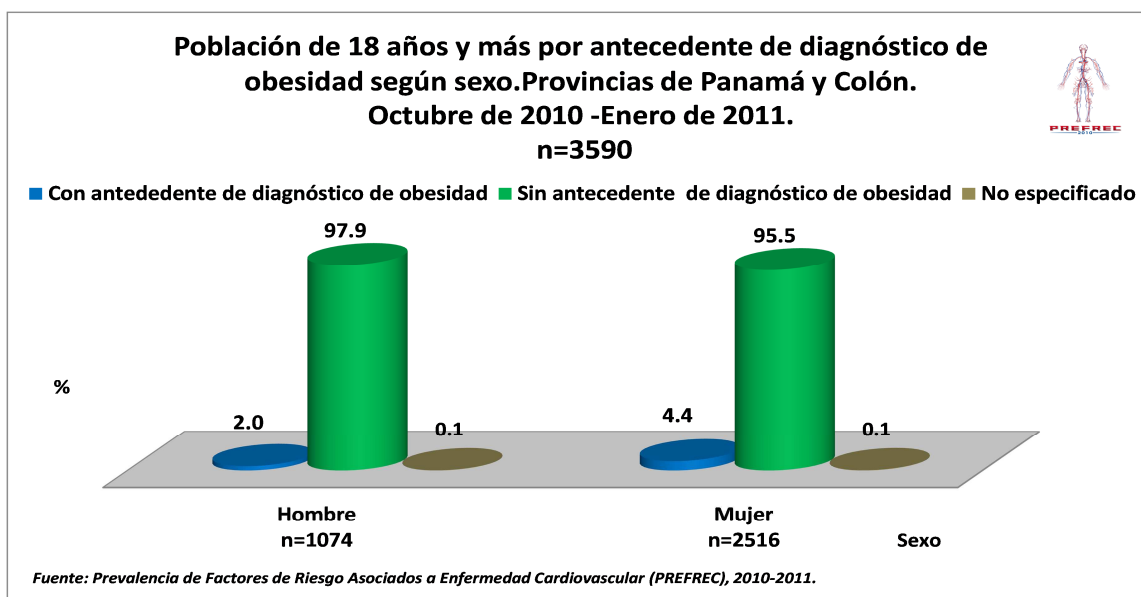
Población de 18 años y más por antecedente de diagnóstico de obesidad según clasificación de adultez. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Clasificación de la adultez según grupo de edad	TOTAL		Antecedente de diagnóstico de obesidad					
			Sí		No		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	133	3.7	3453	96.2	4	0.1
Adulto joven (18-29 años)	735	20.5	15	2.0	720	98.0	0	0.0
Adulto (30-59 años)	2064	57.5	88	4.3	1973	95.6	3	0.1
Adulto mayor (60 años y más)	791	22.0	30	3.8	760	96.1	1	0.1

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

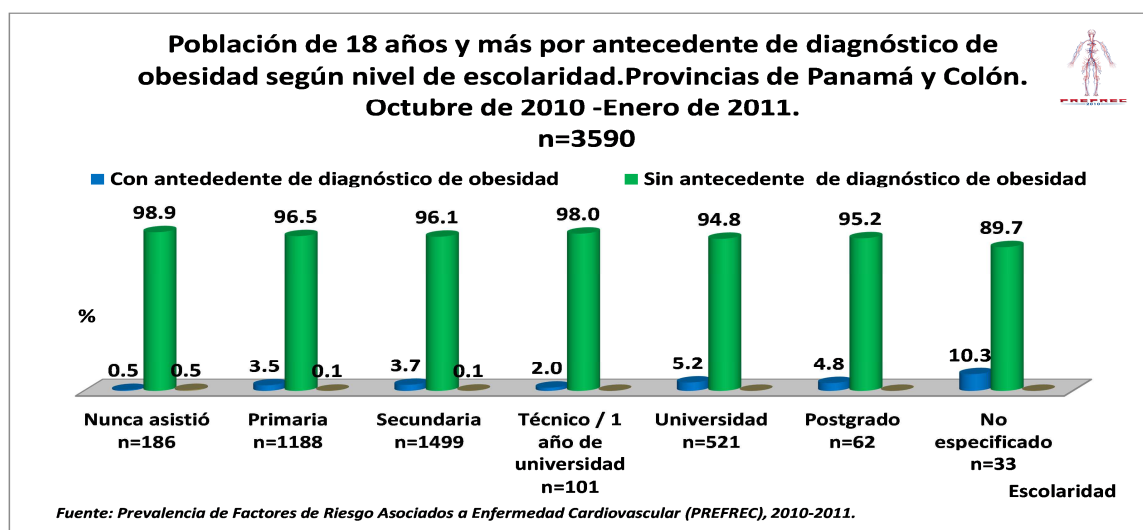
Al evaluar la variable género (sexo), el análisis de acuerdo a la totalidad de hombres y mujeres entrevistados (1074 y 2516, respectivamente), refleja que hubo más mujeres (4.4%) que hombres (2.0%) que reportaron el antecedente de diagnóstico de obesidad (gráfica No.22), con diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=11.14$; $p=0.0008$).

Gráfica No.22



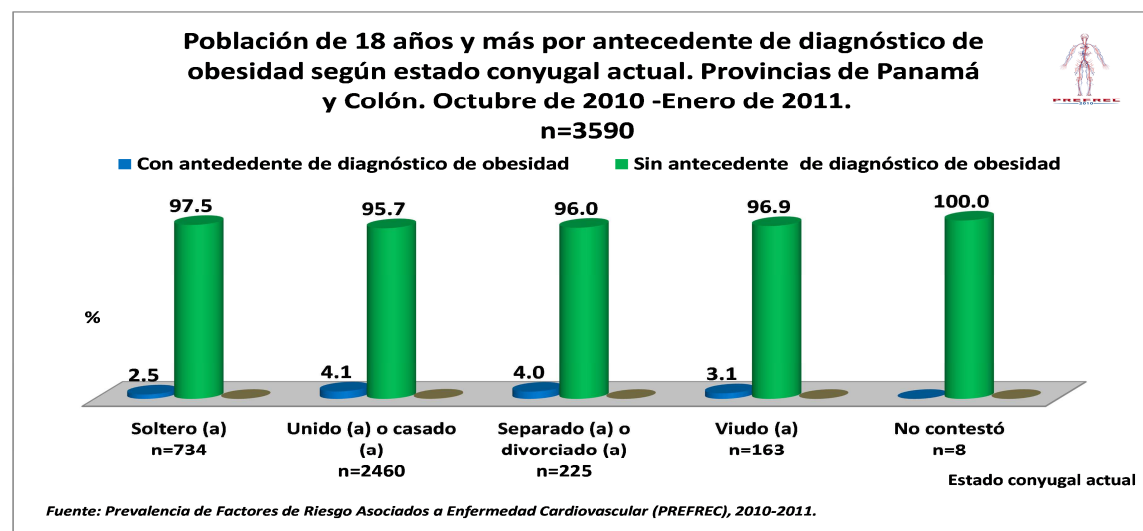
El antecedente de diagnóstico de obesidad fue mayor entre las personas cuyo máximo nivel académico alcanzado fue universitario y post grado con 5.2% y 4.8%, respectivamente, seguido de los individuos que reportaron el nivel de escolaridad secundario (3.7%), primario (3.5%), nivel técnico-I año de la universidad (2.0%) mientras que los individuos que nunca asistieron a la escuela indicaron este diagnóstico en 0.5%. En quienes no especificaron su nivel de escolaridad, 10.3% tenía esta condición (gráfica No.23).

Gráfica No.23



En el caso del estado conyugal actual, el mayor porcentaje de personas con antecedente de diagnóstico de obesidad se encontró entre los unidos o casados (4.1%) y los separados-divorciados (4.0%), seguido por los viudos (3.1%) y los solteros (2.5%). Las 8 personas que no especificaron su estado conyugal, no indicaron el antecedente de diagnóstico de obesidad (gráfica No.24).

Gráfica No.24



Al analizar la variable antecedente de diagnóstico de obesidad con el medio sociocultural, se evidenció que el mayor porcentaje de individuos que reportó este antecedente fueron los que se percibieron como asiáticos (7.4%), seguido de los afroamericanos (5.3%), los blancos (3.9%), mestizaje (3.5%) e indígenas, con 1.3%. El detalle de los resultados, se presenta en la tabla No.33.

Tabla No.33

Población de 18 años y más por antecedente de diagnóstico médico de obesidad según medio sociocultural. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

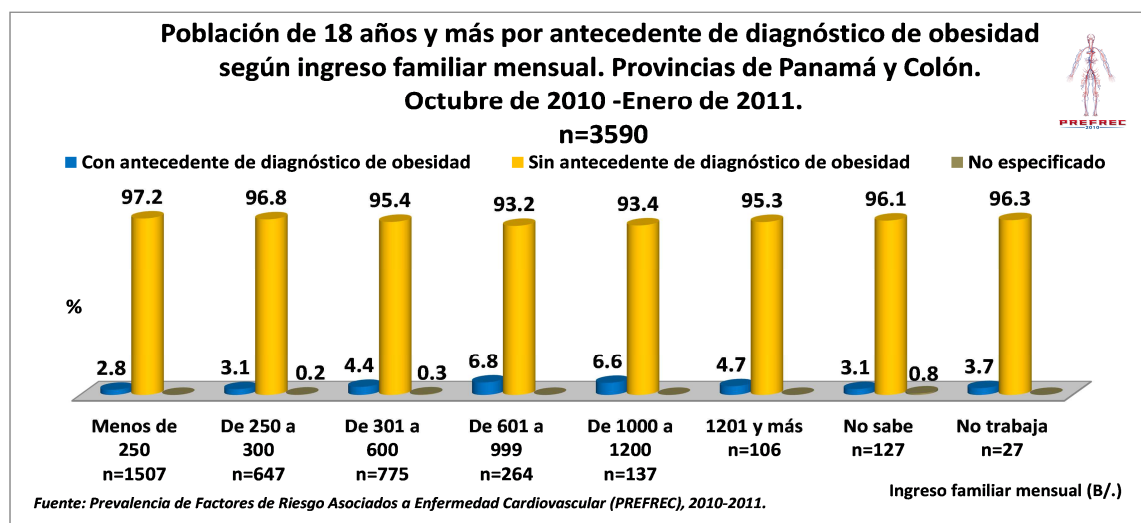
Medio Sociocultural	TOTAL		Antecedente de diagnóstico de obesidad					
			Sí		No		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3590	100.0	133	3.7	3453	96.2	4	0.1
Afroamericano	757	21.1	40	5.3	716	94.6	1	0.1
Mestizaje	1937	54.0	68	3.5	1868	96.4	1	0.1
Asiático	27	0.8	2	7.4	25	92.6	0	0.0
Indígena	391	10.9	5	1.3	386	98.7	0	0.0
Blanco	431	12.0	17	3.9	413	95.8	1	0.2
Otros	44	1.2	0	0.0	44	100.0	0	0.0
No especificado	3	0.1	1	33.3	1	33.3	1	33.3

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los afroamericanos con antecedente de diagnóstico de obesidad y los identificados como mestizaje ($\chi^2=4.01$; $p=0.0451$), así como entre los afroamericanos y los indígenas ($\chi^2=9.97$; $p=0.0016$).

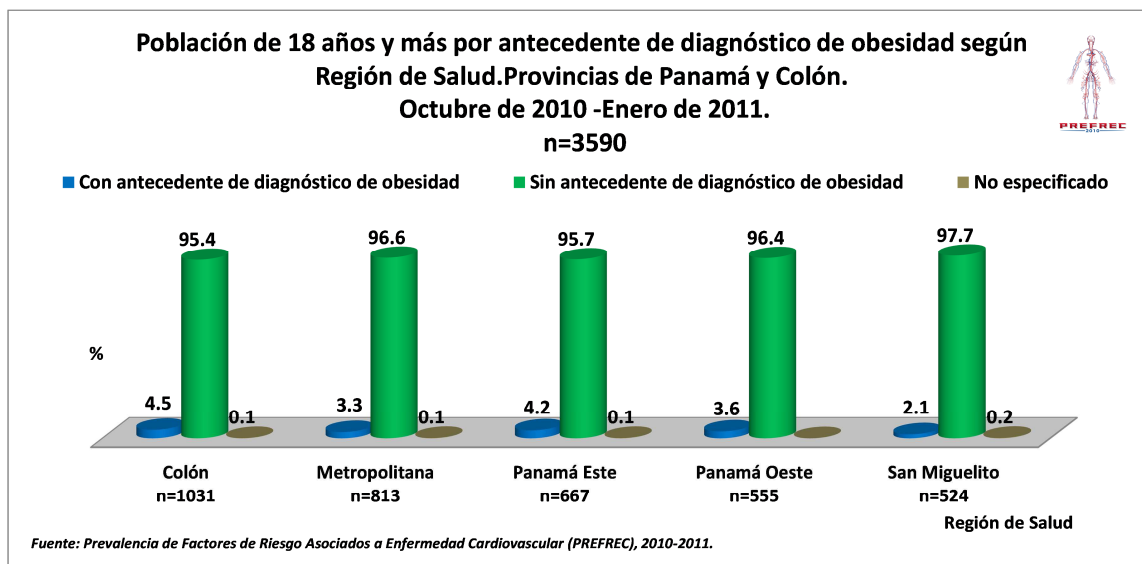
Independientemente del ingreso familiar mensual, el antecedente de diagnóstico de obesidad estuvo presente para cada condición de ingreso, con porcentajes que oscilaban entre 2.8 (para menos de B/. 250.00 mensual) y 6.8% (para ingresos entre B/. 601 a B/.999), gráfica No.25.

Gráfica No.25



El comportamiento según RS refleja que en la RS de Colón y Panamá Este, los entrevistados reportaron el mayor porcentaje de antecedente de diagnóstico de obesidad con 4.5% y 4.2%, respectivamente, seguido la RS de Panamá Oeste (3.6%), Metropolitana (3.3%) y San Miguelito (2.1%), gráfica No.26.

Gráfica No.26



Uso de medicamentos para el tratamiento de la obesidad

A los entrevistados se les preguntó: ¿toma medicamentos para la obesidad?. De las 133 personas que reportaron el antecedente de diagnóstico de obesidad, solo 8 personas respondieron que sí a esta interrogante (6.0%), mientras 1 persona no especificó su respuesta.

De estas 8 personas, el 50% (4) residía en el área urbana y 50% (4) en el área rural. Todas eran mujeres (tabla No.34), de las cuales 87.5% (7) eran adultas y 12.5% (1) adulta mayor. Siete mujeres estaban unidas o casadas, mientras que 1 era soltera.

Tabla No.34

Población de 18 años y más con antecedente de diagnóstico de obesidad por uso de medicamento para la obesidad según sexo. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3590

Sexo	TOTAL		Usa medicamentos para la obesidad					
			Sí		No		No especificado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	133	100.0	8	6.0	124	93.2	1	0.8
Hombre	22	16.5	0	0.0	22	100.0	0	0.0
Mujer	111	83.5	8	7.2	102	91.9	1	0.9

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

El máximo nivel académico alcanzado por 37.5% (3) de estas mujeres fue el primario, 37.5% (3) secundario, 12.5% (1) el universitario y 1 mujer no especificó su nivel de escolaridad.

En cuanto al medio sociocultural, 37.5% (3) se identificaron como afroamericanas, otro 37.5% (3) se percibieron como mestizaje, mientras que 2 mujeres (25%) indicaron ser indígenas.

De acuerdo al ingreso familiar mensual 37.5% (3) percibían menos de B/. 250, 12.5% (1) tenían un ingreso entre B/. 250 a 300, 37.5% (3) entre 301 – 600, mientras que 12.5% (1) tenía un ingreso entre B/. 601 a 1000.

De las 8 mujeres que tomaban medicamentos para la obesidad 37.5% (3) residían en RS de Colón, 25.0% (2) en la RS de San Miguelito, 12.5% (1) en Panamá Este, 12.5% (1) en Panamá Oeste y 12.5% (1) en la RS Metropolitana.

Antecedente de diagnóstico de obesidad, IMC y circunferencia de cintura

Al momento de la encuesta, de las 133 personas con antecedente de obesidad, 2.3% (3) presentaron un estado nutricional normal, 14.3% (19) fueron clasificadas con sobrepeso, mientras que 8 de cada 10 (83.5%, es decir 111 personas), tenían un IMC clasificado como obesidad ($IMC \geq 30Kg/m^2$), de las cuales solo el 11.5% manifestaron el antecedente de diagnóstico de obesidad. A pesar de esto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre tener tanto el antecedente de diagnóstico de obesidad y un $IMC \geq 30Kg/m^2$, tabla No.35.

Tabla No.35

Población de 18 años y más por antecedente de diagnóstico de obesidad según clasificación del Índice de Masa Corporal. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3586

Índice de Masa Corporal (Kg/m ²)	Clasificación del Índice de Masa Corporal	TOTAL		Antecedente de diagnóstico de obesidad						
				Sí		No		x ²	p	O.R.
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%			
	TOTAL	3586	100.0	133	3.7	3453	96.3	NA	NA	NA
< 18.5	Bajo Peso	99	2.8	0	0.0	99	100.0	0.39*	1.0000**	NA
18.5 - 24.9	Normal	1266	35.3	3	0.2	1263	99.8	65.09*	0.0000*	0.03 (LC 0.01 - 0.12)*
25.0 - 29.9	Sobrepeso	1239	34.6	19	1.5	1220	98.5	10.65*	0.0011**	6.56 (LC 1.93 - 22.21)*
≥ 30.0	Obesidad	965	26.9	111	11.5	854	88.5	141.02*	0.0000**	54.72 (LC 17.32 - 172.83)*
	No especificado	17	0.5	0	0.0	17	100.0	NA	NA	NA

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

* La comparación se realizó contra el estado nutricional normal. El estado nutricional normal se comparó contra los demás estados nutricionales.

** Resultado de la prueba de Fisher.

No especificaron el antecedente de obesidad 4 personas.

De las personas con antecedente de diagnóstico de obesidad (22 hombres y 111 mujeres), podemos señalar que para los hombres, 7 de cada 10 (72.7% ó 16 hombres) tenían medidas de circunferencia de cintura > 102 cm, mientras que cerca de 3 de cada

10 (27.3%, es decir, 6 hombres) presentaron valores de circunferencia de cintura ≤ 102 cm.

En el caso de las mujeres con antecedente de diagnóstico de obesidad, encontramos que en 9 de cada 10 (97.3% ó 108) el valor de la circunferencia de cintura fue > 88 cm, en tanto que 1.8% (2) tenían medidas de circunferencia de cintura menores de 88 cm. Para ambos casos (hombres y mujeres, según puntos de corte de circunferencia de cintura), se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla No.36).

Tabla No.36

Población de 18 años y más por antecedente de diagnóstico de obesidad según clasificación de la circunferencia de cintura. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3586

Sexo	Circunferencia de cintura (cm)	TOTAL		Antecedente de diagnóstico de obesidad						
				Sí		No		x ²	p	O.R.
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%			
	TOTAL	3586	100.0	133	3.7	3453	96.3	NA	NA	NA
Hombres	Mayor de 102	191	5.3	16	8.4	175	91.6	41.59 *	0.0000*	13.09 (LC 5.05 - 33.92)*
	Menor o igual a 102	865	24.1	6	0.7	859	99.3			
	No especificado	17	0.5	0	0.0	17	100.0			
Mujeres	Mayor de 88	1576	43.9	108	6.9	1468	93.1	55.92*	0.0000*	32.04 (LC 7.89 - 130.08)*
	Menor o igual a 88	873	24.3	2	0.2	871	99.8			
	No especificado	64	1.8	1	1.6	63	98.4			

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

* Análisis realizado entre las personas con antecedente de diagnóstico de obesidad según género y puntos de corte de circunferencia de cintura.

No especificaron el antecedente de diagnóstico de obesidad 4 personas.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

A los participantes de esta investigación se les midió el peso, la talla [para el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC)] y la circunferencia de cintura.

Estatura

De los 3590 participantes en este estudio, se obtuvieron 3573 mediciones de la talla, expresada en metros (m). Para este conjunto de datos (gráfica No.27), se obtuvieron los siguientes valores:

- Promedio: 1.59m.
- Mediana: 1.58m.
- Moda 1.55m.

El valor mínimo fue 1.02m, mientras que el máximo fue 1.92m. La desviación estándar fue de 0.09.

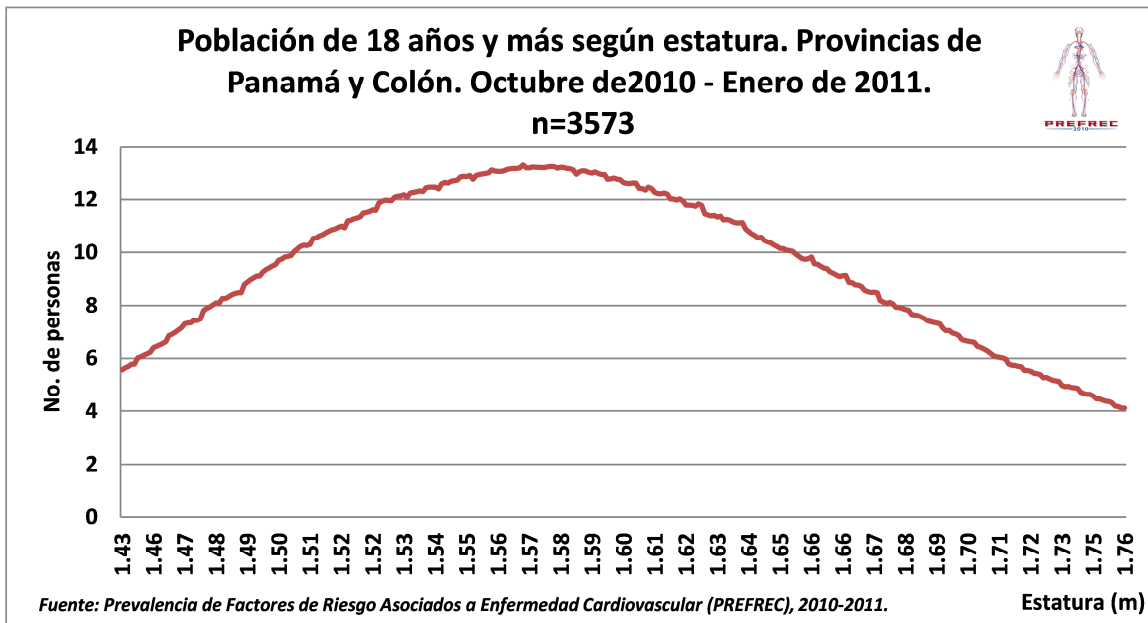
De acuerdo al género, de los 1067 hombres a los que se les midió la talla o estatura en esta investigación (gráfica No.28), se obtuvieron las siguientes medidas de tendencia central:

- Promedio: 1.67m.
- Mediana: 1.67m.

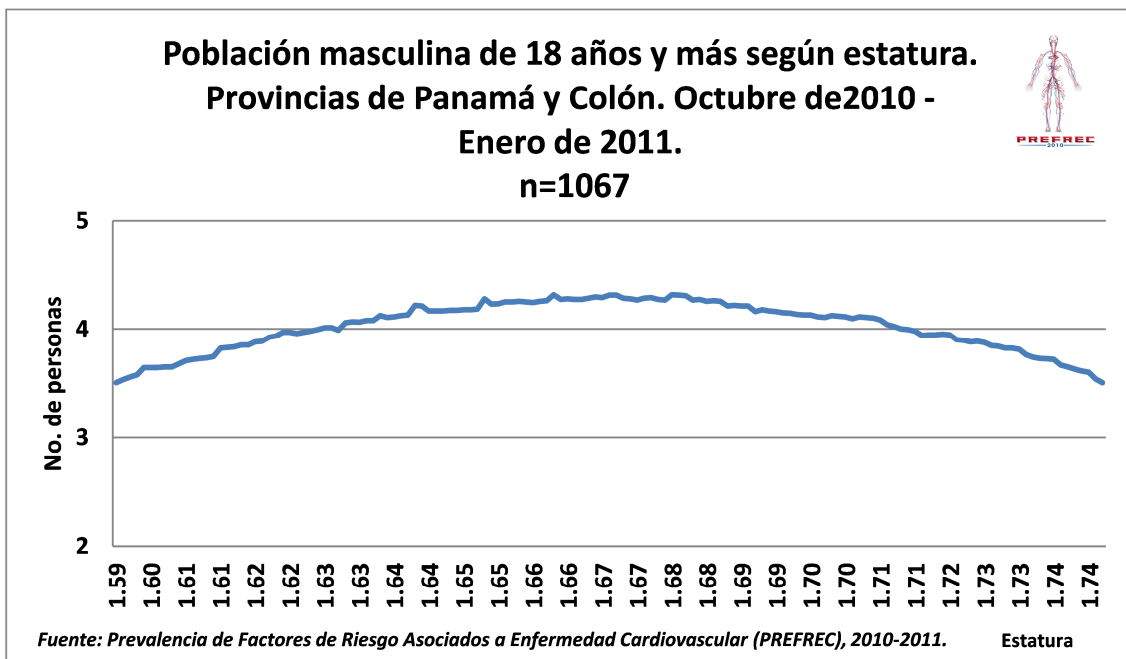
- Moda 1.68m.

El valor mínimo fue 1.39m, mientras que el máximo fue 1.92. La desviación estándar fue de 0.08.

Gráfica No.27



Gráfica No.28

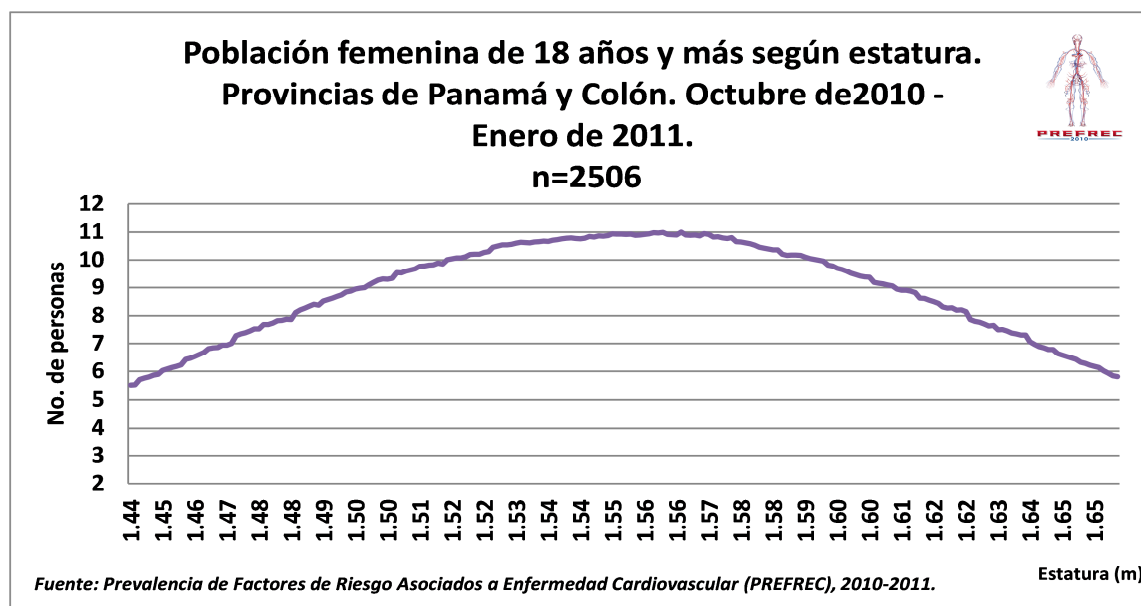


En el caso de las mujeres, se midió la estatura a 2506 (gráfica No.29), obteniéndose las siguientes medidas de tendencia central:

- Promedio: 1.56m
- Mediana: 1.56m
- Moda 1.55m.

El valor mínimo fue 1.02m, mientras que el máximo fue 1.80m. La desviación estándar fue de 0.07.

Gráfica No.29



De acuerdo a las áreas de dominio de este estudio, en el área urbana (n=1688), se midió la talla de 1680 personas (99.5%), estimándose las siguientes medidas de tendencia central:

- Promedio: 1.61m.
- Mediana: 1.60m.
- Moda 1.59m.

El valor mínimo fue 1.08m, mientras que el máximo fue 1.92m. La desviación estándar fue de 0.09.

En el área rural, de los 1699 participantes, se midió la estatura de 1690 (99.5%), obteniendo los siguientes indicadores:

- Promedio: 1.58m.
- Mediana: 1.57m.
- Moda 1.60m.

El valor mínimo fue 1.02m, mientras que el máximo fue 1.91m. La desviación estándar fue de 0.09.

Para el área indígena, la muestra fue de 203 individuos y se midió la estatura de la totalidad de los participantes. Los valores de las medidas de tendencia central fueron:

- Promedio: 1.53m
- Mediana: 1.53m.
- Moda 1.48m.

El valor mínimo fue 1.38m, mientras que el máximo fue 1.70m. La desviación estándar fue de 0.07.

Peso

De los 3590 participantes en este estudio, se obtuvieron 3574 mediciones del peso en kilogramos (kg), es decir, 99.5%. Del total de mediciones realizadas, se obtuvieron los siguientes indicadores:

- Promedio: 68.99 Kg.
- Mediana: 68.90 kg.

El valor mínimo fue 27.50 kg, mientras que el máximo fue 181.50 kg. La desviación estándar fue de 16.73.

Del total de hombres (1074), se pesó al 99.3% (1067), mientras que en el caso de las mujeres, de las 2516, fueron pesadas 2507 (99.6%). En el área urbana, de 1688 entrevistados fueron pesados 1680 (99.5%), en el área rural (n=1699) un 99.5% (1691), mientras que en el área indígena (n=203), todos los entrevistados fueron pesados. Las medidas de tendencia central, desviación estándar, valor mínimo y máximo según el género se presentan en la tabla No.37.

Tabla No.37

Medidas de tendencia central, valor mínimo, máximo y desviación estándar del peso en kilogramos en hombres y mujeres. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.

Indicadores	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Promedio	72.66	67.42
Mediana	70.90	65.00
Moda	60.00	55.00
Valor mínimo	34.00	27.50
Valor máximo	181.50	155.00
Desviación estándar	16.70	16.50

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Perímetro abdominal o circunferencia de cintura

De la totalidad de entrevistados (3590), se le midió la circunferencia de cintura a 3509 personas de las cuales 29.4% (1057) eran hombres y 68.3% (2452) mujeres. No se les midió el perímetro abdominal a 81 personas. La cobertura de este indicador respecto a la muestra en estudio fue de 95.7%.

Del total de hombres a los que se le midió la circunferencia de cintura (1057), 18.1% (191) tenían valores > 102 cm, mientras que en 8 de cada 10 (81.9%, es decir, 866) se obtuvieron valores menores o iguales a 102 cm.

Respecto a las mujeres, 6 de cada 10 (64.4% ó 1579) tenían mediciones del perímetro abdominal > 88 cm, en tanto que en 35.6% (873) los valores eran menores o iguales a 88 cm, presentando diferencias estadísticamente significativas entre estos puntos de corte de obesidad centrípeta y el género ($\chi^2=632.26$; $p=0.000$). Las medidas de tendencia central, valor mínimo, máximo, desviación estándar, para este conjunto de valores se presentan en la tabla No.38.

Tabla No.38

Medidas de tendencia central, valores mínimo, máximo y desviación estándar de los valores de circunferencia de cintura en centímetros para hombres y mujeres.
Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.

Indicadores	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Promedio	91.40	93.46
Mediana	90.50	92.90
Valor mínimo	26.20	38.40
Valor máximo	155.00	183.90
Desviación estándar	13.41	13.75

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

De acuerdo a las áreas de dominio de este estudio, 2 de cada 10 hombres residentes en el área urbana (24.0%), 1 de cada 10 (15.4%) residente del área rural y 1.2% de los hombres entrevistados en el área indígena tenían medidas de circunferencia de cintura > 102 cm.

En el caso de las mujeres, 6 de cada 10 residentes en las áreas urbana y rural (65.7% y 64.0%, respectivamente) y 5 de cada 10 mujeres del área indígena (55.3%) tenían una circunferencia de cintura > 88 cm (tabla No.39).

Tabla No.39

Población de 18 años y más por clasificación de los valores de circunferencia de cintura según área y sexo. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.

n=3509

Área	TOTAL		Sexo				Valores de circunferencia de cintura							
							Hombres				Mujeres			
			Hombres		Mujeres		Mayor de 102 cm		Menor o igual a 102 cm		Mayor de 88 cm		Menor o igual a 88 cm	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3509	100.0	1057	30.1	2452	69.9	191	18.1	866	81.9	1579	64.4	873	35.6
Urbana	1656	47.2	467	28.2	1189	71.8	112	24.0	355	76.0	781	65.7	408	34.3
Rural	1656	47.2	507	30.6	1149	69.4	78	15.4	429	84.6	735	64.0	414	36.0
Indígena	197	5.6	83	42.1	114	57.9	1	1.2	82	98.8	63	55.3	51	44.7

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar:

- Los hombres con valores de circunferencia de cintura > 102 cm respecto a los que tenían mediciones ≤ 102 cm en todas las áreas:
 - Urbano-rural: $\chi^2=10.90$; $p=0.0010$.
 - Urbano-indígena: $\chi^2=21.02$; $p=0.0000^*$ (*Valor de p obtenido mediante prueba de Fisher).
 - Rural-indígena: $\chi^2=11.17$; $p=0.0001^*$.
- Las mujeres con circunferencia de cintura > 88 cm respecto a los que tenían mediciones ≤ 88 cm solo entre el área urbano-indígena: $\chi^2=4.51$; $p=0.0338$.

Según la clasificación de adultez, del total de hombres adultos jóvenes 8.8% (16) registraron mediciones de circunferencia de cintura > 102 cm, así como 2 de cada 10 del total de adultos (20.4% ó 116) y cerca de 2 de cada 10 (19.2%, es decir, 59) de la totalidad de hombres adultos mayores.

En el caso de las mujeres, del total de adultas jóvenes, 4 de cada 10 (41.4% ó 215) tenían valores de circunferencia de cintura > 88 cm, así como cerca de 7 de cada 10 mujeres adultas (68.8% ó 1009) y 76.2% (355) de la totalidad de adultas mayores, tabla No.40.

Tabla No.40

Población de 18 años y más por clasificación de los valores de circunferencia de cintura según clasificación de adultez y sexo. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3509

Clasificación de adultez	TOTAL		Sexo				Valores de circunferencia de cintura							
							Hombres				Mujeres			
			Hombres		Mujeres		Mayor de 102 cm		Menor o igual a 102 cm		Mayor de 88 cm		Menor o igual a 88 cm	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3509	100.0	1057	30.1	2452	69.9	191	18.1	866	81.9	1579	64.4	873	35.6
Adulto joven	701	47.2	182	26.0	519	74.0	16	8.8	166	91.2	215	41.4	304	58.6
Adulto	2035	47.2	568	27.9	1467	72.1	116	20.4	452	79.6	1009	68.8	458	31.2
Adulto mayor	773	5.6	307	39.7	466	60.3	59	19.2	248	80.8	355	76.2	111	23.8

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar:

- Los hombres con circunferencia de cintura > 102 cm respecto a los que tenían mediciones ≤ 102 cm y la condición de adulto-adulto joven ($\chi^2=12.06$; $p=0.0005$) y adulto mayor-adulto joven ($\chi^2=8.78$; $p=0.0030$).
- Las mujeres con circunferencia de cintura > 88 cm respecto a los que tenían mediciones ≤ 88 cm y la condición de adulto-adulto joven ($\chi^2=120.15$; $p=0.0000$), adulto-adulto mayor ($\chi^2=8.97$; $p=0.0027$) y adulto mayor-adulto joven ($\chi^2=120.22$; $p=0.0000$).

Respecto a la escolaridad o máximo nivel académico alcanzado, en el caso de los hombres, a medida que aumentaba el nivel de escolaridad, había un incremento en el porcentaje de hombres con valores de circunferencia de cintura > 102 cm, el cual inició un descenso de 25.8% a 24.3% entre el nivel académico de técnico-I año de la universidad y el nivel universitario; no así en las mujeres, donde el porcentaje de mujeres con valores de circunferencia de cintura > 88 cm disminuía al aumentar el nivel de escolaridad (tabla No.41).

Tabla No.41

Población de 18 años y más por clasificación de los valores de circunferencia de cintura según escolaridad y sexo. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3509

Escolaridad	TOTAL		Sexo				Valores de circunferencia de cintura							
							Hombres				Mujeres			
			Hombres		Mujeres		Mayor de 102 cm		Menor o igual a 102 cm		Mayor de 88 cm		Menor o igual a 88 cm	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3509	100.0	1057	30.1	2452	69.9	191	18.1	866	81.9	1579	64.4	873	35.6
Nunca asistió	177	5.0	58	32.8	119	67.2	3	5.2	55	94.8	80	67.2	39	32.8
Primaria	1171	33.4	380	32.5	791	67.5	60	15.8	320	84.2	559	70.7	232	29.3
Secundaria	1457	41.5	414	28.4	1043	71.6	77	18.6	337	81.4	657	63.0	386	37.0
Técnico / 1 año de universidad	99	2.8	31	31.3	68	68.7	8	25.8	23	74.2	42	61.8	26	38.2
Universidad	513	14.6	148	28.8	365	71.2	36	24.3	112	75.7	203	55.6	162	44.4
Postgrado	55	1.6	9	16.4	46	83.6	0	0.0	9	100.0	22	47.8	24	52.2
No especificado	37	1.1	17	45.9	20	54.1	7	41.2	10	58.8	16	80.0	4	20.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Al analizar la variable en estudio (circunferencia de cintura) con el total de las personas que manifestaron su medio sociocultural según sexo, se evidenció que los hombres con mayor porcentaje de circunferencia de cintura > 102 cm (a excepción de los que eligieron la opción de respuesta “otros”) fueron los que se percibieron como afroamericanos (22.0%), seguido de los que se identificaron como mestizaje (20.1%), blancos (17.7%), asiáticos (16.7%) e indígenas (1.7%). Mediciones de circunferencia de cintura > 88 cm se encontraron en mayor porcentaje entre las mujeres afroamericanas (71.9%), seguidas de las que se percibieron como blancas (67.7%), mestizaje (64.0%), indígenas (51.0%) y las que se identificaron como asiáticas (33.3%), tabla No.42.

Tabla No.42

Población de 18 años y más por clasificación de los valores de circunferencia de cintura según medio sociocultural y sexo. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3509

Medio Sociocultural	TOTAL		Sexo				Valores de circunferencia de cintura							
							Hombres				Mujeres			
			Hombres		Mujeres		Mayor de 102 cm		Menor o igual a 102 cm		Mayor de 88 cm		Menor o igual a 88 cm	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3509	100.0	1057	30.1	2452	69.9	191	18.1	866	81.9	1579	64.4	873	35.6
Afroamericano	745	21.2	200	26.8	545	73.2	44	22.0	156	78.0	392	71.9	153	28.1
Mestizaje	1895	54.0	582	30.7	1313	69.3	117	20.1	465	79.9	840	64.0	473	36.0
Asiático	27	0.8	12	44.4	15	55.6	2	16.7	10	83.3	5	33.3	10	66.7
Indígena	378	10.8	117	31.0	261	69.0	2	1.7	115	98.3	133	51.0	128	49.0
Blanco	418	11.9	130	31.1	288	68.9	23	17.7	107	82.3	195	67.7	93	32.3
Otros	43	1.2	16	37.2	27	62.8	3	18.8	13	81.3	13	48.1	14	51.9
No especificado	3	0.1	0	0.0	3	100.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	2	66.7

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar:

- Los hombres con circunferencia de cintura > 102 cm respecto a los que tenían mediciones ≤ 102 cm y el medio sociocultural afroamericano-indígena ($\chi^2=22.89$; $p=0.0000$).
- Las mujeres con circunferencia de cintura > 88 cm respecto a los que tenían mediciones ≤ 88 cm y los medios socioculturales afroamericano-mestizaje ($\chi^2=10.54$; $p=0.0012$) y afroamericano-indígena ($\chi^2=33.25$; $p=0.0000$).

De acuerdo al total de hombres que reportaron su ingreso familiar mensual, el porcentaje de mediciones de circunferencia de cintura > 102 cm se incrementaban al aumentar el ingreso familiar mensual, no así en las mujeres, donde el 65.5% en promedio de todas las mujeres que reportaron su ingreso familiar mensual (desde B/.250 y menos hasta B/. 999) tenían valores de circunferencia de cintura > 88 cm, a excepción de las que indicaron un ingreso familiar mensual de B/.1000 – 1200 y de B/.1201 y más, donde 58.1% y 47.5%, respectivamente, presentaba esta condición (tabla No.43).

Tabla No.43

Población de 18 años y más por clasificación de los valores de circunferencia de cintura según ingreso familiar mensual y sexo. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3509

Ingreso familiar mensual (B/.)	TOTAL		Sexo				Valores de circunferencia de cintura							
			Hombres		Mujeres		Hombres				Mujeres			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Mayor de 102 cm		Menor o igual a 102 cm		Mayor de 88 cm		Menor o igual a 88 cm	
TOTAL	3509	100.0	1057	30.1	2452	69.9	191	18.1	866	81.9	1579	64.4	873	35.6
Menos de 250	1474	42.0	405	27.5	1069	72.5	37	9.1	368	90.9	700	65.5	369	34.5
De 250 a 300	635	18.1	173	27.2	462	72.8	31	17.9	142	82.1	302	65.4	160	34.6
De 301 a 600	755	21.5	258	34.2	497	65.8	61	23.6	197	76.4	319	64.2	178	35.8
De 601 a 999	257	7.3	102	39.7	155	60.3	28	27.5	74	72.5	104	67.1	51	32.9
De 1000 a 1200	137	3.9	51	37.2	86	62.8	14	27.5	37	72.5	50	58.1	36	41.9
1201 y más	103	2.9	44	42.7	59	57.3	18	40.9	26	59.1	28	47.5	31	52.5
No sabe / No trabaja	148	4.2	24	16.2	124	83.8	2	0.0	22	0.0	76	61.3	48	38.7

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

En todas las RS participantes en esta investigación, hubo más mujeres que hombres con valores de circunferencia de cintura superior al punto de corte establecido, siendo éstos de 68.4% en la RS de Colón, 67.3% Panamá Oeste, 64.9% Panamá Este, 64.3% San Miguelito y 60.7% la RS Metropolitana (gráfica No.30).

Índice de Masa Corporal (IMC)

De la totalidad de entrevistados (3590), se le midió el peso y la talla a 3573 personas (99.5%), a que se le calculó el IMC y se clasificó su estado nutricional. De éstos, 3 de cada 10 (35.4%, es decir 1266 personas) tenían un estado nutricional normal, 3 de cada 10 (34.7% ó 1239) estaban en sobrepeso, mientras que 27.1% (969) eran obesos (tabla No.44).

Gráfica No.30

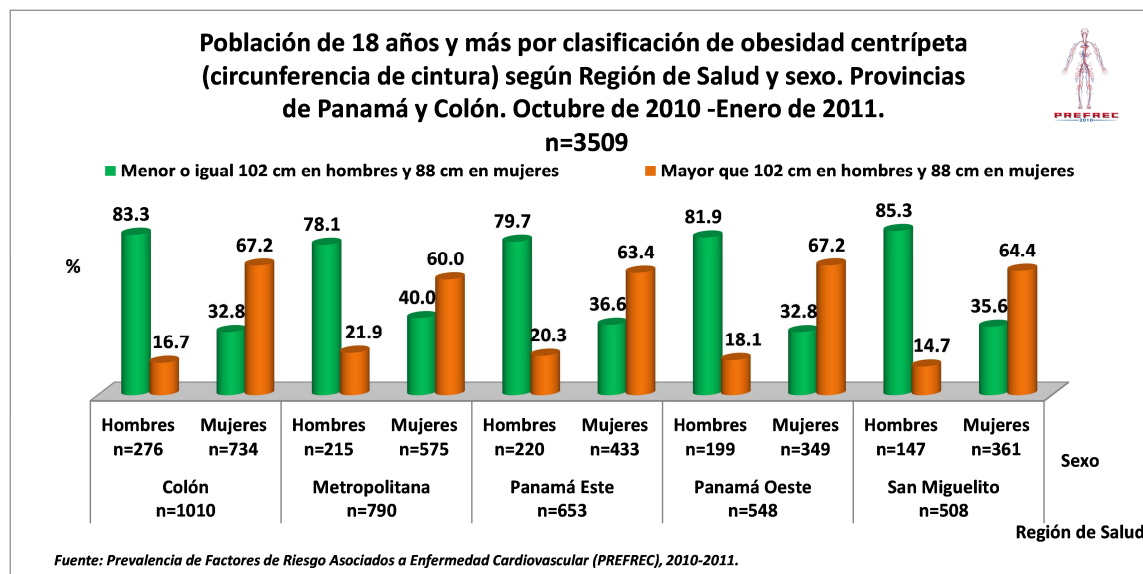


Tabla No.44

Población de 18 años y más según Índice de Masa Corporal y su clasificación. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.

n=3573

Índice de Masa Corporal (Kg/m ²)	Clasificación del Índice de Masa Corporal	TOTAL	
		Frecuencia	%
	TOTAL	3573	100.0
< 18.5	Bajo Peso	99	2.8
18.5 - 24.9	Normal	1266	35.4
25.0 - 29.9	Sobrepeso	1239	34.7
30.0 - 34.9	Obesidad (Grado I)	639	17.9
35.0 - 39.9	Obesidad (Grado II)	222	6.2
> 40.0	Obesidad (Grado III)	108	3.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Para este conjunto de valores del IMC, se obtuvieron los siguientes indicadores:

- Promedio: 27.23 Kg/m²
- Mediana: 26.55 Kg/m²
- Desviación estándar: 5.76

El valor mínimo fue 13.52 Kg/m², mientras que el máximo fue 62.84 Kg/m².

De acuerdo a las áreas de dominio de este estudio, 3 de cada 10 individuos residentes en el área urbana (34.3%), rural (35.1%) e indígena (34.0%) estaban en sobrepeso. En el caso de la obesidad, 3 de cada 10 entrevistados residentes en el área urbana (31.8% ó 534), 2 de cada 10 (24.0% o 405 personas) en el área rural y 1 de cada 10 (14.8% o 30 encuestados) en el área indígena presentaban un IMC $\geq$ 30 kg/m² (tabla No.45).

Tabla No.45

Población de 18 años y más por clasificación del Índice de Masa Corporal según área.
Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3573

Área	TOTAL		Clasificación del Índice de Masa Corporal											
			Bajo Peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad (Grado I)		Obesidad (Grado II)		Obesidad (Grado III)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3573	100.0	99	2.8	1266	35.4	1239	34.7	639	17.9	222	6.2	108	3.0
Urbana	1680	47.0	41	2.4	528	31.4	577	34.3	337	20.1	129	7.7	68	4.0
Rural	1690	47.3	54	3.2	638	37.8	593	35.1	276	16.3	90	5.3	39	2.3
Indígena	203	5.7	4	2.0	100	49.3	69	34.0	26	12.8	3	1.5	1	0.5

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el estado nutricional de sobrepeso y normal entre las áreas urbano-indígena ($\chi^2=7.15$; $p=0.0075$). Al comparar el estado nutricional de obesidad y normal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al relacionar todas las áreas:

- Urbano-rural: $\chi^2=27.47$; $p=0.0000$.
- Urbano-indígena: $\chi^2=33.61$; $p=0.0000$.
- Rural-indígena: $\chi^2=11.63$; $p=0.0006$.

Según la clasificación de adultez, del total de adultos jóvenes cerca de 3 de cada 10 (27.7%, es decir, 203) registraron un IMC entre 25 y 29.9 Kg/m² (sobrepeso), así como cerca de 4 de cada 10 del total de adultos (37.4% ó 770) y 3 de cada 10 (34.0%) de la totalidad de adultos mayores (266), tabla No.46.

Tabla No.46

Población de 18 años y más por clasificación del Índice de Masa Corporal según clasificación de adultez. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3573

Clasificación de adultez	TOTAL		Clasificación del Índice de Masa Corporal											
			Bajo Peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad (Grado I)		Obesidad (Grado II)		Obesidad (Grado III)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3573	100.0	99	2.8	1266	35.4	1239	34.7	639	17.9	222	6.2	108	3.0
Adulto joven	732	20.5	39	5.3	358	48.9	203	27.7	94	12.8	23	3.1	15	2.0
Adulto	2059	57.6	29	1.4	603	29.3	770	37.4	433	21.0	150	7.3	74	3.6
Adulto mayor	782	21.9	31	4.0	305	39.0	266	34.0	112	14.3	49	6.3	19	2.4

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar:

- El estado nutricional de sobrepeso y normal entre las condiciones de adulto-adulto joven ($\chi^2=62.27$; $p=0.0000$), adulto-adulto mayor ($\chi^2=14.23$; $p=0.0002$) y adulto mayor-adulto joven ($\chi^2=12.19$ $p=0.0005$).

- El estado nutricional de obesidad y normal entre las condiciones de adulto-adulto joven ($\chi^2=89.50$; $p=0.0000$), adulto-adulto mayor ($\chi^2=31.05$; $p=0.0000$) y adulto mayor-adulto joven ($\chi^2=11.13$; $p=0.0008$).

Al evaluar la variable género (sexo), el análisis de acuerdo a la totalidad de hombres y mujeres a los que se les midió el peso y la talla (1067 y 2506, respectivamente), refleja que hubo más hombres (35.1%) que mujeres (34.5%) con sobrepeso, mientras que para el $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obesidad) fueron más las mujeres (30.9%) que los hombres (18.3%), tabla No.47, presentando en ambos casos diferencias estadísticamente significativas:

- Sobrepeso: $\chi^2=14.40$; $p=0.0001$.
- Obesidad: $\chi^2=77.66$; $p=0.0000$.

Tabla No.47

Población de 18 años y más por clasificación del Índice de Masa Corporal según sexo.
Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.

n=3573

Sexo	TOTAL		Clasificación del Índice de Masa Corporal											
			Bajo Peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad (Grado I)		Obesidad (Grado II)		Obesidad (Grado III)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3573	100.0	99	2.8	1266	35.4	1239	34.7	639	17.9	222	6.2	108	3.0
Hombre	1067	29.9	24	2.2	474	44.4	374	35.1	151	14.2	29	2.7	15	1.4
Mujer	2506	70.1	75	3.0	792	31.6	865	34.5	488	19.5	193	7.7	93	3.7

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Para los hombres, se obtuvieron los siguientes indicadores del conjunto de valores del IMC:

- Promedio: 25.99 Kg/m^2
- Mediana: 25.37 Kg/m^2
- Desviación estándar: 5.03

El valor mínimo fue 16.29 Kg/m^2 , mientras que el máximo fue 61.35 Kg/m^2 .

En el caso de las mujeres, los indicadores antes mencionados fueron:

- Promedio: 27.75 Kg/m^2
- Mediana: 27.05 Kg/m^2
- Desviación estándar: 5.98

El valor mínimo fue 13.52 Kg/m^2 , mientras que el máximo fue 62.84 Kg/m^2 .

De acuerdo a la clasificación del IMC, la obesidad estuvo presente en 15.3% (28) del total de personas que nunca asistió a la escuela, así como en el 39.4% (13) de los que no especificaron su nivel académico alcanzado (tabla No.48). Entre las personas que reportaron algún nivel de escolaridad, el $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ se registró en:

- 1 de cada 4 (25% ó 299) de los que señalaron un nivel educativo primario.
- Cerca de 3 de cada 10 (29.6% ó 441) de los que reportaron estudios secundarios.
- 3 de cada 10 (34.7% ó 35) de los individuos que alcanzaron el nivel técnico o I año de la Universidad.

- 26.8% (139) de las personas con nivel educativo universitario.
- 2 de cada 10 (22.6% ó 14) de los que indicaron tener un nivel educativo de postgrado.

Tabla No.48

Población de 18 años y más por clasificación del Índice de Masa Corporal según sexo.

Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.

n=3573

Escolaridad	TOTAL		Clasificación del Índice de Masa Corporal											
			Bajo Peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad (Grado I)		Obesidad (Grado II)		Obesidad (Grado III)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3573	100.0	99	2.8	1266	35.4	1239	34.7	639	17.9	222	6.2	108	3.0
Nunca asistió	183	5.1	11	6.0	84	45.9	60	32.8	19	10.4	8	4.4	1	0.5
Primaria	1185	33.2	31	2.6	449	37.9	406	34.3	197	16.6	67	5.7	35	3.0
Secundaria	1491	41.7	45	3.0	504	33.8	501	33.6	281	18.8	110	7.4	50	3.4
Técnico / 1 año de la Universidad	101	2.8	0	0.0	32	31.7	34	33.7	21	20.8	8	7.9	6	5.9
Universidad	518	14.5	11	2.1	166	32.0	202	39.0	102	19.7	23	4.4	14	2.7
Postgrado	62	1.7	0	0.0	21	33.9	27	43.5	10	16.1	3	4.8	1	1.6
No especificado	33	0.9	1	3.0	10	30.3	9	27.3	9	27.3	3	9.1	1	3.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Al analizar la variable en estudio (IMC) con total de las personas que manifestaron su medio sociocultural, se evidenció que el mayor porcentaje de individuos con sobrepeso estuvo entre los que se percibieron como blancos (36.7%), seguido de los que se identificaron como mestizaje (35.3%), indígenas (35.1%), afroamericanos (32.8%) y asiáticos con un 29.6%. En el caso de la obesidad, esta condición estuvo presente en mayores porcentajes entre los afroamericanos (36.6% ó 276 personas), mestizaje (26.8% o 516 individuos) y los que se identificaron como blancos (25.2% o 108 entrevistados). El detalle de los resultados, se presenta en la tabla No.49.

Tabla No.49

Población de 18 años y más por clasificación del Índice de Masa Corporal según medio

sociocultural. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.

n=3573

Medio sociocultural	TOTAL		Clasificación del Índice de Masa Corporal											
			Bajo Peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad (Grado I)		Obesidad (Grado II)		Obesidad (Grado III)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3573	100.0	99	2.8	1266	35.4	1239	34.7	639	17.9	222	6.2	108	3.0
Afroamericano	754	21.1	9	1.2	222	29.4	247	32.8	169	22.4	65	8.6	42	5.6
Mestizaje	1928	54.0	57	3.0	675	35.0	680	35.3	342	17.7	120	6.2	54	2.8
Asiático	27	0.8	1	3.7	14	51.9	8	29.6	2	7.4	2	7.4	0	0.0
Indígena	390	10.9	18	4.6	179	45.9	137	35.1	48	12.3	7	1.8	1	0.3
Blanco	428	12.0	12	2.8	151	35.3	157	36.7	70	16.4	27	6.3	11	2.6
Otros	43	1.2	2	4.7	24	55.8	9	20.9	7	16.3	1	2.3	0	0.0
No especificado	3	0.1	0	0.0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0.0	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el estado nutricional de obesidad y normal entre los afroamericanos y los identificados como

mestizaje ($\chi^2=20.15$; $p=0.0000$), así como entre los afroamericanos e indígenas ($\chi^2=63.04$; $p=0.0000$) y los afroamericanos y blancos ($\chi^2=12.29$; $p=0.0004$).

De acuerdo al total de individuos que reportaron su ingreso familiar mensual, el estado nutricional de obesidad se presentó en mayor porcentaje entre las personas con ingresos menores a B/.250 (37.2% o 360 entrevistados), 24.6% (238) entre quienes indicaron un ingreso mensual entre B/.301 a B/.600, mientras que cerca de 2 de cada 10 (19.8% o 192 encuestados) tenían ingresos entre B/.250 a B/.300 (tabla No.50).

Tabla No.50

Población de 18 años y más por clasificación del Índice de Masa Corporal según ingreso familiar mensual. Provincias de Panamá y Colón. Octubre de 2010 – Enero de 2011.
n=3573

Ingreso familiar mensual	TOTAL		Clasificación del Índice de Masa Corporal											
			Bajo Peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad (Grado I)		Obesidad (Grado II)		Obesidad (Grado III)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3573	100.0	99	2.8	1266	35.4	1239	34.7	639	17.9	222	6.2	108	3.0
Menos de 250	1499	42.0	58	3.9	615	41.0	466	31.1	229	15.3	85	5.7	46	3.1
De 250 a 300	646	18.1	9	1.4	209	32.4	236	36.5	116	18.0	53	8.2	23	3.6
De 301 a 600	771	21.6	14	1.8	234	30.4	285	37.0	169	21.9	43	5.6	26	3.4
De 601 a 999	263	7.4	2	0.8	70	26.6	112	42.6	49	18.6	21	8.0	9	3.4
De 1000 a 1200	136	3.8	4	2.9	38	27.9	53	39.0	27	19.9	11	8.1	3	2.2
1201 y más	106	3.0	1	0.9	37	34.9	43	40.6	21	19.8	4	3.8	0	0.0
No sabe / No trabaja	152	4.3	11	7.2	63	41.4	44	28.9	28	18.4	5	3.3	1	0.7

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el estado nutricional de obesidad y normal respecto al percibir un ingreso familiar mensual mayor de B/.601 con relación a los que percibían B/.600 y menos [$\chi^2=5.06$; $p=0.0244$; O.R.=1.34 (LC 1.04 – 1.72)].

En todas las RS participantes de esta investigación, el estado nutricional de sobrepeso y obesidad estuvo presente en más del 50% de los entrevistados. La condición de obesidad fue superior en la RS de Colón (32.3%), seguido de la RS de San Miguelito (29.2%), la RS Metropolitana (25.2%), Panamá Oeste (23.3%) y Panamá Este (23.1%), gráfica No.31.

Circunferencia de Cintura según Índice de Masa Corporal

Cerca de 2 de cada 10 (19.4% o 40) de los 191 hombres en los que los valores de circunferencia de cintura fueron > 102 cm tenían sobrepeso y 8 de cada 10 (80.6%, es decir 154 hombres) registraron un IMC ≥ 30 kg/m² (obesidad). De las 1579 mujeres con circunferencia de cintura > 88 cm, 4 de cada 10 (43.1% ó 680) tenían sobrepeso, mientras que 46.9% (741) obesidad, tabla No.51.

Gráfica No.31

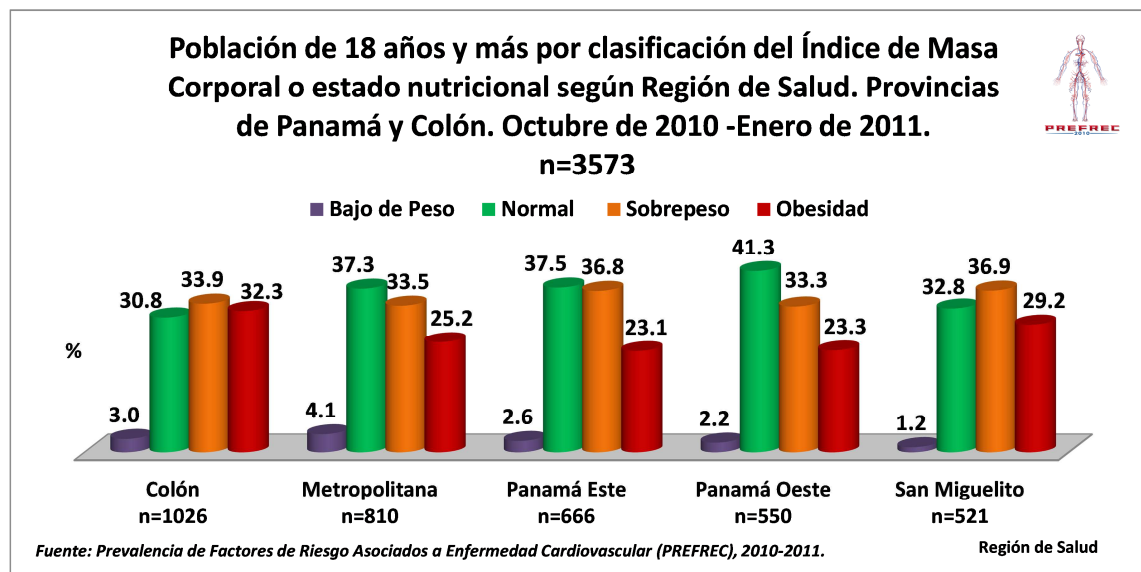


Tabla No.51

Población de 18 años y más por clasificación de los valores de circunferencia de cintura según clasificación del Índice de Masa Corporal y sexo. Provincias de Panamá y Colón.
Octubre de 2010 – Enero de 2011.

n=3509

Clasificación del Índice de Masa Corporal	TOTAL		Sexo				Valores de circunferencia de cintura							
			Hombres		Mujeres		Hombres				Mujeres			
							Mayor de 102 cm		Igual o menor de 102 cm		Mayor de 88 cm		Igual o menor de 88 cm	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	3509	100.0	1057	30.1	2452	69.9	191	18.1	866	81.9	1579	64.4	873	35.6
Bajo de Peso	97	2.8	22	22.7	75	77.3	0	0.0	22	100.0	0	0.0	75	100.0
Normal	1243	35.4	471	37.9	772	62.1	0	0.0	471	100.0	156	20.2	616	79.8
Sobrepeso	1217	34.7	371	30.5	846	69.5	37	10.0	334	90.0	680	80.4	166	19.6
Obesidad	950	27.1	193	20.3	757	79.7	154	79.8	39	20.2	741	97.9	16	2.1
No especificado	2	0.1	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0

Fuente: Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), 2010-2011.