

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICE RECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DOCTORADO EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN SALUD INTERNACIONAL

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y DIMENSIÓN CULTURAL DE
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO Y OBESIDAD
DEL CORREGIMIENTO DE MONAGRILLO PROVINCIA DE HERRERA,
PANAMÁ, 2015.

AUTORA: MAGALI M. DÍAZ AGUIRRE

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. LYDIA GORDÓN DE ISAACS

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
GRADO DE DOCTORA EN ENFERMERÍA CON ENFASIS EN SALUD
INTERNACIONAL

PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ

2018

DEDICATORIA

Sin mi familia... No tendría asidero. Son ustedes los que me mueven. Son mi nicho, mi refugio, mi todo.

Este logro, meta y sueño va dedicado a tres seres que amo, más allá de mis fuerzas...

A Martín mi esposo.... Sigues siendo el regalo que la vida me debía. Tu amor no tiene límites.

A Martín mi hijo.... Cumpló lo que me recordaste una madrugada de desasosiego: "...*mamá, me enseñaste que lo que se inicia se termina.... Tienes que terminar....*" termino hijo mío.

A mi nieto Martín Andrés...Eres esa luz que da el norte a tus padres y a tus "Abues"....

Sé que este ejemplo te servirá para fijarte metas y sobre todo, a luchar con pasión para cumplirlas.

También se lo dedico a:

Mi Madre, Juana Francisca Aguirre,... Maji... Valió la pena el trabajo con tus manos.

Mi querida Hermana Bety, guía intelectual y asesora incansable.

Mi Tía Querida Berta Elida.... donde estés... sé que estarás felizzzz. Apostaste a mí y no te defraudé....

Y muy especialmente a Paola Andrea.... un ejemplo a seguir, la resiliencia tangible, la guerrera, una luz.... Cambiaste las velas a favor de tu destino.... fuente de inspiración.

Gracias Infinitas,

Maga

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo agradecimiento a mi asesora: Dra. Lydia Gordón de Isaacs, quien es uno de mis referentes como profesional; por su asesoría, su empuje, fuerza y tolerancia.

A la Dra. Martha Lucía Alzate y el Prof. Luis Carlos Trujillo tutores de la pasantía en la Universidad Nacional de Colombia, por sus valiosos y atinadísimos consejos y aportes.

A Zuly y Edgardo, dos talentosos jóvenes de la Universidad Nacional de Colombia, quienes fueron mis apoyos con el uso del Programa NVivo.

A Yodalis López de Batista, por ese apoyo incansable, oportuno y siempre solidario.

A los jóvenes informantes claves y sus familias, por dejarme entrar a sus vidas.

A mi maestra de siempre, Doña Ángela Rodríguez, ese ángel que todos necesitamos.

A mi Compadre y amigo Dr. Pablo Emilio De Arco por siempre apoyarme en mis luchas.

A mis compañeras del Departamento de Salud Pública y de la Secretaria Nacional de Discapacidad, por su voz de aliento y apoyo incondicional.

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Página
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice general	iv
Índice de cuadros	xi
Índice de figuras	xiii
Índice de anexos	xv
Abreviaturas utilizadas	xvi
Resumen	1
Summary	2
Introducción	3
1.0 Marco Conceptual	7
1.1 Antecedentes del fenómeno de la obesidad	7
1.1.1 Comportamiento global	9
1.1.2 Algunos datos de la región	11
1.1.3 Perfil epidemiológico del sobrepeso y obesidad en Panamá.....	13
1.2 Preguntas de la investigación	14
1.2.1 Cuantitativa	14
1.2.2 Cualitativa	14
1.3 Justificación.....	14
1.4 Objetivos	17
1.4.1 Objetivos generales	17
1.4.2 Objetivos específicos	18
1.5 Variables del estudio	18

1.5.1 Etapa Cuantitativa.....	18
1.5.1.1 Definiciones conceptuales-operacionales	21
1.5.2 Etapa Cualitativa	24
1.5.2.1 Definiciones Orientadoras.....	24
1.5.2.2 Premisas o supuestos	26
1.6 Hipótesis.....	26
2.0 Fundamentos Teóricos	28
2.1 Definición de sobrepeso y obesidad.....	28
2.2 Adolescencia, sobrepeso y obesidad	30
2.3 Entorno Cultural, adolescencia, sobrepeso y obesidad	33
2.3.1. Entorno comunitario	36
2.3.1.1. La comunidad de Monagrillo	37
2.3.2. Entorno escolar.....	39
2.3.2.1. Escuela Segundo Familiar Cano	41
2.3.3 Entorno familiar:	41
2.4. Factores asociados al sobrepeso y obesidad.....	43
2.4.1. Inicio de la vida sexual temprana	43
2.4.2. Clase social, sobrepeso y obesidad	45
2.4.3. Sedentarismo	46
2.4.4. Hábitos alimenticios insanos.....	47
2.4.5. Relaciones familiares y la alimentación.....	48
2.4.5.1. Relaciones familiares funcionales.....	49
2.4.5.2. Relaciones familiares disfuncionales	49
2.4.6. Auto concepto – imagen corporal	51
2.4.7. Metas y aspiraciones	52
2.4.8. Oferta alimentaria en escuelas.....	52
2.4.9. Educación alimentaria	53

2.5. Modos de vida, sobrepeso y obesidad	54
2.5.1. Lugar de residencia	54
2.5.2. Influencia de las mujeres en los modos de vida.....	56
2.5.2.1. Rol de las abuelas y bisabuelas	56
2.5.2.2. Influencia de las mujeres en la alimentación	57
2.5.2.3. Las mujeres administradoras del hogar	58
2.5.3. Machismo.....	59
2.5.4. Autogestión	60
2.5.4.1. Relación: ingresos económicos - estado de salud	60
2.5.5. Cuidado de los enfermos.....	61
2.5.6. Consumo de alimentos insanos	62
2.5.7. Estigma – discriminación, sobrepeso y obesidad.....	63
2.5.8. Incumplimiento del plan terapéutico.....	64
2.5.9. Comer en exceso	64
2.6. Significados	65
2.6.1. Percepción de la imagen corporal del joven con sobrepeso o con obesidad.....	65
2.6.2. El conocimiento de sobrepeso y obesidad.....	66
2.6.3. El concepto de la muerte	67
2.6.3.1. Creer en la vida después de la muerte.....	68
2.7. La Teoría del Cuidado Cultural de Leininger	68
2.7.1. Bases filosóficas.....	69
3.0 Metodología	73
3.1. Tipo de estudio.....	73
3.1.1. Etapa cuantitativa	73
3.1.1.1. Fundamentos Filosóficos	74
3.1.1.2. Muestra.....	77

3.1.1.2.1. Tipo de Muestreo	77
3.1.1.2.2. Marco Muestral	77
3.1.1.2.3. Tamaño de la Muestra.....	78
3.1.1.3. Procedimiento para la recolección de datos	78
3.1.1.3.1. Instrumentos.....	78
3.1.1.3.2. Procedimiento	86
3.1.1.4. Plan de análisis de los Datos	86
3.1.1.5. Consideraciones éticas	89
3.1.2. Etapa Cualitativa	89
3.1.2.1. Paradigma.....	89
3.1.2.2. Método	90
3.1.2.3. Informantes claves y generales	92
3.1.2.4. Técnica de recolección de datos.....	92
3.1.2.4.1. Entrevista a profundidad	94
3.1.2.5. Procedimiento para la recolección de datos	95
3.1.2.6. Rigor científico.....	96
3.1.2.7. Análisis de los datos.....	97
3.1.2.8. Consideraciones éticas	99
3.1.3. Diseño mixto de la investigación	100
3.1.3.1. Esquema del diseño mixto	101
4.0 Resultados	104
4.1 Resultados Cuantitativos	104
4.1.1. Variable: edad y sexo	104
4.1.2. Variable: consumo de alimentos	111
4.1.2.1. Protector 1	113
4.1.2.2. Protector 2	113
4.1.2.3. Protector 3	113

4.1.2.4 Riesgo 1.....	113
4.1.2.5 Riesgo 2.....	114
4.1.3 Sedentarismo	116
4.2 Resultados cualitativo	120
4.2.1 Tema 1: El entorno cultural predispone al sobrepeso y obesidad.	124
4.2.1 Patrón 1: Práctica de consumir alcohol en las actividades culturales de la comunidad.....	124
4.2.1.2. Patrón 2: Fe religiosa y en las ánimas. Se cree en la ayuda de miembros de la familia fallecidos.....	126
4.2.2 Tema 2: Factores de riesgo y protectores de los adolescentes asociados al sobrepeso y obesidad	128
4.2.2.1 Patrón 3: Inicio de actividad sexual a tempranas edades en adolescentes con sobrepeso y obesidad lo que los lleva a uso de métodos anticonceptivos.	128
4.2.2.2 Patrón 4: Asociación de la obesidad con la clase social, asociación de pobreza con sobrepeso y obesidad	129
4.2.2.3 Patrón 5: Sedentarismo asociado a la adicción a los juegos y a las otras herramientas tecnológicas y nula actividad física.....	130
4.2.2.4 Patrón 6: Hábitos alimenticios insanos, la práctica de saltarse una comida por voluntad.....	133
4.2.2.5 Patrón 7: Tendencia social a la disfuncionalidad familiar en los hogares de jóvenes con sobrepeso y obesidad	133
4.2.2.6 Patrón 8: Metas y aspiraciones poco definidas	139
4.2.2.7 Patrón 9: Relaciones familiares funcionales caracterizadas por el afecto y apoyo para fomentar buenas prácticas alimentarias	140

4.2.2.8 Patrón 10: Auto concepto positivo.....	142
4.2.2.9 Patrón 11: Metas y aspiraciones claras	143
4.2.2.10 Patrón 12: Implementación de alimentos sanos en la escuela	144
4.2.2.11 Patrón: 13: Orientación nutricional como estrategia para lograr hábitos alimenticios	145
4.2.3 Tema 3: Modos de vida asociados al sobrepeso y obesidad	146
4.2.3.1 Patrón 14: Asociación de obesidad con vivir en Monagrillo por los hábitos alimenticios.....	146
4.2.3.2 Patrón 15: Influencia de las mujeres en la alimentación. Las mamás, abuelas y bisabuelas deciden los patrones de Alimentación	147
4.2.3.3. Patrón 16: Sociedad culturalmente machista, conflicto en la relación de poder	150
4.2.3.4 Patrón 17: Práctica de generar ingresos por autogestión	151
4.2.3.5 Patrón 18: Las mujeres como administradoras y proveedoras del hogar lo que cambia la relación de poder.....	151
4.2.3.6 Patrón 19: Relación ingresos económicos con estado de salud	153
4.2.3.7 Patrón 20: Prácticas relacionadas con el cuidado de los enfermos.	153
4.2.3.8 Patrón 21: Práctica de consumir alimentos insanos por su bajo costo y accesibilidad	155
4.2.3.9 Patrón 22: Práctica de acciones discriminatorias hacia las personas obesas y con sobrepesos.....	156
4.2.3.10. Patrón 23: Práctica de interrumpir el tratamiento de los jóvenes con sobrepeso y obesidad por poco apoyo familiar	158
4.2.3.1.1. Patrón 24: Práctica de comer excesivamente, asociada alguna	

Veces, a estados anímicos	159
4.2.4 Tema 4: Significados asociados al sobrepeso y obesidad en los Adolescentes	161
4.2.4.1 Patrón 25: Percepción de sí mismo de los jóvenes con sobrepeso y obesidad, no se consideran obesos por desconocimiento de la Enfermedad	161
4.2.4.2 Patrón 26: Modificación de estilos de vida, evitando consumo de alimentos insanos	164
4.2.4.3. Patrón 27: Conocimiento del sobrepeso y obesidad	165
4.2.4.4 Patrón 28: Práctica de evocar ayuda de los seres queridos que han muerto, creencia de que los familiares muertos pueden comunicarse con ellos	166
4.2.4.5. Patrón 29: Conceptualización y Rechazo a la Muerte	167
4.2.4.6 Patrón 30: Visión y Concepto del Mundo.....	168
5.0 Discusión / Análisis Mixto.....	169
5.1 Un Abordaje Diferente al Fenómeno del Sobrepeso y Obesidad	194
6.0 Discusión de la propuesta basada en resultados: una Política Pública ..	201
6.1. Una Política Pública con Enfoque cultural para el Sobrepeso y Obesidad.....	204
7.0 Conclusiones	213
8.0 Recomendaciones	219
9.0 Bibliografía	221
10.0 Anexos.....	236

INDICE DE CUADROS

Cuadro N°	Página
N°1: DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN. MARZO 2017.....	21
N° 2: ADOLESCENTES MATRICULADOS POR SEXO SEGUN GRADO. COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO. CORREGIMIENTO DE MONAGRILLO, PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2014.	77
N° 3: RESUMEN DEL PLAN DE ANÁLISIS POR VARIABLES. TIPO DE TABLA/ANÁLISIS. PRUEBAS ESTADÍSTICAS. MARZO 2014.....	88
N° 4: ESTUDIANTES POR EDAD. SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL. COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO. MONAGRILLO, PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2015.....	104
N° 5: RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA VARIABLE OBESIDAD Y SOBREPESO SEGÚN EDAD.	107
N° 6: ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR EDAD SEGÚN SEXO. COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO. MONAGRILLO, PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2014.	107
N° 7: RESUMEN ESTADÍSTICO: ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR SEXO SEGÚN EDADES AGRUPADAS.....	109
N° 8: RESUMEN ESTADÍSTICO DE LOS ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR EDAD Y SEXO	110
N° 9: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS PROTECTORES Y DE RIESGOS. POR ESTADO NUTRICIONAL. COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO. MONAGRILLO, PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2014.....	111
N° 10: RESUMEN ESTADÍSTICO DE LOS ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS PROTECTORES Y DE RIESGO.	115
N° 11: ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR SEDENTARISMO Y SEGÚN EDAD. COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO DE MONAGRILLO. MONAGRILLO, PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2014	116

N° 12. RESUMEN ESTADÍSTICO DE LOS ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR SEDENTARISMO.	117
N° 13: RESUMEN ESTADÍSTICO DE LAS VARIABLES SEDENTARISMO Y SEXO.	118
N° 14: RESUMEN ESTADÍSTICO DE LAS VARIABLES SEDENTARISMO Y EDAD.....	119

INDICE DE FIGURAS

FIGURAS	Página
N° 1: ESQUEMA DE VARIABLES	20
N° 2: AMBIENTE OBESOGÉNICO	29
N° 3: MAPA DEL CORREGIMIENTO DE MONAGRILLO, DISTRITO DE CHITRÉ, PROVINCIA DE HERRERA, PANAMÁ.....	37
N° 4: COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO. CORREGIMIENTO DE MONAGRILLO, DISTRITO DE CHITRÉ, PROVINCIA DE HERRERA, PANAMÁ.....	41
N° 5: ETAPAS DEL ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN.	100
N° 6: DISEÑO MIXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	103
N°7: ESTUDIANTES POR ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EDAD. COLEGIO SECUNDARIO SEGUNDO FAMILIAR CANO DE MONAGRILLO. MONAGRILLO, PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2014	105
N° 8: ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR SEXO Y SEGÚN SEXO. COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO. MONAGRILLO. PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2015.....	108
N° 9: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS ROTECTORES Y DE RIESGOS, POR ESTADO NUTRICIONAL. COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO MONAGRILLO, PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2015.....	112
N° 10: ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR SEDENTARISMO Y SEGÚN EDAD. COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO. MONAGRILLO, PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2015.	117
N° 11: ANÁLISIS POR CONGLOMERADO Y SIMILITUD DE PALABRAS.....	121
N° 12: NUBE DE PALABRAS DE INFORMANTES CLAVES.....	122
N° 13: NUBE DE PALABRAS DE INFORMANTES GENERALES	123
N° 14: DIAGRAMA FAMILIAR EN EXPEDIENTES DE JÓVENES	

CON SOBREPESO Y OBESIDAD.....	134
N° 15: LOCALIZACION DE LAS FONDAS PERMANENTES EN MONAGRILLO. MAYO 2018.....	181
N° 16: MODELO DEL SOL NACIENTE.....	196
N° 17: DECISIONES Y ACCIONES DE CUIDADO.	199
N° 18: MODELO PARA EL DESARROLLO DE UNA POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE: DE LA EVIDENCIA A LA POLÍTICA.	201
N° 19: RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS COMUNES ENCONTRADOS EN EL ESTUDIO Y ELEMENTOS QUE DEBE TENER LA POLÍTICA PÚBLICA EN EL TEMA SOBREPESO Y OBESIDAD.	209

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS	Página
N° 1: ACUERDOS DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO	236
N° 2: CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA	238
N° 3: INSTRUCTIVO PARA LA ENCUESTA DE FRECUENCIA DE CONSUMO	241
N° 4: ANÁLISIS DE ENCUESTA DE FRECUENCIA DE CONSUMO.....	242
N° 5: GRAFICA DE ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN I.M.C. DE MUJERES.....	243
N° 6: GRÁFICA DE ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN I.M.C DE HOMBRES	245
N° 7: MEDICIÓN DE COMPORTAMIENTO DE ALIMENTACIÓN	247

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AUP:	Alimentos Ultra Procesados.
BM:	Banco Mundial.
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina.
ECNT:	Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
ENT:	Enfermedades No Transmisibles.
ENV:	Encuestas de Niveles de Vida.
EVS:	Estilos de Vida Saludable.
IMC:	Índice de Masa Corporal.
INCAP:	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas.
IPAQ:	Cuestionario Internacional de Actividades Físicas. Formato Corto.
MINSA:	Ministerio de Salud.
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONU:	Organización de las Naciones Unidas.
OPR:	Observación, Participación y Reflexión.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
PSE:	Programa de Salud Escolar.
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

RESUMEN

El sobrepeso y obesidad son considerados una de las epidemias del siglo y un problema de salud pública. En el mundo, se estiman más de 1600 millones de adultos con sobrepeso y obesidad, que son causa y efecto de múltiples patologías. En Panamá, este problema va en aumento, por lo que se hace urgente nuevas formas de investigación y de abordaje. Esta investigación, realizada con adolescentes de 15 a 19 años de edad del Corregimiento de Monagrillo, provincia de Herrera, tuvo como objetivo determinar los factores asociados al sobrepeso y obesidad y describir su dimensión cultural, es decir los valores, creencias, significados y modos de vida relacionados a la salud y bienestar de los adolescentes con sobrepeso y obesidad de la escuela Segundo Familiar Cano de Monagrillo.

La investigación utiliza un método mixto, secuencial de dos etapas, con el estatus dominante de lo cualitativo. En la fase cuantitativa se realizó el análisis de riesgo, en 958 estudiantes y en la fase cualitativa nos basamos en la teoría del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, (1991; 2006), utilizando sus facilitadores. Se entrevistaron, a profundidad, a 4 jóvenes obesos y siete informantes generales; además, se analizaron los contenidos de los expedientes de jóvenes con sobrepeso y obesidad.

Los resultados de la primera etapa demuestran que la prevalencia de sobrepeso y obesidad, supera la del nivel nacional, siendo del 16.9%, con mayor frecuencia en el sexo femenino, en las edades de 16 y 17 años, asociadas al sedentarismo, (70%) y consumo de alimentos insanos, (98%). Se encontraron cuatro grandes temas, y 30 patrones culturales relacionados a la salud de los jóvenes estudiados, resaltándose la relación de los aspectos culturales tales como: la preparación de los alimentos, el papel de las mujeres, sobre todo las abuelas, hogares disfuncionales en las familias de los jóvenes con el fenómeno y muy poca actividad física. Con los insumos de este estudio, se proponen las bases para una política pública que de manera integral, y basada en cuidados culturalmente congruentes se consideren viables.

Palabras clave: Sobrepeso, Obesidad, Leininger, dimensión cultural, adolescentes, Monagrillo.

SUMMARY

Overweight and obesity are a cause of the epidemics of the century and a public health problem. In the world it is estimated more than 1,600 million adults with overweight and obesity, which are cause and effect of multiple pathologies. In Panama, this problem is increasing, which is why new forms of research and approaches are urgently needed. This research was conducted with adolescents from 15 to 19 years of age. Corregimiento de Monagrillo, province of Herrera. The health and well-being of adolescents with overweight and obesity at the Segundo Familiar Cano de Monagrillo school

The investigation is mixed method, sequential of two stages, with a dominant status of the qualitative. In the quantitative phase the risk analysis was carried out, in 958 students and in the qualitative phase we based on the theory of cultural care of Madeleine Leininger, (1991; 2006), using its facilitators. Four obese youngsters and seven general informants were interviewed in depth, and they also analyzed the contents of the dossiers of overweight and obese young people.

The results show that the prevalence of overweight and obesity, exceeds that of the national level, being 16.9%, more frequently in the female sex, in the ages of 16 and 17 years, associated with sedentary lifestyle, (70%) and consumption of unhealthy foods, (98%). Four main themes were found and 30 patterns, highlighting the relationship of cultural aspects such as: the preparation of food, the role of women especially grandmothers, dysfunctional homes in the families of young people with the phenomenon, and very little physical activity. With the inputs of this study, propose the bases for a public policy that in an integral way, and based on culturally congruent care, is viable.

Key words: Overweight, Obesity, Leininger, culture dimension, adolescents, Monagrillo.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadena causal compleja, de etiología multifactorial, allí interactúan factores genéticos, sociales, ambientales y culturales, incluyendo estilos de vida. Existen los determinantes sociales, políticos y económicos, (Rivera Dommarco, Hernández, Aguilar, Vadillo, Murayama, 2012), considerados por los organismos rectores de la Salud pública del mundo, (OMS, 2011) y por los gobiernos de países y locales, (MINSA, 2011), como uno de los problemas de salud pública más importante; no solo por su alta prevalencia en todos los grupos etáreos (MINSA, 2012), sino por las repercusiones que este padecimiento tiene. Esta situación está asociada causalmente con la pérdida de la salud y un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemias, problemas osteomusculares y cardiovasculares (especialmente cardiopatías isquémicas y los infartos cerebrales) entre otras, (Rivera Dommarco, et al. 2012).

El sobrepeso y la obesidad son condiciones de salud, que pueden limitar la actividad y la participación de las personas, ya sea por barreras actitudinales, arquitectónicas o culturales. Para La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, (CIF, 2002), el obeso tiene una discapacidad. Este binomio: Discapacidad/obesidad, cada vez es más frecuente, y a edades más tempranas, lo que disminuye la calidad y cantidad de vida de la población.

Es difícil el manejo de la obesidad. En primera instancia, para muchas personas e incluso para la sociedad esta no es considerada una enfermedad ya que culturalmente una persona con “algunas libras de más o rellenita” es sana o bella. El o la obesa al no percibirla como tal, no busca mejorar su salud, por tanto, no practica modos de vida saludables.

Esta investigación se desarrolla con un paradigma mixto, puesto que combinamos las técnicas de investigación, métodos, enfoques, conceptos y lenguajes cuantitativos y cualitativos en un solo estudio, (Johnson y Onwuegbuzie, 2004). La obesidad, casi siempre, ha sido investigada bajo el enfoque biologista y económico; estudiándose los factores biológicos y sociales que la determinan, pero no se ha dado énfasis a la dimensión cultural, que incide en este fenómeno de salud.

El paradigma mixto: cuanti cualitativo, se desarrolló en dos fases. En la primera fase, cuantitativa, se determinó la prevalencia, midiendo los factores asociados a la obesidad y sobrepeso en adolescentes de 15-19 años del Colegio Segundo Familiar Cano de Monagrillo. Este aglutina un gran número de estudiantes de adolescentes de este corregimiento y caracterizará los factores asociados a esta enfermedad no trasmisible. Con esta fase se obtuvo un perfil de los factores que los predisponen a través de pruebas de significancia estadística. En su segunda fase, cualitativa; se pretenderá saber el significado del cuidado cultural, los valores y creencias y modos de vida de adolescentes obesos 15 a 19 de edad que viven en el entorno cultural del corregimiento de Monagrillo, Provincia de Herrera.

En la fase cualitativa se utilizó la Teoría del Cuidado Cultural de Leininger (1991). Se utilizaron los facilitadores creados por esta teoría como los son: el facilitador de observación, participación y reflexión, (OPR), el facilitador de Extraño a Amigo Confiable y el Modelo del Sol Naciente, elaborados por Leininger y validados por la comunidad científica de Enfermería (Marriner, A. y Raile, M., 2007). Se utilizó como guía las fases planteadas por la Dra. Gordón de Isaacs; reconociendo, tal como esta autora lo manifiesta en su libro, “sin la rigidez de la investigación cuantitativa” (Gordón de Isaacs, 2005). Estas fases serán aplicadas de acuerdo a la metodología propuesta por la Dra. Leininger, en su teoría. Además de las entrevistas a los informantes claves y generales, también se revisaron y se extrajeron descriptores de los expedientes clínicos de los jóvenes con sobrepeso y obesidad.

Este estudio, realizado con un enfoque mixto, es decir cuanti cualitativo con mayor énfasis en lo cualitativo. Se partió de la descripción cuantitativa y luego a la cualitativa. Se realizaron los análisis enfatizando los puntos de convergencia en los hallazgos que arrojó la pesquisa.

El propósito final de este estudio es dar fundamentación a una política pública para disminuir la prevalencia de la obesidad y proponer un programa de intervención de enfermería, específicamente en Monagrillo. Por otra parte también disminuir la prevalencia de la obesidad con estrategias que respondan a su dimensión cultural, y que nos lleve a decidir modos de acción que pueden ser: la preservación y mantenimiento, la adaptación o negociación o la reorientación o reestructuración de los Cuidados culturales que Leininger presenta en su Modelo del Sol Naciente, (Leininger, 1991- 2006).

Los resultados encontrados, señalan que todos los rangos de edad estudiados - de 15 a 19 años- tienen la misma probabilidad de tener sobrepesos u obesidad. El sexo, el sedentarismo y el consumo de alimentos insanos son factores de riesgos, estadísticamente significantes. Los resultados cualitativos, señalaban que cuatro son los grandes temas que enmarcan los significados del cuidado cultural, relacionados a la salud y el bienestar de los jóvenes estudiados: 1. El entorno cultural sobrepeso y obesidad, 2. Factores de riesgos y protectores de los adolescentes asociados al sobrepeso y obesidad, 3. Modos de vida asociados al sobrepeso y obesidad y 4. Significados asociados al sobrepeso y obesidad.

Se encontraron 30 patrones culturales. De los cuales, 14 hay que negociar con modificaciones leves, (siendo uno de los más importantes el rol de las abuelas y bisabuelas en las relaciones de poder en la dinámica familiar); 9 se pueden mantener y 7 deben ser reestructurados totalmente. Entre ellos están: el sedentarismo, consumo de alimentos insanos, práctica de comer excesivamente, la interrupción del tratamiento del sobrepeso y obesidad, acciones discriminatorias hacia las personas con sobrepeso y obesidad, familias disfuncionales y el machismo.

Para su abordaje, presentamos una propuesta para el desarrollo de una política pública con un enfoque holístico y que parta de los aspectos *emicos* es decir con el involucramiento de los actores sociales claves y sus familias.

Esperamos que los resultados de este estudio, tengan la trascendencia social esperada, no solo por los aportes a la comunidad científica, sino también le dé insumos a los tomadores de decisiones, para el manejo de este problema de salud pública.

1.0 MARCO CONCEPTUAL

1.1 Antecedentes del Fenómeno Obesidad

Históricamente, el aumento de peso y conservación de la gordura corporal se consideraban símbolos de salud y prosperidad. Sin embargo, estos mismos conceptos se convirtieron en amenazas para la salud (Damaceto, et al, 2006).

El sobrepeso y obesidad son clasificadas como Enfermedades No Transmisibles (ENT), por la Clasificación Internacional de Enfermedades, (OPS/OMS; 1992).

Las ENT son patologías de larga duración, asociadas a estilos de vida no saludables, cuya evolución es generalmente lenta. Dichas enfermedades y trastornos en conjunto- entre los que se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la obesidad y algunos tipos de cáncer- son las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida (Peña, Bacallao, 2001). Este conglomerado de enfermedades se caracteriza por tener como denominador común los mismos factores de riesgo, tales como tabaquismo, inadecuada alimentación y actividad física insuficiente (Chiesa, y Gaspio, 2013).

Se ha estimado que en el año 2012 el 68% de las muertes se debieron a las ENT. Ellas se convirtieron en la principal causa de morbi-mortalidad mundial. Además, estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que para el 2030 más de tres cuartas partes de las muertes serán por esta causa, lo que representará el 66% de la carga de

enfermedad mundial. En nuestro continente, aproximadamente el 77% de las muertes y el 69% de la carga de enfermedad se atribuye a las ENT, (Carrera, Cuello y Niro, 2017).

Estimaciones mundiales recientes de la OMS reflejan que, en el 2014, el 39% de los adultos, de 18 o más años, tenían sobrepeso, y el 13% de la población adulta mundial eran obesos (OMS, 2011). Según la OMS (2016), la obesidad “es una enfermedad que origina la mortandad de 2,8 millones de personas al año”, que se asocia con un conjunto de variables tales como: los malos hábitos alimenticios y al sedentarismo o la poca actividad física de las personas; (Carranza, 2017).

De esta forma, el sobrepeso y la obesidad constituyen uno de los factores principales de riesgo de muerte en el mundo y cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas como consecuencia de ello. En consonancia con la urbanización y las nuevas formas de trabajo, se ha producido un descenso en la actividad física y un sorprendente cambio en los sistemas alimentarios de los países de ingresos tanto bajos, medianos, como altos. Esto desplazó los patrones alimentarios basados en comidas y platos preparados a partir de alimentos sin procesar o mínimamente procesados, por otros que se basan cada vez más en alimentos ultra procesados (AUP) (OMS/OPS, 2015).

Estudios realizados en Cataluña, España, señalan que esta tendencia al alza se manifestó sobre todo en chicos y en menor medida, en chicas, (Serra- Majem, 2017).

Existen evidencias, en estudios realizados en Colombia, que los hombres realizan una mayor cantidad de actividad física y de manera más frecuente que las mujeres y que esta, (la actividad física), disminuye de manera preocupante con el aumento de la edad, (Hernández, 2016); la promoción de la actividad física desde las edades tempranas es

considerada una estrategia vital para la prevención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en los y las niños y las niñas. La actividad física se convertirá en un factor protector para las cardiopatías isquémicas, la diabetes mellitus, trastornos cerebro vasculares, la obesidad y el cáncer.

Esta tendencia, afecta o afectará a una población que, ciertas estimaciones, la sitúan en el 30% para el año 2030, bajo la categoría global de sobrepeso. Actualmente, representa ya el 13% de la población adulta mundial (OMS, 2016). A corto plazo, dicha población obesa, significativamente importante, no puede sólo explicarse por una mala gestión alimentaria personal o familiar, cuando su prevención y sus tratamientos están apoyados por una creciente atención médica y una masiva información nutricional; (Esteve Blanch, 2017).

1.1.1 Comportamiento Global

La obesidad constituye uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, (Villamil Ramírez, 2011).

Datos de la Organización Mundial de la salud, (OMS, 2011) señalan que desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal. La OMS, afirmó desde el año 2011, de manera categórica “es una enfermedad que se puede prevenir”. Se ha documentado que para el 2010, existían aproximadamente 1600 millones de adultos con sobrepeso y al menos 300 millones de adultos con obesidad. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de

300 millones de mujeres eran obesas. La OMS la ha catalogado esta como una “epidemia mundial”, (WHO. 2010, Gordón Larsen et. al., 2004).

Para el año 2014, la Organización Mundial de la Salud, declaró, que más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso. Más de 600 millones eran obesos. El 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso y el 13% eran obesas. En este mismo año, 41 millones de niños, menores de cinco años, tenían sobrepeso o eran obesos. (OMS, 2016).

Para la OMS, la Obesidad es una epidemia global y constituye uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. La misma fuente señala que cada año mueren aproximadamente 2.6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso, (OMS, 2011). Aún cuando anteriormente se consideraba a la obesidad como un problema limitado a los países desarrollados, en la actualidad, también presenta una alta prevalencia los países en vías de desarrollo.

La Obesidad es causa de estigma social y, en ciertas sociedades, se asocia a menor ingreso laboral, sobre todo si son mujeres. Los costos elevados directos e indirectos de la obesidad y sus comorbilidades, son elevados. En México, por ejemplo, se calculó, para el año 2012, en 42,000 millones de pesos, (aproximadamente 3,000 millones de dólares); del gasto total en salud. Los efectos de esta situación aumentan la demanda de servicios de salud, imponen la necesidad urgente de actuar con la mayor evidencia científica disponible para su prevención y control, (Rivera Dammarco, et al., 2012).

1.1.2 Algunos datos de la Región

En Latinoamérica, “la preponderancia del sobrepeso y la obesidad en los adultos ascendió del 41% al 61% entre 1980 y el 2013 según el estudio. El aumento en niños y adolescentes fue de más del doble: del 13 al 29%” (Infobae, 2014).

Según la OPS/OMS, a pesar de las limitaciones de diversa índole - la falta de estudios longitudinales, dificultades de muestreo y problemas metodológicos en la recolección de datos antropométricos - no cabe duda que, según los datos de diversos países, la obesidad va en franco ascenso, con predominio en las zonas urbanas y es más frecuente en la población femenina, adulta y pobre. (Velazco, Hernández, Aguilar, Vadillo, Murayama, 2012).

Gómez Molina, (2017), indica que en Colombia según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2010) “la prevalencia de sobrepeso u obesidad ha aumentado un 25,9% en el último quinquenio”. Este instituto, también informa que uno de cada 6 niños y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad. Esta relación aumenta a medida que se incrementa el nivel educativo de la madre, (9.4% en madres sin educación frente a 26.8% en madres con educación superior). El exceso de peso es mayor en el área urbana 19.2% que en la rural 13.4%. Los Departamentos con mayores prevalencias de sobrepeso u obesidad son San Andrés y Guaviare con el 31.1% y 21.7%.

El Informe Anual de Obesidad en México, (donde se señala el estigma social de los obesos), indica que en el caso de los adolescentes, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó más de tres veces - de 11.1% a 35.8% - (Rivera Dammarco, et al. 2012). Sin duda en este grupo de población es un importante problema de Salud Pública. Aun

cuando anteriormente se consideraba a la obesidad como un problema limitado a los países desarrollados, en la actualidad también presenta una alta prevalencia en los países en vías de desarrollo como México. En este país, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, (Rivera Dommarco, et al. 2012) se demostró que la prevalencia de obesidad en adultos hombres era de 69.4% y en mujeres de 73%. En los adolescentes (de 12 a 19 años) era de 35.8%. Se puede afirmar que el perfil epidemiológico de México ha cambiado, (Calderón Naranjo, 2017), ya que la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas con la nutrición son ahora los principales problemas salud, (OPS, 2015).

La tendencia pareciera ir en aumento. Estudios hechos en América Latina nos señalan que, en los países de la región, se está dando un franco incremento de la obesidad, con un aumento inusitado, en países como México. En los últimos 50 años se señala, sin lugar a dudas, el papel central que tienen los factores del entorno como causa de este fenómeno y el carácter epidémico de la obesidad, (Rivera Dommarco, et al. 2012).

En Chile y Latinoamérica, los trastornos de alimentación han sido parte de su historia, (Rojas Conejera, y Gutiérrez, P., 2016). Así como, en la década del 60, la desnutrición en la población era un problema real, en la actualidad la obesidad y el sobrepeso afectan a gran parte de la población adulta, niños/niñas y jóvenes. Existe evidencia en Chile, de que el estilo de vida y la mala alimentación estarían siendo uno de los factores más influyentes en la aparición de sobrepeso y obesidad.

1.1.3 Perfil Epidemiológico del sobrepeso y obesidad en Panamá

En Panamá, según la Encuesta de Niveles de Vida (ENV), el incremento de la prevalencia de sobrepeso se ha acelerado (MINSAL, 2012; INCAP, 2014; Sasson, Lee, 2014). El sobrepeso en los menores de 5 años se duplicó al comparar las ENV. En 1997 fue de 4.6 y en el 2003 de 9.3%. Según la Encuesta de Niveles de Vida, del 2003, (INEC, 2011), en niños de 5 a 9 años había un 11.2% en “riesgo” de sobrepeso y en sobrepeso un 8.8%, Esto significa que 1 de cada 5 niños está por encima del peso normal con el consecuente riesgo de desarrollar una enfermedad crónica no transmisible relacionada con la nutrición. Este mismo estudio encontró un sobrepeso de 6.9% en adolescentes de 10 a 17 años. La ENV del 2008, nos indica que la situación parece agravarse, en la población adulta donde el 20.4% es obesa y el 36.4% tiene sobrepeso. El problema se agudiza en las mujeres con el 23.8% mientras que en los hombres es de 16.9% (Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC, 2012). La misma encuesta señala que, en el grupo etáreo de 10 a 17 años, el 18% tiene sobrepeso y el 7% Obesidad, es decir en los adolescentes el 25% tiene problemas de Sobrepeso y Obesidad, (INEC, 2012), esto pone de manifiesto, que un cuartil de la población tiene este problema.

En la provincia de Herrera, por ejemplo, según el informe de ENV, (INEC, 2008), el 15% de la población de la provincia de Herrera está con sobrepeso o con obesidad. En una unidad administrativa más simple como lo es el corregimiento de Monagrillo, datos del Centro de Salud, del Programa de Salud Escolar, indican que el 17% de sus adolescentes, según el IMC, también están con sobrepeso u obesos. Este perfil, sin duda,

pone de manifiesto que este es un problema de salud pública, en el mundo y en nuestro país.

1.2. **Pregunta de Investigación**

Esta realidad pone en evidencia la necesidad de indagar sobre las connotaciones de tipo social y cultural de las y los adolescentes con sobrepeso y obesidad. Esto nos lleva a formularnos las siguientes interrogantes:

1.2.1. **Cuantitativa**

¿Cuáles son las características epidemiológicas y factores de riesgos asociados a la obesidad y al sobrepeso de los adolescentes de 15-19 años del corregimiento de Monagrillo, provincia de Herrera?

1.2.2. **Cualitativa**

¿Cuál es el significado del cuidado cultural, (valores, creencias y modos de vida), relacionados a la salud y bienestar, de los adolescentes 15-19 años con sobrepeso y obesidad del Colegio Segundo Familiar Cano, en el corregimiento de Monagrillo, provincia de Herrera?

1.3 **Justificación**

Los organismos internacionales indican que la obesidad produce discapacidad ya sea por los trastornos del aparato locomotor, enfermedades cardiovasculares y renales (OMS, 2012).

El Informe del Banco Mundial y la OMS (2011) señalan que en el mundo hay más de mil millones de personas con alguna forma de discapacidad, de ellas más de 200 millones experimentan dificultades considerables en su mantenimiento, (BM/OMS, 2011). Se estima que la prevalencia mundial está en 15%, cifra que es superior a las estimaciones de la OMS, que eran del 10%. La Organización Mundial de la Salud (2011), indica que las cifras están en alza, ya que las discapacidades están asociadas a los problemas crónicos de salud, como la diabetes, enfermedades cerebrovasculares, los trastornos mentales y la obesidad. Se estima que las enfermedades crónicas suman el 66,5% de todos los años vividos en los países de ingresos bajos y medianos. La obesidad puede ser el factor de riesgo para una discapacidad si no se le da el manejo adecuado.

La ENV del 2008, indica que la situación parece agravarse, en la población adulta. El 20.4% es obesa y el 36.4% tiene sobrepeso, siendo más agudo el problema en las mujeres con el 23.8% mientras que en los hombres es de 16.9% (Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC, 2012). La misma encuesta señala, (INEC, 2012), que un cuartil de la población de 10- 18 años tiene este problema.

El panorama de esta enfermedad crónica, obliga a buscar nuevas formas de abordaje. Los métodos utilizados no parecieran bajar la prevalencia de la misma. Es necesario estudiar el problema de manera holística, con un enfoque mixto, es decir demostrando cuantitativamente los factores de riesgos que se asocian a la obesidad, para caracterizarlos. También hay que abordarlo considerando al ser humano y su entorno en toda su complejidad, reconociendo que cada individuo es único en cuanto a su

personalidad, comportamiento, cultura, entorno social, valores, creencias, sus estilos de vida y visión del mundo que lo rodea, (Vanegas, 2010).

Esta reflexión, lleva a un cambio de paradigma en el abordaje de este problema, el cual hasta ahora, se ha basado fundamentalmente en el paradigma cuantitativo, a través de estudios de correlación y clínicos, (Barquera y González Block, 2012). Se considera, en la mayoría de las veces, sólo parámetros muy rígidos, como lo son las medidas antropométricas y variables epidemiológicas de tiempo, persona y lugar. Al incorporar el paradigma cualitativo, a) que seguirá un proceso de investigación inductivo, (Vanegas, 2010), b) centradas en los sujetos, c) que adopten la perspectiva del interior tomando el fenómeno Obesidad de manera integral, (De la Cuesta, 2006), d) reconociendo que no hay una realidad única y objetiva sino una construcción o constructos de las mentes humanas, (Vanegas, 2010). Es decir, la verdad son múltiples constructos de la realidad. Sin dudas, los hallazgos cualitativos, darán explicaciones reales bajo la perspectiva de los propios adolescentes y sus resultados estadísticamente significantes de la fase cuantitativa.

La mayoría de las personas obesas, no perciben esta condición de salud, como enfermedad. Percepción esta que puede estar asociada a su cultura. Para algunos grupos, el estar con unos kilos de más es sinónimo de belleza o de salud. Esta percepción de su estado de salud, los lleva a no hacerse conscientes que deben auto cuidarse.

La selección de este tema se hizo, con el interés de dar un aporte importante a la comunidad científica, no solo a las enfermeras/os, sino a todos los sectores que están

interesados en bajar la prevalencia de la obesidad, con el fin último de mejorar la salud de la población, sobre todo la de las y los adolescentes.

Por otro lado, al estudiar este fenómeno, se darán insumos para conocer el significado cultural, valores, creencias y modos de vida de los adolescentes de 15-19 años con sobrepeso y obesidad en el entorno cultural de sus hogares en el corregimiento de Monagrillo.

Desde la perspectiva disciplinar se afianzará la aplicabilidad de la Teoría de Leininger, para el estudio de un problema de salud pública mundial. El uso de la teoría dará un conocimiento nuevo en relación a la dimensión cultural con el fin de dar los insumos para una política pública cuyo fin último es lograr un Programa de Promoción de la salud y prevención de la obesidad enmarcada en el conocimiento cultural.

1.4 Objetivos

1.4.1 Generales:

1. Evidenciar los factores asociados a la obesidad y sobrepeso en adolescentes de 15-19 años en estudiantes del Colegio Segundo Familiar Cano de Monagrillo.
2. Evaluar los significados del cuidado cultural, (valores, creencias y modos de vida), relacionados a la salud y bienestar de los adolescentes de 15-19 años con sobrepeso y obesidad del Corregimiento de Monagrillo, de acuerdo a la teoría de cuidado cultural de Leininger.

3. Contribuir a una política pública que centre su enfoque en los patrones culturales y epidemiológicos comunes encontrados en los adolescentes de 15 a 19 años con sobrepeso y obesidad del corregimiento de Monagrillo.

1.4.2 Específicos:

1. Caracterizar a los adolescentes obesos y con sobrepeso de 15 a 19 años residentes en el Corregimiento de Monagrillo.
2. Identificar los factores de riesgos y protectores que predisponen al sobrepeso y obesidad de adolescentes de 15 – 19 años del Corregimiento de Monagrillo.
3. Analizar los modos de vida de adolescentes de 15- 19 años del Corregimiento de Monagrillo.
4. Analizar el significado del cuidado cultural, las creencias y valores de los adolescentes obesos de 15- 19 años del corregimiento de Monagrillo en el contexto cultural de la Escuela Segundo Familiar Cano.
5. Recomendar elementos a considerar para una política pública culturalmente congruente para disminuir la prevalencia del sobrepeso y obesidad en los adolescentes.

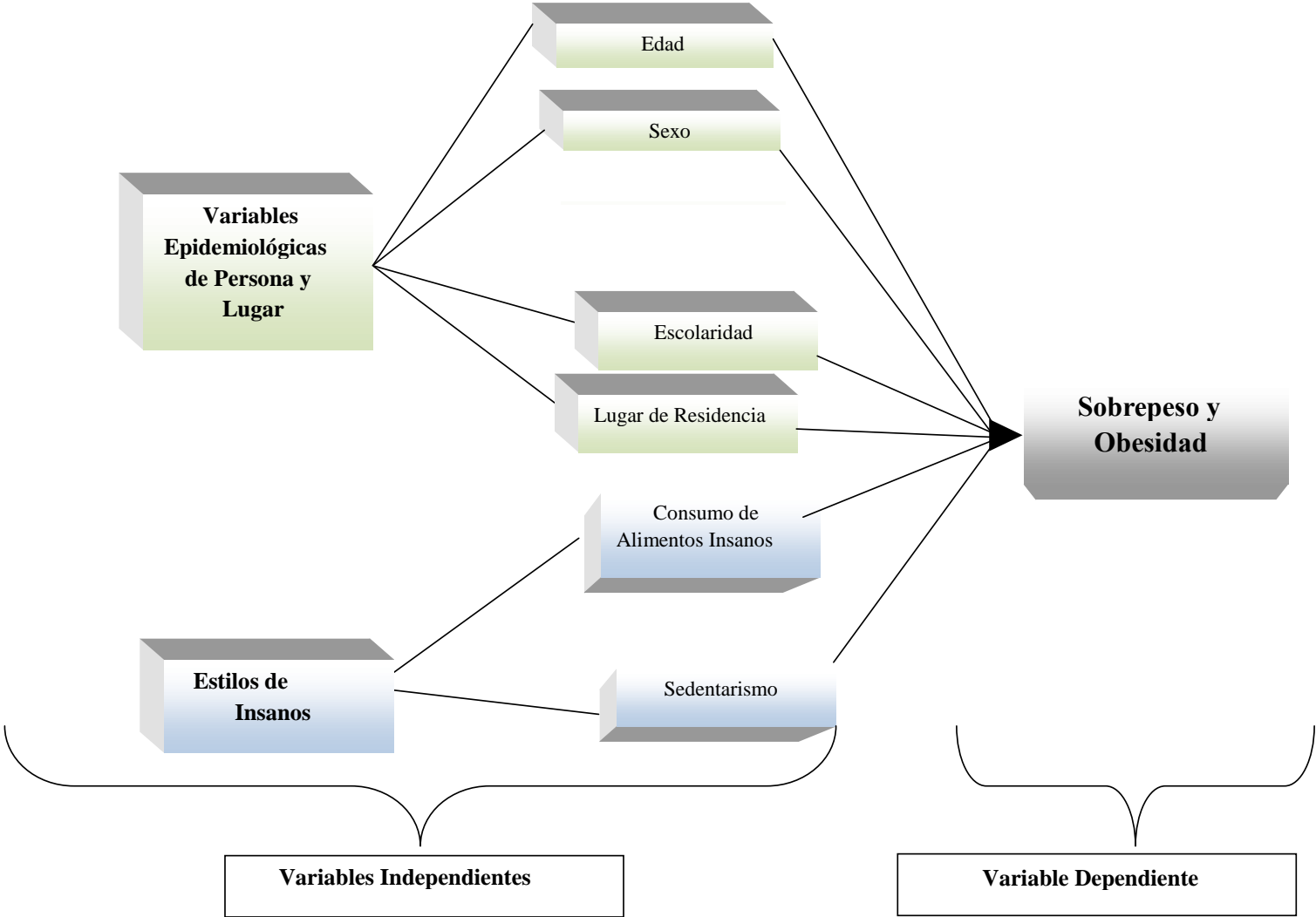
1.5 Variables de estudio

1.5.1 Etapa Cuantitativa

- Dependiente: Sobrepeso y Obesidad
- Independiente: Para la determinación de estas variables se han subdividido en dos categorías:

- Estilos de Vida Insanos, que incluye:
 - Consumo de alimentos insanos
 - Sedentarismo
- Variables Epidemiológicas de Persona y Lugar:
 - Edad
 - Sexo
 - Escolaridad
 - Lugar de Residencia

ESQUEMA DE VARIABLES



Fuente: Realizado por la Investigadora. 2014

1.5.1.1 Definiciones Conceptuales, Operacionales y Orientadoras

CUADRO N° 1 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN. MARZO 2017

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Sobrepeso	Es la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (OMS, 2012).	Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.	Escala Ordinal: IMC= Peso en Kg/(Estatura en m) ²
Obesidad	Es la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (OMS, 2012).	Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.	Usando la gráfica del MINSA/INCAP/OPS/OMS (2001) Peso bajo: < 18.5 Peso normal: 18.5 -24.9 Sobrepeso ; > 25-0-29.9 Obesidad: > 30
Edad	Tiempo Transcurrido desde el nacimiento de un ser humano (Guerrero, González y Medina, 1986).	Años cumplidos al aplicar el instrumento.	Escala numérica: 15,16,17,18,19
Sexo	Género biológico del ser humano que lo caracteriza como masculino y femenino (Diccionario Real Academia Española, 2007).	Genero biológico con que nació.	Escala Nominal Dicotómica: Femenino Masculino
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada (Diccionario Real Academia Española, 2007).	Año actual que cursa el adolescente al momento de ser encuestado.	Escala Ordinal: IX grado X grado XI grado XII grado
Lugar de Residencia	Lugar en el que conviven personas que tienen una característica en común y que se sujetan a unas normas. (Diccionario Real Academia Española, 2007).	Lugar donde vive el estudiante encuestado.	Escala Nominal: Corregimiento, Lugar Poblado, Calle
Consumo de Alimentos insanos	Consumo de dietas elevadas en alimentos de alta densidad energética, refrescos y bebidas	Consumo de Frituras, Snacks, leche de coco y	Escala Numérica:

	azucaradas (Rivera Dommarco, 2012).	aceite de coco para cocinar (Prefrec, 2010). Se clasificara en: <ul style="list-style-type: none"> • Factor Protector 1, 2,3 • Factor de Riesgo 1, 2,3. (PREFREC, 2010). 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los días • 3-6 veces a la semana. • Menos de tres días a la semana. • Nunca.
Sedentarismo	Modo de vida o comportamiento caracterizado por la carencia de agitación o movimiento. (Diccionario Real Academia Española, 2007).	Tiempo que se Ocupa sentado, viendo TV, uso de computador/tiempo frente a una pantalla, Tiempo sin actividad física. (Bauman, et al, s-f.).	Escala Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • Baja: No registra Actividad física o la registra pero no alcanza la media o alta. • Media: <ul style="list-style-type: none"> • 3 o más días con actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos/día. • 5 o más días de actividad Física de intensidad moderada o caminar por lo menos 30 min. • 5 o más días de cualquier actividad física leve, moderada o vigorosa que alcancen un registro de 600 Metros/min/s emana. • Alta: <ul style="list-style-type: none"> • 3 o más días de actividad física

			<p>vigorosa o que acumulen 1,500METs-min/semana.</p> <ul style="list-style-type: none">• 7 o más días de cualquier combinación de actividad física leve, moderada o vigorosa que alcance un registro de 3000 METs-min/semana.
--	--	--	---

Fuente: La Autora. Marzo 2018.

1.5.2 Etapa Cualitativa

1.5.2.1 Definiciones Orientadoras

En esta sección definimos los conceptos que para efecto de esta investigación, serán orientadores. Los mismos se basan en los que Leininger desarrolló, (Marinner, 2007).

- **Dimensión Cultural de la Obesidad:** La percepción de la obesidad depende de la dimensión cultural. La cultura se refiere a patrones aprendidos de conductas y creencias, característicos de una sociedad o grupo social. Incluye valores de todo tipo, desde la alimentación, los medios de producción, el manejo de su economía, hasta elementos ideológicos como la estética del cuerpo. (Montero, 2001). La forma en que se alimenta un grupo humano es el resultado de un complejo proceso en el que intervienen múltiples factores, tanto de naturaleza biológica como de carácter social en el marco de la cultura. Para entender el fenómeno de la Obesidad, y entender las conductas que la favorecen es imperativo el conocimiento cabal de la dimensión cultura, con énfasis en la cultura alimentaria, (Vargas Guadarrama y Bourges Rodríguez, 2012). El desarrollo de la cultura de cada sociedad humana influye en la manera de concebir la vida, la estética. Sobre la conducta y la alimentación. Ni la obesidad tiene connotaciones negativas en todas las culturas, ni la delgadez es para todos sinónimos de belleza. La autovaloración y la sexualidad, obedecen a razones que no son constantes ni iguales para todas las culturas.

- La cultura Alimentaria: es lo que se conoce como “comer como se debe” (Vargas Guadarrama, y Bourges Rodríguez, 2012) para cumplir con la expectativa personal, y de la sociedad.
- Cultura: Hace referencia a los valores, creencias, normas, símbolos y prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra, (Leininger, 1991; 2006).
- Cuidado Cultural: Actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo y hacia lo demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, (Leininger, 2006):
 - Diversidad de los cuidados culturales: hace referencia a las variables y/o referencias de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados en o entre colectivos relacionadas con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas.
 - Universalidad de los Cuidados Culturales: Se refiere a la similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal.
 - Salud: Significa el estado de bienestar o recuperación que se define, valora y práctica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas.

- Enfermería Transcultural: Hace referencia a un área formal del conocimiento y de prácticas humanística y científicas centradas en fenómenos y competencias del cuidado (prestación de Cuidado) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar).

1.5.2.2 Premisas o Supuestos

La teoría del Cuidado Cultural, (Leininger, 1991; 2006), tiene trece supuestos. De ellos consideramos los siguientes como los que se pondrán a prueba en este estudio:

1. Los cuidados culturales forman el medio holístico más amplio para poder explicar, interpretar y predecir, en el fenómeno sobrepeso y obesidad, los cuidados enfermeras/os y, de este modo, guiar la práctica de estos.
2. Los cuidados enfermeras/os, en relación al fenómeno del sobrepeso y obesidad, basados en la cultura que son beneficiosos, saludables y satisfactorios, contribuyen al bienestar de la persona, familia, grupos y comunidad dentro del entorno y de sus contextos.
3. Los cuidados enfermeros, coherentes con la cultura y beneficioso, sólo se dan cuando la enfermera/o tiene conocimiento y hace uso adecuado y coherentemente de los valores, expresiones y modos de vida cultural de las personas.

1.6 Hipótesis

Para la fase cuantitativa se ha propuesto las siguientes hipótesis:

H₁: “El sedentarismo” y “la alimentación insana” son factores de riesgos asociados al

Sobrepeso y Obesidad en los adolescentes de 15-19 años del Colegio Secundario de Monagrillo, Distrito de Chitré, Provincia de Herrera.

$H_1: 1 \neq 2$

H_01 : No existe diferencia significativa para padecer de Sobrepeso y Obesidad entre los adolescentes de 15-19 años que consumen alimentación insana y son sedentarios del Colegio Segundo Familiar Cano de Monagrillo.

$H_0: 1 = 2$

$H_0: 1 = 2$

2.0 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Definición de sobrepeso y obesidad

La definición de sobrepeso u obesidad, puede resultar menos complejo, desde un enfoque meramente positivista y biologista.

La Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2011), define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad y el sobrepeso es el índice de masa corporal (IMC). Esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. (OMS, 2011).

Para este organismo, (OMS, 2016), se clasifica como Sobrepeso, en las edades de 5 a 19 años, si el IMC para la edad, es más de una desviación por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil. Para este mismo rango de edad, (5 - 19 años) si el IMC es más de 2 desviaciones por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil se clasifica como obesidad.

Para la OMS, (2016) y la Consejería de Salud Pública de Andalucía, (2017) muchos niños crecen, actualmente, en un entorno *obesogénico* que favorece el aumento de peso y la obesidad. Para ambas organizaciones el sobrepeso y obesidad en adolescentes y niños se debe al desequilibrio energético producto de los cambios en el tipo de alimentos y en su disponibilidad, asequibilidad y comercialización. Así como al descenso en la actividad física, pues se ha incrementado el tiempo dedicado a actividades de recreo sedentarias y que suponen estar ante una pantalla, (OMS, 2016).

Las respuestas conductuales y biológicas de un niño ante un entorno *obesogénico* pueden estar determinadas por procesos anteriores incluso a su nacimiento. Lo que empuja a un número cada vez mayor de niños hacia la obesidad es una dieta malsana y poca realización de actividad física. De igual forma, lo expone la Consejería de Salud Pública de Andalucía, (2017), quienes coinciden en que el origen de la obesidad, a nivel individual, es el resultado de un balance energético positivo.

Cuando se enfoca el problema en términos de salud pública, es evidente que hay muchos más factores en juego. De tal modo que, la expresión más utilizada para definir el origen de la obesidad es la de “*entorno obesogénico*” (Sanz-de-Galdeano, 2005).

Figura N°2: AMBIENTE OBESOGÉNICO



Fuente: Sanz-deGaldeano A. 2007

Esta figura muestra como elementos del ambiente son causas de la obesidad en la infancia y la adolescencia. Enlaza las causas, que resultan en problemas psicosociales (distorsión de la propia imagen, baja autoestima, aislamiento social,

discriminación y patrones anormales de conducta), aumento de factores de riesgo cardiovascular, trastornos endocrinos, trastornos gastrointestinales y hepáticos, aumento en la susceptibilidad a infecciones, apnea del sueño y complicaciones ortopédicas. El mismo organismo indica que, al ser una patología relativamente reciente, no existen

evidencias epidemiológicas sólidas en cuanto a los efectos a largo plazo y la persistencia de la obesidad infantil en la vida adulta. Sin embargo, la obesidad infantil se ha asociado con un mayor riesgo de obesidad en el adulto y un aumento en la morbilidad y mortalidad a largo plazo por persistencia de los trastornos metabólicos asociados, el aumento del riesgo cardiovascular y para algunos tipos de cáncer, (Consejería de Salud Pública de Andalucía; 2017).

Para Esteve Blanch, (2017) la obesidad en cualquiera de sus estadios se configura como un síntoma formado por asociación de diversos factores que influyen en una persona y que, paulatinamente, van construyendo una estructura corporal problemática, poco saludable, y cuya gestión subjetiva, para la persona que experimenta esa situación, puede entrañar una estigmatización auto experimentada.

2.2 Adolescencia sobrepeso y obesidad

La adolescencia es una etapa caracterizada por tener muchos cambios biológicos, psicológicos, sexuales y sociales, donde coexisten un elevado ritmo de crecimiento y fenómenos madurativos importantes que afectan el tamaño, forma y composición del organismo, (Del Carpio, y Delgado, 2017). Es una etapa donde se esfuerzan por entenderse a sí mismos, exploran su propia identidad e intentan descubrir quiénes son y hacia dónde se dirige su vida, evalúan sus atributos. Esto conforma su autoestima y auto concepto, haciéndolos vulnerables a conductas de riesgo que pueden amenazar su salud. (Del Carpio y Delgado, 2017). Una de las morbilidades más frecuentes, están los ligados a la alimentación y enfermedades mentales. El sobrepeso y Obesidad, cobra mucha importancia en el grupo de adolescente.

Se debe al exceso de grasa corporal en adolescentes o ingestión de calorías en exceso de acuerdo a la necesidad del requerimiento individual y al escaso gasto diario de las mismas calorías. (Dueñas, 2012).

El sobrepeso en los adolescentes los hace propensos a una salud más deficiente y limita las actividades de la vida diaria tales como: funciones para trabajos domésticos, dinamismos extenuantes o de atención personal; (Rocafuerte, 2017). Aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas y de convertirse en adultos obesos y propensos a sufrir diversidad de daños físicos sociales y psicológicos.

Para el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2011), dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). Es el período comprendido entre los 10 y 19 años, y si consideramos el período de la juventud, entre los 10 y los 24 años. La adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños, llegando hasta los 14 y 15 años, respectivamente. La adolescencia media y tardía se extiende hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años.

Entre algunas de sus características están: el crecimiento físico y desarrollo psicológico. Es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica, por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. Tiene lugar una serie de transformaciones fisiológicas y morfológicas que constituyen uno de los acontecimientos más importantes de este periodo del desarrollo. En sí es una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de

la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad.

Para la OMS, (2016), La obesidad infantil está tomando proporciones alarmantes en muchos países y supone un problema grave que se debe abordar con urgencia. Afirma la misma organización, que en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), establecidos por las Naciones Unidas en 2015, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, se consideran prioridades básicas, (ONU, 2016). Señalando que la obesidad amerita especial preocupación, ya que es un factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles, puede abolir muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida.

La prevalencia de la obesidad entre los lactantes, los niños y los adolescentes va en aumento en todo el mundo. Si bien en algunos entornos las tasas se han estabilizado, en cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos, (OMS, 2016). La obesidad, como ENT, puede afectar la salud inmediata de los niños, el nivel educativo que puede alcanzar y su calidad de vida. El Informe de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil, (OMS, 2016), señala que los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y corren el riesgo de sufrir enfermedades crónicas, indica además que los progresos en la lucha contra la obesidad infantil han sido lentos e irregulares.

La obesidad, que está asociada a la pérdida de la salud, (Rivera Dommarco, et al. 2012), puede ser causa de discapacidad, bajo los nuevos constructos propuestos para

conceptualizarla es por ello que su abordaje para organismos como la OPS/OMS, ONU, UNICEF, Banco Mundial, entre otras, es prioritario.

Países como India y China, tuvieron un aumento del 1%, lo que se traduce en 20 millones de casos nuevos, para el 2005. (Damaceto, et al, 2006). En tan solo cuatro décadas el perfil epidemiológico de niños y adolescentes de muchos países del mundo ha cambiado, hoy está siendo dominado por la obesidad, la diabetes, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles, relacionadas con la nutrición; (Rivera Dammarco, 2012).

2.3 Entorno cultural adolescencia sobrepeso y obesidad

El panorama de esta enfermedad crónica, obliga a buscar nuevas formas de abordaje, ya que los métodos utilizados no parecieran bajar la prevalencia de la misma. Es necesario estudiar el problema de manera holística, con un enfoque mixto, es decir demostrando cuantitativamente los factores de riesgos que se asocian a la obesidad, para caracterizarlos. También hay que abordarlo considerando al ser humano y su entorno en toda su complejidad, reconociendo que cada individuo es único en cuanto a su personalidad, comportamiento, cultura, entorno social, valores, creencias, su estilos de vida y visión del mundo que lo rodea, (Vanegas, 2010).

Para Esteve Blanch, (2017), la obesidad no debe ser conceptualizada sólo con determinantes, como causa suficiente, de sobrepeso y obesidad ya que sólo explican la causalidad de una reducida parte de los casos. Siguiendo esta línea de pensamiento, su enfoque pone especial atención a la causalidad socio-cultural de la obesidad. El mismo autor, la conceptualiza como elaboración de imaginarios compartidos y a la gestión personal, sin excluir un eventual componente adictivo o dependiente, de una realidad

física que no se corresponde con lo recomendable, si se atiende a factores de riesgo asociados a la salud individual.

Es necesario tener en cuenta que existen distintos factores físicos, sociales y culturales que pueden influir en el inicio y desarrollo de los cambios físicos en la adolescencia. Por ejemplo: un nivel económico alto, un estilo de vida saludable, bienestar psicosomático, entre otros que parecen promover un adelantamiento de la adolescencia inicial, (Villarreal, Sánchez, 2010).

Para la antropóloga Zafra Aparici, (2017), el tema de la nutrición o alimentación incorpora una perspectiva política, sociocultural y participativa que nos acerca a una comprensión innovadora del fenómeno. La alimentación es herramienta de análisis y diagnóstico de realidades socio alimentarias, pero también es un instrumento de intervención educativo-sanitaria en la resolución de conflictos y en el fomento de sociedades más saludables en términos globales: nutricionales y también de igualdad y cohesión social; (Zafra Aparici, 2017).

Esta reflexión, lleva a un cambio de paradigma en el abordaje de este problema. Hasta ahora, se ha basado fundamentalmente en el paradigma cuantitativo, a través de estudios de correlación y clínicos, (Barquera y González Block, 2012). Se considera, en la mayoría de las veces, sólo parámetros muy rígidos, como lo son las medidas antropométricas y variables epidemiológicas de tiempo, persona y lugar.

Los aspectos culturales, centrada en los sujetos, que adopten la perspectiva del interior tomando el fenómeno obesidad de manera integral, (De la Cuesta, 2006), reconoce que no hay una realidad única y objetiva sino una construcción o constructos de las mentes humanas, (Vanegas, 2010). Es decir, la verdad son múltiples constructos de la realidad.

Sin dudas, los hallazgos darán explicaciones reales, bajo la perspectiva de los propios adolescentes dentro de su entorno cultural, cónsonos con su realidad.

La mayoría de las personas obesas no perciben esta condición de salud, como enfermedad. Hay diversidad de percepciones del fenómeno según los diversos ámbitos de la vida cotidiana. Percepción ésta que puede estar asociada a su cultura. Para algunos grupos, el estar con unos kilos de más es sinónimo de belleza o de salud. Esta percepción de su estado de salud, los lleva a no hacerse conscientes que deben auto cuidarse.

Siguiendo la línea de pensamiento de la OMS, los “*entorno obesogénico*” (Sanz-de-Galdeano, 2005), cobra mucha pertinencia al estudiar este fenómeno, con fundamento en una teoría de la disciplina de Enfermería expuesto por la Dra. Madeleine Leininger: Cuidado Cultural: Diversidad y Universalidad. Esta teoría da insumos para conocer el significado cultural, valores, creencias y modos de vida de los adolescentes con sobrepeso y obesidad en el entorno cultural de sus hogares. El paradigma de la Dra. Leininger; da un conocimiento nuevo en relación a la dimensión cultural del fenómeno de la obesidad puesto que ayuda a construir una perspectiva diferente. Se descubre y documenta el mundo del adolescente utilizando sus puntos de vista culturales *emicos* (Casada García, 2010). Esto se traduce en la aplicación de sus conocimientos y sus prácticas como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales propios de las personas que necesitan el Cuidado, (Morris, 2012).

Por la importancia, que tienen los entornos culturales para el fenómeno del Sobrepeso y Adolescencia explicaremos algunos entornos con una perspectiva cultural, es decir, la manera como interaccionan en y con el medio comunitario, familiar y escolar.

2.3.1 Entorno Comunitario

En cada sociedad, la cultura de la comunidad, actúa estableciendo normas determinadas. Según la antropóloga Zafra Aparici, (2017) en lo que refiere al comportamiento alimentario, la cultura establece normas relativas a la composición y a la estructura de las ingestas, a las técnicas culinarias, los horarios, lugares, entre otras. Afirma la misma autora, la cultura marca los modales que, socialmente, se entienden como correctos para comer. Si se tiene que comenzar con un tipo u otro de ingesta, los calendarios alimentarios según las ocasiones festivas, así como los modelos alimentarios según género, edad o clase social, (Contreras y Gracia, 2005). Por tanto, si en el área de residencia, hay muchas festividades, como es el caso de la región de Azuero, (Pinzón, 2010), la ingesta o patrón alimentario está influida por esta variable. Importante apuntar que, el género es fundamental para comprender y explicar, tanto las diferentes concepciones y prácticas aprehendidas en relación con la alimentación, el cuerpo y la salud, como la diferente y desigual incidencia de determinadas problemáticas alimentarias – los trastornos alimentarios – en hombres y mujeres. Diversos estudios, han comprobado que el significado que va adquiriendo el comer y el no comer para los niños y niñas son distintos y desigual, en tanto que también lo es su contexto socializador, (Zafra, Aparici, 2017). En este sentido, las mujeres se socializan más en un modelo en el que la comida es utilizada como herramienta de control corporal y de expresión de malestares, mientras que los hombres suelen expresarse y controlar su cuerpo a través del ejercicio físico porque también suelen socializar más en la práctica deportiva y en las actividades de control del medio (Zafra, Aparici, 2017).

En algunos entornos culturales comunitarios se proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la falacia sobre la manipulación del peso y del cuerpo). Del Carpio y Delgado, (2017), señalan la existencia de la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factores pre-disponentes.

Existe estrecha relación entre el comportamiento alimentario y la cultura del lugar donde vivimos. Según qué comemos y cómo lo comemos, se nos puede identificar individual o colectivamente, según seamos hombres o mujeres (género), nacidos en un lugar u otro (etnia), pertenecientes a una clase social o a otra, (Zafra Aparici, 2017). Por lo que queda evidente que la forma de alimentación, está establecida por la cultura.

2.3.1.1 La comunidad de Monagrillo

Figura N° 3:

MAPA DEL CORREGIMIENTO DE MONAGRILLO,
DISTRITO DE CHITRÉ, PROVINCIA DE HERRERA,
PANAMÁ



Fuente: Google Map 2017

Monagrillo es un corregimiento del Distrito de Chitré de la provincia de Herrera, ubicada en la Península de Azuero. Limita al Norte con el Golfo de Parita, al Sur con el Corregimiento de San Juan Bautista, al Este con el Corregimiento de Llano Bonito y al Oeste con el Corregimiento de

La Arena.

El origen del nombre del poblado, manifestó el poeta Sergio Saavedra Pérez, (2002) surge del hijo del cacique Monagre, quien habitó estas tierras antes de la llegada de los españoles. Se piensa que los españoles lo bautizaron “Monagrillo” como diminutivo del nombre de su padre. La fecha de su fundación no se tiene precisa, sin embargo Monagrillo ya estaba constituido antes del 19 de octubre de 1848, cuando se fundó el Distrito de Chitré, organización territorial a la que pertenece.

De acuerdo al escritor y poeta Sergio Saavedra Pérez en el diario Crítica, (2002), está comprobado científicamente, que las primeras civilizaciones en llegar al Istmo, arribaron a la playa “El Retén” (en Monagrillo), 3 mil o 4 mil años antes de Cristo. Dicha civilización era conocida como los “concheros”, debido a su alimentación basada en conchas, cangrejos y camarones.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo, en la publicación de Lugares Poblados, (2012), tiene una población de 12,385 habitantes, de los cuales 6,054 son hombres y 6,331 son mujeres.

Dentro de sus formas de vida se destaca que el “monagrillero” o “monagrillera”, como se llama a los habitantes del lugar, son conocidos por su particular sentido del humor. Según el Sociólogo Milciades Pinzón, (2010), reconocido docente y estudioso de los aspectos folklóricos y sociales de Azuero, tiene su génesis en la época colonial. En ese período la población que residía en esa subregión ocupaba una distancia equidistante entre La Villa de Los Santos y Parita, comunidades coloniales que respondían al viejo esquema social que impusieron los españoles. El mismo autor afirma que mientras en La Villa y Parita se era fiel a los convencionalistas sociales, en Monagrillo la gente era más libre y natural en su trato personal. En realidad esto es lo que podría explicar la

personalidad extrovertida del monagrillero. Sin duda la situación de vivir con menos ataduras creó una etiqueta social donde el uso del “don” no era frecuente y el trato social evolucionó hacia lo impersonal. El mismo pueblo es llamado La cuna del humor nacional. Esto debido a las tradicionales reuniones diarias de sus habitantes, quienes en cualquier esquina se sientan a narrar historias. También porque la mayoría de los grandes humoristas panameños son nacidos en este lugar.

Una característica igual de importante para todo monagrillero, es “tener” o “poner a otros” un sobrenombre (apodo). Se dice que todo habitante del pueblo tiene uno, (Pérez Saavedra, 2002). Estos pueden ser originales de las situaciones más extrañas e imaginables. Según el Profesor Pinzón Rodríguez, (2010), este comportamiento tiene implicaciones sociológicas para comprender la dinámica social de la región azuerense, porque estaría demostrando que el habitante de Monagrillo, casi sin saberlo, estructuró una respuesta contra la hegemonía al estatus social reinante, en la época colonial. Su forma de ser fue una respuesta espontánea al dominio social y a las poses de un fingido abolengo. Las actividades principales en Monagrillo giran en torno a la ganadería, la agricultura y el comercio, aunque destacan también actividades propias de una ciudad desarrollada.

2.3.2 Entorno Escolar

En el adolescente el entorno escolar tiene gran influencia. En el entorno escolar, a pesar de que todos vivan sumergidos en la misma cultura, no todos se afectan de la misma manera ni en la misma magnitud. Algunos adolescentes demuestran que no se ven afectados ni por la presión cultural, ni por las burlas que pueden haber sufrido, ni por tener un defecto desfigurador, sabemos que son personas que tienen una sólida autoestima. Por otro lado, la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro

de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos, (Jáuregui Lobera, et al; 2009).

La influencia de los pares en los colegios, que tienen una manera de alimentarse y cuidar su propio cuerpo, puede a veces representar una presión para la o el adolescente que busca ser aceptado por su grupo de amigos (lo que tiene que hacer o a quién se tiene que parecer para ser aceptado). Es innegable el dominio de las personas que padecen de algunos trastornos de conductas alimentarios y desean transmitirlo. Hay páginas web y grupos de cibercharla que promueven alimentación insana, consejos para bajar de peso y engañar a la familia y al personal de salud acerca de las conductas inadecuadas; (Del Carpio y Delgado, 2013). Los adolescentes, muchas veces suelen cambiar sus patrones alimentarios, al cursar la escolaridad. Esta aseveración fue demostrada por Alicia Cartujo Redondo, (Cartujo, 2017), al estudiar un grupo de universitarios. Esta autora señala que el patrón alimentario y el estilo de vida en la población universitaria suele cambiar cuando comienza sus estudios. Continúa indicando que su alimentación se caracteriza por la irregularidad en las comidas, el consumo elevado de comida rápida, bebidas alcohólicas y azucaradas, baja ingesta de frutas y verduras, seguimiento de dietas nutricionalmente inadecuadas, con baja densidad nutricional y, en algunos casos, trastornos de la conducta alimentaria, junto con una disminución en la práctica de actividad física. Situación que es similar en los adolescentes, sobre todo aquellos que están culminando el segundo ciclo de educación secundaria. Esta tendencia, se aleja de lo saludable y equilibrado, lo que aumenta el riesgo de un incremento de peso y de padecer patologías crónicas de alta

prevalencia con base nutricional en la edad adulta (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, etc.), (Cartujo, 2017).

2.3.2.1 Escuela Segundo Familiar Cano de Monagrillo.

Figura N° 4
Colegio Segundo Familiar Cano, Corregimiento de Monagrillo, Distrito de Chitré, Provincia de Herrera, Panamá



Fuente: La Investigadora. 2017

Se creó el Primer Ciclo de Monagrillo mediante decreto Ejecutivo N° 87 del 23 de marzo de 1970. Al principio, el Primer Ciclo de Monagrillo funcionó en las instalaciones de Escuela Primaria de Monagrillo hasta 1972 cuando fueron inaugurados los dos pabellones con más

de 24 aulas. Inicio labores con matrícula de 148 estudiantes, 7 docentes, un director, una secretaria y un trabajador manual. En 1981, mediante decreto ejecutivo N° 19 del 30 enero se eleva a categoría Centro de Educación Media de Monagrillo ofreciendo Bachillerato de Ciencias y Letras. Posteriormente, en el año 1986 se incluye Bachillerato en Comercio, mediante Decreto Ejecutivo N° 31 del 14 de marzo. El Decreto Ejecutivo N° 72 del 11 de abril de 2008 cambia el nombre a Colegio Secundario Padre Segundo Familiar Cano.

Este colegio constituye el principal centro de educación media del corregimiento; en él acuden la mayoría de los adolescentes que residen en el corregimiento de Monagrillo, siendo así su principal entorno escolar.

2.3.3 Entorno Familiar

La familia es una institución social. Constituye una auténtica estructura cultural de normas y valores, organizados de forma fija por la sociedad. La familia regula la acción colectiva en torno a ciertas necesidades básicas; procreación, sexo, adaptación, intimidad

o seguridad afectiva, educación e incluso, producción y consumo básico de bienes económicos, como institución social, (Rocafuerte, 2017). Es un sistema de fuerzas y de valores no siempre en armonía con otras instituciones, nacidas en el seno de la misma sociedad. Es así como, la alimentación, dada en el seno familiar, puede ser una herramienta de transformación social, en términos de salud, pero también de diálogo, respeto y convivencia de personas, grupos y comunidades, (Zafra Aparici, 2017). Para la misma autora, la alimentación es más que nutrición con ella nos comunicamos, expresamos y relacionamos. La familia es la responsable de aspectos tan diversos en relación a la alimentación, tales como: qué alimentos se consideran buenos o malos para la salud, qué alimentos y cómo comerlos para alcanzar la salud y la estética corporal y cómo comer para aprender a relacionarnos con los demás en los diferentes contextos de la vida. En fin, la familia es el medio donde los sucesores adquieren sus primeros hábitos y las direcciones de comportamiento durante toda la vida.

Los tipos de relaciones familiares tienen gran influencia sobre las descendencias en cualquiera de las etapas que se encuentren, desde la niñez, adolescencia o adultez; (Rocafuerte, 2017). Este dominio es una mezcla de las dos subculturas que trae cada progenitor, que a su vez dependió de los distintos estilos con los que ellos fueron criados y su personalidad. Esta forma de crianza, que emerge de las nuevas familias que se conforman, se obtiene de manera empírica y por la experiencia. Otros factores que influyen son, según la misma autora, (Rocafuerte, 2017), el ambiente o contexto, el nivel socio económico, sexo, edad, y lugar de origen de los progenitores. Otras variables o elementos como: edad del menor, estado de salud, conductas y comportamientos pasados,

hábitos que están correlacionados con la manera de cómo la madre y el padre forman a sus hijos e hijas.

Independientemente del estilo que tenga cada familia o uno de los progenitores, lo medular es su conocimiento y poder hacer intervenciones que realmente den resultados.

2.4 Factores Asociados al Sobrepeso y Obesidad

Un factor Asociado es cualquier evento o fenómenos, cualquier rasgo, característica o exposición que aumente o disminuya su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

En el caso de los adolescentes, existen muchos factores asociados al sobrepeso y obesidad que pueden predisponerlos o ser factor protector al sobrepeso y obesidad.

2.4.1 Inicio de Vida Sexual Temprana

Los cambios físicos que ocurren en la adolescencia son los responsables de la aparición de la sexualidad, (Del Carpio y Delgado, 2013). En esta etapa, se resaltan los caracteres físicos, el despertar sexual y el comienzo de la genitalidad adulta. Puede que estos cambios sean confusos. Ellos descubren el placer en la interacción con personas del otro sexo o con el mismo y se especifica la identidad sexual. Para estas mismas autoras, (Del Carpio y Delgado, 2013), en esta etapa se crean interacciones afectivas en el grupo y comienza a descubrirse el objeto sexual. Aquí se da avances a la primacía de la relación de pareja.

Muchos adolescentes inician tempranamente la actividad sexual. Las mismas, según lo señala la Dra. Muñoz Calvo, se caracterizan por: ser irregulares, espaciadas y, con frecuencia, no previstas. En la mayoría de los casos los adolescentes tienen dificultad de acceso los servicios sanitarios, deficiente educación sexual, lo cual lo sitúan a una

situación de alto riesgo de embarazos no planificados y de infecciones de transmisión sexual. (Muñoz Calvo, 2015).

Generalmente, los que usan algún tipo de método anticonceptivo, los hacen por iniciativa propia, con el “consejo” de sus pares.

La orientación a este respecto, debe incluir aspectos como:

- Las necesidades del adolescente y su pareja.
- Su estado de salud.
- Sus valores, creencias y características personales y la de su pareja.
- Ayudar a decisiones informadas.
- Proporcionar información sobre el uso correcto del método anticonceptivo elegido, manejo y posibles efectos secundarios.

En el caso de las adolescentes con Sobrepeso y Obesidad, es un reto el uso de los métodos anticonceptivos, pues el exceso de adiposidad puede alterar la edad de inicio de la pubertad o inducir cambios hormonales durante la misma, favoreciendo el desarrollo de un síndrome de ovario poliquístico que se acompaña usualmente con la irregularidad menstrual. Estudios realizados señalan que entre los métodos anticonceptivos más usados por este grupo está el preservativo y los anticonceptivos orales, (Revisión de Expedientes de Adolescentes de Centro de Salud de Monagrillo, 2017). Estos últimos, (anticonceptivos orales), se asocian a las expresiones de comportamiento ligadas a los estados anímicos del nivel del sistema límbico. Los estrógenos regulan, particularmente en el cerebro de las mujeres, algunas actividades cerebrales importantes como aprendizaje, memoria, comportamiento y vida afectiva. Por ejemplo, la expresión verbal más desarrollada en las mujeres se ha encontrado asociada a los niveles de estrógeno

circulante; episodios recurrentes de alteraciones somáticas y psicológicas, principalmente dificultades para la concentración, inestabilidad afectiva, agresividad, irritabilidad, trastorno del sueño, del humor, crisis de llanto y desánimo, (Niño Avendaño, Ospina y Manrique, 2012) lo que muchas veces conlleva desordenes en la alimentación, como es el caso de comer en exceso.

2.4.2 La Clase Social y Sobrepeso y Obesidad

El comportamiento del sobrepeso y obesidad ha cambiado, Lluís Serra-Majem, en su artículo: “Obesidad Infantil: ¿Hemos Tocado Fondo”, (2014), señala que la evidencia disponible de la crisis económica de Asia, en los años de la década de los noventa al igual que en África, ha demostrado que, ante el incremento de los precios de los alimentos, los hogares reducen primero el consumo de los productos de los alimentos más caros, típicamente alimentos de origen animal, (carne, pollo, huevo, pescado y leche), frutas y verduras, que son una excelente fuente de nutrientes, al igual que se reduce, (si la situación empeora) las raciones y frecuencia de las comidas. Situación que ocurre en Latinoamérica y en nuestro país.

Aunado a esto, la urbanización y las nuevas formas de trabajo, han producido un descenso en la actividad física y un sorprendente cambio en los sistemas alimentarios de los países de bajos ingresos, desplazando los patrones alimentarios basados en alimentos sin procesar a alimentos ultrapocesados, (Carrera, et al. 2017); Esta situación se caracteriza por alto contenido de carbohidratos y grasas, consumido por todas las clases sociales.

Los hábitos alimentarios se han modificado por diferentes factores que alteran la dinámica e interacción familiar. La situación económica que afecta los patrones de

consumo tanto de niños como adolescentes y adultos, provoca que las familias adopten nuevas formas de cocina, (Barriquete Meléndez, et al. 2017).

2.4.3 El Sedentarismo

La inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad, más importante a nivel mundial. Este aspecto provoca el 6% de todas las muertes, sólo se ve sobrepasada por la hipertensión arterial (13%) y el consumo de tabaco (9%). Aproximadamente 3.2 millones de personas mueren cada año por tener un nivel insuficiente de actividad física (OMS, 2014). La inactividad física está aumentando en muchos países, lo que incrementa la carga de enfermedad no transmisible y afecta a la salud en general en todo el mundo, (Gómez Molina, 2017).

La tendencia en aumento de niveles de sedentarismo entre la población adolescente ha sido motivo de investigaciones multidisciplinarias, (Gómez-Mármol, 2017), las cuales enfatizan la importancia de su aumento, no sólo en el hogar sino en otros ámbitos como las escuelas.

Jaume Esteve Blanch, (2017), describe en su artículo: *Obesidad e Información al Consumidor*, que ciertas situaciones han llevado a la sociedad al binomio sedentarismo sobrepeso y obesidad, entre ellas tenemos:

- Creciente urbanización de la sociedad, con pérdida del contacto con la naturaleza.
- Transformación de los hogares con un mayor nivel de confort.
- Incorporación de los automóviles privados al modo de vida y movilidad cotidiana de las personas.

- Paulatino abandono de la infancia al exterior del hogar como ámbito de actividad lúdica, sustituido por el interior de la casa con uso excesivo de medios de comunicación.
- Paulatina desaparición de las comidas domésticas compartidas.
- Tendencia a la comida rápida, en el hogar o fuera de él.
- Reducción del ejercicio físico en una parte significativa de la sociedad, en razón a la tendencia de internalización en el hogar o en espacios cerrados y con posibilidades muy reducidas de movilidad en buena parte del tiempo de ocio.

Esta realidad, pone de manifiesto, la necesidad de regular la actividad física, con acciones simples como: caminar, montar bicicleta, hacer deportes, por sus considerables beneficios para la salud, realizar algún tipo de actividad física es mejor que no realizar ninguna, (Gómez Molina, 2017).

2.4.4 Los Hábitos Alimenticios Insanos

Cada sujeto aprehende y se socializa en y de su respectiva cultura alimentaria. Se asume e interiorizan las normas y valores socio alimentarios de su sociedad (Zafra Aparici, 2017). Una nutrición adecuada es esencial para el crecimiento apropiado de los adolescentes. Una gran adversidad es que los adolescentes tienden a llevar una alimentación No saludable, con un gran consumo de dulces, bebidas carbohidratadas, alimentos chatarras y menormente frutas y verduras. Por esta razón, es común la falta de calcio, zinc, y hierro en esta edad, (Rocafuerte Ruíz, 2017). La situación se empeora con el consumo de estos alimentos y bebidas ultraprocesados con presentaciones listas para comer y beber, basados en sustancias refinadas con azúcar, sal, grasa y varios aditivos, (Carrera, Cuello y Niro, 2017), lo que lleva a una alimentación de baja calidad

nutricional, densidad calórica excesiva y rica en azúcares libres, grasas no saludables y sal. Finalmente baja fibra alimentaria lo que aumenta el riesgo de obesidad y otras enfermedades no transmisibles, (OMS/OPS, 2015).

Barriquete Meléndez, et al., (2017), señalan que entre las conductas de riesgos a la salud asociadas a la ingesta están:

- Bajo conocimiento del alto riesgo en la práctica de hábitos pocos saludables que los exponen al sobrepeso y obesidad y a morbilidades asociadas.
- Consumo de refrescos, jugos y envasados y dulces.
- Bajo consumo de verduras y frutas.

2.4.5 Las Relaciones Familiares y la alimentación

La tesis: Estilos parentales y su relación con las conductas alimentarias de riesgos en adolescentes, (Rocafuerte Ruiz, 2017), señala que la calidad de vida individual es una extensión de la calidad de vida de la familia. La satisfacción de las necesidades de la persona, disfrute de la vida conjuntamente con la familia y la consecución de metas son significantes para ellos.

No cabe duda que el bienestar emocional, físico, social y económico de un individuo, tiene estrecha relación con el apoyo (y cuidado) que le daban sus padres además del desarrollo de las conductas sociales y de afrontamiento de niños y jóvenes. Por ello, es de suma importancia, considerar esta variable, en todo estudio que relacione los factores protectores y de riesgo en los adolescentes. Una familia funcional, proporciona un ambiente de comunicación, cooperación, confianza, satisfacción y bienestar, que le dará herramientas para enfrentar los avatares de la vida, de forma asertiva. Lo contrario ocurre con las familias disfuncionales, cargadas de autoritarismo, problemas de comunicación,

poca unión. La conducta y la manera de comportarse de un joven es un reflejo del comportamiento de sus padres y de su familia, (Rocafuerte Ruíz, 2017).

Queda resaltada entonces la importancia de que la familia establece los límites, promueve todos los sentimientos y actos emocionales de un individuo.

La influencia de la familia, que tiene su propio estilo de alimentación, refuerza o disminuye la conducta de riesgo, alentando la dieta y admirando el control perfecto que tiene la persona sobre su alimentación, (Del Carpio Arenas y Delgado Torres, 2013).

2.4.5.1 Las Relaciones Familiares Funcionales

La familia es una institución social. Ella constituye una autentica estructura cultural de normas y valores, organizados de forma fija por la sociedad para regular la acción colectiva en torno a ciertas necesidades básicas. Como toda institución es resultado de deseos humanos, de iniciativas sociales, de esfuerzos colectivos encaminados a resolver los grandes problemas de convivencia, estabilidad y progreso, (Rocafuerte Ruíz, 2017). Las familias funcionales, tienden a reforzar la autoestima de sus miembros.

2.4.5.2 Las Relaciones Familiares Disfuncionales

Las familias disfuncionales se caracterizan por algunos factores de riesgos, que pueden predisponer a los adolescentes a desarrollar algunos trastornos de conductas alimentarias. Según Del Carpio y Delgado, (2013), son:

- Influencia de familiares en la manera de alimentarse y cuidar su cuerpo.
- Estilo de alimentación insanos de la familia: alentando a comer alimentos insanos y administrando las dosis.
- Dinámica familiar hostil: la presencia de maltrato físico o negación de emociones, que conlleva a sentimientos de desconfianza en el adolescente.

- Antecedentes de haber sido molestado o ridiculizado por su peso o silueta corporal.
- Abuso sexual en la infancia que puede contener consecuencias en su imagen corporal y la sensación de control en su propio cuerpo.
- Falta de soporte afectivo. Esto que se puede dar, por ejemplo debido a ausencia de la madre.

Otros factores, son los que señala Rocafuerte Ruíz, (2017), tales como:

- Padres con un nivel bastante alto de reclamación y vigilancia con poca sensibilidad y afecto.
- Poca atención a las necesidades de sus hijos, no contemplan sus pedidos.
- Progenitores apartados, escasos de afectuosidad.
- Padres prohibitivos que facilitan poco apoyo emocional a sus hijos.
- Familias que exceden las reglas, normas y requerimientos a sus hijos.
- Inspeccionan y valoran el accionar y la actitud de sus hijos.
- Se caracterizan por efectuar castigos poco convenientes.

Los miembros de estas familias, en muchos de los casos desarrollan psicopatologías, que se acompañan de determinados estilos de vida tales como la desmesurada ingesta de nutrientes calóricos, (Esteve Blanch, 2017). Dentro de ellas se señala la depresión y la ansiedad, indicándose que en niños y jóvenes con sobrepeso y obesidad su prevalencia es más alta, (Cebolla, et al. 2011).

2.4.6 El Auto Concepto – Imagen Corporal

Es la representación mental que cada persona tiene de su cuerpo. El modo que cada uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, (Garrido García, 2017). Se considera entonces que una persona tiene una imagen corporal positiva cuando la percepción sobre su cuerpo es clara y verdadera. Además, se siente a gusto con el mismo, no mostrando conductas inapropiadas para mejorar su imagen corporal.

Entre los factores sociales y culturales que afectan la imagen corporal son los modelos estéticos, con frecuencia la gordura se asocia a lo poco estético. Los modelos familiares y de las amistades, es decir los valores y las actitudes de las personas que los rodean son consideradas un factor muy importante a la hora de desarrollar una imagen positiva o negativa, (Garrido García, 2017).

La imagen corporal, pareciera tener una importancia clave en referencia a la obesidad, estudios muestran que una imagen distorsionada es muy buen predictor de complicaciones psicopatológicas asociadas con obesidad, (Cebolla, et al, 2011).

Una persona con un auto concepto deteriorado se caracteriza por una baja autoestima y la falta de confianza en sí misma. La formación de la imagen corporal es un proceso dinámico, que se da poco a poco a lo largo de la vida, las personas van incorporando ideales, emociones, percepciones, sensaciones sobre su propio cuerpo lo que las lleva a desarrollar una imagen corporal, (Garrido García, 2017), que dependerá mucho, del estilo parenteral de los padres o tutores, lo cual es esencial para la formación de niños y adolescentes.

2.4.7 Las Metas y Aspiraciones

Los factores de mayor importancia, dentro de los aspectos psicológicos que pueden ser o factor de riesgo o protector, está el ambiente donde interactúa el joven, la familia y los valores que se mueven a su alrededor, siendo de vital importancia la motivación, (Del Carpio y Delgado, 2013). Un joven que tiene claro sus metas y aspiraciones tendrá claro el camino a seguir. Los valores y normas marcarán su identidad, sirviendo de guía en su conducta social, para que tenga claro que el desarrollo de su personalidad es más importante que la imagen corporal.

2.4.8 Oferta Alimentaria en Escuelas

Es común que nuestros estudiantes se provean de alimentos que oferten los sitios de expendio de alimento de las escuelas. Por lo general, tiene una oferta alimentaria bastante limitada, con alimentos principalmente asociados a azúcares, grasas y sodio y pocos alimentos saludables, como frutas, cereales sin azúcar y lácteos descremados. Esto se debe, a la alta demanda que tienen los alimentos procesados por parte de los niños/niñas y las y los jóvenes en cada una de las escuelas. También, por la existencia de una cultura por consumir productos de comida rápida o chatarra, los cuales, en algunos casos, tienen menos costos que los saludables, (Rojas Conejera, 2016).

Para Zafra Aparici, (2017), la ingesta real de los niños/niñas y adolescente está profundamente influenciada, por la etnia, el género, la familia; por el contexto educativo. El espacio escolar, influye en la percepción y actitudes en relación a la alimentación.

El patrón alimentario de los estudiantes se aleja de lo considerado saludable y equilibrado. Esto aumenta el riesgo de un incremento de peso y de padecer patologías

crónicas de alta prevalencia con base nutricional en la edad adulta. Entre ellas: diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, (Cartujo Redondo, 2017).

2.4.9 La Educación Alimentaria

La Educación Alimentaria es la base para que los niños, niñas, adolescente, y sus familias cambien una nutrición saludable.

Es necesario tener presente que la alimentación es un sistema de comunicación poderoso, cargado de significados sobre nuestra identidad individual y colectiva, (Zafra Aparici, 2017). Basado en esta premisa la Educación Alimentaria, debe generar espacios de diálogo con los niños/niñas y jóvenes para que puedan intercambiar sus experiencias vinculadas a las situaciones personales y colectivas.

¿Para qué afrontar el problema del sobrepeso y la obesidad?. Los especialistas mexicanos señalan que el tema debe ser considerado como prioritario y abordado desde la escuela primaria orientada, tanto a los niños como a sus maestros a enfatizar el papel de las escuelas para padres y la congruencia entre lo que se enseña en casa y en la escuela. (Pérez, Escalante y Aguilar, 2012).

Para este mismo grupo de expertos los estudios sociales, epidemiológicos y clínicos han demostrado que, por medio de la educación, es posible revertir algunos de los hábitos que tienen consecuencias negativas para la salud. Sin embargo, el diseño de las intervenciones educativas es complejo y requiere un enfoque multidisciplinario y adecuaciones a las características de la comunidad a intervenir, (Pérez, Escalante y Aguilar, 2012).

2.5 Los Modos de Vida Sobre peso y Obesidad

Los Modos de Vida son un Conjunto de actividades diarias en las diferentes esferas de la vida. Es decir, los medios con que los individuos, grupos, clases sociales y la sociedad en su conjunto, (en condiciones determinadas), satisfacen y desarrollan sus necesidades espirituales y materiales. Esto refleja no sólo cómo viven, sino también para qué viven, con qué objetivos y con qué escala de valores. Expresan las relaciones entre las personas y la actividad humana a escala social, en el contexto de determinadas condiciones materiales de vida, (Dehesa Gallo, SF).|

2.5.1 El Lugar de Residencia

Se nos puede identificar individual y colectivamente, según cómo y qué comemos, por género o el lugar de nacimiento. La alimentación emite significados de la sociedad en la que se reconoce la forma de pensar y hacer de un pueblo. Cada comportamiento o actitud alimentaria, personal o colectiva tiene un significado concreto, que, solamente, toma sentido dentro de la sociedad y la cultura en la que se inserta, (Zafra Aparici, 2017).

La misma autora, Zafra Aparici, (2017) señala que la cultura influye en el modo de vida, y en el comportamiento alimentario, (en el caso de esta investigación, del monagrillero). La cultura establece normas relativas a la composición y a la estructuras de la ingesta, a las técnicas culinarias, los horarios de las comidas, a los comensales, lugares de comidas, selección de los alimentos, tratamiento de conservación, las formas de servir y comer, distribución de las comidas a la idoneidad o no de los alimentos (los que son más o menos saludables, buenos o malos, según y para qué aspecto). También marca los modales que socialmente se entienden como correctos al comer.

Es el entorno cultural, el que establece los horarios de comida, que se debe comer en los días festivos, modelos alimentarios, por género, edad, o clase social.

Cobra importancia, los hábitos de consumo y la relación con eventos de importancia para el lugar. Por ejemplo hay patrones establecidos que marcan los alimentos a consumir en eventos de importancia, tales como matrimonios, la muerte, fiestas patronales, entre otros.

Según el Sitio web del Municipio de Chitré, (2017), la fiesta más importante de Monagrillo son las patronales, dónde se venera a San Miguel Arcángel.

Monagrillo celebra, desde 1910, la fiesta patronal de San Miguel Arcángel, según ésta fuente. Esta tradición es tan particular como su pueblo, (donde se caracteriza el chiste y el sobrenombre), - cuna del famoso queso blanco. Relata uno de los más célebres investigadores de su cultura, el abogado y escritor Sergio Pérez Saavedra que la historia de la celebración de San Miguel es muy curiosa, “pues tiene un origen pagano y mercantil”, según testimonios orales. Cada año, al iniciar la primera novena de San Miguel, el día 20, comienza a su vez el jolgorio típico. Desde los inicios de las fiestas se acostumbraba a poner la llamada “mesa”, donde las mujeres vendían la exquisita lechona. De ahí provienen las fondas. Siempre que había una fiesta, se colocaba la mesa para vender las viandas, lechona frita y asada con bollo blanco, el sancocho de gallina y arroz blanco.

Como vemos, la “lechona”, las comidas ricas en grasas, son alimentos indispensables, en la cultura culinaria del monagrillero. En la actualidad, existen fondas permanentes en el lugar. Se facilita así la adquisición de estos alimentos, como forma cotidiana.

2.5.2 La Influencia de las Mujeres en los Modos de Vida

La administración del hogar, y la alimentación de la familia, es considerada como uno de los papeles genéricos asignados a las mujeres. Desde la perspectiva patriarcal, las mujeres son las encargadas de administrar y alimentar a la familia, (Cabello y Reyes, 2011). Desde que nacemos, se impone un modelo que establece lo que es propio de las mujeres y de los hombres, obligando a ambos sexos a seguir las reglas socioculturales. Esta realidad, lleva implícito que el comportamiento alimentario, está en la mayoría de los casos, en manos de las féminas de la familia. Por tanto, ellas establecen las normas relativas a la composición y estructura de las ingestas, técnicas culinarias, consumo en días festivos, entre otros, (Zafra Aparici, 2017). No se nace mujer, sino que se hace mujer a través de la proyección de ideas, pre concepciones, pautas emocionales y expectativas de vida que la sociedad, a través de la familia, de la educación escolar y sobre todo de la cultura, en sus múltiples manifestaciones, imponen, (Rodríguez, et al. 2015).

Cabello Garza y Reyes, (2011), señalan que las madres, o las mujeres como primeras cuidadoras tienen una mayor influencia en el desarrollo de hábitos saludables debido a que las encargadas de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, distribución y cantidad, son ellas.

2.5.2.1 Rol de las Abuelas y Bisabuelas

El rol o papel de las abuelas, en algunas sociedades, como es el caso de Monagrillo, resulta ser preponderante en la dinámica familiar. Sin duda es un referente y en algunos casos la que impone las pautas a seguir, sobre todo cuando se trata del tema alimentación y cuidados a la salud. Las abuelas y las bisabuelas educan en valores y lo hacen fundamentalmente a través de sus actos de una manera natural. Además de transmisoras

son personas con gran experiencia, lo que a ojos de todos les hace más sabias, con mayor madurez emocional. Lo ideal es que no interfieran en la educación que dan los padres y que, en primera instancia, son los responsables.

En el tema de la alimentación, estudiosos del tema señalan que aquellos niños y adolescentes, que son cuidados por las abuelas, acostumbran comer galletas, pan, pastel o cereales endulzados y excesos de carbohidratos, (Cabello y Reyes, 2011). Otros autores como Bruss y Dannison (2003), demostraron que las abuelas solían complacer a los niños con dulces, chucherías o alimentos que ellas creían buenos, a pesar de la desaprobación de los padres. Los mismos autores indican que las abuelas, cuando perciben que sus nietos están delgados suelen considerar que no están bien alimentados y les proporcionan más alimentos para que aumenten su peso corporal.

2.5.2.2 La Influencia de las Mujeres en la Alimentación

Lo que finalmente comen los niños y niñas, está profundamente influenciado por factores como el género, (Zafra Aparici, 2017). Es así como, culturalmente, las mujeres transmiten a las nuevas generaciones las costumbres relacionadas a la alimentación. Esta realidad indica que las mujeres de la familia deciden el tipo de alimentos en función de lo que les gusta a ellas, sin presuponer en la elección si son saludables o no. Cabello y Zúñiga (2007), en un estudio fenomenológico, mostraron que los patrones en la dieta y las preferencias para la realización o no de ciertas actividades, se forman dentro del seno familiar, esta influye en los comportamientos alimenticios de muchas formas:

- Forma los primeros hábitos alimenticios del niño.
- Establece la toma de decisión en términos de lecciones de dieta, actividad y otros comportamientos.

- Es el ámbito de socialización que incide en el desarrollo de patrones culturales y alimentarios de los niños.

Queda claro, que el papel de las madres, abuelas y bisabuelas en la preparación de los alimentos se vuelva fundamental. Según Cabello Reyes, (2011):

- Ellas representa el principal agente de cuidado y crianza de los hijos.
- Se considera una mediadora en los esfuerzos para prevenir el sobrepeso.
- Modeladora de los patrones de la dieta y ejercicio.
- Es una influencia importante en el desarrollo de peso y obesidad de los hijos.
- Ella es quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo, los conocimientos y preferencias que tenga de la selección de los alimentos.

2.5.2.3 Las Mujeres Administradoras del Hogar

Eva Zafra Aparici, (2017), indica que en la administración del hogar, y sobre todo en los temas relacionados con la alimentación, las mujeres se socializan más en un modelo en el que la comida es utilizada como herramienta de control corporal y de expresión de sentimientos.

La tarea de administrar el hogar y, sobre todo, la preparación de alimentos, es fundamental para la sobrevivencia diaria de los integrantes de una familia. Es una función adjudicada a las mujeres. La misma no sólo implica la realización de la actividad, sino todo el proceso que hay detrás de ésta. La tarea implica la administración del gasto familiar, qué comida decide preparar, cómo, cuándo y para quién la prepara, (Cabello y Reyes, 2011). Supuestamente, el hacer la comida diaria no pareciera tener mayores complicaciones, pero cuando se revisa lo que implica, esclarece que las decisiones sobre

lo que se come en la familia tiene implicaciones importantes sobre la salud de sus integrantes. Por ejemplo, si una madre de familia ofrece a sus hijos alimentos ricos en grasas y azúcares, aunado a la no ejercitación física, se tiende a alterar su peso corporal, deteriorando progresivamente su salud, provocando sobrepeso y obesidad. Para los mismos autores, (Cabello y Reyes, 2011), al ser la madre quien planea, compra, prepara y sirve la comida, es quien regularmente fija el patrón de hábitos y actitudes hacia la alimentación. Sus valores y costumbres tienen que ver con el medio en que ella se crió. También hay que considerar los ingresos, la región geográfica, el nivel educativo, además de las supersticiones, creencias y valores; factores muchas veces heredados y otros influenciados por sus interacciones con el medio social, que siempre estarán presentes en los patrones de conducta alimentaria en el hogar.

2.5.3 El Machismo

Según la Real Academia de la Lengua, (2001) se define Machismo, como: Actitud de prepotencia de los varones respecto de las mujeres. Es una forma de sexismo caracterizada por la prevalencia del varón.

Para Rocafuerte Ruíz, (2017), un padre con un estilo parental, machista y dominante; influye en la personalidad trascendiendo hasta niveles muy internos de su temperamento, afectando su autoestima.

La misma autora señala las siguientes características de los hogares, con un padre machista:

- Fija normas con poca participación de los hijos.
- Exige obediencia total.

- El incumplimiento o desviación de la norma tiene como consecuencia castigos severos a menudo físicos.
- Comunicación pobre.
- Reglas inflexibles.
- Independencia escasa.
- Los miembros de la familia tienden a ser: retraídos, temerosos, apocados, irritables y con poca interacción social.

Es de suponer, que los jóvenes o niños que forman parte de estas familias disfuncionales desarrollen un perfil psicopatológico, como lo es depresión y ansiedad, las que son frecuentes en jóvenes con sobrepeso y obesidad. Es importante resaltar, que estos trastornos en el peso pueden ser causa o efectos; muchos jóvenes con sobrepeso u obesidad tienen predisposición a la depresión o ansiedad o aquellos jóvenes que la padecen tienen más predisposición de adultos a ser obesos, (Cebolla, et a. 2011).

2.5.4 La Autogestión

Dentro de los aspectos sociales, que se imponen en la adolescencia, está el cambio de estatus que incluye la necesidad de independencia y de buscar el porvenir fuera de casa, unido a la necesidad de autonomía de los jóvenes en relación a sus padres, (Del Carpio y Delgado, 2013). La autonomía a través de la generación de divisas, es un aspecto desarrollado por algunos adolescentes, también les ayuda a crear interacciones con grupos de homólogos.

2.5.4.2.1 La Relación Ingresos Económicos con estado de Salud

El Atlas de Desarrollo Humano Local de Panamá, (PNUD, 2015), señala la correlación existente entre la pobreza y el desarrollo humano. El desarrollo Humano

medido a través del Índice de Pobreza Multidimensional. En aquellos hogares donde hay niños en condiciones de pobreza, juventud fuera de la escuela, personas con discapacidad, y poblaciones indígenas en condiciones de vulnerabilidad, la pobreza es mayor.

La pobreza y el acceso a la salud, tienen una relación estrecha e inversa. A mayor pobreza, menos acceso a los servicios de salud, sobre todo en áreas rurales e indígenas.

Es sabido, y demostrado, que existe una correlación directa entre pobreza e indicadores de morbilidad y mortalidad, así lo demuestra el Ministerio de Salud de Panamá en su publicación: *Desigualdades de Salud en la República de Panamá*, (2016). En aquellas familias donde uno de sus miembros padece una Enfermedad Crónica o una discapacidad, el nivel de pobreza tiende a empeorar, puesto que los escasos recursos muchas veces se re direccionan hacia los costos que la enfermedad o condición ameritan.

En el caso de los jóvenes con sobrepeso u obesidad, que tiende un aumento en las clases bajas, existe la creencia que los estilos de vida saludables, entre ellos el consumo de alimentos sanos, es más costoso, lo cual no es una verdad absoluta.

2.5.5 El Cuidado de los Enfermos

Los conceptos de salud y enfermedad y los cuidados adecuados están rodeados de significados sociales, ya que producen una respuesta social, (Tarrés Chamorro, 2001). El concepto de cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener, conservar la vida y permitir que estas continúen y reproduzcan, (Sánchez, Herrera y Socarras, 2008). Tradicionalmente el rol de cuidar se ha dado de manera tradicional a las mujeres, haciéndolas responsable de la salud y la alimentación de la familia, (Cabello y Reyes, 2011).

El cuidado de los enfermos, sobre todo el cuidador primario, está marcado por su forma de percibir la existencia, por el conocimiento de lo ancestral, los sentimientos y la sabiduría de la cultura que posea, (Sánchez, Herrera y Socarras, 2008).

El cuidador o cuidadora primaria, se caracteriza por: los conocimientos que tenga de la enfermedad y de los derechos ciudadanos frente al sistema de salud, del compromiso y afecto que tengan cada uno frente a la funcionalidad del hogar, de la situación socioeconómica que vivan y de la calidad de crianza dada históricamente a su familia, (Sánchez, Herrera y Socarras, 2008).

Muchas veces, señalan los mismos autores, que la calidad del cuidado, se basa en las actuaciones positivas de la persona, previas al evento mórbido, que lo llevó a necesitar de cuidados, (Sánchez, Herrera y Socarras, 2008), es decir, si la persona fue solidaria, los demás lo son con ella.

Cada persona percibe la forma de dar cuidado desde su experiencia vivida y compartida con otros seres humanos.

Para los profesionales de la Salud, el cuidado de la salud representa: compromiso, ética, comprender todas las etapas del ciclo evolutivo y anticiparse a los riesgos lo que implica que la persona cuidadora en el hogar contemple la integralidad del cuidado, para dar una atención en su totalidad, fortaleciendo actitudes y habilidades de promoción y mantenimiento. , (Sánchez, Herrera y Socarras, 2008).

2.5.6 El Consumo de Alimentos Insanos

Las prácticas alimentarias se relacionan principalmente, con las oportunidades que tiene la persona en términos económicos, el apoyo familiar, el rol en la compra y la preparación de las comidas. Pero principalmente, la disponibilidad que la persona tiene

para el cambio de hábito y la información y habilidades para preparar comidas diferentes, (Cabello y Reyes, 2011). Lo que comemos, está influido por los patrones culturales y sociales del lugar donde vivimos, forma parte de la Cultura Alimentaria, establecido por grupos humanos, (Zaffra, 2017).

Sin lugar a dudas, la familia el seno familiar es el que enseña lo que se consume, primariamente, es por ello que la generación de la aceptación y el rechazo de ciertos alimentos se forma en el seno familiar, lo que puede favorecer comportamientos alimentarios que se traducen en una ingesta sin normas, desordenada y abundante. Así el excesivo cuidado e insistencia por parte de los padres para que los niños o jóvenes consuman ciertos alimentos (o el descuido de este aspecto) determina el estatus del peso o estado nutricional del niño o joven, (Cabello y Reyes, 2011).

2.5.7 El Estigma- Discriminación Sobrepeso y Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica compleja y multicausal, que está asociada con problemas médicos graves y con problemas psicológicos importantes, tales como: la baja autoestima y la insatisfacción corporal, (Cebolla, et. Al., 2011).

Al profundizarse la insatisfacción corporal, se comprende el aumento geométrico de las personas que desean cambiar su imagen incurriendo en conductas de riesgo, tales como: dietas extremas, cirugías plásticas, y rigurosas y dolorosas rutinas de ejercicios, (Del Carpio y Delgado, 2013).

La insatisfacción con el cuerpos, que no entran dentro de los estándares sociales de belleza, cada vez son más exigentes, siendo todo un reto por no decir imposible alcanzarlos por métodos saludables. Quienes no se ajustan a ellos, son sometidos a constantes burlas, críticas y el rechazo generado por el exceso de peso.

2.5.8 El Incumplimiento del Plan Terapéutico

Los adolescentes, son muy influenciados por los amigos u otro familiar o persona con la que tenga afinidad. Esta influencia puede apoyar o no el plan a seguir para mejorar su estado nutricional.

La descripción realizada por Barriquete, J. y colaboradores, (2017), señalan que los adolescentes, son inconsistentes en los tratamientos, tanto en la ingesta de alimentos saludables, como en la realización de la actividad física. Explica, este grupo de expertos, que, en estudios realizados con adolescentes, un grupo considerable de jóvenes realizan dietas y actividad física excesiva, para “no estar gordas”, sin la debida asesoría, lo que les trae grandes frustraciones ya que al auto indicarse conductas restrictivas al dejar el tratamiento, suben aún más de peso.

El mantenimiento de un tratamiento terapéutico conlleva el apoyo de familiares y círculo cercano del adolescente, por lo que es necesario centrar la promoción de Estilos de Vida saludable en los adolescentes, tomando en cuenta los cambios propios de la evolución de la personalidad, el afianzamiento de la independencia, la búsqueda de nuevos patrones de socialización y la preocupación por la figura corporal que condicionan los nuevos estilos de vida y patrones de alimentación de este grupo etario, (Barriquete, et. al., 2017)

2.5.9 El Comer en exceso

La obesidad está asociada a problemas de salud. Jaume Esteve Blanch, (2017) señala que de la obesidad al padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas hay sólo un paso. Suele observarse una nula preocupación en personas con sobrepeso próximas a ser obesos, que se afilian con grupos o asociaciones conectándose sentimentalmente con sus

integrantes cerrándose un círculo de autosatisfacción que comienza con la tolerancia de consumos calóricos excesivos y termina con complicidades grupales que proporcionan satisfacción sensorial y emocional superando aparentemente los estigmas a partir de la resocialización en los citados clubes o instituciones.

Los adolescentes con sobrepeso o con obesidad, muchas veces ellos ni sus familiares son conscientes de la situación. Estudios realizados en varios países de la región señalan los padres de familia con hijos obesos, piensan que el peso de sus hijos es menor y que no tienen problemas de salud, por lo cual siguen sobrealimentándolos, (Cabello y Reyes, 2011).

2.6 Los Significados

Para la Real Academia de la Lengua, (2001), esta palabra es definida como conocido, importante, reputado, así como, significación o sentido de una palabra o una frase; entre otros. El significado, según la misma fuente, es el contenido mental que le es dado a este signo lingüístico. Es el concepto o idea que se asocia al signo en todo tipo de comunicación, como es el contenido mental. Éste depende de cada persona, cada una le asigna un valor mental al significado. Pero para el colectivo este significado debe ser igual para realizar una comunicación óptima. Es algo conocido, importante. Es el concepto o idea que se asocia a la forma sensible o perceptible (significante) del signo y al objeto que representa (su referente) en todo tipo de comunicación.

2.6.1 La Percepción de la imagen corporal del joven con sobrepeso o con obesidad

La auto percepción es un buen predictor de calidad de vida, bienestar y salud, (Cartujo, 2017). Es importante considerarlo en los estudios de salud que se realicen.

La percepción de la imagen corporal es definida por Del Carpio y Delgado, (2013), como la representación mental que uno forja sobre su tamaño, figura y forma del cuerpo, en general y de sus partes, es decir es el reconocimiento subjetivo del propio cuerpo y de cómo uno cree que los demás lo ven. Involucra también los sentimientos y actitudes que genera esta representación.

Esta percepción puede o no ser verdadera y puede generar sentimientos positivos o negativos que influirán en la conducta.

El componente cognitivo afectivo de la auto percepción incluye las actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones, (Del Carpio y Delgado, 2013), en el caso de los adolescentes obesos o con sobrepeso su tamaño, peso, forma puede generarle disgusto, displacer, rabia, impotencia. La generación de estos sentimientos dependerá, según las mismas autoras, de los criterios sociales normativos. Si su imagen se aleja a la que socialmente quiere alcanzar, por su exceso de peso, se saturará de sentimientos negativos que afectaran sus actitudes y conductas.

2.6.2.2 El Conocimiento de Sobrepeso y Obesidad

Existe evidencia sólida que asocia la obesidad con una prevalencia mayor de procesos crónicos. Se trata de un problema de salud crónico, complejo, heterogéneo de crecimiento y comportamiento epidémico que acorta la esperanza de vida y genera morbilidad y muerte, (Carrera, Cuello y Niro, 2017), pero que el adolescente y su familia no lo percibe como tal. Los jóvenes desconocen, por ejemplo la importancia de la práctica regular de la actividad física, para su salud y lo realizan sólo para mejorar su imagen corporal, (Gómez Molina, 2017). Los jóvenes tienen un importante sesgo cognitivo, pues de

manera errónea procesan y almacenan información, sobre todo en torno al peso y la comida, (Del Carpio y Delgado, 2013).

Importante apuntar que cuando la familia tiene el conocimiento, específicamente los padres, tienden a presentar mayor disponibilidad de implementar cambios en los hábitos alimenticios de los niños o jóvenes con sobrepeso y obesidad, intentando inculcarle hábitos alimenticios saludables, (Cabello y Reyes, 2011).

2.6.3 El Concepto de la muerte

Todos los pueblos tienen una diversidad de maneras de plasmar los ámbitos de la vida cotidiana, como puede ser el arte, la cultura, la religión, la educación, la alimentación, hechos de la vida, (Zafra Aparici, 2017). En el caso del concepto muerte, a lo largo de la historia, cada cultura ha construido sus propias creencias y con ellas las ceremonias que las acompañan que generalmente, al igual que los ritos en la antigüedad, están relacionados a la religión, (Gómez Gutiérrez, 2011).

Culturalmente, cada pueblo tiene una forma diferente de afrontar la muerte, es por ello que este evento está acompañado de un conjunto de conocimientos, informaciones, valores, emociones y sentimientos, que van desde aspectos tan simples como el tono de voz para expresar el dolor, la forma de mirar, la distancia que se deja entre los cuerpos, la postura, entre otros; lo cual transmite valoraciones, juicios sobre lo bueno y lo malo y a su vez generan emociones como amor, odio, temor, (Gómez Gutiérrez, 2011).

La pérdida tiene efectos psicológicos, produciendo tristeza, nostalgia, llamado duelo, que significa “Batalla del dolor” (Diccionario de la Real Academia, 2001). Aunque es un proceso normal, puede ocasionar serios problemas, si no es manejado correctamente. Debe asistir a los actos y además expresar sus sentimientos.

2.6.3.1 Creer en la vida después de la muerte

Para Jimena Gómez Gutiérrez (2011), estudiosa del tema, esta creencia, además de ser un tema cultural, también tienen un aspecto psicosocial fuerte, como o es la Resiliencia, ya que es una forma de reaccionar ante un hecho trágico, sacando fortaleza.

La creencia que los seres queridos, siguen con nosotros y ayudan desde donde estén, es una forma específica de hacer frente a la muerte. El recordarlos, con fotos, hacerles altares, adornar su tumba con flores, permite a los familiares, recordar a sus seres queridos. Teniendo este acto un toque de color y de alegría, sobre todo si se recuerdan de manera positiva. Para esta experta en el tema, los rituales que se viven ante la muerte, tienen como finalidad ayudar a los sobrevivientes a despedirse y a iniciar el duelo, y tener la esperanza de que las almas van hacia la inmortalidad, en una especie de continuación de la vida, (Gómez Gutiérrez, 2011).

2.7 La Teoría Del Cuidado Cultural De Leininger

Esta investigación se fundamenta en la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de la Dra. Leininger, (1991; 2006). Esta teoría está fundamentada en la convicción de que las personas con culturas diferentes pueden ofrecer información y orientación a los profesionales de enfermería y de la salud para que les ofrezcan la clase de cuidados que desean o necesitan ya que la cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, (Casada García, Ramírez, Sánchez, y Campos, 2010).

Sin duda, esta teoría da una perspectiva diferente a la profesional de la Enfermería, ya que para la Dra. Leininger, según lo argumenta Gordón de Isaacs, (2015), la premisa central sostenida por esta teoría, es que el cuidado es la esencia, foco central y unificador

de Enfermería; siendo el cuidado cultural una característica distinta que ayuda a descubrir y documentar el mundo del paciente y utilizar sus puntos de vista culturales emicos (Casada García, P. 2010).

El uso de esta teoría, del Cuidado Cultural, Diversidad y Universalidad nos permite establecer la naturaleza, significados, modos de cuidado humano, expresiones; que permiten construir un cuerpo de conocimientos únicos, creíbles y confiables, (Gordón de Isaacs, 2015). Esto se traduce en la aplicación de sus conocimientos y sus prácticas como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales propios de las personas que necesitan el cuidado, (Morris, E. 2012).

La Teoría de Leininger, (1991; 2006), deja clara la importancia que los profesionales de Enfermería estén preparados y comprometidos en la adquisición de conocimientos culturales de sus clientes y ofrece además, un método práctico de actuación para la Enfermera/o mediante los resultados obtenidos de la investigación aplicada. Por ello, la teorista, deja claro que la meta de su teoría, es que los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras/os, brinden cuidado culturalmente congruente.

Leininger (1988), desarrollo un área formal de estudio y práctica de Enfermería enfocada en el cuidado cultural y a este campo de especialidad lo llamó Enfermería Transcultural.

2.7.1 Bases Filosóficas de la teoría del Cuidado Cultural.

Las investigaciones en Enfermería son holísticas, es decir abordan el estudio de los seres humanos y su entorno en toda su complejidad y reconocen que cada individuo es único, en cuanto a su personalidad, su comportamiento, cultura, entorno social,

capacidades mentales, valores, creencias, su estilo de vida y la visión que tiene del mundo que lo rodea, (Vanegas, 2010).

La teoría de Leininger, según Marriner y Raile (2007) se evidencia claramente la influencia filosófica humanista, existencialista y también fenomenológica. En su teoría ella estudia al hombre en su diversidad y su universalidad planteando los cuidados culturales.

Tiene bases Humanistas, ya que el desarrollo de la ciencia de Enfermería como tal, se basa en la comprensión y el entendimiento del ser humano y guarda relación con las tradiciones humanísticas antiguas y modernas de la filosofía, (Durán de Villalobos, 2000). La teoría de Leininger al ser naturalista, abierta al conocimiento, incorpora necesariamente los medios que le permiten la interpretación del fenómeno concerniente desde la perspectiva del cliente (*lo emic*), o receptor del cuidado, sometiendo a un análisis hermenéutico (interpretación objetiva) para entender el significado de los mismos, (Durán de Villalobos, 2000).

Al analizar la influencia del Humanismo en las Teorías de Enfermería, no podemos dejar de hacer alusión del más significativo exponente del Siglo XIX, de esta corriente filosófica, Carlos Marx, quien señala que el hombre es miembro de una sociedad y una clase dada y al mismo tiempo, como cautivo de esta, (Trejos Martínez, 2010). Al analizar esta descripción, dentro de la perspectiva de las teorías de enfermería, vemos la aplicación del postulado de Marx. El mismo autor señala en su artículo: Enfermería y las Ciencias Sociales, la relación que hace Leininger cuando menciona “que para dar cuidado es necesario tomar en cuenta al individuo en todo su contexto y ofrecerle cuidado acorde

a ese contexto”, (Trejos Martínez, 2010). Leininger en su teoría, menciona a Edward Taylor, haciendo alusión a los aspectos que incluyen la cultura, como lo son: las creencias, arte, moral, ley, costumbres y cualquier otra habilidad y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad. Leininger le agregó que hay que brindar cuidados culturalmente congruentes. (Marriner, y Raile, 2007 y Martínez Trejos, 2011).

Para Camargo, (2012), la influencia de la corriente humanista está en que el hombre es la principal razón de ser de la vida y que el cuidado se realiza en seres humanos dinámicos, cambiantes y únicos. El cuidado humanístico se caracteriza por una relación enfermera/o-paciente dentro de una transacción intersubjetiva que brinda la posibilidad de que ambos participantes se relacionen y se enriquezcan de forma recíproca a través de un diálogo vivo y auténtico, (Camargo, 2012), implica entonces el derecho a la libertad interna del propio hombre para pensar sentir y creer, lo *emic*, tan como lo indica Leininger, (1991; 2006).

La corriente Existencialista, se refiere a la valoración de la esencia del hombre, donde lo más importante es reconocer la existencia de él mismo y su libertad. La enfermera/o debe conocer a cada hombre como una existencia singular de forma individual, con su historia particular con sus experiencias para poder brindarle ayuda. Según la formulación del filósofo francés del siglo XX Jean Paul Sartre, la existencia precede a la esencia. La elección es, por lo tanto, fundamental en la existencia humana y es ineludible; incluso la negativa a elegir implica ya una elección. La libertad de elección conlleva compromiso y responsabilidad. Los existencialistas han mantenido que, como los individuos son libres de escoger su propio camino, tienen que aceptar el riesgo y la responsabilidad de seguir

su compromiso dondequiera que les lleve, (Sartre, S.F). Es un enfoque filosófico que permite la comprensión de la vida y de la dimensión del ser humano. Según Camargo, (2012), la enfermera/o debe conocer a cada hombre como una existencia singular de forma individual, con su historia particular, con sus experiencias para poder brindarle ayuda. En la teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural, este pensamiento existencialista está claro.

3.0 METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio

Esta investigación utiliza el método mixto, ya que se estudia el fenómeno con estrategias múltiples o mixtas que nos permiten responder a la pregunta y dominio de la investigación, tal como lo señalan Driessnack, Sousa y Costa, (2007) y también permite aumentar los conocimientos para comprender el desarrollo integral del ser humano, (Pérez, 2011), dándole mayor sentido a los datos numéricos, (Pereira, 2011). En el estudio, los métodos cuantitativos se utilizaron en la primera etapa y los cualitativos en la segunda es decir se investigó de manera secuencial, descubriéndose la convergencia de los datos a través de la triangulación.

3.1.1. La Etapa Cuantitativa

En su primera etapa, es de tipo epidemiológico de prevalencia de asociación cruzada porque permite conocer la frecuencia y los factores potencialmente asociados al sobrepeso y la obesidad en este grupo, en un momento dado en el tiempo, (Fruto García y Royo, 2006) también se puede establecer la relación entre sobrepeso y obesidad en adolescentes y factores de riesgos como causa. Es analítico, porque permite la relación cruzada de dos o más variables en una población en un momento en el tiempo (Argimón Pallás y Jiménez Villa, 2004). Se establece la relación con los factores de exposición de manera estadística. De prevalencia porque se tomaron todos los casos, nuevos y viejos, de adolescentes con sobrepeso y obesidad, matriculados en el colegio secundario de

Monagrillo. Retrospectivo porque estudió las causas o factores de exposición asociados a estilos de vida no saludables, ocurridos con anterioridad, que predisponen al sobrepeso y la obesidad en adolescentes de 15- 19 años. Es decir, se buscan las causas a partir del efecto que ya se presentó.

3.1.1.2. Los Fundamentos Filosóficos

La corriente filosófica que fundamenta esta etapa de la investigación es positivista, porque afirma que el conocimiento proviene de lo observable, es objetivo. Desde esta perspectiva, los fenómenos son factibles de medición y conteo, por tanto pueden ser investigados y contribuir a la ciencia. (Landeros, et al, 2009). Las llamadas “ciencias duras, (matemáticas, física, química, etc.), se han guiado bajo la perspectiva positivista para desarrollar conocimiento, su influencia se ha extendido a las ciencias biológicas como: la medicina y la enfermería, que tradicionalmente han sido configuradas bajo este paradigma filosófico.

La principal característica de las ciencias del positivismo versa en la explicación científica en donde los resultados de la investigación pueden ser contrastados mediante el número de eventos favorables. Es decir, evidencia acumulada en situaciones específicas que dan sustento a la generación de hipótesis, leyes e inclusive generalizaciones universales, (Kuhn, 2007). Por tanto, describe relaciones entre fenómenos en términos de sucesión, semejanza, coexistencia. Sus explicaciones se caracterizan por el uso de las matemáticas, la lógica, la observación, la experimentación y control. Precisamente, la explicación científica es una de las metas de la investigación de enfermería en torno a la práctica del cuidado; en esta disciplina, idealmente se tiende a obtener evidencia acumulada para hacerla útil en la práctica de manera que sus resultados concretos puedan

ser verificados mediante indicadores cuantitativos. (Landeros, et. al., 2009). Esta forma de proceder ha sido producto de la influencia del positivismo. Para la enfermería la evidencia acumulada significa cuidados de salud bajo sustento científico y no simplemente práctica por rutina. (Polit, 2008).

Postulados del Positivismo: El término positivismo fue acuñado por Augusto Comte a finales del siglo XIX para designar el conocimiento científico como punto culminante del saber humano. El auge del positivismo data de 1907, cuando se conformó el círculo de Viena, representado principalmente por el físico Philipp Frank, el matemático Hans Hahn, y el economista Otto Neurath. Sus reuniones tenían el objetivo de discutir temas de filosofía de la ciencia, originando un nuevo movimiento denominado “positivismo lógico (Landeros y Salazar, 2009). Tradicionalmente bajo esta corriente el investigador (la enfermera/o) tiene que confiar de lo que puede medir y de lo que puede contar, lo que no puede explicar mediante un lenguaje matemático, no existe para la ciencia y por tanto queda en el terreno de la metafísica.

El positivismo lógico construyó su doctrina sobre las pautas que guían el conocimiento científico, y distinguió que todo aquello que carece de carácter empírico y que no puede ser sometido al proceso de contrastación, no es ciencia.

El positivismo y la investigación en Enfermería tiene su primera concepción cuando Nightingale lo menciona, a razón del momento histórico que se vivió a finales del siglo XIX, (Hernández y Moral, 2003). La creación del positivismo coincide con el movimiento de enfermería de Nightingale, quien con su trascendental publicación *Notes on Nursing*, inició la corriente higienista del medio ambiente con los principios de limpieza, espacio, luz y aire. La misma fuente señala, que Nightingale utilizó la

estadística para medir el estado de salud de los soldados, identificando causas de mortalidad, evaluando servicios de salud y reformando instituciones. Su intervención resultó en la disminución de infecciones y muerte de los soldados de Crimea en la sala de enfermería. Sus registros fueron la evidencia concreta, el dato observable, que sirvió a la enfermería a incursionar formalmente dentro de las ciencias de la salud y a Nightingale su ingreso como miembro honorario de la Asociación Americana de Estadística en 1847 por su contribución a la práctica basada en evidencia, (Hernández y Moral, 2003).

En la mayoría de las investigaciones de enfermería, el positivismo tiene una clara influencia que se refleja de esta corriente al utilizar el método propio del positivismo a través del razonamiento inductivo, que se caracteriza por el proceso de observaciones o experiencias particulares para llegar a un resultado que pueda generalizarse (Landeros, et al, 2009). Bajo este razonamiento lógico, la investigación en enfermería, al igual que en varias disciplinas, utiliza el método científico, método por excelencia del positivismo.

De acuerdo con Gálvez, (2,000) “la evidencia científica de enfermería se desarrolla en el terreno del positivismo más profundo... se defiende el criterio del paciente y la experiencia del profesional, pero en realidad todo su soporte está en el mundo de la estadística y lo cuantitativo, lo aleatorio controlado”. Se ha observado con mayor frecuencia el uso de diseños descriptivos, y la tendencia es utilizar diseños correlacionales, experimentales o cuasi-experimentales. Estos diseños son utilizados frecuentemente para responder a una pregunta de investigación cuya respuesta genere conocimiento que pueda verificar la relación de conceptos derivados de postulados

teóricos de enfermería, y así aproximarse a la explicación de la realidad del cuidado en la salud de los grupos humanos.

3.1.1.2 Muestra

Universo o población de estudio: El universo lo constituyen todos los adolescentes de 15-19 años que residen en Distrito de Chitré, Corregimiento de Monagrillo.

La Población de Estudio está formada por todos los estudiantes del Colegio Segundo Familiar Cano, de 15-19 años.

3.1.1.2.1 Tipo de Muestreo

NO se realizó muestreo. Para este estudio se utilizó la población de estudiantes del noveno al décimo segundo año que incluyen los grupos etarios de 15 a 19 años.

3.1.1.2.2 Marco Muestral

Estuvo constituido por todos los adolescentes matriculados, en el año académico, 2014, en el Colegio Segundo Familiar Cano, del Corregimiento de Monagrillo, distrito de Chitré, como se describe en el cuadro siguiente:

CUADRO N°2 ADOLESCENTES MATRICULADOS POR SEXO Y SEGÚN GRADO. COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO. CORREGIMIENTO DE MONAGRILLO, PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2014

Grado	Total	SEXO	
		MASCULINO	FEMENINO
Total	1844	800	1044
VII	340	178	162
VIII	343	160	183
IX	290	131	159
X	305	124	181
XI	322	125	197
XII	244	82	162

Fuente: Dirección del Colegio Familiar Cano, marzo 2014.

3.1.1.2.3 Tamaño de la muestra

Para esta fase del estudio no se trabajó con muestra, sino con la población de los adolescentes del grupo etario seleccionado, de 15 a 19 años, es decir la muestra estuvo constituida por todos los estudiantes del noveno al décimo segundo año que tenían este intervalo de edad cuyo total es de 958 estudiantes.

Al trabajar con el total de estudiantes del rango escogido, la prevalencia calculada es más certera por lo tanto no fue necesario realizar estimaciones y expansiones de los hallazgos.

3.1.1.3 Procedimiento para la recolección de los datos

Los pasos a seguir, (Lemus, Aragües y Lucione, 2008), para un estudio de prevalencia fueron:

- Definición de la población de referencia.
- Determinación de la muestra o realización de censo del estudio.
- Asegurar la comparabilidad de la información obtenida.
- Determinar el tipo de análisis epidemiológico de los datos.
- Determinar la conducta a seguir con los resultados encontrados.

3.1.1.3.1 Instrumentos

- Medición de la obesidad y sobrepeso

Para la medición correcta del peso y talla se utilizó una báscula clínica basándose en el procedimiento señalado por la Norma del Programa de Adolescente del MINSA, (MINSA, UNFPA/OPS/OMS, 2006). El IMC se determinó con la fórmula de Quetelet, que es la relación del peso corporal en kilogramos dividido por la estatura en metros

elevada al cuadrado (peso/ talla²). Este instrumento, elaborado por OPS/INCAP y MINSA, (2006). El mismo es adecuado para la población de Panamá.

- **Instrumento para medir el sedentarismo**

Para medir el sedentarismo, se utilizó el *Cuestionario Internacional de Actividad Fisca: Formato Corto* (IPAQ), versión corta, que ha sido implementada desde el año 2000 y del cual se espera sea utilizado como un estándar en la evaluación de este hábito a nivel poblacional, (Mantilla y Gómez, 2007).

Este instrumento surge como respuesta a la necesidad de crear un cuestionario estandarizado para estudios poblacionales a nivel mundial que amortiguara el exceso de información incontrolada producto de la excesiva aplicación de cuestionarios que han dificultado la comparación de resultados, (Mantilla y Gómez, 2007).

El IPAQ, su elaboración data de 1996, por un grupo de expertos internacionales, convocados por la Organización Mundial de la Salud, el Instituto Karolinska, la Universidad de Sydney y del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), en Ginebra en 1998, siendo probada su confiabilidad y validez en 12 países y 14 lugares del mundo (Mantilla y Gómez, 2007), (Bauman, Phongsavan, Schoeppe y Owen, N. sf).

La implementación comenzó en Ginebra, en 1998 y los resultados emergentes de esta larga cooperación internacional que opera de manera global, cuyo principal objetivo es establecer parámetros regulares de evaluación. Se han evidenciado a través de la publicación de resultados de estudios de prevalencia de la actividad física, en países desarrollados, como en vías de desarrollo, (Mantilla y Gómez, 2007). Los investigadores

del IPAQ desarrollaron varias versiones del instrumento de acuerdo al número de preguntas. La versión corta, utilizada en este estudio, contiene 9 ítems que proporciona información, (“usualmente en una semana” o últimos 7 días), sobre el tiempo empleado al caminar, en actividades de intensidad moderada y vigorosa y en actividades sedentarias, (OMS, 2002). Esta versión es la recomendada para estudios poblacionales, (Mantilla y Gómez, 2007). Para medir la confiabilidad y validez, en el año 2000 un grupo de investigadores de 14 centros de 12 países. Se utilizaron métodos estandarizados para traducir y adaptar los cuestionarios al idioma de los diferentes países en lo que fue aplicado. Panamá, lo adecuó, utilizó y usó sus parámetros en la Encuesta PREFREC en el año 2010, para medir el Sedentarismo a través de la Actividad Física.

Según las Autoras, Mantilla Toloza y Gómez Coneza, (2007) y Bauman, Phongsavan, Schoeppe y Owen (S.F) la validez y la confiabilidad, fue medida, por los investigadores como se describe a continuación:

- Validez: se midió colocando a cada uno de los participantes un detector de movimiento durante una semana, para registrar la cantidad de actividad física ejecutada.

Se evaluó:

- La Validez Concurrente o de Intermétodo: comparando la concordancia de los datos correspondientes a las dos formas diferentes de IPAQ (Cuestionario Largo y corto). Los coeficientes de validez concurrente observados entre las formas IPAQ, sugirieron que ambas versiones, larga y corta tienen una concordancia razonable ($r = 0,67$; IC 95 %: 0,64-0,70;

para comparaciones entre versión larga y corta), (Mantilla y Gómez, 2007).

- Validez de Criterio: Se comparó los datos de actividad física obtenidos de la aplicación de IPAQ con la actividad física registrada por el acelerómetro durante 7 días. La validez de criterio de los datos IPAQ contra los obtenidos con acelerómetro mostraron una correlación moderada (para la versión larga $r = 0,33$; IC 95 %: 0,26-0,39; para la versión corta $r = 0,30$; IC 95 %: 0,23-0,36), (Mantilla y Gómez, 2007).
- Confiabilidad: se evaluó por los investigadores de diversos países en un periodo de 3 a 7 días requiriendo dos contactos con los participantes que respondieron el IPAQ. El análisis de fiabilidad mostró coeficientes de correlación de Spearman entre 0,96 y 0,46; pero la mayoría estuvieron alrededor de 0,8 indicando buena fiabilidad ($r = 0,81$; IC 95 %: 0,79-0,82). Para la versión corta del IPAQ, el 75 % de los coeficientes de correlación observados estuvieron sobre 0,65 con rangos entre 0,88 y 0,32 ($r = 0,76$; IC 95 %: 0,73-0,77), (Mantilla y Gómez, 2007).

De esta manera los investigadores de los 12 países demostraron buenas propiedades de medida del IPAQ, teniendo en cuenta que las correlaciones estuvieron cerca de 0.80 para la confiabilidad y 0.30 para la validez, (Mantilla y Gómez, 2007), considerando la diversidad de la muestra y diversidad de los países que hicieron el estudio. Los investigadores consideraron que los resultados de la investigación sustentaron la aceptabilidad de la ejecución métrica de los cuestionarios IPAQ y finalmente manifestaron las siguientes recomendaciones:

1. Puede ser usada en estudios de prevalencia regional y nacional, la versión corta del IPAQ “últimos 7 días”. Para tener datos de prevalencia de actividad física comparables, un único instrumento de medida debería ser usado y esta forma de evaluación es la recomendada. (Mantilla y Gómez, 2007) (Bauman, Phongsavan, Schoeppe, y Owen, sf).
2. La versión larga del IPAQ debería ser usada en estudios que requieran más detalle en las diferentes dimensiones de la actividad física.
3. La forma corta del IPAQ se recomienda especialmente cuando el objeto de investigación es la monitorización poblacional. Esta versión no permite establecer una valoración detallada de actividad física en cada uno de los ámbitos de la vida cotidiana pero integra aspectos de todos ellos permitiendo registrar los valores en tiempo total y consumo calórico.

Escala de Valoración del Sedentarismo: se evaluará la actividad física, semanal medida a través del registro en METs-min-semana.

Los valores METs de referencia son:

1. Para caminar: 3,3 METs.
2. Para la actividad física moderada: 4 METs.
3. Para la actividad física vigorosa: 8 METs.

Después de calcular el índice de actividad física, cuyo valor corresponde al producto de la intensidad (en METs), por la frecuencia, por la duración de la actividad, los sujetos se clasifican en 3 categorías, de acuerdo a ciertas condiciones, así:

1. Baja. No registran actividad física o la registra pero no alcanza las categorías media y alta.
2. Media. Considera los siguientes criterios:
 - 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día.
 - 5 o más días de actividad física de intensidad moderada o caminar por lo menos 30 minutos.
 - 5 o más días de cualquier combinación de actividad física leve, moderada o vigorosa que alcancen un registro de 600 METs-min/semana.
3. Alta. Es una categoría alta y cumple los siguientes requerimientos:
 - 3 o más días de actividad física vigorosa o que acumulen 1.500 METs-min-semana.

La técnica para la aplicación del instrumento que recoge los datos se realizará a través de una entrevista a cada uno de los estudiantes por separado.

En esta fase también se validó la estructura, incongruencias, inconsistencias y calidad de la base de datos.

- **El Instrumento para medir la Alimentación**

Debido a la influencia que ejerce la alimentación sobre el desarrollo y evolución de las enfermedades, así como para su prevención y tratamiento, resulta de vital importancia el poder disponer de un buen conocimiento de los hábitos alimentarios de la población. La medición de la ingesta en cualquier población es

difícil de realizar y está considerada como uno de los mayores problemas metodológicos de la epidemiología nutricional (Rodríguez, et al, 2009).

Se utilizó *Frecuencia de Consumos de Alimentos*, instrumento elaborado y adecuado por especialistas en encuestas dietéticas (nutricionistas) y experta del Ministerio de Salud e Instituto Conmemorativo Gorga (Prefrec, 2010). Es uno de los métodos más comúnmente utilizados (Rodríguez, et. al., 2009), debido a que permite obtener información del modelo de consumo habitual a largo plazo en poblaciones grandes. Además de tratarse de un método relativamente barato, rápido y fácil de aplicación. Exige un menor esfuerzo por parte del entrevistado que otros métodos, no altera el patrón de consumo habitual y permite extraer información sobre la influencia de la variabilidad estacional o incluso inter semanal, (Rodríguez, et. al., 2009), expertos internacionales, midieron la validez y confiabilidad del mismo, en Panamá, España y Centro América (MINSA, 2011); (Rodríguez, Cucó, Jordán y Val, 2009); (INCAP, 2006).

El Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP, 2006), hace alusión en su apartado de “Cuestionario e Historia de hábitos de Salud, (hábitos de Consumo), cita los estudios realizados por Centros de Investigación de Michigan, Wisconsin, que indican la comparabilidad de resultados usando este instrumento.

Estudios españoles, midieron su validez y confiabilidad obteniendo los siguientes resultados: los coeficientes de correlación de Spearman para el estudio de reproducibilidad oscilaban entre 0,49 y 0,75 para los alimentos. La mayoría de coeficientes de correlación oscilaron entre 0,53 y 0,96 para los alimentos. En el

estudio de validez las correlaciones oscilaron entre 0,27 y 0,59 para los alimentos. Concluyen que el cuestionario permite valorar en general el consumo de grupos de alimentos, con adecuada reproducibilidad y validez. (Rodríguez, et. al, 2009).

En Panamá, se utilizó en la Encuesta PREFREC (MINSA, 2010), con la siguiente metodología:

1. Analizar los objetivos del estudio, los cuales buscaban factores de riesgo y factores protectores alimentarios, de enfermedad.
2. La factibilidad de realizar una encuesta en un solo día establecido para esto.
3. La necesidad de incluir una enorme variedad de alimentos y preparaciones así como su frecuencia de uso.
4. La factibilidad de contar con encuestadores familiarizados en realizar evaluación dietética (dietistas).
5. La necesidad de incluir la realidad, hábitos y costumbres de la población que vive en Panamá, (ningún instrumento de otro país se pudiera aplicar bajo este concepto).

De ahí se construyó un instrumento de Frecuencia de Consumo Semanal, de los alimentos observados que se consumen, en años de práctica de atención dietética, el cual fue ajustado por un equipo de expertos nacionales e internacionales en Encuestas Dietéticas.

Antes de aplicarlo se realizó una validación con personas adultas de áreas rurales, indígenas y urbana (similar a la que se iba a estudiar en PREFREC) para verificar la capacidad de comprensión del cuestionario y de la sensibilidad para detectar protección (bajo el concepto de 5 al día) y riesgo a enfermedad cardiovascular. Se

estableció que solamente especialistas en encuestas dietéticas aplicaran el instrumento, por la capacidad para detectar errores al momento de realizar la encuesta.

Basados en los argumentos anteriormente expuestos, utilizamos este instrumento para medir la frecuencia de consumo de los Estudiantes del Colegio Segundo Familiar Cano.

3.1.1.3.2 El Procedimiento

- Entrevista con Autoridades del Tema a nivel nacional e internacional.
- Visita a la Región de Salud y a Dirección Regional de Educación.
- Entrevista a Autoridades de Salud local: Centro de Salud de Monagrillo: Dirección Médica y de Enfermería.
- Entrevista con Personal de Salud que lleva el Programa de Salud Escolar (PSE).
- Revisión de Registros de Estudiantes del PSE.
- Medición del sobrepeso y obesidad con el instrumento establecido por el PSE
- Medición del Sedentarismo con el Cuestionario Internacional de Actividad Física, versión corta
- Medición de hábitos de alimentación con Instrumento: Frecuencia de Consumo de Alimentos del MINSA y Instituto Conmemorativo Gorgas.

3.1.1.4 Plan de Análisis de los resultados

Para procesar los datos se utilizó el programa SPSS, (versión IBM-Statistics 22.0), donde se elaboró una base de datos. Antes de la captura se evaluó el llenado del instrumento, la consistencia y la congruencia de los datos a través de la depuración que se

inició en el trabajo de campo. Por parte de la misma encuestadora, de la supervisor/a e investigadora. Una segunda revisión se dio por el equipo capturadores. Después de la captura se realizaron los cruces de las variables según los tabulados. Los resultados se presentan en cuadros de distribución de frecuencias y gráficas que sirvieron de base para el análisis descriptivo.

La determinación de los factores de riesgo se hizo a través del cálculo de la razón de productos cruzados (OR), ya que en un estudio de prevalencia pues no se conoce la Incidencia real. Este cociente nos permite medir el riesgo de padecer obesidad o sobrepeso, de los expuestos y los no expuestos al hipotético factor causal, (OPS/OMS, 2011). Medimos además el intervalo de confianza (IC) que evalúa la importancia estadística del Odds Ratio (OR), calculado y resume que tan cercano se encuentra el cálculo del riesgo observado en el muestreo al riesgo verdadero en la población objetivo, además nos indicará los límites probables dentro de los que se encuentra el valor verdadero del riesgo relativo u O.R. a la población objetivo, (OPS/OMS, 2011). Para ello se trabajaron en tablas 2x2 o de contingencia de doble entrada, que contendrán dos dimensiones, cada una con dos categorías. (Hernández Sampiery, 2010). La interpretación del OR se basó en los siguientes parámetros:

- OR =1: indica que no hay asociación estadística, es decir, que es nula.
- OR >1: indica que la variable de exposición es un factor de riesgo del efecto.
- OR <1: indica que la variable de exposición es un factor protector para que no se dé el efecto.

Para determinar si las diferencias encontradas fueron producto del azar o no, se utilizó la prueba chi cuadrado (X^2) basando su selección en los siguientes criterios: Es una prueba estadística que evalúa hipótesis a cerca de la relación entre dos variables categóricas, prueba correlaciones, la “n” es mayor de 30, queremos comparar dos o más grupos de muestras independientes entre sí, (Hernández Sampieri, 2010). Su significancia estadística se fijó en 95% y un grado de libertad igual con un valor crítico de 3.84 y un valor p o probabilidad de error de 0.05.

Para el control del sesgo de memoria, en las variables sedentarismo y consumo de alimentos se realizó el análisis estratificado, comparando las respuestas por grupos separados para ver la congruencia.

CUADRO N°3 RESUMEN DEL PLAN DE ANALISIS POR VARIABLES, TIPO DE TABLAS /ANÁLISIS Y PRUEBAS ESTADISTICAS. MARZO 2014

Variabes a Cruzar	Tablas y Análisis	Pruebas Estadísticas
Edad/Sexo/Sobrepeso/Obesidad	Tabla de Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de Prevalencia de Obesidad • X^2 • I.C. • Odd .Ratio o razón de Disparidad • p • Medidas de Tendencia Central • Medidas de Dispersión
Escolaridad/Sobrepeso/Obesidad	Tabla Tetracórica o de doble entrada	
Sedentarismo/Sobrepeso/Obesidad	Análisis Estratificado	
Sexo/Sedentarismo		
Frecuencia de Consumo de Alimentos/Sobrepeso y Obesidad		
Consumo de Alimento Malsano/Obesidad o Sobrepeso		
Consumo de Alimentos Malsanos según tipo		

Fuente: La Autora. Marzo 2014.

3.1.1.5 Consideraciones Éticas

Previo a la realización de este estudio, se consideraron todos los aspectos éticos que son de rigor para la investigación.

Se presentó ante las autoridades del Ministerio de Educación, Ministerio de Salud de la provincia de Herrera, directores y docentes del Colegio Segundo Familiar Cano, Director Médico y de Enfermería del Centro de Salud de Monagrillo, obteniendo la autorización de manera formal, previa revisión minuciosa del protocolo.

A los informantes claves y generales se les solicitó el consentimiento informado, previa explicación prolija de los objetivos y fines del estudio. En caso de ser adolescente menor de edad, se solicitó la firma de ellos y de sus padres o tutores.

3.1.2 Etapa Cualitativa

3.1.2.1 Paradigma

En la segunda etapa utilizamos el paradigma cualitativo, naturalístico y abierto basado en la teoría del Cuidado Cultural, Diversidad y Universalidad; para estudiar de manera inductiva y explicar los fenómenos de enfermería (Gordón de Isaacs, 2015).

Examina el modo en que se experimenta el mundo, la realidad que se interesa es la que las propias personas perciben como importantes, (Vanegas, 2010). Basada en este paradigma la investigación se fundamenta en los siguientes principios, según Salamanca, (2006):

- Se recoge la existencia de múltiples realidades y no una realidad única y objetiva, sino una construcción o un constructo.

- Persigue comprender la complejidad y significados de la existencia humana.
- El proceso de investigación es inductivo.
- La investigación se desarrolla en su contexto natural.

Leininger (1991), aclara que las observaciones del o la investigadora, no deben limitarse a la observación, sino a escuchar, sentir, oler, participar, llevando anotaciones de los aspectos relevantes en su diario de campo, que incluyan información del contexto, símbolos, modos de vida y todos los aspectos descritos en el facilitador conocido como el *Modelo del Sol Naciente*, (Gordón de Isaacs, 2015).

Este paradigma Naturalista, está organizado a manera de conglomerados de ideas relacionadas, lo cual se denomina *gestal* y que tiene mucha relación con el holismo. (Durán de Villalobos, 2000). Por ejemplo en el significado y percepción de la obesidad, está enmarcado en la visión que el grupo le dé a la misma: salud, belleza, enfermedad, discapacidad.

3.1.2.2 Método

La teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados de Leininger, tiene como método la Etno enfermería.

La Etno enfermería, es un método naturalista, que surge, debido a que los métodos prestados eran insuficientes para estudiar a profundidad el cuidado humano, desde una perspectiva Transcultural (Leininger, 1991; 2001). Es un método centrado en la gente. Es definido por la Dra. Leininger como: Método de investigación cualitativa, naturalista de descubrimiento abierto, derivadas inductivamente mediante modos *emic* y procesos con diversas estrategias, técnicas y herramientas que permitan documentar, describir,

comprender e interpretar los significados que las personas le dan a las experiencias, símbolos y otros aspectos relacionados que influyen en los fenómenos de enfermería reales o potenciales (Morris, 2012).

El investigador que usa este método, según Leininger debe:

- Suspender o retener juicios y verdades fijas predeterminadas.
- Ser sensible y receptivos a las ideas y su interpretación.
- Saber que el cuidado genérico solo podrá ser conocido al estudiar a la gente en su contexto (hogar, lugar de trabajo, etc.). (Leininger, 1991; 2006).

Este método, Etnoenfermería tiene un abordaje en el propio medio. En este caso de esta investigación fue en la casa, con las familias, en la escuela. etc. con flexibilidad de los tiempos, ya que la inmersión o acercamiento, no tiene tiempo definido, pudiendo tomar pocos días a otros meses. En este método, señala Morris (2013), es muy importante el informante Clave. Su objetivo es el de conocer en la medida de lo posible, los fenómenos de enfermería reales o potenciales, así como los significados y expresiones de cuidado humano en diferentes o similares contextos.

Para la utilización de este método, según la Dra. Leininger (1991; 2006) el investigador o investigadora debe tener algunas características como: mente abierta, estar consciente de que no se tiene todo el conocimiento, suspensión de las creencias personales, aceptar el reto de entrar en el mundo *emic*. Debe tener un interés genuino en las personas, sentirse cómodo con los extraños, ser observador astuto, oyente, reflexivo y un intérprete exacto; asumir el papel de aprendiz, actitud de aprender a valorar y respetar

las opciones de la gente y sus experiencias. Tiene que ser consciente de las opiniones y prejuicios, escucha activo y autor reflexivo, debe evitar la reinterpretación de las ideas del informante, para adaptarse a los conocimientos profesionales (Leininger, 1991; 2006).

Las características descritas por la autora de este método, deja claro que el enfoque es Inductivo “*emico*”, impide la utilización de juicios pre concebidos o puntos de vista a priori que modifiquen las ideas de los informantes.

3.1.2.3 Informantes Claves y Generales

- Informantes Claves: fueron 4 adolescentes obesos con las siguientes

Características:

- Edades de 15-19 años.
- Residen en áreas del Corregimiento de Monagrillo.
- Firmaron el consentimiento informado ellos y sus padres o tutores.
 - Informantes Generales: fueron 7 superando el número los informantes Claves y son: Amigos, Profesores, equipo de salud que los atiende, familiares.

3.1.2.4 Técnica de Recolección de Datos

- **Inmersión:** es el periodo previo a la recolección de los datos en la etnoenfermería, su duración depende del contexto donde se desarrolla la investigación y de las experiencias previas de los informantes y del investigador (Gordón de Isaacs, 2015).

Se realizó un proceso de acercamiento; con el objeto de entrar en su cultura y el descubrimiento de los Informantes Claves y Generales.

En la inmersión la propia investigadora, fue el instrumento de recolección de la información. Este proceso de inmersión o acercamiento, tomó 5 meses, puesto que para dos de los informantes claves éramos desconocidas inicialmente.

El Facilitador creado por Leininger (1991; 2006), para la Inmersión es el llamado *Del Extraño a Amigo Confiable*. La teorista señala la importancia de que la investigadora entrara con buen pie al mundo del participante y lograr datos *emic* auténticos, (Gordón de Isaacs, 2015). Este facilitador fue diseñado con la creencia filosófica de que el investigador debe evaluar las relaciones entre el investigador y las personas estudiadas.

Para tener datos confiables pasamos de Extraña a ser una Amiga Confiable. Tuvimos en cuenta que los informantes tienden a protegerse a sí mismos, a su gente, sus ideas hasta que conozcan al investigador, es decir se conviertan en un amigo confiable. Se deben revisar los criterios establecidos en el modelo (Morris, 2012). La evaluación del nivel de empatía y aceptación que manifieste el informante clave, es preponderante. En la Inmersión se debe:

- Observar y Escuchar: se fue a diferentes escenarios: escuelas, hogares, iglesias, área de deportes, entre otros. Allí se demostrará el interés real por los adolescentes.

También dio insumos para las conexiones para nuevas entrevistas.

- Observación con limitada participación: inicialmente se mantuvo con participación muy discreta. Hasta pasar a otro nivel de confianza
- Reflexión Primaria y Confirmación y descubrimiento de los Participantes: se revisó de manera sistemática y diaria la información de las grabaciones, diario de campo y observaciones paralelas, del lenguaje no verbal de los adolescentes e informantes generales.

- **Modelo OPR** (Observación, Participación, Reflexión): Este facilitador diseñado por Leininger tuvo como propósito guiar al investigador/a para el logro de observaciones enfocadas de los informantes, en su medio natural, (Gordón de Isaacs, 2015). Se dedicó un tiempo de observación, antes de ser participante activo, tal como lo señala la experta Morris, (2013), Así la investigadora se hizo consciente de la situación o contexto de cada informante clave.

3.1.2.4.1 Entrevista a Profundidad

Se realizó a los informantes claves y generales, hasta llegar a la saturación de la información con el análisis de las mismas es decir el no reporte de nuevos datos que contribuyan a descubrir los modos de vida, significados culturales y valores de los adolescentes obesos del Corregimiento de Monagrillo.

Cada entrevista se realizó en el contexto social cotidiano de los adolescentes, es decir en un área cercana al colegio, en su hogar, campo de juego y fue grabada con previa autorización del adolescente y su tutora.

Para la realización de la entrevista a profundidad se siguieron las medidas señaladas por la Dra. Edith Morris (2012), y los espacios sugeridos por Ulin, Robinson y Tolley, (2006): creación de un vínculo natural, estimulación de aptitud para la conversación, mostrar comprensión, observación de hechos concretos y las descripciones básicas. Las preguntas difíciles se hacían al final con la atenuación del nivel emocional. Luego se concluía la conversación, sin perder los contactos.

No fue rígida, procurando que la primera pregunta no causara incomodidad. Se inició preguntando por: Cuidado, Salud, Etnohistoria o Antecedentes, Contexto en el cual vive, factores del Contexto del Entorno y la Estructura Social.

La indagación de aspectos de la dimensión cultural y de estructura social se encuentran en el Modelo del Sol Naciente (Marriner y Raile, 2007). Se investigaron uno por uno, siempre adaptándolos al tema de la investigación: sobrepeso y obesidad. También fue muy importante el conocimiento de las frases idiomáticas (características, modismos, únicas, propias de ellos), lenguaje y la comunicación.

En el proceso de la entrevista, al llegar a saturación, que se comprueba con la revisión sistemática de las respuestas, que se convertían en repetitivas; se dejaba una pregunta abierta.

Otros aspectos a Considerados en la entrevista a profundidad fue el hecho de no llevar papeles, ya que eso los cohibía; siempre antes de grabar se obtuvo el permiso de las personas. Se llevó un diario de campo.

3.1.2.5 Procedimiento para la Recolección

Para el logro y viabilidad de esta etapa de la investigación realizamos los siguientes pasos: (Entrevistas previas, permisos, etc.).

- Visita de Reconocimiento a las escuelas y ambientes aledaños.
- Entrevista y consecución de permiso de la Dirección Regional de Educación.
- Entrevista y consecución de permiso a la Dirección Regional de Salud.

- Entrevista y consecución de permiso con Directivos del Colegio Segundo Familiar Cano.
- Consecución de consentimiento informado de los informantes claves y generales.
- Reportes periódicos a los directivos del Colegio y de Salud locales.

3.1.2.6 Rigor Científico

Los criterios a considerados en el análisis del rigor científico los datos son los siguientes:

- **Credibilidad:** La Credibilidad se concentró en la confianza y en la autenticidad de los resultados. Los criterios a utilizados para corroborarla fueron, según Ulin, Robinson y Tolley (2006) los siguientes:
 - Relación lógica recíproca: Coherencia en términos de las explicaciones que sustentan.
 - Fundamentación y justificación de los resultados con los datos narrativos: deben de ser lo suficientemente ricos para apoyar los resultados específicos.
 - Exactitud de los informes: consideración de los estudiados de la veracidad y exactitud de lo que expresaron.

Para la teoría del cuidado cultural, en el periodo de inmersión, utilizando el facilitador *Del extraño a amigo confiable*, “el investigador puede autoevaluar donde estamos en términos de confianza que nos tiene el grupo”, (Gordón de Isaacs, 2015). Este facilitador ayuda a la reflexión y al análisis de honestidad de los datos obtenidos por parte de la investigadora.

Confirmación: implicó demostrar que el o la investigadora ha minimizado los sesgos y tendencias del investigador, (Ulin, Robinson y Tolley, 2006). La verificación se realizó a través de los informantes generales.

- **Transferencia o Aplicabilidad de Resultados:** se refiere a que parte del estudio o su esencia pueda aplicarse a otros contextos, es la extensión de conocimientos bien documentados a poblaciones similares, (Ullin, Robinson y Tolley, 2006). Para la teoría de Leininger se refiere a si el hallazgo particular del estudio que se puede transferir a otro contexto o situación y se sigue preservando los significados (Leininger, M. 1991).

3.1.2.7 Análisis de los Datos

Para el análisis de los datos se utilizó el Software: QRS NVivo 11, para estudios cualitativos. Entre las ventajas que este software ofrece están:

- Permite usar aplicaciones de otros programas.
- Tiene aplicaciones que ayudan a la redacción de las referencias de las grabaciones y datos.
- Codifica y agrupa las fuentes, entre otros (Pulido y Rodríguez, 2014 y Lorenzini, A. 2012).

Según el método de Etnoenfermería de Leininger para el análisis de los datos se siguieron las siguientes fases, (Leininger, M. 1991):

1. Fase Análisis y detalles de datos en bruto: Aquí es importante el uso del diario de campo y la computadora. Se recoge describe y comienza a analizar los datos relacionados con los fines de la investigación. Los datos condensados y

completos de las entrevistas se procesaron directamente en el computador y codificador.

2. Fase de Identificación de Descriptores de los datos en bruto: en esta fase se identificaron y categorizaran los descriptores y componentes de los datos codificados y clasificados. Se identificaran los descriptores del *emit* o *etic*, se estudiaron los contextos en busca de similitudes o diferencias.
3. Fase de Identificación de los Patrones Recurrentes de la Fase 1 y 2: Se realizó el análisis contextual, se descubren los datos, las ideas de saturación (cuando ya no registramos nada nuevo) y los patrones que son recurrente. Se buscaron los patrones en relación a los significados en contexto y juntos a otros criterios de credibilidad y de confirmación de los resultados.

4. Fase de Síntesis e Interpretación: Se analizó e interpretó los principales temas, resultados de investigación, formulaciones teóricas y recomendaciones.

Es la fase de análisis de datos, síntesis e interpretación se requirió: síntesis del pensamiento, análisis de configuración, interpretación de los resultados.

Se presentan los temas mayores, las recomendaciones o Modos de acción.

Para el desarrollo de esta importante parte de la investigación cualitativa

Etnoenfermería, fue necesario:

- La utilización del Modelo del Sol Naciente, como guía que conduce a las decisiones o acciones de los cuidados culturales.
- Determinación y definición de los temas universales y los temas diversos.
- Descripción y sustentación de los patrones: cada uno de ellos se sustenta con frases entre comillas de los informantes claves o descriptores.

- Determinación de los temas centrales
- Determinación del modo de decisión y de acción:
 - Preservación y mantenimiento de los cuidados culturales.
 - Adaptación/negociación de los cuidados culturales.
 - Reorientación/reestructuración de los cuidados Culturales.

Esto nos debe llevar a proporcionar cuidados, o abordaje coherente con la cultura para la salud y el bienestar.

3.1.2.8 Consideraciones Éticas

A los informantes claves y generales se les solicitó, previa explicación prolija de los objetivos y fines del estudio, el consentimiento y/o asentimiento Informado. En caso de ser adolescente menor de edad, se solicitó la firma de ellos y de sus padres o tutores.

Teniendo en cuenta los principios éticos contemplados en la investigación, en los informes se protege la identidad del testimonio de los participantes mediante el cambio de los nombres, utilizando seudónimos, que aparecerán al final de cada informe.

Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación:

Para la obtención de la información se solicitó la autorización al jefe o la jefa de familia y/o persona responsable que se encuentre en la vivienda, previa explicación de los objetivos y propósitos del estudio. Para ello debió firmar un Consentimiento Informado (Ver Anexo). Los resultados del estudio serán utilizados para el desarrollo de políticas sociales que sirvan de base para el desarrollo de programas, proyectos y acciones en beneficio de la población.

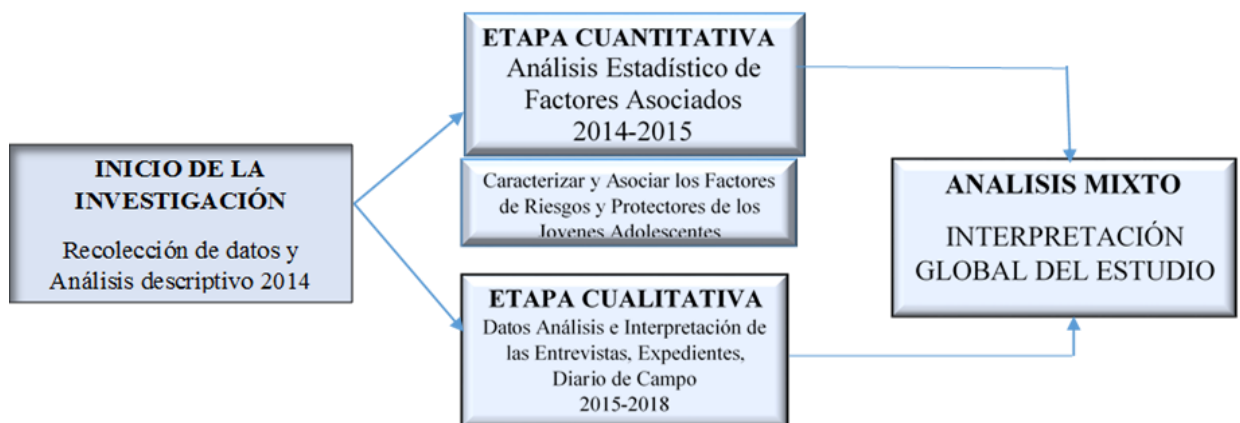
3.1.3 Diseño Mixto De La Investigación

El estatus dominante de la investigación es el cualitativo; en concordancia con los objetivos planteados, el dominio y priorización del enfoque del estudio. Según Onwuegbuzie y Leech (2010), nuestro método mixto es secuencial de dos etapas, con estatus dominante de lo cualitativo:



La organización de este diseño mixto, (Creswell, 2014), es de estrategia secuencial exploratoria ya que los resultados cualitativos se utilizarán para explicar resultados cuantitativos, por ello su orden fue: cuantitativo a cualitativo pues el énfasis es explicar las relaciones a través de la triangulación.

Figura N°5
Etapas del Análisis de la Investigación



Fuente: Realizado por la investigadora. 2017

El paradigma cuantitativo, se hará a través de la correlación, (Barquera y González Block, 2012), y considerando parámetros, como lo son las medidas antropométricas y variables epidemiológicas de tiempo, persona y lugar, medición de la actividad física y hábitos de consumo. En la fase Cualitativa del estudio se seguirá el proceso de investigación inductiva, (Vanegas, 2010), centrada en los sujetos, que adopten la perspectiva del interior tomando el fenómeno obesidad de manera integral, (De la Cuesta, 2006), reconociendo que no hay una realidad única y objetiva sino una construcción o constructos de las mentes humanas, (Vanegas, 2010), es decir la verdad son múltiples constructos de la realidad.

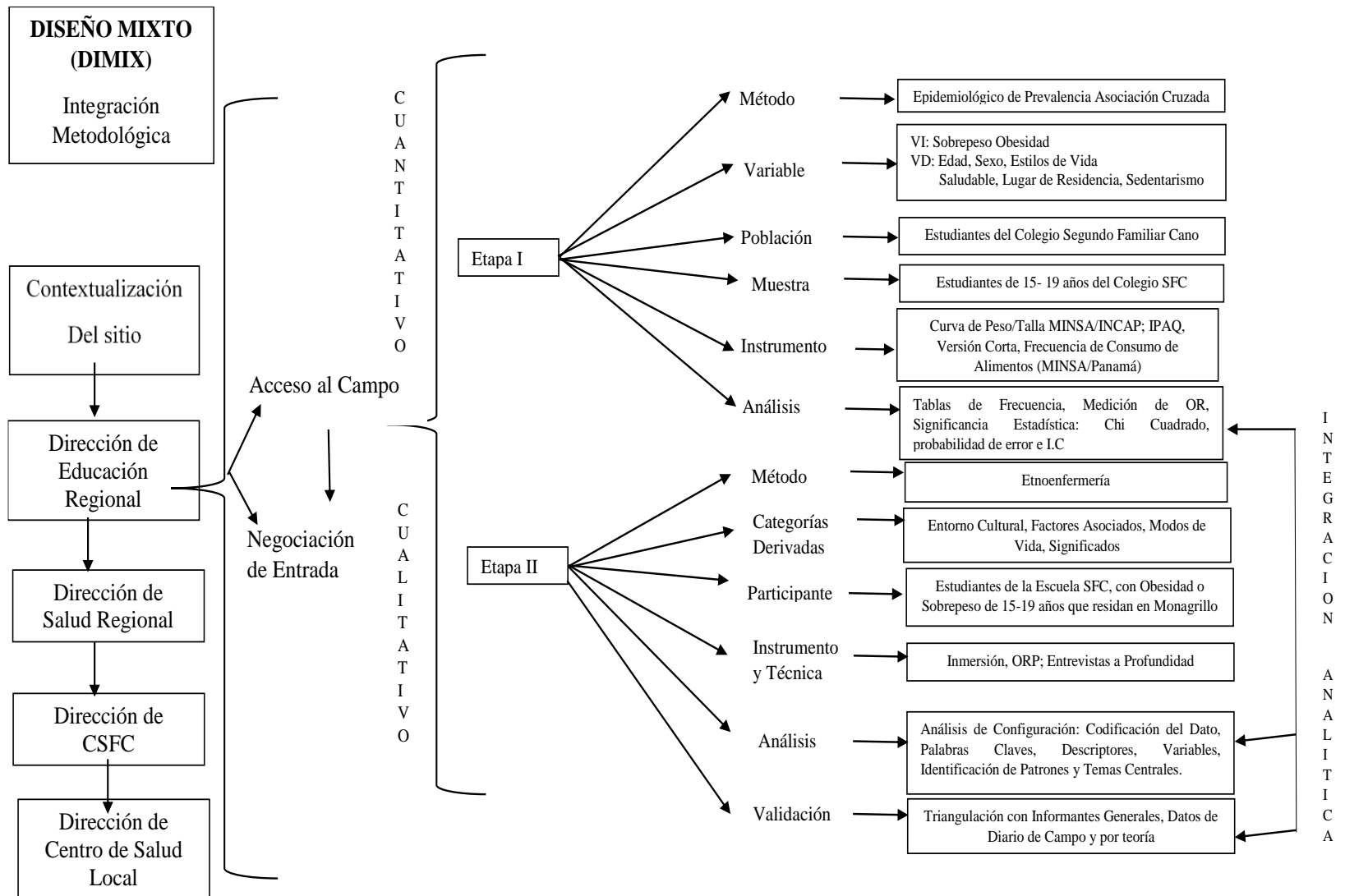
3.1.3.1 Esquema del Diseño Mixto

El diseño mixto fue encaminado por la pregunta de investigación y la perspectiva teórica de la Dra. Leininger. La integración de métodos permite una mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de entendimiento del fenómeno de estudio, (Hormiga, 2015). Con este diseño se recogió, analizó e íntegro o conectó los datos cuantitativos y cualitativos, (Creswell, 2014)

La confrontación de los resultados cuantitativos y cualitativos, se hizo a través de la triangulación, buscando la convergencia de los resultados obtenidos en ambas fases. Sin dudas los hallazgos cualitativos, darán explicaciones reales bajo la perspectiva de los propios adolescentes de los resultados estadísticamente significantes de la fase cuantitativa.

Esta conjunción es relevante para la salud pública puesto que ayuda a describir y comprender, desde la perspectiva de los que tienen el fenómeno (lo *emit*), dándonos

insumos cuanti cualitativos a los miembros del equipo de salud, para proponer iniciativas viables que mejoren el perfil epidemiológico del problema estudiado.



Fuente: Realizado por la Investigadora.2017

4.0 RESULTADOS

En este capítulo, se presentan los hallazgos cuantitativos y cualitativos del estudio, siguiendo el esquema metodológico realizado. Se inicia con los resultados cuantitativos, haciendo una descripción epidemiológica del fenómeno de sobrepeso y obesidad, en los adolescentes del Colegio Segundo Familiar Cano de Monagrillo. A través de la estadística descriptiva y el análisis de riesgo, se señala las significancias estadísticas encontradas. Se procedió con la presentación de los resultados del estudio cualitativo. Se destacaron los temas encontrados, así como los patrones clasificados en cada tema y ampliados con los descriptores correspondientes. Finalmente, se procedió al análisis de los datos correspondientes a las dos etapas, buscando la convergencia de los datos.

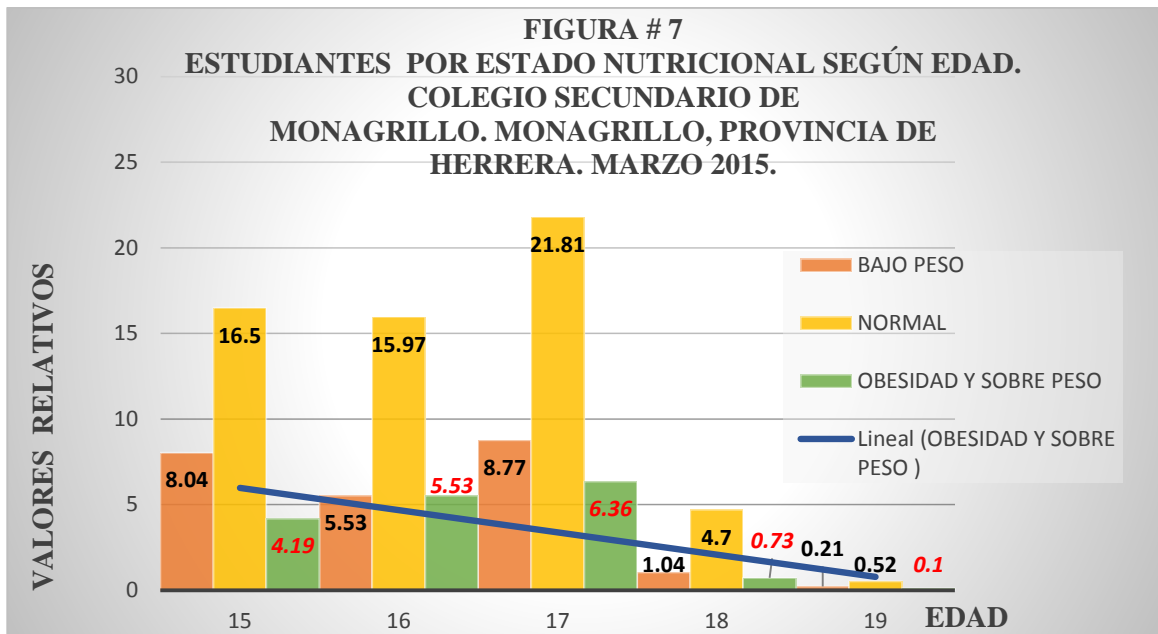
4.1 RESULTADOS CUANTITATIVOS

4.1.1 VARIABLE EDAD Y SEXO

CUADRO N° 4 ESTUDIANTES POR ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EDAD. COLEGIO SECUNDARIO DE MONAGRILLO. MONAGRILLO, PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2015.

EDAD	ESTADO NUTRICIONAL									
	TOTAL		NORMAL		BAJO PESO		SOBRE PESO		OBESIDAD	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	958	100.00	570	59.50	226	23.59	99	10.33	63	6.58
15	275	28.71	158	16.50	77	8.04	22	2.30	18	1.89
16	259	27.04	153	15.975	53	.53	34	3.55	19	1.98
17	354	36.94	209	21.81	84	8.77	37	3.86	24	2.50
18	62	6.47	45	4.70	10	1.04	5	0.52	2	0.21
19	8	0.84	5	0.52	2	0.21	1	0.100	0	0.00

Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora. Marzo 2015



Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora. Marzo 2014

Del total de adolescentes medidos y pesados, casi el 60%, (59.50), es decir 570 estudiantes, del colegio Segundo Familiar Cano, de Monagrillo, tenían un índice de masa corporal, dentro de los parámetros de normalidad, es decir su valor normal está entre el percentil 17 y 26 para este grupo etéreo. La prevalencia de obesidad y sobrepeso fue del 16.9%, es decir, de cada 100 estudiante, 17 son obesos o tienen sobrepeso. La tendencia a ir subiendo de peso se da a partir de los 16 años.

Los datos también señalan que un 40%, **388** adolescentes, que se les realizaron las medidas antropométricas, tienen un problema en su estado nutricional. De ellos, 23.6%, casi un cuartil del total, está bajo peso y un 17% tiene problemas de sobrepeso y obesidad. Estos resultados son cónsonos con las estadísticas, presentadas por el Centro de Salud de Monagrillo, en el Programa de salud Integral del Adolescente, en el año 2014, dónde el 17% de la población manejada en el programa tenían sobrepeso u obesidad.

Los porcentajes de jóvenes adolescentes con Sobrepeso y Obesidad, encontrados, supera los datos de la Encuesta de Niveles de Vida, (ENV), que señala que en el país el sobrepeso de adolescente a nivel nacional estaba por el orden del 6.9%, y en el estudio resultaron, en un 10.33%.

La sumatoria del Sobrepeso y Obesidad, encontrados en el Colegio Segundo Familiar Cano de Monagrillo, según datos de la ENV del 2008, también supera el porcentaje, calculado para la provincia de Herrera, el cual era de 15%, y lo encontrado en éste colegio fue de 16%.

Estos indicadores, claramente señalan, la tendencia del sobrepeso y la obesidad. Tienden a un aumento sostenido, tal como lo indican los organismos internacionales como lo es la OMS, confirmándose una vez más que es un problema de salud pública, asociado a la pérdida de la salud.

Las edades con mayores problemas en su estado nutricional, resultó ser la de 17 años, lo cual se puede explicar, por ser el mayor número de estudiantes dentro del grupo medido. Sin embargo es oportuno, señalar el aumento considerable, en la proporción de obesos y obesas en éste grupo etario.

Los hallazgos encontrados, claramente demuestran que en el Colegio Secundario de Monagrillo, la obesidad es un problema de salud que debe ser abordado de manera integral.

CUADRO N°5 RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA VARIABLE OBESIDAD Y SOBREPESO SEGÚN EDAD.

VARIABLE INDEPENDIENTE/ EDAD	VARIABLE DEPENDIENTE		OR	I.C.	χ^2	P
	OBESIDAD/ SOBREPESO	NORMAL				
15 años	40	158	0.79	0.530-1.185	1.28	0.2571
Las Demás Edades	122	382				
16 años	53	153	1.32	0.909-1.931	2.15	0.1423
Las Demás Edades	109	417				
17 años	61	209	1.04	0.727-1.496	0.05	0.8181
Las Demás Edades	101	36				
18 años	7	45	0.52	0-232-1.191	2.44	0.1181
Las Demás Edades	155	525				
19 años	1	5	0.70	0.084-6.050	0.104	0.7461
Las Demás Edades	161	565				

Fuente: Instrumento aplicado por investigadora. Marzo 2015

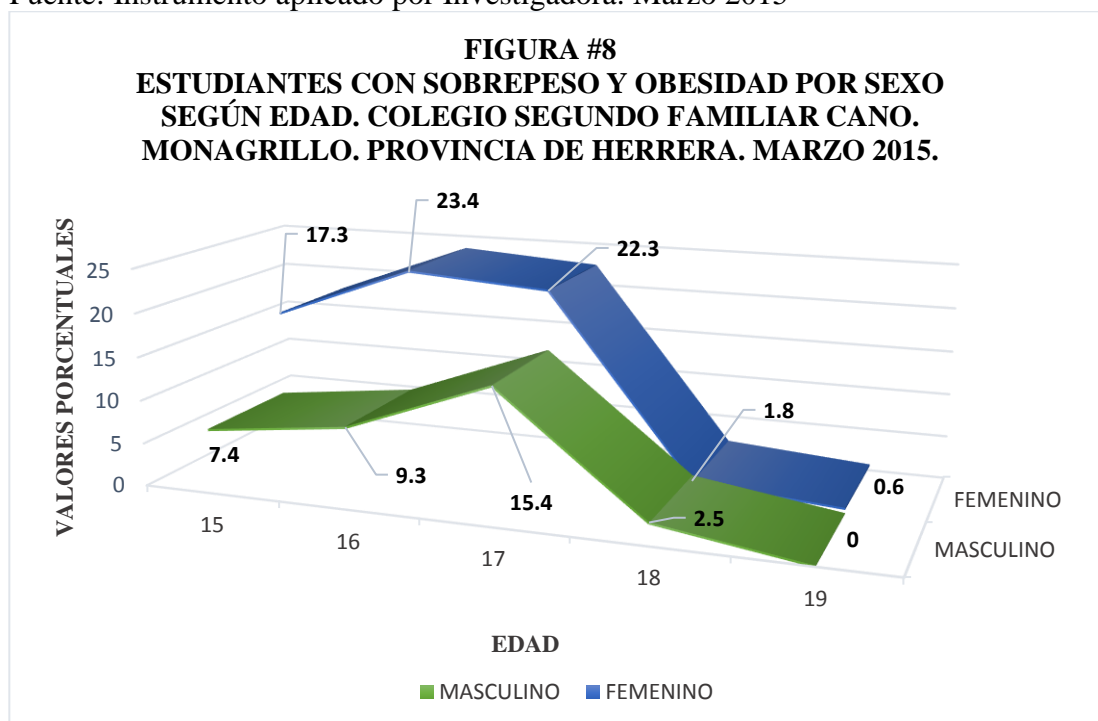
El análisis de riesgo y las pruebas de significancia estadísticas aplicadas nos señalan que son edades con factores de Riesgo el rango de 16 y 17 años, cuyo OR, resulto ser mayor que 1. Sin embargo la prueba de significancia estadística, los intervalos de confianza y la probabilidad de error nos señalan que no son estadísticamente significantes, es decir que un grupo etario específico, no es factor de riesgo para ser obeso o sobrepeso, lo que se explica por la homogeneidad de las edades; por tanto el padecimiento de sobrepeso y obesidad puede darse en todos los grupos estudiados sin

diferencias significativas. El abordaje, es decir los proyectos y programas debe ser lineal y abarcar de manera simultánea a todos los grupos etarios.

CUADRO N° 6 ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR SEXO SEGÚN EDAD. COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO. MONAGRILLO. PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2015.

EDAD	TOTAL		SEXO			
			MASCULINO		FEMENINO	
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	162	100.0	56	34.6	106	65.4
15	40	24.7	12	7.4	28	17.3
16	53	32.7	15	9.3	38	23.4
17	61	37.7	25	15.4	36	22.3
18	7	4.3	4	2.5	3	1.8
19	1	0.6	0	0	1	0.6

Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora. Marzo 2015



Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora. Marzo 2014

Los resultados obtenidos al medir la variable sexo, indican que del total de la población con sobrepeso y obesidad, el 65.4% son del sexo femenino y el 34.6% son hombres. La razón de masculinidad, nos indica que por cada 53 hombres, hay 100 mujeres con obesidad.

La tendencia de mayor sobrepeso y obesidad en las féminas es consonó con la tendencia internacional, que está ligado a los múltiples roles que tiende que la mujer consume más carbohidratos, pues esta prefiere, dar la proteína a su familia, sacrificándose por los roles que se les han enseñado. En algunas culturas, sobre todo en las de clase más baja, según indican Organismos estudiosos de la materia, como es el Instituto de Salud Pública Mexicano quienes llevan años analizando el fenómeno de la obesidad y sobrepeso, las mujeres con unas “libritas de más” son atractivas. Por otro lado, y no menos importante está, el consumo de alimentos ricos en grasa, relacionados con la cultura del pueblo de Monagrillo.

CUADRO N°7 RESUMEN ESTADÍSTICO: ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR SEXO SEGÚN EDADES AGRUPADAS

VARIABLE INDEPENDIENTE/ EDAD	SEXO		OR	I.C.	χ^2	p
	MASCULINO	FEMENINO				
15 años	12	28	0.75	0.35-1.64	0.49	0.4839
Las Demás Edades	44	78				
16 años	15	38	0.65	0.32-1.33	1.36	0.2422
Las Demás Edades	41	68				
17 años	25	36	1.56	0.80- 3.04	1.78	0.1820
Las Demás Edades	31	70				
18 años	4	3	2.64	0.56-12.24	1.64	0.1991
Las Demás Edades	52	103				

Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora. Marzo 2014

CUADRO N° 8 RESUMEN ESTADÍSTICO DE LOS ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR EDAD Y SEXO.

VARIABLE INDEPENDIENTE/ EDAD/SEXO	ESTADO NUTRICIONAL		OR	I.C.	χ^2	p
	Sobrepeso y Obesidad	Normales				
15 años			1.54	0.73- 3.26	1.32	0.2501
Femenino	28	95				
Masculino	12	63				
16 años			1.63	0.827- 3.22	2.02	0.1547
Femenino	38	93				
Masculino	15	60				
17 años			1.04	0.58-1.86	0.02	0.1547
Femenino	36	121				
Masculino	25	88				
18 años			0.93	0.18-4.68	0.006	0.9373
Femenino	3	20				
Masculino	4	25				

Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora. Marzo 2014

Al igual que en el análisis de riesgo por edad, el cálculo de la desigualdad relativa, nos señala que las edades con mayor predisposición a tener sobrepeso u obesidad, pareciera que los hombres a partir de los 17 años tienen más riesgos de ser obesos o sobrepeso. Sin embargo, la prueba de significancia estadística, (χ^2), el Intervalo de confianza, es decir la precisión del riesgo calculado y la “p” señala que no hay distinción entre sexo y edad, es decir, todos tienen la misma probabilidad de padecer problemas en su estado nutricional, por tanto, No existe diferencia significativa para ser obeso o sobrepeso con las variables sexo y edad. Basado en estos resultados las acciones deben ser dirigidas a todos los grupos que conformaron el estudio.

4.1.2 VARIABLE: CONSUMO DE ALIMENTOS

CUADR0 N° 9: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS PROTECTORES Y DE RIESGOS, POR ESTADO NUTRICIONAL. COLEGIO SEGUNDO FAMILIAR CANO. MONAGRILLO, PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2015.

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	TOTAL		ESTADO NUTRICIONAL							
			NORMAL		BAJO PESO		SOBREPESO		OBESIDAD	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	959	100.0	572	59.7	226	23.6	98	10.2	63	6.6
PROTECTOR 1⁽¹⁾	8	0.8	6	0.6	1	0.1	1	0.1	0	0.0
PROTECTOR 2⁽²⁾	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.1	0	0.0
PROTECTOR 3⁽³⁾	9	0.9	6	0.6	1	0.1	0	0.0	2	0.2
RIESGO 1⁽⁴⁾	26	2.7	15	1.6	3	0.3	6	0.6	2	0.2
RIESGO 2⁽⁵⁾	915	95.4	545	56.7	545	23.1	90	9.4	59	6.2

(1): Consumo de por lo menos de 35 porciones a la semana de Frutas como: manzana o pera, guineo, uvas, sandía, melón, papaya, piña, naranja, limón o mango. Otras frutas, pasitas y otras frutas secas. Zapallo, habichuelas, espinaca, berro, brócoli o mostaza, lechuga, pepino y repollo, tomate y zanahoria, por lo menos.

(2): Consumo de por lo menos de 3 veces por semana de: chocolate negro o cacao.

(3): Consumo de por lo menos tres veces por semana de: pescado no frito o atún en lata.

(4): Consumo de 2 o más veces al día de: sodas, refrescos artificiales, chocolate en barra, pastilla o caramelo, dulces en general.

(5): Consumo de 2 veces al día o más de: fritura como hojaldre, tortilla o empanada frita, papas fritas, patacones, yuca frita, salchicha frita, nuggets frito, kaprichitos, doritos, taquitos u otros, pollo frito, carne frita, pescado frito, puerco frito, chuleta frita, chicharrón, trío o combo de comida rápida, utiliza coco o leche de coco para cocinar.

Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora y Personal. Marzo 2014

FIGURA N° 9
FRECUENCIA DE COSUMO DE ALIMENTOS PROTECTORES
Y DE RIESGOS, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL. COLEGIO
SEGUNDO FAMILIAR CANO. MONAGRILLO, PROVINCIA DE
HERRERA. MARZO 2015



El análisis del comportamiento en la Alimentación, da un escenario de cómo se nutren los jóvenes adolescentes estudiados.

Sólo el 1.8%, (18 adolescentes), consumen alimentos que son protectores para su salud, como lo son: vegetales, frutas, hortalizas, pescado no frito. De éstos 12 tienen el peso normal y 4 son obesos y con sobrepeso y 2 bajo peso. El resto es decir 941, adolescentes consumen en su dieta semanal alimentos considerados de riesgo, ya sea 1 ó 2. De estos 149, ya son obesos o tienen sobrepeso, es decir el 15.6%. La gráfica demuestra como la frecuencia de consumo de alimentos insanos es exponencialmente superior, en todos los adolescentes, independientemente de su estado nutricional de alimentos insanos, tanto los clasificados como de riesgo 1, como el riesgo 2.

4.1.2.1 Protector 1

Menos de 1 de cada 100 estudiantes, es decir 0.8% consume menos de 35 porciones a la semana de frutas como: manzana o pera, guineo, uvas, sandía, papaya, piña, naranja, limón o mango, otras frutas, pasitas y otras frutas secas, zapallo, habichuelas, espinaca, berro, brócoli o mostaza, lechuga, pepino y repollo, tomate y zanahoria, por lo menos. Algunos manifestaron su consumo de manera esporádica por tanto su consumo no era clasificado como factor protector.

4.1.2.2 Protector 2

Al estudiar el Consumo de por lo menos de 3 veces por semana de: chocolate negro o cacao, sólo 1 de cada 100 lo consumía, el resto nunca lo había consumido. Producto que es demostrado es un factor protector para las enfermedades cardiovasculares.

4.1.2.3 Protector 3

La respuesta a la pregunta sobre el consumo de por lo menos tres veces por semana de: pescado no frito o atún en lata; demostró que sólo el 0,9%, es decir menos de 1 de cada 100 adolescentes entrevistados, lo consumían. Culturalmente, ésta forma de cocción no es muy utilizada en ésta región.

4.1.2.4 Riesgo 1

El consumo de 2 o más veces al día de: sodas, refrescos artificiales, chocolate en barra, pastilla o caramelo, dulces en general, según las respuesta dada es de tres de cada 100 adolescentes (2.7%), lo cual constituye un riesgo para ellos, resultado que pareciera alejado de la realidad, quizás esta respuesta se dió por las restricciones en la venta de gaseosas y refrescos artificiales en las escuelas.

4.1.2.5 Riesgo 2

Las respuestas sobre el consumo de 2 veces al día o más de: Fritura como hojaldre, tortilla o empanada frita, papas fritas, patacones, yuca frita, salchicha frita, nuggets fritos, kaprichitos, doritos, taquitos u otros, pollo frito, carne frita, pescado frito, puerco fritos, chuleta frita, chicharrón, trío o combo de comida rápida, utiliza coco o leche de coco para cocinar, indicó que 915 jóvenes, es decir el 95.4% de cada 100, lo consumen. Siendo esta realidad, realmente preocupante y típica de éste lugar. Forma parte de la alimentación diaria de los lugareños en sus hogares e incluso, son vendidos en lugares de expendio de alimentos, en áreas aledañas al centro educativo.

Estos resultados, evidencian cómo algunos aspectos de la cultura del lugar pueden afectar, el perfil epidemiológico de la población. Si comparamos el consumo de alimentos protectores versus los de riesgo, vemos que por cada alimento protector que se consume puede haber 100 de los de riesgo. Es clara la importancia de abordar el problema del sobrepeso y la obesidad, desde una perspectiva más holística, puesto que sólo abordando un factor predisponente, es difícil lograr cambios en los estilos de vida de ésta población.

CUADRO N°10 RESUMEN ESTADÍSTICO DE LOS ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS PROTECTORES Y DE RIESGO

VARIABLE INDEPENDIENTE/ CONSUMO DE ALIMENTO*	VARIABLE DEPENDIENTE		OR	I.C.	χ^2	p
	OBESIDAD/ SOBREPESO	LOS DEMAS ESTADOS NUTRICIONALES				
Protector 1 ⁽¹⁾	1	7	0.7	0.08-5.40	0.14	0.7055
Consumo de los otros Alimentos	160	791				
Protector 2 ⁽²⁾	1	0	---	----	4.96	0.02
Consumo de los otros Alimentos	160	798				
Protector 3 ⁽³⁾	2	7	1.4	0.29- 6.90	0.19	0.6612
Consumo de los otros Alimentos	159	791				
Riesgo 1 ⁽⁴⁾	8	18	2.2	0.96- 5.30	3.7	0.053
Consumo de los otros Alimentos	153	780				
Riesgo 2 ⁽⁵⁾	149	766	0.5	0.26- 1.03	3.62	0.05
Consumo de los otros Alimentos	12	32				

(1): Protector 1: Consumo de por lo menos de 35 porciones a la semana de Frutas como: manzana o pera, guineo, uvas, sandía, melón, papaya, piña, naranja, limón o mango. Otras frutas, pasitas y otras frutas secas. Zapallo, habichuelas, espinaca, berro, brócoli o mostaza, lechuga, pepino y repollo, tomate y zanahoria.

(2) Protector 2: Consumo de por lo menos de 3 veces por semana de: chocolate negro o cacao.

(3) Protector 3: Consumo de por lo menos tres veces por semana de: pescado no frito o atún en lata.

(4) Riesgo 1: Consumo de 2 o más veces al día de: sodas, refrescos artificiales, chocolate en barra, pastilla o caramelo, dulces en general.

(5) Riesgo 2: Consumo de 2 veces al día o más de: fritura como hojaldre, tortilla o empanada frita, papas fritas, patacones, yuca frita, salchicha frita, nuggets frito, kaprichitos, doritos, taquitos u otros, Carnes fritas: pollo, carne, pescado, puerco, chuleta, chicharrón; trío o combo de comida rápida, utiliza coco o leche de coco para cocinar.

* Es la diferencia del total de estudiantes encuestados menos el factor estudiado

Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora. Marzo 2014.

El análisis estadístico, al comparar el consumo de alimentos protectores y de riesgos con la sumatoria de todos los consumo, nos señala que no existe diferencia significativa para el padecimiento de sobrepeso u obesidad, con el consumo de alimentos tanto protectores como de riesgo, quizás sea porque la alimentación es homogénea, por el fuerte arraigo cultural, por tanto no hay diferencia significativa.

El análisis estratificado de la sub variable Riesgo 2, comparándola con las demás respuestas, nos indica que el no exponerse al riesgo 2, (alimentos fritos, snacks), tiene factor protector para ser obeso o sobrepeso, (OR= 0.2, IC= 0.097- 0.813; $\chi^2 = 6.14$ y p = 0.0131)

4.1.3 EI SEDENTARISMO

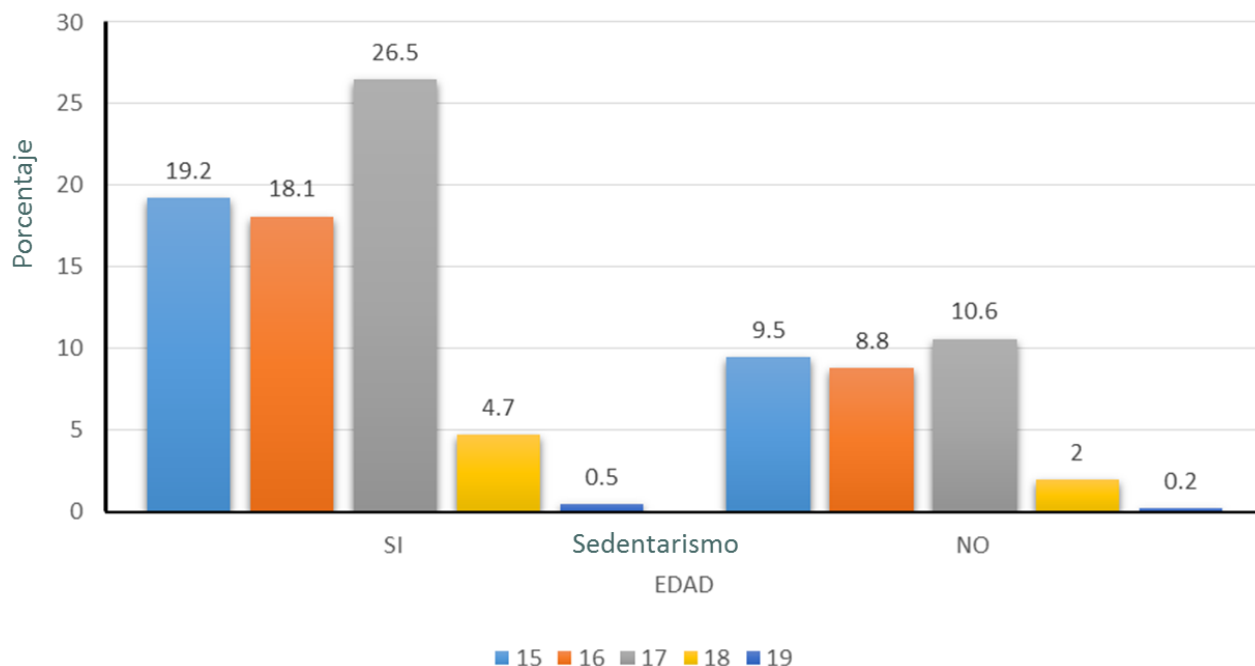
CUADRO N° 11 ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR SEDENTARISMO Y SEGÚN EDAD. COLEGIO SECUNDARIO SEGUNDO FAMILIAR CANO. MONAGRILLO. PROVINCIA DE HERRERA. MARZO 2014.

EDAD	TOTAL		SEDENTARISMO*			
	N°	%	SI		NO	
			N°	%	N°	%
TOTAL	944	100.0	650	68.9	294	31.1
15	271	28.7	181	19.2	90	9.5
16	254	26.9	171	18.1	83	8.8
17	350	37.1	250	26.5	100	10.6
18	62	6.7	43	4.7	19	2.0
19	7	0.7	5	0.5	2	0.2

*Se midió según tiempo que la persona realizó actividad física en los últimos 7 días, y menos 60 minutos por semana, según parámetros del Cuestionario Internacional de Actividad Física.

Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora. Marzo 2015

FIGURA N° 10
ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR EDAD Y
SEDENTARISMO. COLEGIO SECUNDARIO SEGUNDO
FAMILIAR CANO. MONAGRILLO. PROVINCIA DE HERRERA.
MARZO 2015.



De los 944 jóvenes entrevistados, casi el 70%, es decir el 68.9%, e sea 650 eran sedentarios y el 31% no lo era. Es decir de cada 100 estudiantes 70 no realizan actividad física. Son altamente sedentarios.

CUADRO N° 12 RESUMEN ESTADÍSTICO DE LOS ESTUDIANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POR SEDENTARISMO.

VARIABLE INDEPENDIENTE/ SEDENTARISMO	VARIABLE DEPENDIENTE		OR	I.C.	χ^2	p
	OBESIDAD/ SOBREPESO	BAJO PESO				
BAJO	55	78	0.5	0.33- 0.79	9.1	0.0024
ALTO Y MEDIO	144	106				

Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora. Marzo, 2014

El análisis de Riesgo, demostró que el Odd Ratio o razón de productos cruzados, indicó que el no ser sedentario, es un factor protector para evitar sobrepeso y obesidad, (OR= 0.5), siendo corroborado por la prueba de significancia estadística, ($\chi^2 = 9.1$); la probabilidad de error salió menor de 0.05 y los intervalos de confianza, con un recorrido corto, (0.33 – 0.79); lo cual indica que el resultado es preciso y se puede extrapolar a la población.

Ser sedentario, independientemente que el mismo sea medio o alto, es un factor asociado a la obesidad.

El resultado evidencia, que la política de Estado, los proyectos, programas y planes deben incorporar acciones tendientes a disminuir el sedentarismo entre los adolescentes, desde las escuelas y en sus propias comunidades. Las acciones deben ser lideradas por las autoridades locales y líderes comunitarios.

CUADRO N°13 RESUMEN ESTADÍSTICO DE LAS VARIABLES SEDENTARISMO Y SEXO.

SEXO	SEDENTARISMO		OR	I.C.	χ^2	P
	SI	NO				
FEMENINO	345	221	0.37	0.275- 0.507	41.1	0.0000
MASCULINO	304	73				
MASCULINO	304	73	2.66	1.963 – 3.623	41.1	0.0000
FEMENINO	345	221				

Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora. Marzo 2014

El análisis de significancia estadística por sexo, demostró, que en el grupo estudiado, el ser mujer es un factor protector para NO ser sedentaria. Se corrobora, ampliamente con el OR calculado, menor de 1, con el Intervalo e Confianza, que indica la precisión del cálculo de riesgo, y la probabilidad de error que es nula.

El análisis inverso nos señala que los hombres tienen mayor probabilidad de ser sedentarios, el OR = 2.66; IC: 1.963 – 3.623 $\chi^2 = 41.1$ y la p es 0.00.

Es importante señalar, que las mujeres, por un tema cultural, y en una sociedad androcéntrica, deben trabajar el doble que los hombres en muchas ocasiones. Sin embargo aún y así pueden llegar a la obesidad, por la ingesta de alimentos malsanos y menos proteínas, tanto por un tema cultural, (la dieta de la región es rica en grasas saturadas, y la belleza muchas veces se asocia a tener unas libras de más) y el exceso de ingesta de carbohidratos dándole las fuentes de proteínas a los que cuida.

CUADRO N°14 RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA VARIABLE SEDENTARISMO Y EDAD.

VARIABLE INDEPENDIENTE/ EDAD	VARIABLE SEDENTARISMO		OR	I.C.		p
	SI	NO				
			0.59	0.428- 0.826	9.6	0.0018
15 años	181	90				
Las Demás Edades	382	113				
16 años	171	83	0.66	0.493-0.907	6.7	0.009
Las Demás Edades	650	211				
17 años	250	100	1.2	0.908- 1.617	1.71	0.190
Las Demás Edades	400	194				
18 años	43	19	1.02	0.580- 1.790	0.07	0.930
Las Demás Edades	607	275				
19 años	5	2	1.13	0.218- 0.221	0.02	0.8829
Las Demás Edades	645	292				

Fuente: Instrumento aplicado por Investigadora. Marzo, 2014.

El análisis estratificado por edad y sedentarismo, nos señala que las edades de 15 y 16 años son factores protectores para No ser sedentario, corroborada por el χ^2 encontrado, y los I.C. y la probabilidad de error.

Este hallazgo nos lleva a establecer la población blanco para las acciones a tomar en cuanto al sedentarismo en las y los adolescentes. Según éstos resultados, debemos iniciar el abordaje en los jóvenes antes de 17 años, ya que tienen mayor probabilidad de ser sedentarios, ya que al entrar en este grupo etario de 17 en adelante, ya lo son.

4.2 RESULTADOS CUALITATIVO

Presentamos los resultados de la fase cualitativa, la cual es el producto de la exhaustiva revisión de 42 horas de audio, con un promedio de duración de las entrevistas de 1 hora y más de 150 horas de transcripción. Inicialmente de manera inductiva orientada por los datos, con la codificación de los descriptores, los cuales estaban inmersos en los nodos del programa NVivo. Posteriormente se inició un proceso de depuración, donde se eliminaron y agruparon, para luego con la ayuda de los mapas del programa, utilizando un enfoque deductivo orientado por la teoría utilizada se agruparon en 4 grandes temas y 30 patrones, todos sustentados con los descriptores extraídos de las entrevistas, tanto a los informantes claves, generales, los expedientes, y el diario de campo. El análisis se realizó por temas y patrones culturales con sus descriptores.

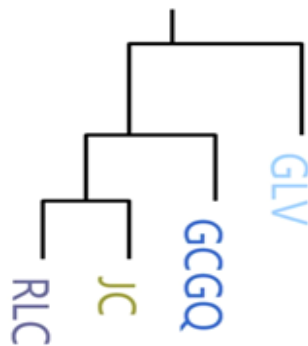
Los cuatro grandes temas encontrados son: El entorno cultural predisponen al Sobrepeso y Obesidad; Factores de riesgos y protectores de los adolescentes asociados al

sobrepeso y obesidad; Modos de vida asociados al sobrepeso y obesidad en adolescentes y Significados asociados al sobrepeso y obesidad.

El análisis se realizó por temas y los patrones encontrados, con los descriptores que los sustentan. Los cuatro informantes claves oscilaron entre las edades de 15 a 18 años, todos cursando estudios en el Colegio Segundo Familiar Cano, con obesidad y residentes en Monagrillo. Los Informantes Generales, estuvieron conformados por Profesores, abuelos, madres, equipo de salud del Centro de Salud de Monagrillo y amigos cercanos de los informantes claves, cuyos nombres han sido cambiados, por seudónimos para mantener oculta su identidad. La Informante clave uno su seudónimo es: Juana, la informante 2 es, Rita, la tres es Gladys y el cuarto Guillermo.

Se inicia el análisis describiendo de manera global los resultados encontrados, tanto de

Figura N° 11
ANÁLISIS POR CONGLOMERADO Y
SIMILITUD DE PALABRAS



Fuente: Transcripción de Entrevista NVivo. Junio 2017

los informantes Claves, los Generales y las otras fuentes de información.

El análisis por conglomerado de las similitudes de palabras de los informantes generales indican que hubo mayor similitud en los conglomerados de

A continuación se hace el análisis según los grandes temas encontrados, con sus respectivos patrones y descriptores:

4.2.1 TEMA 1: El Entorno Cultural Predispone Al Sobrepeso y Obesidad:

“...el tiempo de San Miguel. A mí me encantan esas fiestas, los que son los toros”

La consideración de los aspectos culturales, enfoca la investigación en los sujetos, tomando el fenómeno obesidad de manera integral, tal como lo expresa la teoría que centra el estudio y otros autores.

Es así como se reconoce que en fenómenos como el sobrepeso y la obesidad, no hay una realidad única sino múltiples constructos. El hallazgo del tema *Entorno Cultural* en el Sobrepeso y Obesidad, nos da explicaciones reales, bajo la perspectiva de los propios adolescentes, cónsonos con su realidad. Tal como lo describió en el marco teórico, en los escritos de Milciades Pinzón, (2010) y Pérez Saavedra (2002), dentro de las formas de vida del "monagrillero" o la "monagrillera", está su particular sentido del humor, su espontaneidad que se caracteriza por ser libres y naturales con un trato personal y extrovertido y muy familiar con propios y desconocidos y su apego a las fiestas lugareñas, que son una mezcla de las costumbres religiosas y “paganas”.

4.2.1.1 Patrón 1:

Practica de Consumir alcohol en las actividades culturales de la Comunidad:

La ingesta de bebidas alcohólicas, a temprana edad es una práctica que según los adolescentes entrevistados es una costumbre.

Descriptoros.

“La mayoría de la gente que va a la fiesta es a beber. No va a comer.” (Informante 3)
“Lo que es el licor porque ya no importa la edad que tengan empiezan a tomar. Siento que eso conlleva a eso. Porque el licor les abre el apetito y así que me imagino que a veces se controlan”, (informante 4)

Desarrollado en el marco teórico, (ver pág. 50), los antropólogos, indican que en cada sociedad, la cultura de la comunidad, establece normas determinadas en lo que refiere al comportamiento alimentario, normas relativas a la composición y a la estructura de las ingestas, a los lugares de cada comida, a las formas de servir y de comer, bebidas a tomar según la ocasión.

“Mi amigo me decía toma. Entonces estábamos en las discotecas y yo pedía agua, porque estaba cansada de bailar. Entonces yo no te voy a buscar ninguna agua. Si quieres tomar cerveza yo sí la voy a buscar, pero agua no. Nosotros borrachos y tú agua.” (Informante 2)

La literatura revisada también afirma, la cultura marca los modales que socialmente se entienden como normales, los calendarios alimentarios según las ocasiones festivas, para lo cual influye el género, edad o clase social.

“Ingiere Alcohol ocasionalmente desde los 17 años” (informante 1)

“Eso va dependiendo cómo son los muchachos. Porque si son yeyés toman seco, Old Parr, Ron Abuelo o Smirnoff. Si son ya de acá toman dizque Atlas, Panamá, Soberana y seco también. Porque a la mayoría de las fiestas lo que se ve es seco y la cerveza.” (Informante 3).

“Los adolescentes de ahora, comienzan a beber licor desde temprano, en las fiestas” (Informante general 2).

Por tanto si en el área de residencia, hay muchas festividades, como es el caso de nuestra región de Azuero, (Pinzón, 2010), la ingesta o patrón alimentario está influida por esta variable.

“Sí tomo. Pero nada más cuando es cumpleaños de un amigo, fiesta de un amigo. Si te invitan y te ofrecen.” (Informante 4).

“Mi hijo toma cuando va las fiestas” (Informante general 1).

“Los muchachos atendidos en el Programa admiten tomar licor”. (Informante General 6)

4.2.1.2 Patrón 2:

Fe Religiosa y en las ánimas, se cree en la ayuda de miembros de la familia fallecidos:

“Ya sea por rabia, tristeza, dolor o algo yo siempre evoco al abuelo B..., es una manera de liberar todo los pensamientos de la vida”: (informante 1)

La religión es sin duda un aspecto álgido en las sociedades y en Monagrillo cobra mucha importancia, pues su historia y vida cotidiana esta alrededor de muchas actividades religiosas como lo son: las misas del domingo, y de los “novenarios” o “cabo de año del fallecido”, el día del santo patrono, fiestas de santos, actividades religiosas. De hecho las actividades religiosas son parte de la cotidianidad del monagrillero.

Descriptor.

“No puedo decirle que creo. Pero sí tengo un respeto que existe” (Informante 4)

“Rezo porque siento que lo necesito No es que soy muy apegado, porque tengo que rezar. Sí yo creo me quedo callado. Yo sólo escucho, no se opinar mucho de Dios. Opinar o pelear por él. Yo hice la confirmación y todo.” (Informante 4)

“Es creo que solo hay un Dios... creo en Dios” (Informante 2)

“Yo sí creo en Dios, pienso que si existe y que siempre ha existido” (Informante 3)

“Pienso que a veces Dios nos pone a sufrir un poco para que sintamos un poco de dolor para que aprendamos a valorar las cosas que él nos da” (Informante 3)

“Con la espiritualidad nos sentimos en paz y estando en paz nuestra salud mejora” (Informante 1)

Crear en la Vida después de la muerte es un tema cultural, también tienen un aspecto psicosocial fuerte, ya que según los estudiosos del tema lo definen como una forma de resiliencia, es una forma de reaccionar ante la pérdida de un ser querido da fortaleza.

Tal como se indicó en el marco teórico, (ver pág. 63), la creencia que los seres queridos, siguen con nosotros y ayudan desde donde estén, es una forma específica de hacer frente a la muerte. El recordarlos, con fotos, hacerles altares, adornar su tumba con flores, permite a los familiares, recordarlo/as, teniendo este acto un toque de color y de alegría, sobre todo si se recuerdan de manera positiva, estos rituales que se viven ante la muerte, tienen como finalidad ayudar a los sobrevivientes a despedirse y a iniciar el duelo, y tener la esperanza de que las almas van hacia la inmortalidad, en una especie de continuación de la vida, (Gómez Gutiérrez, 2011).

“Cuando tengo problema donde mi mamá yo me vengo para acá y me paro, bajo la foto y la pongo aquí en la cama y empiezo hablarle”, (Informante 1)

“Cuando yo hablo y discuto con mi papá o las orejas se me van como aprender que se me pone todo caliente, las manos me comienzan a sudar frío, de las rabias que yo cojo y entonces busco la figura del abuelo B...” (Informante 1)

“Así cuando me gradué de sexto año, yo fui al cementerio y lloré como las grandes. y cuando está allí sopló una brisa suave” (Informante 3)

“Yo le pedí a Dios que ojala fuera en un sueño yo la quería ver. Ella se me presento 3 días antes de cumplir el año.” (Informante 3)

“Ella se me presento 2 veces en 2 sueños. En uno de esos sueños ella me abrazo y me dijo que me quería. Y mi mamá me preguntó si tú la abrazaste primero. Yo no. Ella primero me abrazo y me dijo que la disculpara, todavía no se me olvida, que la disculpara y que ella me quería mucho. Cuando yo le dije eso a mi mamá, para que fue eso”. (Informante 3)

“una de las tres veces que he visto a Papá B.... (Lloró fuerte). Siempre lo veo con el sombrero, y me mueve la cabeza como felicitándome” (Informante 1)

“Cuando tengo un problema, siempre cuando tengo un problema, me paro frente a la foto del abuelo B...” (Informante 1).

“Nosotros creemos que nuestros seres queridos nos ayudan” (Informante General 3)

“Mi mamá se le manifestó en sueños a mi hija” (Informante General 1).

4.2.2 TEMA 2: Factores De Riesgos y Protectores De Los Adolescentes Asociados Al Sobrepeso y Obesidad

Como es sabido la obesidad es una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadena causal compleja, de etiología multifactorial, donde interactúan factores genéticos, sociales, ambientales y culturales incluyendo estilos de vida, así como determinantes sociales, políticos y económicos, (Rivera Dammarco, et al, 2012).

Este tema tiene patrones que indican los factores de riesgos y protectores, extraídos de las entrevistas, expedientes, informantes generales.

4.2.2.1 Patrón 3:

Inicio de Actividad Sexual a tempranas edades en adolescentes con sobrepeso y obesidad lo que los lleva al uso de métodos anticonceptivos.

Para los adolescentes entrevistados, y los informantes generales, existe asociación entre el uso de los anticonceptivos orales. Alguna literatura utilizada señala que el uso de los mismos está ligada a los estados anímicos. Es así como en la literatura revisada, (ver pág. 39), se encontró que los estrógenos regulan, en las mujeres, algunas actividades cerebrales importantes como: aprendizaje, memoria, comportamiento y vida afectiva. En las mujeres se ha encontrado asociación entre los niveles de estrógeno circulante; episodios recurrentes de alteraciones somáticas y psicológicas, principalmente dificultades para la concentración, inestabilidad afectiva, agresividad, irritabilidad,

trastorno del sueño, del humor, crisis de llanto y desánimo, lo que, muchas veces, conlleva a desórdenes en la alimentación, como es el caso de comer en exceso.

Descriptor:

“Las personas se vuelven gordas porque toman pastillas para cuidarse” (Informante 3)

“He hablado con amigas que toman pastillas y le abre el apetito” (Informante 3)

En los expedientes revisados, de jóvenes con sobrepeso y obesidad se encontró:

“Ya ha iniciado su vida sexual y ha tenido relaciones voluntariamente con varias parejas sin presentar problemas, y planifica irregularmente, pero se contradice al indicar que siempre usa el condón. Le falta información. Nunca se ha hecho el Papanicolaou a pesar de tener actividad sexual”, (Expediente Clínico).

“Tiene actividad sexual precoz, voluntariamente y planifica con condón”, (Expediente Clínico).

Nos preocupa, que algunos toman pastillas anticonceptivas, por su cuenta, sin control”.

Informante General 6).

“Inicio de vida sexual precoz; ha tenido relaciones heterosexuales con varias parejas voluntariamente; usa métodos anticonceptivos”, (Expediente Clínico).

“Inicio de vida sexual desde los 18 años, ha tenido relaciones sexuales heterosexuales con varias parejas, las relaciones han sido voluntarias, usa métodos anticonceptivos, nunca ha usado condón”, (Expediente Clínico).

“En el Programa de Salud del Adolescente, los jóvenes admiten su inicio de vida sexual, la mayoría sin protección”. (Informante General 5).

4.2.2.2 Patrón 4:

Asociación de la Obesidad con la Clase Social, asociación de pobreza con sobrepeso y obesidad:

La crisis económica del mundo, desde la década de los noventa, llevó a la población más pobre, debido al aumento considerable de los alimentos, a reducir el consumo de productos más caros, sobre todo los de origen animal, (carne, pollo, huevo, pescado y leche) y frutas y verduras, los cuales son fuente de nutrientes y a la reducción de las

cantidades y número de comidas; al empeorar la situación. Sin duda esto afecta los patrones de consumo tanto de niños como adolescentes y adultos, lo que provoca que las familias adopten nuevas formas de cocina.

Paralelo a esta situación, la urbanización y las nuevas formas de trabajo, que han producido un descenso en la actividad física y un sorprendente cambio en los sistemas alimentarios de los países, han desplazado los patrones alimentarios basados en alimentos sin procesar a alimentos ultraprocesados, (los cuales se caracterizan por alto contenido de carbohidratos y grasas), consumido por todas las clases sociales.

Descriptor:

“En la clase baja, me imagino. Porque uno compra la comida que salga más barata y eso viene siendo la chatarra” (Informante 4)

“A veces tienen el conocimiento. Pero no tienen el dinero para comer como se debe”.
(Informante 1)

“Aquí en la escuela, se vende más rápido lo frito, por ser más barato. Informante General 7)

“Compran lo más barato para comer más cantidad”. (Informante 4).

“Los jóvenes de menor ingreso, compran lo más barato en las tiendas, que no siempre es lo más saludable”. (Informante General 4).

4.2.2.3 Patrón 5:

Sedentarismo Asociado a la Adicción a los Juegos y a las otras herramientas Tecnológicas y nula actividad Física:

La bibliografía consultada señala, (pág. 41), que la inactividad física, es el cuarto factor de riesgo de mortalidad, más importante a nivel mundial y provoca el 6% de todas las muertes, superada sólo por enfermedades como: la hipertensión arterial y el consumo

de tabaco. Millones de personas mueren cada año por tener un nivel insuficiente de actividad física lo que incrementa la carga de enfermedades no transmisibles y afecta a la salud en general en todo el mundo.

En los adolescentes este binomio sobrepeso/Obesidad y sedentarismo no sólo es en sus hogares, sino en otros ámbitos como las escuelas. Sus causas son muchas, según los estudiosos, entre ellas están: la pérdida del contacto con la naturaleza, la transformación de los hogares con un mayor nivel de confort, la incorporación de los automóviles privados al modo de vida y movilidad cotidiana de las personas, el paulatino abandono de la infancia al exterior del hogar como ámbito de actividad lúdica, sustituido por el interior de la casa con uso excesivo de medios de comunicación, paulatina desaparición de las comidas domésticas compartidas, tendencia a la comida rápida, en el hogar o fuera de él, reducción del ejercicio físico en una parte significativa de la sociedad, en razón a la tendencia de internalización en el hogar o en espacios cerrados y con posibilidades muy reducidas de movilidad en buena parte del tiempo de ocio.

Descriptores:

“Ser un adicto a los videojuegos” (Informante 4)

“Hace poca actividad física y pasa mucho tiempo viendo televisión, sugiere sedentarismo”, (Expediente Clínico)

“Cuando entro a un juego como que me gusta a veces me quedo un buen rato tratando de pasarlo. Y como es On line me quedo más en lo que es chateando. Como es un juego entra mucha gente y esa mucha y uno conoce a muchas personas y empieza a chatear con line y empieza. Me quedo allí. Me quedo viendo que pasa en otros países” (Informante 4)

“Mamarse el dedo y ver Televisión. Eso es lo que ella hace todo el día” (Informante 1)

“A ella le divierte ver la Televisión. A ella no le entusiasma ponerse a jugar, modelaje, o muñecos afuera, nada ella vive esclavizada al cuarto”. **(Informante 1)**

“Me quedaba acostada, todo el día viendo televisión” **(Informante 2)**

“Pasa bastante tiempo viendo televisión más que el que usa haciendo actividad física”,(Expediente Clínico)

“Realiza muy poco ejercicio físico y en cambio usa su tiempo libre viendo televisión”, (Expediente Clínico)

“Realiza poco ejercicio físico y permanece viendo televisión por varias horas diarias”, (Expediente Clínico)

“Realiza poca actividad física semanal y ve televisión diariamente”,(Expediente Clínico)”.

“Porque no tengo tiempo de salir al chino a comprar. Me mantengo estudiando. De lunes a viernes no me gusta salir de la casa, me dedico a estudiar”
(Informante 3)

“Tenía un compañero de que cuando llegaba del colegio se sentaba en la computadora, todo el bendito día, si no era la computadora, el celular o ver televisión. No hacía ejercicio y se pasaba toda la distancia comiendo” **(Informante 4)**

“Con Y... Y... “No hace Nada”.... Ella no juega, ella no... ella no nada.”
(Informante 1)

“Ella es totalmente sedentaria” **(Informante 1)**

“Me pasaba todo el día durmiendo. Me quedaba acostada, todo el día viendo televisión” **(Informante 3)**

“Papá me decía sal, sal, sal. Entonces le decía papá para qué quieres que salga, si salgo y no hago nada” **(Informante 1)**

“Realiza muy poca actividad física: pasa bastante tiempo viendo televisión más que el que usa haciendo actividad física”, (Expediente Clínico).

“Mi hijo llega del colegio y pasa pegado de la computadora y el celular”.
(Informante General 1)

4.2.2.4 Patrón 6:

Hábitos Alimenticios Insanos la práctica de saltarse una comida por voluntad:

Los hábitos Alimenticios, se aprenden y se socializa en y de su respectiva cultura alimentaria, se interiorizan las normas y valores socio alimentarios de su sociedad. Si es común en su círculo social el consumir alimentos insanos, como lo son los de grasas saturadas, por ejemplo, será parte de su ingesta habitual. En términos generales, los adolescentes, tienden a llevar una alimentación No saludable, con un gran consumo de: dulces, bebidas carbohidratadas, alimentos ultrapocados, chatarras y menormente frutas y verduras, saltarse comidas lo que les trae consecuencias a su salud por falta de nutrientes.

Descriptor:

“Nunca desayunaba” (Informante “Me daban ganas de vomitar. Porque entraba a la escuela a las 7. Tenía que desayunar a las 6” (Informante 3)

“Desde chiquita dice mi mamá que ella me daba fruta y yo me la tragaba y después que me la tragaba así mismo la vomitaba. Y aun así de grande yo intento comerla, me la meto en la boca y tengo que correr a vomitar”. (Informante 3).

“A mi hija le dan asco las frutas.... Las vomita”. (Informante General 3).

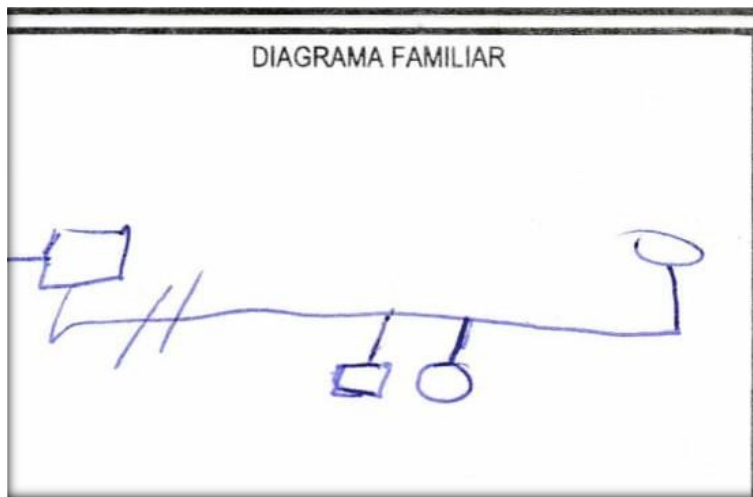
4.2.2.5 Patrón 7:

Tendencia Social a la Disfuncionalidad familiar en los hogares de jóvenes con sobrepeso y obesidad.

La calidad de vida individual es una extensión de la calidad de vida de la familia, entendiéndose esta como la satisfacción de la necesidades de la persona, disfrute de la vida conjuntamente con la familia y la consecución de metas que son significantes para

ellos por ello no cabe duda de la relación lineal que existe entre el bienestar emocional, físico, social y económico de un individuo, con el apoyo y cuidado que le daban sus padres y con el desarrollo de las conductas sociales y de afrontamiento de niños y jóvenes. Las familias disfuncionales, cargadas de autoritarismo, problemas de

Figura N° 14
DIAGRAMA FAMILIAR EN EXPEDIENTES DE
JÓVENES CON SOBREPESO Y OBESIDAD.



Fuente: Expediente Clínico de Adolescente con Obesidad. C.S de Monagrillo, 2017.

comunicación, poca unión repercute en la conducta y la manera de comportarse un joven el cual muchas veces es el reflejo del comportamiento de sus padres, de su familia.

La familia establece los límites, promueve

todos los sentimientos y actos emocionales de un individuo; influye incluso en el estilo de alimentación, refuerza o disminuye la conducta de riesgo, alentando la dieta y admirando el control que tiene la persona sobre su alimentación.

4.2.2.5 1 Descriptores:

Es importante resaltar, que éste patrón, fue el que mayor número de descriptores obtuvo, producto del análisis no sólo de las entrevistas, sino de la revisión de expedientes.

“No cuenta con un referente adulto lo cual indica poca comunicación familiar”, (Expediente Clínico).

“Su referente adulto es un familiar diferente a sus padres, lo cual indica problemas de comunicación familiar”, (Expediente Clínico).

“Mis padres están separados.” (Informante 1)

“Fui muy golpeada” (Informante 1)

“La verdad fue muy muy muy traumático. Mi papá y mi mamá se separaron cuando yo tenía 11 años, si, estaba yo en sexto grado y la razón específica, específica no la sé.” (Informante 1)

“Sí sé que mi papá se portaba mal, mi mamá se enteraba y él se lo admitía así en la cara y mi mamá llevo hasta el punto de hastiarse (cambia el tono).” (Informante 1)

“Cuando mi papá intento hacer las cosas bien mi mamá ya no quería.” (Informante 1)

“Entonces ya se decidieron separar, él no lo aceptaba, él se nos metía en la casa tres veces, agredió a mi mamá físicamente, yo tuve que meterme en las peleas a separarlos.” (Informante 1)

“Familia nuclear, muestra una ruptura en la relación padre-madre. Vive con bisabuela, por situación de Violencia Intra Familiar. Percepción de que la relación familiar es mala”, (Expediente Clínico- Familiograma).

“Genograma indica familia nuclear; mala relación entre padre-hija además de un hermano materno fuera del núcleo familiar. Convive con los abuelos, no vive con sus padres”, (expediente Clínico, Familiograma).

“Mi papá hace 1 año, él me decía, porque cuando empecé el bachillerato en ciencia como a veces yo fracasaba. A veces yo me decepcionaba empezaba de decirme que yo iba a barrer casa, limpiar casa, trapear casa, lavar ajeno, planchar ajeno; siempre me tenía por el suelo.” (Informante 3)

“Entonces yo entre en una depresión por la forma de tratarme porque yo adoro a mi papá”, (Informante 3)

“El siempre en las cosas del whatsapp siempre ponía a mi hermanito que el orgullo, porque mi hermano fue cuadro de honor. Pero yo en mis tiempos también fui cuadro de honor. Yo me sentía, la manera en que él trataba a mi hermanito y la manera en que él me trataba a mí.” (Informante 3)

“Ahora la relación con mi papá es un poquito difícil. Ahora él no puede hacer nada porque está recién operado. Él a veces se pone a pelear con mi mamá y mi mamá se pone a pelear con él”, (Informante 3)

“Es más mi mamá es la que está pendiente de todo y esas son las peleas que coge con mi papá” (Informante 4)

“Cuando no estamos peleando la misma tontería...” (Informante 4)

“Estamos peleando en internet” (Informante 4)

“Mi abuelo me amarraba, dice de la silla” (Informante 4)

“Él se nos metía en la casa tres veces, agredió a mi mamá físicamente, yo tuve que meterme en las peleas a separarlos” (Informante 1)

“Si, entonces tenía que sacar a Y....., llevarla a la otra recámara, ponerle unos audífonos, prenderle la televisión, a todo volumen para que ella no escuchara lo que estaba pasando afuera” (Informante 1)

“Mientras que mi papá estaba físicamente agrediendo a mi mamá, yo cerraba la puerta del cuarto de ellos, metía a Y.... al cuarto, abría e iba a separarlos. Mi papá llegó hasta a amenazar a mamá con un cuchillo y tuve que quitárselo, mi papá la agarraba por el cuello” (Informante 1)

“Le daba de golpes, yo hasta tuve que golpear a mi papá para que la dejara” (Informante 1)

“Se metió por la ventana, rompió los vidrios pa’ meterse en la casa; a todos nos hizo daño” (Informante 1)

“Con mi mamá, jamás la relación ha sido buena, yo no tengo relaciones buenas con mi mamá”. (Informante 1)

“Mi mamá es una persona que piensa que yo cometería los mismos errores que cometió ella de joven y me quiere “encapsular” totalmente, no quiere que nadie se me acerque” (Informante 1)

“Yo llevo las de perder con mi mamá. Con mi mamá y Y.....”(Informante 1)

“Mi mamá me pegaba mucho, yo llegue a ir con cuello ortopédico a la escuela. A ella la llamaron dos veces por maltrato. Yo llegaba con parches de Diclofenato Sódico pegado en la espalda” (Informante 1)

“Cuando llegó acá empezó a gritarme a decirme que yo que tenía que hacer allá. Yo le dije: Pero papá.... Y me dijo “cállate la boca uuuuuuuu” le dije usted crea lo que usted crea, yo estoy segura que no hice nada malo a la casa” (Informante 1)

“Mi papá empezó a gritarme y Y....s se alteró, se encerró en el cuarto a llorar, porque mi papá nunca le grita a ella, a mí sí ella es la “chichi linda de la casa” y ella como se asustó porque me estaban era regañando a mí por cuenta de los cuadernos de ella” (Informante 1)

“Ella se paró y se fue. Entonces mi papá y dijo: Dame acá tu teléfono, yo bien mandada, saque el chip, saque la memoria y se lo di y lo agarro con el martillo y le dio 17 martillazos yo los conté, lo daño” (Informante 1)

“No me puede hablar nadie, nadie me puede hablar, Todo es a golpes. Yo le pregunto qué razones él tiene para decir eso.... A veces me dice que es relaxo” (Informante 1)

“Mi mamá, no amenaza ella va a los golpes de una vez. Su primera reacción son los golpes” (Informante 1)

“Cuando bisabuela comienza a hablar yo no puedo contener nada, las lágrimas salen solitas. Solo esperan que bisabuela hable y comienzan a salir.” (Informante 1)

“Ella empezó a decir que yo me salía de aquí de la casa. Le dijo a mi papá que yo me iba de la casa, que yo salía de noche” (Informante 1)

“Hay situaciones, entre mi mamá y mi papá que me generan tanto estrés que yo me encierro aquí a comer, por los nervios, el estrés, ansiedad de todo lo que me dicen, me grita” (Informante 1)

“Paso un caso con mi mamá, paso y me dijo un poco de cosas, me dijo hasta que “Yo era una arrecha que estaba buscando marido” (Informante 1)

“Bueno me pegó, este año, por primera vez en su vida, y fue algo así, (se golpea la mano), porque le dije que dejara de estar ofendiendo a mi mamá, porque por más que yo tenga problemas con mi mamá, no soporto, no soporto, que él hable así pues, mientras que otro día, él le habla normal, como si nada hubiese pasado, entonces yo no soporto eso y me dijo: “cállate... que yo no sé qué” (Informante 1)

“Yo siento que mi mamá es una hipócrita conmigo, porque ella me trata bien cuando le da la gana, cuando le conviene y cuando No, yo no soy nadie.” (Informante 1)

“Yo llegue a pensar que mi papá y mi mamá no me querían, él me llegó a decir a mí que no debía ni decirle papá, eso fue hace como un mes o mes y medio, ese fue el día que me pegó” (Informante 1)

“Mi mamá estuvo cuando Yo estaba en mi infancia. Vamos a decir de primero a tercer grado, o algo así. Mi mamá se tuvo que ir a trabajar fuera de la provincia”. (Informante 4)

“Cuando yo estaba chiquita yo sentía un rechazo de mi abuela de parte de mi mamá. Porque es que mi abuela, de parte de mi mamá; porque es que mi abuela de parte de mi mamá. Ella no quería que mi mamá se casara con mi papá, no lo aceptaba. Después de un tiempo cuando yo estuve en el colegio yo llegué a la conclusión que no relacionaba conmigo, como se relacionaba con los demás nietos. Yo vine a creer que como yo fui la primera nieta, la primera hija de mi papá y de mi mamá como que me cogió rabia por ser la primera” (Informante 3)

“Fueron cuatro años. Yo estuve desde que estuve desde kínder por allí, hasta tercer grado que no estuve con ella”. (Informante 4)

“No soy muy apegado a la misma gente cercana. Sí los quiero. Pero no es que soy tan apegado”. (Informante 4)

“Sí mi mamá se va, o mi papá o alguien de la familia. No es que voy a llorar por ello. Yo lo quiero, no es que voy a llorar”. **(Informante 4)**

“Uno se apega en los tiempos de la niñez y como no estuve tanto con ella. Yo nada estuve desde que nací hasta los dos añitos. Después de allí hasta los 6-7 por allí”
(Informante 4)

“Tuve que aprender hacer muchas cosas. Yo solo me cuidaba” **(Informante 4)**

“Pero no como que decirle que si no está a mi lado como que voy a llorar por ella”
(Informante 4)

“Yo la quiero. Pero si mi mamá sale a un lado. Vamos a suponer que salga o van a un país fuera o yo salga a un país afuera. No es que siempre tener en mi cabeza dizque quiero ir para la casa, quiero estar con mi mamá. No. **(Informante 4)**

“No la necesito tener presente. Sí, la puedo extrañar mucho. Pero, no la necesito siempre al lado mío” **(Informante 4)**

“Se acostumbra, desde chiquito, a estar así, separado de sus familiares más cercanos uno se acostumbra” **(Informante 4)**

“En la noche dormía en la casa de nosotros. De día Yo estaba fuera de la casa hasta la noche, cuando él llegaba que se abrían las puertas, que me iba a buscar donde mi abuela para llevarme a casa” **(Informante 4)**

“Todo el mundo cuando iba a fiesta, todo el mundo con su mamá. Y yo con mi amigo y su mamá” **(Informante 4)**

“Yo llegue hasta pensar que como Y... era Blanca, del cabello amarillo y los ojos verdes, la querían más que a mí. Yo viví eso. Uff eso lo pensé mucho... mi mamá siempre me apartaba a mí, yo sentía que mi mamá me apartaba totalmente para darle las atenciones a ella” **(Informante 1)**

“Yo llegue al punto en que ya no podía dormir en la casa, yo me venía para acá”
(Informante 1)

“Soy hija única por parte de mi mamá pero por parte del señor que me hizo no, digo el señor que me hizo porque él nunca se ha encargado de mí y yo nunca lo he visto como mi papá para mí”, **(Informante 2)**

“A mis hermanas las conozco desde siempre pero no fue hasta los 16 años que me anime a hablarles, a mi hermanito no lo conozco pero me encantaría conocerlo”, **(Informante 2)**

“Mi comunicación con mis padres no es muy buena, no hablo mucho con ellos, no me siento a hablar con ellos ni ellos conmigo”, **(Informante 2)**

“Aquí me encuentro a mí misma, puedo ser yo, sin que nadie me golpee” **(Informante 1)**

“Como ahora esta mamá, no llega tan borracho”, (Informante 4)

“Entonces yo entre en una depresión por la forma de tratarme porque yo adoro a mi papá” (Informante 3)

“Empieza a gritar mucho”, (mamá) (Informante 4)

“Mi papá si no me grita. Pero cuando habla...” (Informante 4)

“Cuando viene, a veces se pone bravo porque le cogen las cosas de él” (Informante 4)

“...y tuve que dejar a mi hijo, para trabajar lejos”. (Informante General 1)

“el papá de mi hija no la crió”. (Informante General 3).

4.2.2.6 Patrón 8:

Metas y Aspiraciones Poco Definidas

El ambiente donde convive el adolescente tiene gran importancia y marca sus aspectos psicológicos. Un factor de riesgo es la falta de motivación de la familia y la falta de valores que se mueven a su alrededor lo que trae por resultado un joven que no tiene claras sus metas y aspiraciones.

Descriptor:

“Su proyecto de vida es confuso, por lo tanto no tiene clara sus metas”, (Expediente Clínico).

“No sabe qué va a estudiar” (expediente Clínico)

“...No sé estudiaré algo que den acá... (Informante 4)

“Algunos jóvenes, no saben lo que quieren” (Informante General 7)

4.2.2.7 Patrón 9:

Relaciones Familiares Funcionales Caracterizadas por el afecto y apoyo para fomentar buenas prácticas alimentarias.

Las familias funcionales son un verdadero factor protector para sus miembros, constituye una auténtica estructura cultural de normas y valores, regular la acción colectiva en torno a ciertas necesidades básicas, resolviendo los grandes problemas de convivencia, estabilidad y progreso. Las familias funcionales, tienden a reforzar la autoestima de sus miembros.

Sendos estudios, desarrollados en el marco teórico, (ver pág. 44), indican que la calidad de vida individual de los adolescentes, es una extensión de la calidad de vida de la familia. Entendiéndose esta como la satisfacción de las necesidades de la persona, disfrute de la vida conjuntamente con la familia y la consecución de metas que son significantes para ellos. Es una realidad que el bienestar emocional, físico, social y económico de un individuo, está directamente relacionado con el apoyo y cuidado que le daban sus padres y con el desarrollo de las conductas sociales y de afrontamiento de niños y jóvenes.

Una familia funcional, proporciona un ambiente de comunicación, cooperación, confianza, satisfacción y bienestar, que le dará herramientas para enfrentar los avatares de la vida, de forma asertiva.

Queda resaltada la importancia de la familia, ya que establece los límites, promueve todos los sentimientos y actos emocionales de un individuo.

La influencia de la familia funcional, en la alimentación es clara; tiene su propio estilo de comer, refuerza o disminuye la conducta de riesgo, alentando la dieta y admirando el control perfecto que tiene la persona sobre su alimentación.

Descriptor:

“Familia nuclear, con buena percepción de relaciones. Presenta una familia funcional”, (Expediente Clínico).

“Mi abuelo y mi papá todos me apoyaron” (Informante 4)

“Mi mamá me insistió tú quieres estudiar medicina, tú eres buena, eres excelente estudiante”. (Informante 3)

“Porque antes que muriera mi abuela ella me decía que estudiará, que me preparará bien”. (Informante 3)

“Ella me decía que me quería ver graduada”. (Informante 3)

“Mi mamá lo único que me dice que me cuide, que me cuide, que tenga presente que es lo que yo quiero, que ojo con una barriga; es lo primero que ella me dice; que siga estudiando, que nunca deje de estudiar”, (Informante 3)

“Pero luego que cumplí los 15 años yo empecé a confiar en ellos, porque me han dicho que los mejores amigos que uno puede tener son los papás”. (Informante 2)

“Pa’a ese tiempo me cuidaba una prima que yo le digo tía J....”..... “Ella me cuidaba bien” (Informante 4)

“Mi mami, es como una ayuda. Una ayuda buena” (Informante 3)

“Muchas personas me trataron de ayudar con mi obesidad, no sólo han sido mi mamá y mi papá, también han sido, mis abuelos, mis tíos, mis primos y también amigos” (Informante 2)

“Pero ahora estoy mucho más apegada a mi mamá, porque mi mamá es la que más me comprende, la que más me apoya”. (Informante 3)

“Yo a él lo adoro, lo adoro, (padre)” (Informante 3)

“Los que me criaron desde que estaba chiquitita eran mis abuelos paternos”. (Informante 3)

“Yo soy más apegada a la familia de mi papá.” (Informante 3)

“A pesar que ella renegaba y todo, ella me daba las cosas porque yo siempre estaba, la que siempre era la que estaba, la que estaba siempre allí con ella.” (Informante 3)

“Mi abuelo siempre he estado con él”. (Informante 4)

“Siempre cuando estaba chiquitito me iba con él a llevarle comida a los puercos. Él era el que me enseñaba”, (Abuelo) (Informante 4)

“Desde que llegó mi mamá baje un poco lo terco” (Informante 4)

“Bisabuela y Ch.... nos cuidan más que mi mamá” (Informante 1)

“Mi verdadero papá es Y.... y es al que le llamo papá ya que desde que tengo un año él se encuentra con mi mamá” (Informante 2)

“Él es mi papá...él me crio” (Informante 2)

“Yo amo a mi familia, a veces soy un poco reservada con mis sentimientos” (Informante 2)

“La comunicación últimamente ha mejorado, siento que mi mamá ahora que entre a la universidad me ve como una adulta y me tiene más confianza”. (Informante 2)

“La convivencia con los abuelos es buena, a pesar que en su núcleo es disfuncional”, (Expediente Clínico.).

“los estudiantes más estables, tienen hogares sólidos”. (Informante General 7)

4.2.2.8 Patrón 10:

Auto concepto positivo.

Cada uno tiene una representación mental de su cuerpo, se tiene una percepción y se siente y actúa según su apreciación del mismo. Esta dependerá de muchos factores: su autoestima, su cultura y la imagen que para su entorno social es hermoso o bonito es decir los modelos estéticos, con frecuencia la gordura se asocia a lo poco estético. La familia y sus amistades a través de sus modelos, es decir los valores y las actitudes de las personas

que los rodean son considerados un factor muy importante a la hora de desarrollar una imagen positiva o negativa.

Muchas complicaciones psicopatológicas están asociadas a la obesidad. Estudios muestran que una imagen distorsionada es muy buen predictor de estas, (ver pág. 46).

La formación de la imagen corporal es un proceso dinámico, que se da a lo largo de la vida, las personas van incorporando ideales, emociones, percepciones, sensaciones sobre su propio cuerpo; que dependerá mucho de la dinámica familiar y el estilo parenteral de los padres o tutores. Un auto concepto positivo se caracteriza por una alta autoestima y confianza en sí mismo.

Descriptor:

“Se percibe como una persona alegre, aun cuando tiene dificultad para realizar actividades grupales”, (Expediente Clínico).

“cuando me vi gorda..... **(Informante 1)**.

“Mi hija está gorda, pero ella no tiene complejos”. **(Informante General 3)**

4.2.2.9 Patrón 11:

Metas y Aspiraciones Claras.

Un factor protector de importancia, dentro de los aspectos psicológicos, es el ambiente donde interactúa el joven, la familia y los valores que se mueven a su alrededor. Si un joven que tiene claro sus metas y aspiraciones, tendrá claro el camino a seguir, lo cual muchas veces marca su identidad, su conducta social.

Descriptor:

“Claro su proyecto de vida, lo que indica que tiene metas”, (Expediente Clínico).

“Mi mente es graduarme en 5 años, si Dios me lo permite. No quedarme en nada, tratar de graduarme con honores porque yo sé que yo puedo” (Informante 3)

“Me gustaría estudiar ingeniería Robótica” (Informante 4)

“Para la U.T.P. Así que ahora tengo que estudiar licenciatura y estoy viendo para ver” (Informante 4)

“Así que voy a mirar para ver si hay una de licenciatura robótica para cogerla. Para después especificar en la ingeniería” (Informante 4)

“Donde este la carrera completa. Si está en Panamá, me tendré que ir para Panamá”

“Me gustaría ser enfermera” (Informante 2)

“Si es medio tiempo, son 5 horas. Trabajo, me gano un dinero adicional para mí, estudio y voy en la noche a la Universidad. Ese dinero me sirve para comprar ropa, cosas que necesito y cuida ‘o que lo ahorro y me compro un carrito” (Informante 4).

“Mi hija quiere ser enfermera, y sé lo logrará”. (Informante General 3).

4.2.1.10 Patrón 12:

Implementación de Alimentos Sanos en la Escuela:

La ingesta real de los niños/niñas y adolescente está profundamente influenciada, además de por la etnia, el género, la familia; por el contexto educativo. El espacio escolar, influye en la percepción y actitudes en relación a la alimentación. Se han implementado nuevas normas para que los lugares de expendio de alimento en los centros escolares, sean sanos y equilibrados, para así mejorar los hábitos alimenticios de los niños, niñas y jóvenes.

Descriptores:

“En el colegio el año pasado no vendían mucha fritura, prohibieron las sodas, las picaditas” (Informante 4)

“En vez de hacer tanta comida frita pueden hacer que vendan más manzanas, jugos. Cosa como frutas” (Informante 3)

“También venden ensaladas de frutas, flan, gelatinas” (Informante 4).

En la Escuela, por regramento de MEDUCA y MINSA, ya no se vende tanta comida frita... han puesto reglas para los kioscos". (Informante General 6).

4.2.2.11 Patrón 13:

Orientación Nutricional como estrategia para lograr hábitos alimenticios

Saludables.

La alimentación es un sistema de comunicación poderoso, cargado de significados sobre nuestra identidad individual y colectiva, es decir se puede identificar un pueblo por su gastronomía, por sus hábitos de alimentación. Por tanto la Educación Alimentaria u orientación nutricional, debe generar espacios de diálogo en los niños/niñas y jóvenes para que puedan intercambiar sus experiencias vinculadas a las situaciones personales y colectivas.

La Educación Alimentaria es la base para que los niños, niñas, adolescente y sus familias cambien una nutrición saludable, con ella es posible revertir algunos de los hábitos que tienen consecuencias negativas para la salud.

Descriptor:

"Dándole orientación, por lo general la mayoría de las personas que sufren de obesidad, es porque no tienen una orientación alimenticia, siempre han tenido esos hábitos y por eso llegan a la obesidad, supongo yo, dando una orientación y poniendo el ejemplo de personas que han sido obesas en extremo y han muerto y en esos ejemplos la solución han sido las cirugías, no sé creo la orientación". (Informante 1).

"el programa de Atención Integral del Adolescente incluye orientación nutricional". (Informante General 6).

"Tenemos un programa de orientación nutricional". (Informante General 5)

4.2.3 TEMA 3: Modos De Vida Asociados Al Sobrepeso y Obesidad En Adolescentes.

En este tema veremos los modos de vida de los jóvenes con sobrepeso y obesidad. En los patrones vemos algunas actividades diarias de las diferentes esferas de sus vidas y de su medio social, los cuales reflejan cómo viven.

4.2.3.1 Patrón 14:

Asociación de obesidad con Vivir en Monagrillo por los hábitos alimenticios

La cultura de la comunidad de Monagrillo, actúa estableciendo normas determinadas en lo que refiere al comportamiento alimentario; normas relativas a la composición y a la estructura de las ingestas, a las técnicas culinarias, a los horarios de las comidas, a los comensales, a los lugares de cada comida, a la selección de los alimentos y a la manera de mezclarlos y manipularlos, al tratamiento de conservación, a las formas de servir y de comer, a la distribución de las comidas, los calendarios alimentarios según las ocasiones festivas, a la idoneidad o no de los alimentos, (los que son más o menos saludables según su concepción), así como los modelos alimentarios según: género, edad o clase social. Por tanto si en el área hay muchas festividades, como es el caso de nuestra región de Azuero, específicamente Monagrillo, la ingesta o patrón alimentario va a estar influido por esta variable.

Existe estrecha relación entre el comportamiento alimentario y la cultura del lugar donde vivimos. Según qué comemos y cómo lo comemos, se nos puede identificar individual o colectivamente. Es evidente entonces que la forma de alimentación, está establecida por la cultura, (Zafra Aparici, 2017).

Descriptorios:

“Aquí en Monagrillo no se come comida chatarra. Se come mucho lo que es grasa, chicharrones, patacones. Todo tiene grasa.” (Informante 4)

“Se come mucho, demasiado. Hacen demasiada comida porque hay demasiadas fiestas. El monagrillero celebra hasta el nacimiento de los perros, siempre va a ver comida” (Informante 3)

“Lo que pasa es que todo lo celebran y por lo general si hacen demasiada comida dicen no vamos hacer o a veces comen en la casa y comen en la fiesta.” (Informante 4)

“La gente no cocina y come cualquier comida chatarra por allí, por la calle.” (Informante 3)

“Aca tenemos la calle de las fondas” (Informante General 4)

“Nadie de imagina una fiesta en Monagrillo sin la lechona” (Informante General 2)

4.2.3.2 Patrón 15:

Influencia de las mujeres en la Alimentación; las Mamás, Abuelas y Bisabuelas deciden los patrones de alimentación

La administración del hogar, y la alimentación de la familia, es considerada como uno de los papeles genéricos asignados a las mujeres. Desde la perspectiva patriarcal, las mujeres son las encargadas de administrar y alimentar a la familia, (Cabello y Reyes, 2011). Desde que nacemos, se impone un modelo que establece lo que es propio de las mujeres y de los hombres, obligando a ambos sexos a seguir las reglas socioculturales.

Esta realidad, lleva implícito que el comportamiento alimentario, está en la mayoría de los casos, en manos de las féminas de la familia. Por tanto ellas establecen las normas relativas a la composición y estructura de las ingestas, técnicas culinarias, consumo en días festivos, entre otros, (Zafra Aparici, 2017). No se nace mujer, sino que se hace mujer a través de la proyección de ideas, pre concepciones, pautas emocionales y expectativas

de vida que la sociedad, a través de la familia, de la educación escolar y sobre todo de la cultura que en sus múltiples manifestaciones lo imponen, (Rodríguez, et al. 2015).

Cabello Garza y Reyes, (2011), señalan que las madres, o las mujeres como primeras cuidadoras tienen una mayor influencia en el desarrollo de hábitos saludables debido a que la encargada de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, distribución y cantidad son ellas.

Por ser una sociedad androcéntrica, donde la mayoría de las veces el rol de preparación de los alimentos se les adjudica a las mujeres, lo que comen los niños y niñas, está profundamente influenciado por factores como el género. Es así como culturalmente las mujeres transmiten a las nuevas generaciones las costumbres relacionadas a la alimentación. Son ellas las que deciden el tipo de alimentos en función de lo que les gusta. Tal como se expone en el marco teórico, (ver pág. 52), en un estudio fenomenológico, se muestran que los patrones en la dieta y las preferencias para la realización o no de ciertas actividades, se forman dentro del seno familiar, donde la mujer tiene un papel preponderante. Influye en los comportamientos alimenticios de muchas formas: los primeros hábitos alimenticios del niño, en la toma de decisión en términos de lecciones de dieta, actividad y otros comportamientos, en la socialización ya incide en el desarrollo de patrones culturales y alimentarios de los niños.

Las madres, abuelas y bisabuelas ejercen un rol primordial en la preparación de los alimentos, pues depende, en gran medida, los hábitos alimenticios que adquiera la familia. Ellas representan el principal agente de cuidado y crianza de los hijos, y es una mediadora en los esfuerzos para prevenir el sobrepeso actuando como modeladora de los

patrones de la dieta y ejercicio. La madre, abuela o bisabuela, como primera cuidadora, es una influencia importante en el desarrollo de peso y obesidad de los hijos, ya que ella es quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo, los conocimientos y preferencias que tenga de la selección de los alimentos, (Cabello y Reyes, 2011).

Descriptoros

“No hay ningún chef graduado en una escuela que supere la comida de bisabuela, ya eso es neto”. **(Informante 1)**

“la sopa de pollo.... (sonríe) yo no sé qué tiene, la como a medio día y cuando llego del colegio tengo que comerla de nuevo.... Es como una obligación, bisabuela me guarda mi sopa para la tarde. Me gusta comer la sopa de la abuela, así calientita”. **(Informante 1)**

*“el arroz con asadura, además de la sopa de pollo, un pollo sudado que ella hace con jengibre....ya me dio hambre.... Rico... deja la casa olorosa y eso como que... (suspira).... Hizo la comida que yo quiero....”***(Informante 1)**

“Yo misma deje el tratamiento. Yo misma yo estaba que no quiero ir para nutricionista, yo no quiero estar haciendo dieta, yo no me quiero reservar a ninguna comida que haga bisabuela” **(Informante 1)**

“Mi abuela era la que cocinaba para todo el mundo”. **(Informante 2)**

“Yo viví eso el año pasado yo, comiendo pan integral y queso descremado. Miraba, miraba comiendo. Veía a todo el mundo comiendo chicharrón, comiendo las cosas fritas, las cosas ricas que hace bisabuela y que va me iba para el cuarto pero que va se me iban los ojos detrás de la comida y deje la dieta” **(Informante 1)**

“Yo venía donde bisabuela, se me iban los ojos.... Yo no podía comer lo que cocinaban aquí, sino que yo tenía que traer comida de donde mi mamá para poder comer, y si comía era súper chiquito y todo el mundo comía bastante y yo poquito y no podía comer frito”. **(Informante 1)**

“comía donde mi abuela, porque no me gustaba la comida”. **(Informante 3)**

“Cuando yo estoy donde mi mamá siempre hay un régimen para comer.” **(Informante 1).**

“yo decido lo que se come aquí”, **(Informante General 1)**

“Cuando yo no cocino (madre de un informante clave), mi mamá lo hace”
(Informante General 3)

4.2.3.3 Patrón 16:

Sociedad Culturalmente Machista, conflicto en la Relación de Poder

Un padre con un estilo parental, machista, dominante; influye en la personalidad trascendiendo hasta niveles muy internos de su temperamento, afectando la autoestima de los miembros de la familia.

Los hogares, con un padre machista se caracterizan por: Fijar normas con poca participación de los hijos, es decir es autocrático; exige obediencia total, castiga de manera severa a menudo de manera física, comunicación pobre, reglas inflexibles, independencia escasa, los miembros de la familia tienden a ser retraídos, temerosos, apocados, irritables y con poca interacción social.

Estos jóvenes o niños que forman parte de estas familias disfuncionales desarrollen un perfil psicopatológico, como lo es Depresión y ansiedad, son frecuentes en jóvenes con sobrepeso y obesidad, (Cebolla, et.al 2011 y Rocafuerte Ruíz, 2017).

Descriptor:

“Él no tenía seguro porque no quería que mi mamá lo asegurara, le daba pena”
(Informante 3)

“Cuando viene, a veces se pone bravo porque le cogen las cosas de él... y todos corremos” **(Informante 4)**

“en nuestra casa mi esposo es la cabeza”. **(Informante General 1)**

“mi marido siempre decide” **(Informante General 2)**

4.2.3.4 Patrón 17:

Práctica de generar ingresos por autogestión

En la adolescencia, la necesidad de autonomía que lo ayuda al cambio de estatus de ser dependiente a independiente y de buscar el porvenir fuera de casa, la puede encontrar a través de la generación de divisas, lo que también les ayuda a crear interacciones con grupos de homólogos.

Descriptor:

“me gusta hacer negocios y trabajar para tener mis cosas” (Informante 2)

“se lo mucho que le cuesta a mi mamá conseguir el dinero y por eso prefiero hacer dulces para ahorrar y comprarme mis cosas, sé que ella me daría lo que pidiera pero prefiero trabajar para conseguirlo por mi cuenta” (Informante 3)

“de vez en cuando si hago algunas cositas para ganar dinero extra ya que no me gusta estar pidiendo dinero si no es para la universidad”, (Informante 2)

“Los monagrilleros somos gente creativa y emprendedora” (Informante General 4)

4.2.3.5 Patrón 18:

La Mujeres como administradoras y proveedoras del hogar lo que cambia la

Relación de Poder

Las mujeres como administradoras del hogar y sobre todo en los temas relacionados con la alimentación, se socializan más en un modelo en el que la comida es utilizada como herramienta de control corporal y de expresión de sentimientos.

La tarea de administrar el hogar implica la administración del gasto familiar, qué comida decide preparar, cómo, cuándo y para quién la prepara, lo que tiene implicaciones importantes sobre la salud de sus integrantes. Si una madre de familia ofrece a sus hijos

alimentos ricos en grasas y azúcares, puede ir deteriorando progresivamente su salud, provocando sobrepeso y obesidad. Los patrones de hábitos y actitudes hacia la alimentación sus valores y costumbres tienen que ver con el medio en que ella se crió, los ingresos, la región geográfica, el nivel educativo, las creencias y valores.

Por otro lado, si además de ser la administradora de la alimentación, es la proveedora, lo que aumenta su relación de poder. Se operacionaliza en las toma de decisiones de la familia; aunque en algunos casos la mujer no lo ejerza por estar inmersa en una sociedad machista, (Zafra Aparici, 2018).

Descriptor:

“mi mamá es la que está llevando el peso de todo”. **(Informante 3)**

“yo en la universidad, mi mamá con todos los gastos” **(Informante 3)**

“Mamá sabe administrarla” **(Informante 1)**

“La cabeza de mi familia y la que tiene la última palabra es mi mamá ya que como ella es la que gana más dinero por la pastelería es quien administra el hogar....”
(Informante 2)

“Económicamente dependo de mi mamá ya que estoy estudiando y los horarios son un poco pesados y no tengo tiempo para trabajar” **(Informante 2)**

“mi mamá manda porque es la que aporta más dinero en la casa” **(Informante 2)**

“yo siento que mi papá no le afecta eso, él es muy dócil y la mayoría del tiempo complace a mi mamá, lo que pasa es que él no tiene un trabajo fijo” **(Informante 2)**

“yo soy la dueña del negocio, por eso yo soy la que decide algunas cosas”.
(Informante General 3).

4.2.3.6 Patrón 19:

Relación ingresos económicos con Estado de Salud

Estudios de organismos internacionales, como los del PNUD, (2015), señalan la correlación existente entre la pobreza y el desarrollo humano. En aquellos hogares donde hay niños en condiciones de pobreza, juventud fuera de la escuela, personas con discapacidad y poblaciones indígenas en condiciones de vulnerabilidad, la pobreza es mayor.

Las personas pobres tienen menos acceso a la salud, existe una correlación directa entre pobreza e indicadores de morbimortalidad.

La prevalencia de sobrepeso u obesidad, en jóvenes tiende a un aumento en las clases bajas; existe la creencia que los estilos de vida saludables, entre ellos el consumo de alimentos sanos, es más costoso, lo cual no es una verdad absoluta.

Descriptor:

“Los ingresos económicos influyen en mi salud ya que si mi mamá no tuviera dinero para darme lo que necesite en los momentos que enferme no tendría como pagar mis medicamentos” (Informante 3)

“Cuando se enferma alguien de la familia, nosotros corremos con los gastos” (Informante General 3).

4.2.3.7 Patrón 20:

Prácticas relacionadas con el Cuidado de los Enfermos

Los cuidados adecuados están rodeados de significados sociales, ya que producen una respuesta social. El cuidar representa actividades dirigidas a mantener, conservar la vida

y permitir que esta, (la vida) continúe y reproduzca. Tradicionalmente, el rol de cuidar se ha dado de manera tradicional a las mujeres, haciéndolas responsable de la salud y la alimentación de la familia.

La cultura que posea la cuidadora o el cuidador primario marca el cuidado de los enfermos. La forma de percibir la existencia, el conocimiento de lo ancestral, los sentimientos y la sabiduría de la cultura que posea determinan los patrones del cuidado.

La determinación de la cuidadora o el cuidador dependerá de, según Sánchez, Herrera y Sacarras, (2008) de: conocimientos que tenga de la enfermedad, compromiso y afecto que tengan frente a la funcionalidad del hogar, la situación socioeconómica que vivan y de la calidad de crianza dado históricamente a su familia. Generalmente esta tarea se le asigna o la asume por voluntad propia o por tradición la mujer, (Sánchez, Herrera y Socarras, 2008).

La percepción de la forma de cuidar dependerá de la experiencia vivida y compartida con otros seres humanos.

Descriptoros:

“Allí todos. Lo que es mi mamá y mi papá. Son los que más están en eso” (Informante 4)

“Cuando ella se enferma no quiere ir. Allí si mi papá dice: “Vas o no vamos para ningún lado”. Y ellos se van” (Informante 4)

“Cuando mi papá o yo nos enfermamos mi mamá es la que nos cuida, y cuando mi mamá se enferma entonces los dos la cuidamos a ella”. (Informante 3)

“Con respecto a cuándo estamos enfermos, aunque mi papá o yo no queramos ir al médico mi mamá insiste hasta que nos lleva, pero en el momento que 1 de los 3 enferma los 3 nos vamos para el hospital, y hasta que no salga de la consulta el que está enfermo nos venimos todos.”. (Informante 2)

“Visitarlos. Le llevan sopa” (Informante 2)

“medicamentos caseros” (Informante 3)

“Tés. Como yo sufro de gastritis me hacen té de mastranto con otra cosa más”.

“mi abuela cuando nosotros nos enfermamos ella hace sopa, nos visita y nos lleva sopa, maicena, crema”. (Informante 3)

“...ve el monagrillero si cuida a sus enfermos”. (Informante General 4).

“cuando nos enfermamos, todos nos cuidamos” (Informante General 3).

4.2.3.8 Patrón 21:

Practica de consumir alimentos Insanos por su bajo costo y accesibilidad

El consumo de alimentos insanos es una práctica casi habitual en los adolescentes, los cuales están relacionados, según la literatura revisada, al nivel adquisitivo, el apoyo familiar, el rol en la compra y la preparación de las comidas y la cultura alimentaria que es transmitida por la familia, quien da las pautas a sus miembros lo que se consume. La familia enseña la aceptación y el rechazo de ciertos alimentos, lo que puede favorecer comportamientos alimentarios insanos y llevarlos a una ingesta sin normas, desordenada y abundante, (Zafra, 2017).

Descriptores:

“Yo me engorde fue por eso por estar comiendo comida chatarra” (Informante 1)

“En el chino. Yo iba a comprar cheez whiz” (Informante 4)

Hamburguesas, papitas, sodas, batidos, pizzas, cheez whiz, confites, helado.
(Informante 4)

“comer comida chatarra” (Informante 1)

“Hot dog, hamburguesas, frituras, soda y cheez whiz. Como no desayunaba a la hora tenía hambre y tenía que comer algo.” (Informante 4)

“Para la tarde, para el tiro de las 12. Antes vendían era un pollo frito y patacones. Ahora no venden pollo. Pero venden pinto.” (Informante 4)

“Pinto es un nuggets. Un nuggets frito” (Informante 4)

“Para este tiempo vendían patacones y pollos. Pollos todos engrasados y los patacones que parecían taponos de duro”. (Informante 4)

“La mayoría de nosotros nos vamos por lo más barato, comemos empanadas.”

“lo más barato de nuggets, la empanada y la chicha.” (Informante 4)

“La empanada un cuara, (25centavos), el nuggets un peso, (50 centavos), la chicha un cuara, (25 centavos)”. (Informante 4)

“Todo el mundo compraba. Era un peso, (50 centavos), de patacones y una presa de pollo, mal frita” (Informante 4)

“En la tienda de la escuela, los estudiantes consumen lo más barato, como las alitas fritas y Nuggets” (Informante General 7)

4.2.3.9 Patrón 22:

Práctica de Acciones Discriminatorias hacia las personas Obesas y con Sobrepeso

La obesidad es una enfermedad crónica compleja y multicausal, que no sólo está asociada con otras enfermedades crónicas sino con problemas psicológicos importantes, tales como: la baja autoestima y la insatisfacción corporal. Aunado a eso, el estereotipo de una o un joven hermoso, en muchas culturas es el de una persona con esbeltez. La insatisfacción con el cuerpo, que no entran dentro de los estándares sociales de belleza, cada vez son más exigentes, siendo todo un reto, por no decir imposible de alcanzarlos por métodos saludables. Quienes no se ajustan a ellos, son sometidos a constantes burlas, críticas y el rechazo generado por el exceso de peso, (Del Carpio y Delgado, 2013).

Descriptores:

“Ella me miraba a mí y lo miraba a él y se echaba a reír. Miraba al papá de él y el papá de él y ella se reían.” (Informante 3)

“que una muchacha le guste un muchacho. Ese muchacho no la pela porque esta gorda, esta obesa.” (Informante 1)

“la mujer como que la apartan. Porque por ser gorda esta fea” (Informante 3)

“Hacen mucho bullying” (Informante 1)

“NO es tanto que le digan, si no las maldades que le hacen” (Informante 3)

“A lo que yo terminé con él, él se puso más gordo. A él cuando estábamos juntos, en el colegio, le hacían muchas maldades, le pegaban y salían huyendo, se le encaramaban en los hombros.” (Informante 3)

“Cuando yo estaba en la escuela a mí también me hacían, porque yo estaba gordita.” (Informante 3)

“si veían a un niño gordito, no lo soltaban en todo el año, igual que a las niñas también le hacían” (Informante 3)

“mi hermanito lo molestan en la academia. Porque él es grande y está apretado. Lo molestan, le dicen gordo” (Informante 3)

“Porque si uno se siente discriminado, uno se siente triste. Y no es bueno sentirse triste.” (Informante 2)

“un nutricionista me dijo “si no vas a comer frutas mejor ni vengas para acá porque vienes es a perder el tiempo porque si no comes frutas no podemos hacer nada.” (Informante 2)

“He observado en la escuela, como se burlan de los estudiantes gordos” (Informante General 7)

“la mamá del novio de mi hija se reía, porque su hijo es flaquito y mi hija esta un poco gorda” (Informante General 2)

4.2.3.10 Patrón 23:

Práctica de interrumpir el Tratamiento de los jóvenes con sobrepeso y obesidad por poco apoyo familiar.

La aceptación de grupo es muy importante en la adolescencia, por lo que son muy influenciados por los amigos u otro familiar o persona con la que tenga afinidad, los cuales pueden ser apoyo o no en el seguimiento del plan para mejorar su estado nutricional.

Los adolescentes, son inconsistentes en los tratamientos, tanto en la ingesta de alimentos saludables, como en la realización de la actividad física y cuando lo hacen realizan dietas y actividad física excesiva, para “no estar gordas”, sin la debida asesoría, lo que les trae grandes frustraciones, ya que al auto indicarse conductas restrictivas al dejar el tratamiento, suben aún más de peso, (Barriquete, et. al., 2017)

Sin el apoyo familiar y círculo cercano es difícil mantener un plan terapéutico para un adolescente, sobre todo por ser una etapa que se caracteriza por cambios propios de la evolución de la personalidad, el afianzamiento de la independencia, la búsqueda de nuevos patrones de socialización y la preocupación por la figura corporal.

Descriptor:

“yo soy muy mala para tomar medicinas y yo no sigo los tratamientos” (Informante 3)

“yo.... lo cuide por mucho tiempo con una dieta el año pasado” (Informante 1)

“Yo viví eso el año pasado yo, comiendo pan integral y queso descremado. Miraba, miraba comiendo. Veía a todo el mundo comiendo chicharrón, comiendo las cosas

fritas, las cosas ricas que hace bisabuela y que va me iba para el cuarto pero que va se me iban los ojos detrás de la comida y deje la dieta” (Informante 1)

“La semana pasada iba yo a empezar a caminar en las mañanas, a tratar de recuperar hábitos que tenía el año pasado, pero me dio el refriado y el asma y me dijeron que no podía hacer nada...todo me hacía daño”. (Informante 1)

“antes me ponía a dieta y lo más que duraba eran 15 días” (Informante 3)

“El hacer dieta aquí es como nadar contra la corriente, total y absolutamente” (Informante 1)

“con esa plata yo puedo comprar otras cosas que me ayuden, aunque aquí se lo coman, no importa, yo compro mi cosa dieta y se lo comen, compro cosas integrales y cosas así. Cosas que me ayuden a bajar, tantas libras de más que ahora cargo encima” (Informante 1)

“los estudiantes con sobrepeso y obesidad, inician pero so siguen las indicaciones que le damos en el programa”. (Informante General 6).

4.2.3.11 Patrón 24:

Práctica de Comer Excesivamente, asociada algunas veces ha estado anímico

Los jóvenes con sobrepeso no muestran preocupación a la proximidad a ser obesos. Usualmente se agrupan con grupos estableciendo nexos sentimentales con sus integrantes cerrando un círculo de autosatisfacción. Muchas veces estos grupos comienzan el consumo de alimentos con calorías excesivas, animándose unos a otros para el consumo excesivo, lo que les trae satisfacción sensorial y emocional superando aparentemente los estigmas.

Muchas veces la familia, ni los mismos adolescentes son conscientes de la situación. Piensan que el peso de sus hijos es menor y que no tienen problemas de salud, por lo cual siguen sobrealimentándolos o no tratan de corregir la sobrealimentación, (Cabello Reyes, 2011).

Descriptores:

“Eso es lo que no sé. Porque él no come comida chatarra y él muy poco come comida chatarra. Él lo que más come es comida, pura comida”. (Informante General 1)

“Come bastante. Eso es como de la familia porque mi papá también come bastante. O sea que mi familia por parte de mi mamá y por parte de mi papá siempre han estado así” (Informante 4)

“Ya después de un tiempo empecé a comer, a comer. No me controlaba” (Informante 1)

“Después empiezo a picar, picar, picar y vuelvo” (Informante 1)

“no se me da hambre, eso depende del estado de ánimo que tengo. Por ejemplo, ahorita yo hubiese estado buscando... yo no sé qué.... Buscando que comer en la refrigeradora, lo que sea” (Informante 1)

“cuando no hay nada.... Que por lo general es siempre, me tomo tres o cuatro vasos de agua, así de un solo tiro, como para sentirme llena” (Informante 1)

“Yo venía donde bisabuela, se me iban los ojos.... Yo no podía comer lo que cocinaban aquí, sino que yo tenía que traer comida de donde mi mamá para poder comer, y si comía era súper chiquito y todo el mundo comía bastante y yo poquito y no podía comer frito”. (Informante 1).

“hay veces que bisabuela deja cosas guardadas y yo digo....”bueno bisabuela las perdió” venga para acá... tengo hambre, me meto al cuarto y no salgo más, ya no me ven más y me quedo hasta el día siguiente.” (Informante 1)

“yo comía en mi casa y en las que no eran mi casa” (Informante 2)

“Comía donde Y..., donde Y..., en la casa de la tienda” (Informante 2)

“Comía demasiado en la tienda” (Informante 2)

“Comía donde Y... Y..., en la casa de la tienda, donde tío J., tío J..., el que se murió” (Informante 2)

“El tío J... iba a buscar la comida para que me dieran. Tía Y.... cocinaba la comida del tío J.... Yo sabía la hora que el tío J... tenía que ir a buscar la comida y yo iba a buscar la comida donde tía Y.... Para cuando llevaba la comida llevaba la comida mía y la del tío J.” (Informante 2)

“En mi casa no era que comía tanto. Comía afuera, porque todo el mundo me daba comida” (Informante 2)

“Siempre es arroz, a veces ensalada o si no menestra y carne, es lo que más se come, o pollo”. (Informante 1)

“Si los agarra el mediodía allí mi mamá le da comida y eso” (Informante 3)

“Cuando me siento frustrada, estresada, yo tengo que tener algo de comer. Por ejemplo las galletas de chocolates.... Por allí hay bastantes paquetes, hoy las saque todas, yo un día me comí 6, yo me comí seis. Dios... ya cuando me puse a contar los paquetes que salían de la bolsa.... Comí demasiado, eso fue en el colegio” (Informante 1)

“hay situaciones, entre mi mamá y mi papá que me generan tanto estrés que yo me encierro aquí a comer, por los nervios, el estrés, ansiedad de todo lo que me dicen, me grita” (Informante 1)

“También porque comía en el cuarto, tenía vasos, platos todo en mi cuarto,(Se aislaba de todos)” (Informante 1).

“Cuando mi hija está estresada o nerviosa, come demasiado” (Informante General 2).

“le servimos poco, pero hay días, sobre todo cuando tiene exámenes, que come más de la cuenta” (Informante General 3)

4.2.4 TEMA 4: Significados Asociados Al Sobrepeso y

Obesidad En Los Adolescentes

Como se describe en el marco teórico, (ver pág. 29), el fenómeno sobrepeso y obesidad está relacionado con los significados culturales, valores, creencias y modos de vida de los adolescentes. Este tema cobra importancia puesto que al conocerlos se puede aumentar la viabilidad e impactos positivos de una política pública en esta materia.

4.2.4.1 Patrón 25:

Percepción de sí mismo de los jóvenes con Sobrepeso y Obesidad, no se consideran obesos por desconocimiento de la enfermedad

La apreciación que tenga el o la joven con sobrepeso y obesidad, es un factor importante a considerar, (Cartujo, 2017), puesto que de ello dependerán muchas veces sus estilos de vida y la modificación de los mismos. Si el reconocimiento subjetivo de su

propio cuerpo es el una persona sana, si cree que el tamaño, figura y forma es saludable en general y de sus partes y además cree que los demás lo ven, sanos el no hará introspección del problema.

También puede ocurrir que esa percepción no sea verdadera y le puede generar sentimientos negativos que influirán en su conducta. En el caso de los adolescentes obesos o con sobrepeso, su tamaño, peso, forma puede generarle disgusto, displacer, rabia, impotencia, sobre todo si son conscientes, o el resto del grupo le hace saber que su imagen se aleja a la que socialmente quiere alcanzar por su exceso de peso; esto hace que se sature de sentimientos negativos que afectaran sus actitudes y conductas.

Por otro lado el desconocimiento de la enfermedad, es un factor importante. Si el mismo adolescente o la familia no tienen el conocimiento, específicamente los padres, tienden a presentar una menor disponibilidad de implementar cambios en los hábitos alimenticios de los niños o jóvenes con sobrepeso y obesidad, hacen pocos intentos de cambiar los hábitos alimenticios insanos de sus progenitores.

Descriptores:

“Me defino Espontánea, yo soy espontánea, Creativa, me gusta liderar mucho, liderar más no mandar llevar la contraria, No sé. Me gusta esforzarme mucho por cosas que quiero, soy autentica.” (Informante 1)

“Está conforme con su imagen corporal, se percibe alegre”, (Expediente Clínico).

“Su imagen corporal le causa preocupación, lo que puede afectar su autoestima”, (Expediente Clínico).

“No está conforme con su cuerpo, y se percibe como una persona alegre”, (Expediente Clínico).

“Porque yo siempre he estado así. Yo no he estado en sobrepeso así como él. Cuando yo tenía la edad de él yo no pesaba eso”. (Informante 3)

“Con una. Cuando yo entre a sexto año, el año pasado, yo estaba flaca. La doctora me dijo que eso era por el peso. Yo siento como que no era el peso, porque yo estaba flaca”. **(Informante 3)**

“No me sentía pesada y ahora de nuevo me está molestando. Pero no me tomaron ni radiografía, ni nada. Yo siento como que el peso no es.” **(Informante 3)**

“Porque si hubiera sido el peso porque me estaba molestando al principio que estaba más flaca. Debe ser un golpe o algo que me di y me resentí” **(Informante 3)**

“Cuando yo cumplí los 15 años yo bajé. Yo estaba irreconocible, estaba más flaca de lo que estoy ahora”. **(Informante 3)**

“Cuando yo entre a sexto año, el año pasado, yo estaba flaca”. **(Informante 3)**

“Yo siento como que no era el peso, porque yo estaba flaca” **(Informante 3)**

“No me sentía pesada y ahora de nuevo me está molestando. Pero no me tomaron ni radiografía, ni nada. Yo siento como que el peso no es”. **(Informante 3)**

“al principio que estaba más flaca”. **(Informante 1)**

“Eso dice mi peso” **(Informante 1)**

“depende de la obesidad, hay unas personas obesas, que se ven feas, como que se deforman, hay personas obesas que se ven bien, o sea, les luce, por decirlo así, el estar “gorditos” **(Informante 1)**

“Diagnóstico de sobrepeso, lo que puede explicar su preocupación por su imagen corporal”, (Expediente Clínico).

“Ovario Poliquístico y problemas hormonales, madre adolescente”, (Expediente Clínico).

“En sí la obesidad no es una enfermedad Lo que es una enfermedad es lo que provoca.” **(Informante 4)**

“Porque hay personas que no saben qué deben de comer. Cuando una va a la escuela le dicen y cómo está dividida la cosa y cómo se debe comer”. **(Informante 2)**

“voy todos los días al gimnasio porque hacen zumba y defensa personal que muevo todo el cuerpo” **(Informante 2)**

“mi hijo no está obeso, yo no sé porque en el centro dicen eso” **(Informante General 1)**

4.2.4.2 Patrón 26:

Modificación de Estilos de Vida, evitando consumo de alimentos insanos

Los adolescentes, asocian los estilos de vida saludables, casi siempre a la ingesta de alimentos sanos, lo cual es una conceptualización correcta, pero sesgada, ya que los estilos de vida saludable, no sólo involucra la ingesta. Involucra otros aspectos como lo son: el ejercicio, higiene mental, horas de sueños, entre otros. Otro aspecto importante a mencionar, es que generalmente, al hacerse consciente, de su problema de salud, no buscan la ayuda del sistema de salud, o de otros idóneos que los ayuden en esa modificación y que la misma sea sostenida. Los descriptores que se presentan demuestran estas aseveraciones, (Barriquete, et.al; 2017)

Descriptores:

“Me controlo. No como mucho lo que es comida chatarra.” (Informante 1)

“Estoy dejando el arroz, en la tarde. Estoy comiendo menos arroz y menos grasa. Trato de hacer ejercicio”. (Informante 2)

“Por la dieta, que yo misma me he puesto, ahorita como que me siento mejor. Ahorita estoy teniendo problemas con la rodilla.” (Informante 3)

“vuelvo y tomo conciencia” (Informante 1)

“Por lo general no como en la casa, casi siempre en la Universidad. Pero trato de no comer cosas fritas, ni que tenga mucha grasa, ni nada de eso”. (Informante 2)

“mi mamá me da más dinero para que como en la parte administrativa. Que allí hacen pollo asado y esas cosas.” (Informante 2)

“veces en el gimnasio también venden productos de Herbalife. Entonces la muchacha me dijo que no deje de comer, que si no tengo ánimo me tome un batido que el batido va a suplementar la comida. Entonces yo compré los productos” (Informante 2)

“tengo 3 meses que no tomo soda” (Informante 2)

“Mis amigos, antes también tomaba cerveza. Pero ya no. Eso tiene mucha levadura” (Informante 4)

“Yo tenía mis batidos, en el desayuno me tomaba mis batidos. En el almuerzo sí comía pero más que nada carne, las carnes que estaban asadas.” (Informante 3)

“En los snacks y esas cosas yo tenía galleta integral en mi cartera.” (Informante 1)

“En la cena sí cenaba. Pero un día comía una papa sancochada y pura carne. Más que nada comí carne. No comí arroz, ni nada de eso” (Informante 1)

“dejar de tomar tanta cerveza, practicar deportes, comer sano, comer a las horas adecuadas, que es lo más importante y tratar de controlarse.” (Informante 3)

“Se debe cuidar con ejercicio, comida sana, no excederse en las cosas que uno piensa que le hacen bien. Porque si uno se excede puede joderse o puede seguir mejorando.” (Informante 4)

“La pirámide de la alimentación. En parte sí. Pero hay personas que lo saben y no les interesa. Puede que sí, puede que no. Si a uno le interesa, sí. Porque no tiene el conocimiento. Pero hay personas que tienen el conocimiento y le da igual.” (Informante 1).

“mi hija empezó una dieta... ha bajado algo de peso” (Informante General 3).

4.2.4.3 Patrón 27:

Conocimientos del Sobrepeso y Obesidad

Los jóvenes tienen conocimientos teóricos, sobre el sobrepeso y obesidad, pero no son conscientes que ellos la tienen. Repiten teóricamente lo que le han enseñado en el colegio o en las charlas en el programa integral del adolescente, el equipo de salud. Todos los descriptores encontrados, se refieren en tercera persona, al definir, explicar o detallar aspectos del sobrepeso y obesidad.

Descriptores:

“Cuando uno no se controla bien la alimentación, es una enfermedad que uno a veces no le presta atención por estar comiendo, teniendo un problema en el peso. Que perjudica el corazón, la salud, ciertos órganos” (Informante 3)

“Es una persona que está un peso más de lo que las estadísticas dicen. No tiene que ser tan gorda, ni tan exagerado para estar obeso. Solamente....” (Informante 1)

“Si es una enfermedad, estoy convencida que es una enfermedad, porque te limita a cosas que querías hacer, te limita totalmente la vida, porque tú no puedes hacer lo que otras personas con buena salud” (Informante 1)

“Una persona que no hace ejercicios, que nada más quiere estar comiendo y comiendo sin parar. Comer mucha comida chatarra” (Informante 1)

“para tener una buena calidad de vida una debe estar saludable y una persona que esta obesa no está saludable.” (Informante 3)

“Quizás sea por genética, por la herencia, o sea algún familiar que haya sufrido de eso”. (Informante 2)

“Yo me vine a engordar fue por parte de ellos.” (Informante 4)

“Los estudiantes del programa saben que es sobrepeso y obesidad” (Informante General 5).

4.2.4.4 Patrón 28:

Práctica de evocar ayuda de los seres queridos que han muerto, creencia que los familiares muertos pueden comunicarse con ellos.

Sin duda esta creencia, es un tema cultural, y psicosocial fuerte. Es una forma de resiliencia, es la manera de reaccionar ante un hecho trágico, para sacar fortaleza. Creer que los seres queridos, siguen con nosotros y ayudan desde donde estén, es una forma específica de hacer frente a la muerte y recordarlos, de manera positiva. Da esperanza y seguridad de la continuación de la vida. En Monagrillo, al igual que en muchas culturas, esta creencia es fuerte.

Descriptor:

“Ella se me presentó 2 veces en 2 sueños. En uno de esos sueños ella me abrazo y me dijo que me quería. Y mi mamá me preguntó si tú la abrazaste primero. Yo no. Ella primero me abrazo y me dijo que la disculpara, todavía no se me olvida, que la disculpara y que ella me quería mucho. Cuando yo le dije eso a mi mamá, para que fue eso.” (Informante 3)

“Yo siento como que ellos no se van, que ellos siempre están allí. No en cuerpo, pero sí en alma” (Informante 2)

“En el mundo de Dios existen muchas cosas. Uno puede reencarnar en animales, en plantas, en personas.” (Informante 4).

“Mi mamá, que ya murió, se le presentó en sueños a mi hija”. (Informante General 2).

4.2.4.5 Patrón 29:

Conceptualización y Rechazo a la Muerte

El concepto muerte, está estrechamente relacionado a la construcción que cada cultura ha elaborado, según sus creencias y estas se ven reflejadas en las ceremonias que las acompañan este fenómeno, que generalmente al igual que los ritos en la antigüedad, están relacionados a la religión. En el caso de la comunidad de Monagrillo, son muy particulares y están llenos de prácticas y ritos, tienen una forma diferente de afrontar la muerte. Este evento está acompañado de un conjunto de conocimientos, informaciones, valores, emociones y sentimientos, que van desde aspectos tan simples como el tono de voz para expresar el dolor, la forma de mirar, la distancia que se deja entre los cuerpos, la postura, entre otros, (Zafra Aparici, 2017)

Descriptores:

“Mi abuelo se murió, ni tan siquiera me llevaron” (Informante 4)

“no me gusta ver las personas así. Muerta” (Informante 4)

“Se murió mi bisabuelo, mi bisabuela. A ninguno de los dos fui” (Informante 4)

“la muerte es algo que se llega un momento dado. Viejo, nuevo. Me imagino que uno busca o a veces viene a ti. La mayoría de las veces uno la busca.” (Informante 4)

“le tengo mucho pánico a la muerte, aunque es algo natural y trato de vivir bajo los parámetros que exhibe la religión; no todos pero sí tratar de llevar como una línea de comportamiento, una línea de comportamiento”. (Informante 1)

“Nosotros acompañamos a nuestros muertos” (Informante General 2)

“...usted ha ido al cementerio de Monagrillo.... Se ve que queremos a los nuestros”
(Informante General 4)

4.2.4.6 Patrón 30:

Visión y concepto del mundo

La visión del Mundo es una idea o conjunto de ideas que tiene una persona o una cultura, las mismas explican las costumbres, las formas de ser y las creencias que un pueblo puede tener. Sintetiza las creencias, ideas y explicaciones que tiene una cultura sobre los distintos aspectos de la realidad, es así como los conceptos de la religión, valores, papel de la mujer o del hombre, el sistema social enmarcan la visión del Mundo. Para reconocerla es importante adentrarse a las creencias, costumbres, motivaciones personales, conflictos, relaciones entre las personas o personas influyente en la vida de los jóvenes.

Descriptor:

“El mundo está dañado.” **(Informante 3)**

“yo pienso que en cierta parte nosotros hemos contribuido mucho a que sucedan estos desastres naturales ya que no cuidamos el planeta y a diario andamos contaminando este hermoso planeta que Dios nos regaló” **(Informante 1)**

“El mundo, no sé, es algo como irracional, es algo como irracional; no tiene, no sé. Yo lo veo, como raro.” **(Informante 1)**

“El mundo desigual” **(Informante 4)**

“Porque mucha gente hace cosas y no sabe que esto que está haciendo en el mundo. Cómo la gente que corre carro a cohetes. Esos cohetes tiran tantas cosas que dañan más al mundo. La deforestación cada vez más. Si sembrarán 3 palos por 4 que cortaron. No. Que sembrarán 2 por 1, 3 por 4 que cortan hubiera palo por allí todavía”. **(Informante 4)**

“Las nuevas generaciones no saben cuidar las cosas, ya no quieren ir a las huertas”.
(Informante General 2)

5.0 DISCUSION/ ANALISIS MIXTO

El diseño de este estudio es mixto, con un principal énfasis en el paradigma cualitativo, por lo que la discusión de los resultados encontrados se basan fundamentalmente en los puntos de conjunción que fueron encontrado en ambas fases del estudio, pero basando el análisis en los cuatro temas centrales que emergieron en la fase cualitativa y analizando los datos cuantitativos relacionados a cada tema.

Los resultados encontrados demuestran que cuatro deciles, es decir el 40% de la población del Colegio Segundo Familiar Cano, colegio del Corregimiento de Monagrillo, tiene problemas nutricionales y de ellos casi la mitad el 17% tienen sobrepeso y obesidad. Esto supera la prevalencia a nivel nacional y el de la misma provincia de Herrera, que es el 15%, según estudios realizados por la Contraloría General de la República, (INEC, 2011). Esta realidad es cónsona con el perfil epidemiológico descrito por el Ministerio de Salud, (2012) y las ENV, tanto del 2003 y 2008. Se corrobora la aseveración de la OMS, en clasificar el sobrepeso y la obesidad como enfermedades no transmisibles y como un problema de Salud Pública; que causa la muerte a casi 3 millones de personas al año, (OMS, 2016), tomando proporciones realmente alarmantes que reafirman la prioridad de cumplimiento del ODS sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, (ONU, 2016).

Las edades con mayores problemas en su estado nutricional son las de 16 y 17 años, es decir los jóvenes de 15 años tienden a tener un índice de masa corporal normal y es a partir de los 16 años que inician con sobrepeso y en menos del año son obesos, sobre todo

el sexo femenino. El análisis de riesgo indica que no existe diferencia significativa por grupo etario, por lo que todas las edades están expuestas sin la definición de un grupo en concreto. En todo el período de adolescencia se tiene probabilidad similar de entrar en sobrepeso y obesidad. Este hallazgo es coincidente con lo declarado por la OMS, (2006), cuando afirma que más de 600 millones de personas llegan a los 18 años siendo obesos. Como se ve, el problema se inicia desde muy tempranas edades, agudizándose a partir de la adolescencia, lo que los hace propensos a una salud más deficiente y los limita para las actividades de la vida diaria, (Rocafuerte, 2017) y eleva su riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas. Los niños y adolescentes obesos, tienen más probabilidad de seguir siendo obesos en la edad adulta, lo que los predispone a la pérdida de la salud.

En relación al sexo, la razón es de 1 a 2, es decir, por cada 53 jóvenes con sobrepeso y obesidad hay 100 féminas. Fenómeno consonó con los datos internacionales, (Barriquete, et. Al., 2017), donde en algunas culturas el tener unas libras de más es sinónimo de salud y de estar bien sostenida por la pareja. El análisis de riesgo, indica, que no pareciera haber diferencia estadísticamente significativa entre los sexos, por tanto la política de incluirlos a los dos por igual.

El hallazgo común encontrado, en la fase cualitativa y cuantitativa, es la similitud de las edades de los jóvenes con sobrepeso y obesidad. En la revisión del contenido de los expedientes y encuesta se ve la tendencia a subir de peso a partir de los 16 años, donde el diagnóstico era sobrepeso y en el control a los 17 años su peso aumentaba y entraban en

el rango de obesidad, en ambos sexos. Esta situación también es coincidente con el análisis estadístico, el cual no marco diferencia significativa entre los sexo.

Los informantes claves, fueron tres del sexo femenino y uno masculino. Dato interesante de apuntar, es que tres de ellos no se consideraban obesos, aun cuando se les comunicó por el personal del programa del Adolescente su estado nutricional Dos de las madres, (informantes generales), manifestaron en la entrevista que sus hijas no estaban obesas; aunque era evidente. Demostrándose que para esta cultura, el tener unas libras de más no es considerado un problema y pasa a ser normal, pesar más de la cuenta. Es obvio entonces, que al no sentir que tienen un problema, no internalizan que deben hacer acciones para mejorarlo. Para ellos el tener el IMC por encima del valor normal, no es un asunto de interés. En el caso de Monagrillo, el estereotipo de mujer sana o “galana” es una mujer robusta. Esto contrasta con la presión cultural de algunas sociedades, donde la delgadez en las mujeres y en el hombre la fuerza a través de un cuerpo escultural, son sinónimos de belleza (Carpio y Delgado, 2017).

Tema 1. El Entorno Cultural predispone al sobrepeso y obesidad:

Dentro de los grandes temas encontrados en el análisis cualitativo, está el *Entorno Cultural Sobrepeso y Obesidad*, sobresaliendo en el conteo de palabras, en las cuatro fuentes estudiadas: (Informantes claves, diario de campo, expedientes, informantes generales), tales como: Monagrillo, comida, obesidad, familia, abuelas, costumbres. Las cuales muestran la correlación entre los aspectos culturales, el entorno, y el fenómeno que estamos estudiando, tal como lo indica Leininger (1991; 2006), sin duda los aspectos culturales de Monagrillo, ejercen una fuerte influencia en las actividades de la vida diaria

de sus habitantes, (Pinzón, 2010), ya que es un área donde las costumbres, modos de vida, que se ve reflejado en los hábitos alimenticios, en la asociación de las frecuentes festividades con la ingesta propia para cada evento; Por ejemplo: para las patronales, matrimonios, bautizos, graduaciones, funerales, y en procesos mórbidos e incluso en los ritos de la muerte; hay comidas específicas, y forman parte de los eventos. Cabe resaltar que una de las características sobresalientes del monagrillero, es su apego a sus costumbres, (Saavedra Pérez, 2002), lo que hace que desde pequeños, sus modos de vida comunitaria esté asociados a las fiestas del lugar, las costumbres religiosas y las fiestas “paganas”, las cuales, como ya se mencionó, (Ver pág. 49), van acompañadas de consumos específicos. En la teoría de la Dra. Leininger, en su modelo del Sol Naciente, (1991; 2006), presenta en la mitad superior del círculo los componentes de la estructura cultural y social. Estos se refieren a los patrones aprendidos, característicos de esa sociedad, incluyendo los valores de la alimentación y su conducta alimentaria, la cual debe cumplir con las expectativas personales y de la sociedad en que está inmerso.

La Práctica de Consumir alcohol en Actividades Culturales de la Comunidad, es un patrón cultural, durante las fiestas, lo que se puede evidenciar con un informante Clave manifestó con claridad: *“La mayoría de la gente va a la fiesta es a beber”*. Todos los informantes claves aceptaron consumir bebidas alcohólicas socialmente, la revisión de los expedientes de jóvenes con sobrepeso y obesidad en un 90% también lo admitió. Esta información se corrobora, en lo expresado por los informantes generales (dos madres y un docente), que refirieron: *“Los adolescentes ahora comienzan a tomar muy temprano.... Mi hijo toma cuando va a las fiestas”*. En este contexto social es incluso un desaire si usted no acepta un “trago” del amigo, en una fiesta patronal. Este modelo, está

fuertemente arraigado en los grupos sociales.... *“mi amigo me decía toma. Entonces estábamos en la discoteca y yo pedía agua.....entonces yo no te voy a buscar ninguna agua... si quieres tomar cerveza... pero agua no”*. Queda claro que la cultura marca los modales y los hábitos, incluso en lo relativo a las ocasiones festivas, (Contreras y García, 2005). Este patrón debe ser modificado, por las múltiples repercusiones negativas tanto físicas, mentales y sociales que tiene el consumo del alcohol sobre todo a edades tempranas, lo cual es un patrón arraigado en los jóvenes adolescentes, pues el colectivo lo ve como parte de la normalidad (Zabra, 2017).

Otro aspecto cultural a resaltar es la Fe Religiosa y en las Ánimas, con la creencia de la ayuda de los seres fallecidos. Todos los informantes claves, manifestaron en las entrevistas este patrón. En Monagrillo el concepto Muerte, los ritos y comportamientos en relación a la misma son muy relevantes. Existe un patrón de consumo de alimentos e incluso alcohol en los ritos asociados a la despedida de los difuntos. No falta la comida y bebidas como: té de hierba de limón, café, chocolate para velar o en el novenario o “cabo de mes o año” del difunto. Incluso en algunos de las entrevistas los jóvenes manifestaron, que evocaban a sus seres queridos en momento de crisis y se encerraban a hablar con él y comían a escondidas.... *“cuando tengo problemas donde mi mamá yo me vengo para acá y me paro, bajo la foto y la pongo aquí en mi cama y empiezo a hablarle”*. Una madre, informante general declaró: *“mi madre se le presentó a mi hija en sueño”*.

Reconocemos que esta costumbre es una forma de resiliencia, (Gómez Gutiérrez, 2011), ante el fenómeno muerte desarrollado por los pueblos, que no resulta pecaminosa,

siempre y cuando no se comprometa el sentido de realidad de las personas. Para la teoría de Leininger, es un factor religioso y filosófico, que sin lugar a dudas tiene una relación directa con los cuidados y enfrentamiento del fenómeno en cuestión: el sobrepeso y obesidad. Todos los jóvenes, informantes generales, tienen esta creencia que debe ser respetada pero considerada al momento de abordar el tema salud, en esta comunidad. En el monagrillero, el tema muerte, rituales y creencias relacionadas a la mismas están muy arraigadas (Pinzón, 2010), e incluso están asociada la ingesta de alimentos, dos de los cuatro informantes generales manifestaron que en sus momentos de estrés, evocan a sus seres queridos y comen con ellos.

Tema 2. Factores de riesgos y protectores de los adolescentes asociados a la obesidad

Innumerables estudios, demuestran los factores, ya sean protectores o de riesgos asociados a la Obesidad, pero pocos han tomado en consideración los aspectos *emicos* de los mismos. Es sumamente importante analizar cuáles son, según su perspectiva estos factores, que protegen o predisponen al sobrepeso y obesidad. Esto dará insumos importantes para una intervención culturalmente congruente.

Un patrón encontrado, en este tema es el inicio de actividad sexual a edades tempranas, y que ellas misma la asocian al aumento de peso, debido al uso de anticonceptivos orales. Manifestaron: *“he hablado con amigas que toman pastillas y les abre el apetito”*

La revisión cualitativa de los expedientes clínicos (16 en total) de jóvenes con sobrepeso y obesidad indicaron que más del 90% ya había iniciado vida sexual y con

varias parejas, lo cual es característicos de las y los adolescentes que inician actividad temprana, (Muñoz Calvo, 2015).

Demostrado está, que el uso de anticonceptivos orales, afecta el estado anímico que muchas veces se exagera las ganas de comer, (Niño, Ospina y Manrique, 2012). El inicio de manera precoz de la actividad sexual es un comportamiento, según los entrevistados, “normal”; es necesario intervenciones precisas y efectivas en relación a la sexualidad, es impostergable, no sólo por el tema que nos ocupa, sino por múltiples repercusiones, que van desde las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH, embarazos precoces, problemas de salud mental, entre otros. En los expedientes revisados y entrevistas con docentes, personal del Centro de Salud, (informantes generales), manifiestan: *“han tenido relaciones sexuales voluntariamente con varias parejas con y sin método anticonceptivos....”*

La Asociación de Obesidad con Clase Social, es otro de los patrones encontrados dentro de este tema. Los pobres consumen menos proteínas, por lo costosa de la misma. La urbanización y las nuevas formas de trabajo, (Serra- Mayem, 2012). También son variables que llevan a que las personas de los estratos más bajos consuman más carbohidratos, para satisfacer su necesidad de alimentación...*compran lo más barato para comer más cantidad*”. Un docente del colegio, el cual es informante general indicó: *“aquí en la escuela se vende más rápido lo frito, por ser más barato”*

Esta es una variable que la Dra. Leininger llama Factores Económicos, (2006), que sin lugar a dudas es básico en el fenómeno que se estudia. El promedio de estudiantes que fueron encuestados en el Colegio Segundo Familiar Cano, son de clase baja o media baja,

y según respuesta de los informantes generales, consumen en el lugar de expendio de alimentos del plantel, los productos más económicos, que muchas veces son los cargados de mucha grasa, ya que la forma de cocción es frita.

Se hace necesario implementar planes que hagan más accesible a los estudiantes alimentos sanos y a más bajo costo.

Un patrón claramente encontrado es el Sedentarismo, fenómeno que está en franco aumento en todos los países, (Gómez-Mármol, 2017). La mayoría de los estudiantes encuestados (69%), según instrumentos aplicados, clasificaron como sedentarios, es decir de cada 100 estudiantes 70 tienen poca actividad física; siendo mayor en los grupos de 17 años. La prueba de significancia estadística, indica que aquellos que practican algo de ejercicios, es decir son menos sedentarios, tienen un factor protector, (O.R. 0.5, IC: 0.33-0.79) y χ^2 de 9.1). Dato importante a señalar, es que la variable sexo femenino es un factor protector, para realizar actividad física, asociado claramente a los roles adjudicados a las mujeres que llevan implícito tareas que conllevan a que los promedios de tiempo en ejercitarse aumenten.

Este factor de riesgo está claramente documentado en la literatura revisada (Gómez Molina, 2017; Gómez Mármol, 2017; Estévez Blach, 2017) y es un punto de conjunción, con los resultados cualitativos encontrados. El Sedentarismo está asociado, según los resultados, a la adicción a los juegos y a las otras herramientas tecnológicas. Uno de los informantes claves dijo....”*tenía un compañero que cuando llegaba del colegio se sentaba en la computadora, todo el bendito día y si no era la computadora, el celular o ver televisión. No hacía ejercicio y se pasaba toda la distancia comiendo*” La madre

de un informante general aseveró: *“mi hijo llega del colegio y pasa pegado a la computadora y el celular”*.

Urge retomar aspectos curriculares que incentiven el deporte, y acciones concretas en la comunidad. Se hace necesario trabajar con las familias y autoridades locales para incentivar actividades lúdicas e impulsar políticas de estado encaminadas a mejorar los niveles de actividad física, sobre todos los grupos etáreos, con énfasis en los niños y jóvenes.

En cuanto al Patrón: Hábitos alimenticios insanos y la mala práctica de saltarse comidas a voluntad, los datos cuantitativos, son coincidentes con los cualitativos encontrados. Estos resultados son realmente preocupantes. Sólo 1.8% (18) de los estudiantes consumen alimentos sanos (Frutas, hortalizas, vegetales, pescado no frito, atún). Y el resto, 941 (98.2%) consumen dos o más veces por semana sodas, refrescos artificiales, chocolate en barra, pastillas o caramelos, fritura como hojaldre, tortilla, empanada frita, patacones, pollo y carne frita, entre otras). El análisis de riesgo demuestra estar en sobrepeso u obeso es 6.4 veces mayor en los que consumen alimentos malsanos.

Un patrón importante que marcaron muchos descriptores es el consumo de alimentos insanos y malos hábitos de ingesta. Recordemos que en Monagrillo, su gastronomía se caracteriza por la “lechona” y la forma de cocción es frita. Por otro lado, muchas de las comidas que se consumen en las llamadas “fondas”, son hechas fritas y ricas con abundantes carbohidratos.

Los jóvenes refieren comer muy pocas frutas.... *“desde chiquita mi mamá me daba frutas me las tragaba y así mismo las vomitaba.... De grande las trago y tengo que*

correr a vomitar” esto se reafirma, con lo expresado por su madre, (informante general), *“a mi hija le dan asco las frutas, las vomita”*. Este patrón es coincidente con lo que lo declarado por la OPS/OMS, (2015), cuando afirman que los jóvenes llevan una alimentación baja en calidad nutricional, densidad calórica y rica en azúcares, grasas no saludables y baja fibra alimentaria lo que aumenta el riesgo de obesidad y otras enfermedades no transmisibles.

Uno de los patrones de mayor preponderancia del estudio fue la Tendencia Social a la Disfuncionalidad familiar en los hogares de jóvenes con sobrepeso y obesidad.

La familia es un factor de riesgo o protectores para sus miembros. Es lo que Leininger llama en el Sol Naciente los Factores Familiares y Sociales. En las cuatro informantes claves sus familias son disfuncionales, y en la revisión de los familiogramas de los jóvenes con sobrepeso y obesidad el 60% de los hogares son disfuncionales (según esquemas hechos por los profesionales de la salud que atienden el Programa de Salud Integral del Adolescente). También Problemas como maltrato, machismo, autoritarismo, falta de la figura materna o paterna, problemas de comunicación, entre muchos otros fueron encontrados en las familias de los informantes generales. Mucho de los jóvenes manifiestan que el comer es su forma de manejar la situación difícil de su familia y que les manifiesten cuidado y aceptación. En todos los casos, indican que después de la crisis, se les retribuía con una buena comida, que generalmente la hacía la abuela, bisabuela, mamá o papá lo llevaba a comer como recompensa o para retribuir el maltrato. Nuestros hallazgos se refuerzan con la teoría revisada, donde expertos en la materia, señalan que las relaciones familiares están estrechamente relacionadas con las conductas alimentarias

de riesgos en los adolescentes, (Rocafuerte Ruíz, 2017), en otras palabras la calidad de vida de la familia está directamente relacionada con la calidad de vida individual de sus miembros.

Descriptores muy elocuentes tales como el de la informante 1: *...entonces ya se decidieron separar, él se nos metía en la casa tres veces, agredió a mi mamá físicamente, yo tuve que meterme en las peleas para separarlos*” y lo expresado por una madre, (informante general), *“el papá de mi hija no la crio”*; dejan en evidencia clara de la realidad social de estas familias.

En las intervenciones que se hagan con los jóvenes deben involucrarse la familia y manejada por un equipo multidisciplinario que involucre al equipo de salud mental. Es claro que el problema de la disfuncionalidad de las familias en Monagrillo es un problema social importante, que afecta directamente a los niños y jóvenes, que muchas veces se ve manifestados en jóvenes que no tienen clara sus metas y aspiraciones. Además, según refuerza la literatura, pueden desarrollar psicopatologías que se acompañan de estilos de vida como la desmesurada ingesta de nutrientes calóricos (Esteve Blanch, 2017).

También se encontraron patrones que indican la existencia de factores protectores. Entre ellos están: las familias funcionales, (información obtenida de los expedientes del programa), metas y aspiraciones claras, auto concepto positivo. Lo que proporciona un ambiente de comunicación, bienestar y confianza. De manera comparativa, se revisaron expedientes de jóvenes con el IMC normal y los familiogramas realizados por el equipo

de salud, marcaba con mayor frecuencia hogares con buen ambiente de comunicación, y buenas relaciones entre sus miembros.

Sin duda el papel de la familia, que es una institución social, tiene una relación lineal con el comportamiento de sus miembros, ya que refuerza de manera positiva, (si es funcional), iniciativas sociales efectivas, los esfuerzos colectivos para desarrollar problemas de convivencia, estabilidad y progreso (Rocafuerte Ruíz, 2017). Sin duda, es un determinante en el tema Sobrepeso y Obesidad, las cuales están ligadas a factores multicausales.

Dentro de los Factores protectores, encontramos también el de tener Metas y Aspiraciones y un auto concepto positivo; aspectos que resultan ser muy positivos, ya que los jóvenes que tiene claro hacia dónde van y su auto estima es alta, (Rocafuerte Ruíz, 2017), tienden a ser más exitosos. Claro está que sigue siendo la familia el escenario que marca los valores, normas e identidad, (Carpio y Delgado, 2013), que los llevarán a tener claridad en lo que quieren lograr en su futuro

La implementación de alimentos sanos en la escuela y orientación nutricional, es patrón muy positivo encontrado, producto de las medidas adoptadas por el Ministerio de Educación y Salud, (2016), en relación a los alimentos a dispensar en los lugares de expendio en las escuelas y la orientación sobre los mismos, ya que por lo general la oferta alimentaria de los sitios de expendio de alimentos en las escuelas es limitada, con alimentos principalmente asociados a azúcares, grasas y sodio y pocos alimentos saludables como frutas, cereales sin azúcar y lácteos descremados, (Rojas Conejera, 2016).

La crítica que debemos hacer sigue siendo el tema de los costos, los cuales siguen siendo altos en comparación a los alimentos insanos.

En cuanto a la Orientación nutricional o educación alimentaria, es importante apuntar que coincidimos con lo que señala Zafra Aparici, (2017), cuando afirma que esta es la base para que los niños y niñas, adolescentes y sus familias cambien a una nutrición saludable. Pero la misma debe ser dada considerando su congruencia cultural, tal como lo señala Leininger en su teoría, (1991; 2006), ya que debe haber correlación entre lo que se enseña en la escuela y en la casa, (Pérez, Escalante y Aguilar, 2012).

La reversión de los hábitos alimenticios, se logrará sin duda a través de la educación, pero con un enfoque diferente, que parte de lo “*emit*”, que sea multi y transdisciplinaria con una completa adaptación a los aspectos culturales (Pérez, Escalante y Aguilar, 2012) que caracterizan a las comunidades donde se haga la intervención.

Tema 3. Modos de vida asociados al sobrepeso y obesidad en adolescentes



Fuente: Google Map 2017

En el modelo del Sol Naciente de la teoría del Cuidado Cultural, (Leininger, 1991; 2006); los modos de vida forman parte de la Estructura Cultural y Social; nos dan insumos sobre las diferentes esferas de su vida y medio social. En este tema

encontramos el patrón: Asociación de Obesidad con Vivir en Monagrillo por los hábitos alimenticios. Sin dudas, tal como lo afirma Zafra Aparci, (2017), se nos puede identificar según lo que comemos con el lugar de nacimiento, y en el monagrillero el comportamiento alimentario tiene un significado concreto, que toma sentido en sus modos de vida. Sus patrones culturales marcan las normas relativas a su composición y estructuras de las ingestas, relacionándolos a los eventos y estatus. Por ejemplo, hay comidas que son casi obligatorias en eventos importantes tales como: un bautizo, matrimonio, quinceaños. En estas festividades no puede faltar la lechona, el bollo, tamal, ensalada de papas y el arroz con pollo. Igual pasa en las festividades del pueblo en sus patronales, (San Miguel), se consumen alimentos en las llamadas fondas (Saavedra, 2002), las cuales cada vez proliferan más, tal como se muestra en el mapa; ofertando alimentos ricos en grasas, típicos del lugar; un informante general manifestó: *“acá tenemos la calle de las fondas”*. En nuestro lugar de estudio, según lo refuerza Milciades Pinzón (2010): en Azuero existen más fiestas que días del año. Fenómeno que se da por la simultaneidad de celebraciones en la región. En Monagrillo según los informantes generales, en los últimos años han proliferado las llamadas “Fondas”, las cuales venden comidas típicas y de fiestas, caracterizadas por su cocción frita. Esta tendencia, que sin lugar a duda está llevando a cambios en la dinámica familiar de las áreas rurales, hace que el consumo de alimentos insanos vaya en aumento y se pierda la tradición de elaborar en conjunto los alimentos. Importante apuntar que antes las fondas eran transitorias, es decir sólo se instalaban cuando había fiestas comunales, hoy son permanentes, lo que hace que este tipo de alimentos sean ofertados diariamente y aumenta el consumo de alimentos insanos. Uno de los informantes señala: *“aquí en Monagrillo Se come mucho,*

demasiado. Hacen demasiada comida, porque hay demasiadas fiestas. El Monagrillero celebra hasta el Nacimiento de Los Perros, siempre va a ver comida". Un informante general dijo: *"nadie se imagina una fiesta en Monagrillo sin la lechona"*.

Es importante regular este tema, evitando el consumo excesivo de grasas saturadas que aumentan la prevalencia de problemas nutricionales.

La Influencia de Las Mujeres en la Alimentación, lo cual fomenta la práctica que mamá, abuelas y bisabuelas influyen en la alimentación, es otro patrón importante encontrado en este estudio.

Como en casi todas las sociedades, el tema alimentación, preparación de los alimentos se les adjudica a las mujeres de la familia, (Cabello y Reyes, 2011); por lo que son las transmisoras de los patrones culturales y sociales asociados a la alimentación. Son las mujeres las que ejercen el rol primordial en la preparación de los alimentos, (Zafra Aparici, 2017), que son sin duda una forma de cuidado a su familia, por lo que también son responsables, en muchas de las veces de los problemas nutricionales de sus hijos, nietos o bisnietos. Por tanto si una de ellas, no está de acuerdo con una dieta terapéutica o no percibe al familiar con Sobrepeso u obesidad, no colaborará en el cumplimiento del plan dietético.

Es importante apuntar que todos los informantes claves, viven con sus abuelas o bisabuelas. Igual fenómeno ocurre en los hogares de los jóvenes obesos atendidos en el programa de Salud Integral del Adolescente, del Centro de Salud. La mayoría vive cerca o vive con los abuelos.

Juana, (la informante Clave N°1), señaló: *“yo viví eso el año pasado yo, comiendo pan integral y queso descremado. Miraba, miraba comiendo. Veía a todo el mundo comiendo chicharrón, comiendo cosas fritas, las cosas ricas que hace mi bisabuela y que va... me iba para el cuarto... pero que va se me iban los ojos detrás de la comida y deje la dieta”*.

En la estructura familiar de los jóvenes estudiados es extremadamente importante la figura de las abuelas y bisabuelas, ejercen una influencia importante, en las decisiones de la familia, son una fuente de poder; son ellas como primeras cuidadoras que tienen una influencia importante en el desarrollo del sobrepeso u obesidad de los niños y jóvenes de la familia. Una informante general afirmó: *“cuando yo no cocino, mi mamá (o sea la abuela), siempre dispone que comer”*

En el patrón sociedad culturalmente Machista y Conflicto de Relación de Poder, encontramos una aparente contradicción, con el patrón anterior, (influencia de las mujeres en la alimentación, práctica de que las mamás, abuelas y bisabuelas deciden patrones de alimentación), pero en la mayoría de los hogares predomina un padre machista, aun bajo la influencia de las abuelas. A pesar de que las mujeres administran el hogar, en la mayoría de las familias los hombres siguen teniendo hegemonía, (Rocafuerte Ruíz, 2017). Los roles en el cuidado del hogar están muy marcados y en muchas ocasiones aunque no sea el mayor proveedor ejerce la autoridad. Un informante clave, narro lo que ocurre cuando su padre se enoja y viene en estado de embriaguez: *“cuando viene, a veces se pone bravo le cogen las cosas... y todos corremos”*; Otra comento: *“...si, sé que mi papá se portaba mal, mi mamá se enteraba y él lo admitía así en la cara y mi mama llegó al punto de hastiarse”*. Esta actitud machista, marca la vida de los niños y jóvenes,

desarrollándose en muchos la predisposición a la depresión y ansiedad que los puede llevar a comer en exceso, como es el caso de los tres informantes claves. La madre de uno de los jóvenes, (informante general), indicó: *“mi marido decide”*.

Otro aspecto muy interesante encontrado fue el rol de las mujeres como Administradoras y proveedoras del hogar, lo que cambia la relación de poder; el patrón encontrado fue la práctica de generar ingresos por auto gestión.

Las mujeres monagrilleras se caracterizan por ser muy emprendedoras, creativas y muchas se han convertido en las proveedoras de su hogar y en las administradoras de los mismos, lo que ha traído, en algunos casos cambios importantes en la dinámica familiar. Tal es el caso de dos de las familias de los jóvenes estudiados. Esto se evidencia en lo expresado por la informante 2: *“la cabeza de la familia y la que tiene la última palabra es mi mamá, ya que como ella es la que gana más dinero es la que administra el hogar” ... mi papá es muy dócil... lo que pasa es que él no tiene trabajo fijo”*

Es curioso este fenómeno, que se descubre al adentrarse en la familia, ya que socialmente, aun cuando vivan esta realidad, “el hombre sigue siendo el jefe de familia”, socialmente hablando.

La autogestión, también se vio en los informantes claves, quienes encuentran al emular a sus madres o familiares cercanos una forma de independencia y autonomía, (Del Carpio y Delgado, 2013). Los cuatro informantes, de alguna manera hacen actividades que generan algo de ingresos. Debo señalar que en nuestra convivencia con las cuatro familias de los informantes claves, es clara esta característica, son

emprendedores y muy creativos para generar ingresos, sobre todo las mujeres de las familias. Un informante general indicó: *“somos gente creativa y emprendedora”*.

En cuanto al patrón relación de ingresos económicos con el estado de salud, está claramente descrito en la literatura. Estudios hechos en nuestro país, por el Fondo de Población de la ONU, (2015), correlacionan el desarrollo humano con la pobreza. Una de nuestras informantes dijo: *..los ingresos económicos influyen en mi salud ya que si mi mamá no tuviera dinero para darme lo que necesite en los momentos que enfermé no tendría como pagar mis medicamentos”*. Su madre, (informante general), señaló: *“cuando se enferma alguien de la familia, nosotros corremos con los gastos”*.

La relación pobreza- salud, está bien descrita. Los pobres tienen menos acceso a instalaciones de salud de mayor capacidad de resolución y al acceso de alimentos sanos. No solo por un tema cultural, sino económico, ya que los productos sanos muchas veces son más costosos, tal como lo indicó el informante 4, al relatar que sus compañeros consumen alimentos fritos y los más baratos.

Uno de los temas más importantes al abordar las realidades socioculturales de las familias es el patrón: la práctica relacionada con los cuidados de los enfermos. En Monagrillo, generalmente, quien ejerce el cuidado primario es la mujer. Sin embargo, esta comunidad tiene una peculiaridad muy importante: los enfermos NO les faltan cuidadores. Es una comunidad muy solidaria e inclusiva. Los informantes generales todos coinciden que el cuidado de los enfermos es un tema familiar, todos colaboran con el mismo. Las mujeres dan las directrices y organizan el cuidado y todos los miembros de la familia, incluyendo la extendida participan; conducta que se les enseñan a los miembros

desde pequeños. Los cuatro informantes: Juana, Rita, Gladys y Guillermo, (informantes claves) y todos los generales, coinciden en que todos se cuidan al enfermar. *“cuando mi papá o yo nos enfermamos mi mamá nos cuida y cuando mi mamá se enferma nosotros la cuidamos a ella”*. *“...en Monagrillo somos gente buena, cuidamos a nuestros enfermos”*

Esta realidad, es una característica muy positiva de las familias de Monagrillo. La literatura revisada nos indica que esta práctica es enseñada, de generación en generación, Sánchez, Herrera y Sacarras, (2008) señalan que la calidad del cuidado se basa en las actuaciones positivas de la persona, previas al evento mórbido.

Otro aspecto importante a apuntar dentro del cuidado es el papel que juega la oferta de los alimentos. Generalmente se asocia el cuidado con remedios caseros como lo son las sopas y té de las abuelas..... *“Mi abuela cuando nosotros nos enfermamos ella hace sopa, maicena y crema”*.

En el patrón, Practica de Comer alimentos insanos por su bajo costo y accesibilidad, encontramos que en las escuelas, comercio cerca de los centros educativos, se ofrecen alimentos insanos a bajo costo, esos son consumidos por los estudiantes, sobre todo camino a casa después de clases. Es necesaria la regulación de estos productos, sobre todo en negocios cerca de los centros educativos, tal como lo afirma Zaffra (2017), cuando señala que las prácticas alimentarias se relacionan principalmente con las oportunidades que tienen las personas en términos económicos, y acceso.

También se hace imperativo fomentar entre los estudiantes el consumo de alimentos sanos, pero con metodologías más creativas y con el abordaje de los pares e involucrar a las familias.

Los mismos adolescentes y un informante general que es docente, manifestaron: “yo me engordé fue por estar comiendo comida chatarra”. “En la tienda de la escuela los estudiantes consumen lo más barato, cosas fritas, como las alitas y los Nuggets”. Llama la atención, que el conocimiento lo tienen pero no lo practican, es necesaria más investigaciones operativas que lleven a la verdadera sensibilización de los jóvenes.

La práctica de acciones discriminatorias hacia las personas obesas, fue un patrón encontrado que debe ser motivo de preocupación, para todos los actores involucrados en el tema.

La apariencia física, está muy ligada a la concepción cultural de belleza, en las sociedades como la nuestra, la esbeltez es sinónimo de belleza, (Del Carpio y Delgado, 2013). Las personas obesas, no encajan en este estereotipo por lo que son muchas veces sujetos de burlas y exclusión de los grupos,

En los expedientes revisados los jóvenes manifestaron su inconformidad con su imagen corporal y además la percepción de la burla por su aspecto y limitaciones al realizar alguna actividad por su peso. Gladys (Informante 3), narra como la madre de su novio, que es delgado, reaccionó al conocerla: “ella me miraba a mí y lo miraba a él y se reía”. Ella misma comentó: “a mi hermano lo llaman gordo en la academia... y no es tanto que le digan... lo que le hacen”. Su madre (informante general) afirma lo expresado por su hija: “la mamá del novio de mi hija se ría porque su hijo era flaco y mi hija un poco gorda”

En la atención que se les da a los jóvenes con obesidad, es importante incorporar al equipo de salud mental, sobre todo para prevenir enfermedades mentales posteriores,

(Cebolla, 2011), las cuales son frecuentes en las personas obesas. Esta intervención debe incluir a los compañeros y la familia.

La práctica de interrumpir el tratamiento de los jóvenes con sobrepeso y obesidad, fue un patrón común en todos los informantes claves. Es sabido que el éxito de un plan terapéutico, sobre todo en el tema sobrepeso y obesidad, tiene muchas connotaciones sociales y culturales, (Barriquete, et al, 2017), depende en gran medida del entorno, sobre todo el familiar y de los más allegados. Para un adolescente se hace aún más difícil si su entorno escolar no favorece, la familia es poco cooperadora, y el expendio de alimentos más cercano no ofrece alimentos sanos.

En la mayoría de los casos influye primero su auto concepción, si no se percibe obeso o con sobrepeso no iniciara un tratamiento, y mucho menos si la familia no da el apoyo necesario.

Juana, (informante 1) dijo lo siguiente al hablar del seguimiento de su dieta: *“el hacer dieta aquí es como nadar contra la corriente, total y absolutamente”*. Eso ocurrió en casa de su bisabuela.

Otra dijo: “antes me ponía a dieta y lo más que duraba era 15 días”

No es posible un plan terapéutico sin el acompañamiento de la familia y círculo más cercano, (Barriquete, et al, 2017), quienes son los que deben dar el cuidado primario en estos casos, para poder dar sostenibilidad y así lograr cambios de estilos de vida de los jóvenes. La informante general, (técnica de enfermería del Centro de Salud), dijo: *“los*

jóvenes con sobrepeso y obesidad inician, pero no siguen el tratamiento que le damos en el programa”.

Existe estrecha relación del patrón Práctica de comer excesivamente asociado al estado anímico, con los patrones de familias disfuncionales y los estigmas discriminatorios de las personas con sobrepeso y obesidad.

Las porciones y número de comidas también es un tema cultural. En el caso de aquellos que son criados por sus abuelas, (como lo son los informantes claves y más de la mitad de los jóvenes con obesidad cuyos expedientes fueron revisados), las cuales tienden a proporcionar mayor cantidad de alimentos si ellas perciben que sus nietos están delgados, (Cabello y Reyes, 2011). Si es usual para una familia, que las cantidades de los alimentos sean exagerados, el niño lo verá como normal, y si a esto se le suma que algunos cuadros de ansiedad o depresión, exagera su apetito, la situación es un factor de riesgo para el aumento de peso.

Informante 1 dice: *“yo después de un tiempo empecé a comer, a comer, no me controlaba”....no sé me da hambre y depende del estado de ánimo que tengo... ahora estuviese buscando...no sé qué lo que hubiese en la refrigeradora, lo que sea”.*

Tema 4. Significados asociados al sobrepeso y obesidad en los adolescentes

Los significados tienen una relación directa con el entorno cultural de las personas, es por ello que es importante considerar los aspectos *emicos* de los jóvenes, sus concepciones, las perspectivas de ellos.

El primer patrón encontrado dentro de este tema es que los Jóvenes con sobrepeso y obesidad No se perciben como tal por desconocimiento de la enfermedad.

Sólo una de las informantes claves se considera con problemas, de sobrepeso y obesidad, el resto opina que están bien. Esto es un indicador que a pesar de las múltiples charlas recibidas, de ser parte del programa de adolescentes del Centro de salud de la localidad, no han interiorizado el problema. El estar “galana” es parte de la cultura del monagrillero, pero también es necesario revisar la forma de trasmisión del conocimiento a los jóvenes. La mayoría define bien el problema, pero no se siente parte de él y mientras eso no ocurra, no seguirán tratamiento alguno. La infórmate 3 manifestó: ” *Cuando yo entre el año pasado yo estaba flaca. La doctora me dijo que eso era por el peso. Yo siento que no era el peso, porque yo estaba flaca*”. La misma joven indicó: ...”*yo siempre he estado así... yo no he estado sobrepeso así como el.... Cuando yo tenía esa edad yo no pesaba eso*”.

También es importante señalar, que en la revisión de los expedientes de jóvenes obesos más de la mitad estaban inconformes con su apariencia, les preocupaban las libras de más.

Este patrón encontrado, responde a la concepción cultural de la imagen corporal, tal como se explicó en el marco teórico. La formación de la imagen corporal es un proceso dinámico que se da poco a poco a lo largo de la vida, (Garrido García, 2017). Los jóvenes van incorporando ideales y percepciones sobre su propio cuerpo que los lleva a desarrollar la imagen corporal ideal. Obvio que si para su cultura es normal tener proporciones mayores al peso normal, ellos no se consideran con el problema.

Es necesario cambiar metodologías para enseñar a los jóvenes sobre este problema de salud pública. A pesar de los patrones anteriormente encontrados, también surgió el patrón: Modificación de Estilos de Vida evitando el consumo de alimentos Insanos. Como vemos hacen el intento por cambiar sus estilos de vida, sin embargo la mayoría lo hace sin el asesoramiento profesional. Además asocian el tema de los estilos de vida al tema alimentación, obviado otros elementos importantes como lo es el ejercitarse, controles periódicos de salud, entre otros.

Guillermo indicó: *“Me controlo, no como mucha comida chatarra”*, sin embargo en nuestra presencia la consumió y de manera abundante.

Gladys dijo: *“estoy dejando el arroz, en la tarde. Estoy comiendo menos arroz y menos grasa. Trato de hacer ejercicios”*.

Es necesario apuntar, que para lograr la sostenibilidad de la modificación de sus estilos de vida, es imprescindible la participación de la familia y su círculo más cercano, (Barriguete, 2017) y además la existencia de políticas públicas culturalmente congruentes que llegue a todos en relación a este tema. No es viable ni aceptada socialmente: planes, proyectos y programas ajenos a la realidad sociocultural de los involucrados. Hay que cambiar las estrategias. Es absolutamente necesario, partir del conocimiento cultural de la gente, tal como lo expresa Leininger (1991), al indicar que debemos estar preparados para la adquisición de conocimientos culturales de nuestros clientes, que nos lleven a adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con su cultura.

Pareciera una paradoja que los jóvenes tengan Conocimiento del Sobrepeso y Obesidad. Este patrón nos señala que los jóvenes poseen el conocimiento de algunos

aspectos de las enfermedad, literalmente repiten los conceptos emitidos en las charlas en las escuelas dentro del programa, sin embargo no ponen en práctica lo enseñado. Una de las definiciones más completas fue la de Juana (informante 1): *“es una persona que está un peso más de lo que las estadísticas dicen”*. Esta realidad encontrada, corrobora lo expresado por Gómez Molina, (2017), cuando se refiere a los imaginarios sociales de los estudiantes, señalando que poseen un importante sesgo cognitivo, pues de manera errónea procesan y almacenan información, sobre todo en torno al peso y la comida.

Urge revisar los contenidos y monitorear a través de planes pilotos nuevas metodologías, que deben incluir no sólo al adolescente sino su familia y a los docentes.

Tres patrones muy interesantes encontrados son: Conceptualización del Concepto Muerte y Creencia de que se pueden comunicar con los Seres Queridos Muertos y la Visión del Mundo.

En Monagrillo, el concepto muerte está lleno de ritos y creencias, las cuales están muy arraigadas a su cultura. Como bien expresamos, en párrafos anteriores, es una forma de afrontar la muerte, es una esperanza de que no se haya ido del todo, de que continúan juntos.

Este aspecto es de mucha importancia, para dar un cuidado culturalmente congruente, puesto que para la o el profesional de la enfermería, conocer esta concepción puede ayudarle a comprender las reacciones y los comportamientos que pueden influir en los modos de vida y en la salud de la población. Gladys, (informante 3), dijo al hablar de su abuela: *“ella se me presentó dos veces, en sueños. En uno de esos sueños ella me abrazó y me dijo que me quería...”*

Rita, (informante 2) dijo: *“yo siento que ellos no se van, que ellos siempre están allí. No en cuerpo pero si en alma”*.

Estos patrones, tienen relación con el fenómeno estudiado, ya que las formas de plasmar los ámbitos de la vida cotidiana como puede ser la alimentación, están correlacionados con sus creencias, (Zafra Aparici, 2017). En los casos estudiados, los informantes claves narran su relación común y estrecha con los seres que han desaparecido, los cuales les ayudan a la superación de sus ansiedades y que sin lugar dudas tienen una relación directa con su necesidad de comer o por el contrario de no hacerlo.

Por otro lado vale la pena mencionar que los jóvenes tienen conceptos claros de la destrucción del hombre sobre el planeta. Son conscientes que el mundo está lleno de desigualdades e inequidades, y que ellos tienen una responsabilidad con la madre tierra, sin embargo no son consiente, que el cuidado del planeta comienza por cuidarse ellos mismos.

5.1 Un Abordaje Diferente al fenómeno del Sobrepeso y Obesidad

Los hallazgos, ponen de manifiesto la gran utilidad de la Teoría de Leininger, la cual enfatiza la importancia de que los profesionales de Enfermería y de las ciencias de la Salud, estén preparados y comprometidos en la adquisición de conocimientos con un método práctico de actuación a través de la investigación aplicada, utilizando una base teórica y práctica entre varias culturas. Leininger deja claro que la Enfermería Transcultural es un área formal de estudio y práctica de Enfermería enfocada sobre el Cuidado cultural comparativo y holístico, centrado en los patrones de salud y enfermedad

de individuos o grupos, con respecto a similitudes y diferencias dentro de los valores culturales, creencias y prácticas con el objeto de impartir un cuidado de enfermería culturalmente congruente, sensitivo y competente a personas de diferentes culturas, (Leininger, 1991 y Casada García, 2010).

FIGURA N° 16

MODELO DEL SOL SALIENTE



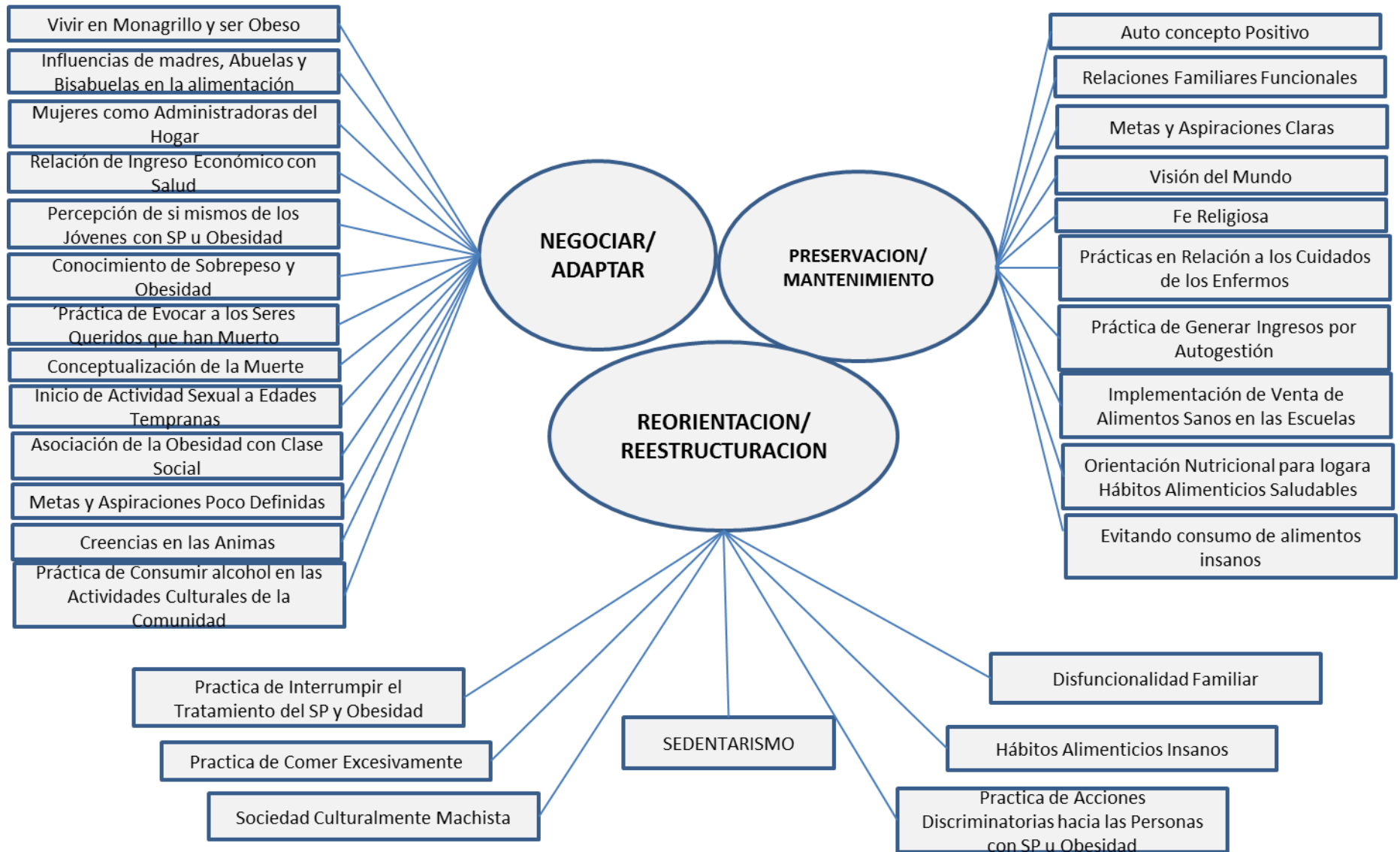
Con la utilización del Modelo del Sol Naciente, una vez analizados los 4 grandes temas y los 30 patrones se decide su abordaje de acuerdo a los tres modos de acción de decisión y de acción, señalados por Leininger, (2006). Estos modos de decisión y de acción que pueden ser: preservación y mantenimiento de los cuidados culturales, Adaptación/ negociación de los cuidados culturales o reorientación/reestructuración de los Cuidados Culturales.

De los 30 patrones encontrados 9 deben mantenerse. Entre ellos tenemos: auto concepto positivo, relaciones familiares funcionales, metas y aspiraciones claras, su visión del mundo, fe religiosa, práctica asociada a los cuidados de los enfermos, práctica de generar ingresos por autogestión, implementación de alimentos sanos en la escuela, orientación nutricional para lograr hábitos alimenticios saludables y el evitar el consumo de alimentos insanos.

Se deben negociar o lograr adaptaciones 13 patrones, los cuales con algún grado de modificación pueden ser transformados en positivos para las y los adolescentes con sobrepeso y obesidad, a través de las intervenciones. Estos son: vivir en Monagrillo y el sobrepeso y obesidad, la influencia de las madres, abuelas y bisabuelas en la alimentación, mujeres como administradoras del hogar, relación de ingreso económico con salud, percepción de sí mismo de los jóvenes con sobrepeso u obesidad, conocimiento del sobrepeso y obesidad, práctica de evocar a los seres queridos que han muerto, conceptualización de la muerte, inicio de actividad sexual a edades tempranas, asociación de la obesidad con clase social, metas y aspiraciones poco definidas, creencia en las ánimas, práctica de consumir alcohol en las actividades culturales en la comunidad.

Los patrones, que deben ser reorientados o reestructurados, por su relación negativa en los jóvenes con el sobrepeso y obesidad son: sedentarismo, práctica de interrumpir el tratamiento de sobrepeso y obesidad, práctica de comer excesivamente, sociedad culturalmente machista, la disfunción familiar, hábitos alimenticios insanos y prácticas de acciones discriminatorias hacia las personas con sobrepeso y obesidad

Figura N° 17
DECISIONES Y ACCIONES DE CUIDADO



Fuente: Realizado por la investigadora. Marzo 2018

El comportamiento epidemiológico y los patrones encontrados del fenómeno sobrepeso y obesidad, nos lleva a la deducción que el abordaje para reorientar o reestructurar debe ser con nuevas perspectivas, de manera holística, considerando los aspectos culturales y que en toda solución que se plantee el protagonismo de los actores sociales en todos los proyectos, planes y programas encaminados a el abordaje de esta pandemia. Hay que involucrar directamente a los protagonistas de la situación a abordar y a sus familias, para que sea culturalmente congruente; de lo contrario no tendrá el impacto esperado. Si bien es cierto, la responsabilidad primaria recae sobre las autoridades públicas, la participación de otros actores es crucial.

6.0 DISCUSIÓN DE LA PROPUESTA BASADA EN LOS RESULTADOS:

UNA POLÍTICA PÚBLICA.

Una política pública, la cual tiene por objetivo satisfacer alguna visión de “bien público”, necesariamente implica la participación de múltiples actores (Torres Melo y Santander, 2013).

De más está decir, que la política pública debe ser conceptualizada como una acción colectiva que se desarrolla en lo público y que implica actividades o acciones políticas, donde los gobernantes deben garantizar la coordinación y cooperación de los actores sociales claves, haciendo colectivo el objetivo de ejecutar lo planeado. Siendo así, la política pública es una “Construcción Social” y puede ser definida, como: “una estrategia por la cual el gobierno coordina y articula el comportamiento de los actores a través de un

Figura N° 18
MODELO PARA EL DESARROLLO DE UNA POLITICA PÚBLICA SALUDABLE: DE LA EVIDENCIA A LA POLITICA



Fuente: Secretaria de Salud Pública Mexicana, 2017

conjunto de sucesivas acciones intencionales, que representan la realización concreta de decisiones de uno o varios objetivos colectivos, considerados necesarios o deseables en la medida en que hacen frente a situaciones socialmente relevantes” (Torres Melo y Santander, 2013).

Para Aguilar Astorga y Lima Facio, (2009), una política pública no es cualquier acción del gobierno, que puede ser singular o pasajera en respuesta a particulares a circunstancias políticas o demandas sociales. La define como: “un conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a la realización de un objetivo de interés/beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos, se producen en el tiempo de manera constante y coherente en correspondencia con el cumplimiento de funciones públicas que son de naturaleza permanente y con la atención de problemas públicos y cuya solución implica una acción sostenida” (Aguilar Astorga y Lima Facio, 2009).

En la definición de Torres Melo y Santander (2013), la expresión: “situaciones socialmente relevantes” tiene gran importancia, ya que para que la política pública sea viable, los involucrados en la situación que detona la emergencia de la misma, deben percibirla como significativa. En el caso que nos ocupa, el sobrepeso y obesidad, debemos empezar por realmente sensibilizar a la población. El problema debe describirse, conceptualizarse desde un enfoque “*emit*” (Durán de Villalobos, 2000); es decir, desde la óptica de la población sujeto de la política.

Los autores antes citados, también advierten en su definición la importancia de la participación de todos los actores en todo el proceso para su viabilidad y sostenibilidad.

En el tema de la elaboración de una política pública relacionada con la obesidad y sobrepeso conexo a la salud en el aspecto de la participación social, cobra mucha importancia la congruencia de los aspectos culturales para que los proyectos, programas y acciones específicas sean viables.

En este aspecto la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de la Dra. Leininger (1991), da aportes importantes. La misma está basada en la convicción de que las personas con culturas diferentes pueden ofrecer información y orientación a los profesionales de enfermería y de la salud para que les ofrezcan la clase de cuidados que desean o necesitan ya que la cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas (Casada García, Ramírez, Sánchez y Campos, 2010).

Sin duda, esta teoría da una perspectiva diferente a quienes construyan una política pública en temas relacionados a salud, pues ayudan a descubrir y documentar el mundo de la persona con sobrepeso y obesidad y a utilizar sus puntos de vista culturales *emicos* (Casada García, 2010). Esto se traduce en la aplicación de sus conocimientos y sus prácticas como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales propios de las personas que necesitan el Cuidado (Morris, 2012).

Como es sabido que los conceptos sobrepeso y obesidad está estrechamente ligado a la cultura de la población y cada cultura es única, por tanto, el abordaje puede tener aspectos generales, pero debe centrarse en lo propio de cada población (Del Carpio Arenas y Delgado Torres, 2013), si realmente pretendemos que una política pública tenga un impacto positivo.

Otro elemento importante a considerar, al construir una política pública, es la voluntad política en torno al objetivo colectivo. En la definición de Pedro Medellín (2004), publicada por el Consejo Económico para América Latina, CEPAL; señala que la estructuración de las políticas debe ser comprendida como el producto de un intenso proceso político a través del cual emergen y toman forma los proyectos e intereses de agentes (individuos), agencias (instituciones) y discursos (síntesis de la interacción entre agentes y agencias), en pugna por imponer un determinado proyecto de dirección política y de dirección ideológica sobre la sociedad y el estado que son gobernados (Medellín, 2004); es decir, los tomadores de decisiones deben de estar convencidos que ésta es necesaria para que sea una decisión deliberada y sobre todo viable.

Las definiciones expuestas tienen en común los siguientes aspectos: resolver un problema público, se discute el problema y su abordaje, participación de varios o diversos actores, trabajo conjunto de sociedad civil y el gobierno. El proceso de su construcción no es lineal.

Para que se construya una política pública, todos los actores sociales deben converger en una clara definición y magnitud del problema. Se deben plantear los objetivos que se consideren relevantes para todos, ya que la política pública emerge producto de la conjunción entre el gobierno y los actores sociales incluyendo el sector privado.

6.1 Una Política Pública con un enfoque cultural para el Sobrepeso y Obesidad

El panorama de esta enfermedad crónica obliga a buscar nuevas formas de abordaje, ya que los métodos utilizados no parecieran bajar la prevalencia de la misma. El problema estudiado de manera integral, con un enfoque mixto, ha demostrado

cuantitativamente los factores de riesgos que se asocian a la obesidad para caracterizarlos y los aspectos cualitativos han considerado al ser humano y su entorno en toda su complejidad, reconociendo que cada individuo es único en cuanto a su personalidad, comportamiento, cultura, entorno social, valores, creencias, su estilo de vida y visión del mundo que lo rodea (Vanegas, B. 2010; Gordón de Isaacs, 2015; Leininger, 2006).

Esta reflexión lleva a un cambio de paradigma en el abordaje de este problema, de manera inductiva, centrando la pesquisa en los sujetos, tomando en cuenta su perspectiva, su *emic*; estudiándose así el fenómeno obesidad de manera integral (Leininger, 2991; 2006), reconociendo que no hay una realidad única y objetiva sino una construcción o constructos de las mentes humanas (Vanegas, 2010), es decir, la verdad son múltiples constructos de la realidad. Sin dudas los hallazgos cualitativos dan explicaciones reales bajo la perspectiva de los que padecen esta enfermedad crónica, a los resultados estadísticamente significantes encontrados en los estudios de paradigmas positivistas.

Teniendo un panorama real se podrá construir una política pública que sea socialmente relevante. Toda vez que la mayoría de las personas obesas no perciben esta condición de salud, como enfermedad. Percepción esta que puede estar asociada a su cultura. Para algunos grupos, el estar con unos kilos de más es sinónimo de belleza o de salud. Esta percepción de su estado de salud los lleva a no hacerse conscientes que deben autocuidarse.

Es evidente que desde la disciplina de Enfermería podemos dar importantes aportes para la construcción de una política pública, que aborde este problema con un enfoque

más holístico, realista y sobre todo tenga un impacto positivo a esta pandemia, que amenaza con la salud de nuestra población, sobre todo la de los adolescentes.

En la Implementación de una política pública, a través de los programas, las profesionales de la enfermería, dan insumos sobre las realidades, son informantes claves para captar si el enfoque de los objetivos es el correcto y si realmente se impacta al sujeto de la política a través de la utilización de los indicadores.

En la evaluación, que según los actores debe ser interdisciplinaria, el rol de la profesional de la Enfermería que trabaja en los programas que implementan la Política Pública es preponderante, ya sea a nivel gerencial como operativo. Su contacto con la población le da insumos de fuentes primarias de los efectos de las medidas aplicadas.

Es importante apuntar que nuestra participación debe ser bajo la perspectiva disciplinar, amparadas en el cúmulo de conocimientos, que nos dan las teorías propias y las de otras disciplinas.

La pertinencia de la Teoría de Cuidado Cultural: Diversidad y Universalidad de la Dra. Leininger, en el diagnóstico, la elaboración, implementación y evaluación de una política pública que aborde el tema de obesidad y sobrepeso, es clara. Sobre todo porque sendos estudios han demostrado la importancia del componente cultural en el mismo.

El fenómeno sobrepeso y obesidad está relacionado con los significados culturales, valores, creencias y modos de vida de los adolescentes. Se hace necesario conocer a profundidad estos elementos, para así aumentar la viabilidad e impactos positivos de una política pública en esta materia.

Diversos conocedores del tema, como: Velazco (2012) y Rivera Dammarco (2012), señalan que un elemento clave que debe ser considerado para la construcción e implementación de una política pública en esta materia es la participación del sujeto del problema. Anabella Del Moral Ferrer, en su artículo: El derecho a opinar de niños, niñas y adolescentes en la Convención sobre los Derechos del Niño, explica que en esta convención se introduce, dentro de la amplia gama de derechos que reconoce a título enunciativo a favor de todos los niños, el grupo de derechos que proporcionan las bases para su participación en su condición de ciudadano, y que les permite ser protagonistas de su historia (Del Moral Ferrer, 2007). Con estas facultades se abre el camino hacia un redimensionamiento de los espacios de interacción familiar, comunitaria, escolar, estatal, por sólo mencionar algunos de los planos donde el niño y adolescentes se desenvuelve desde su nacimiento y que supone la democratización de sus relaciones con los adultos, que no pueden ser vistas más como relaciones de subordinación sino de equilibrio, basadas en el diálogo abierto y comprensivo. Esto deja implícito que no se puede elaborar una política pública que los involucre sin su participación activa. Es necesario conocer el significado cultural que para ellos tiene la obesidad y el sobrepeso, sus valores, creencias y modos de vida en relación al fenómeno.

Presentamos el esquema de resultados cuantitativos y cualitativos comunes encontrados en el estudio y los elementos que debe tener la política pública en el tema sobrepeso y obesidad. El mismo inicia por presentar las fuentes del estudio mixto. Las mismas son de tipo cualitativas o positivistas y cuantitativas con un enfoque naturalista. Las fuentes, dieron insumos que se complementaron ya que los resultados numéricos, fueron sustentados por la rica información cualitativa encontrada y sistematizada. El resultado da

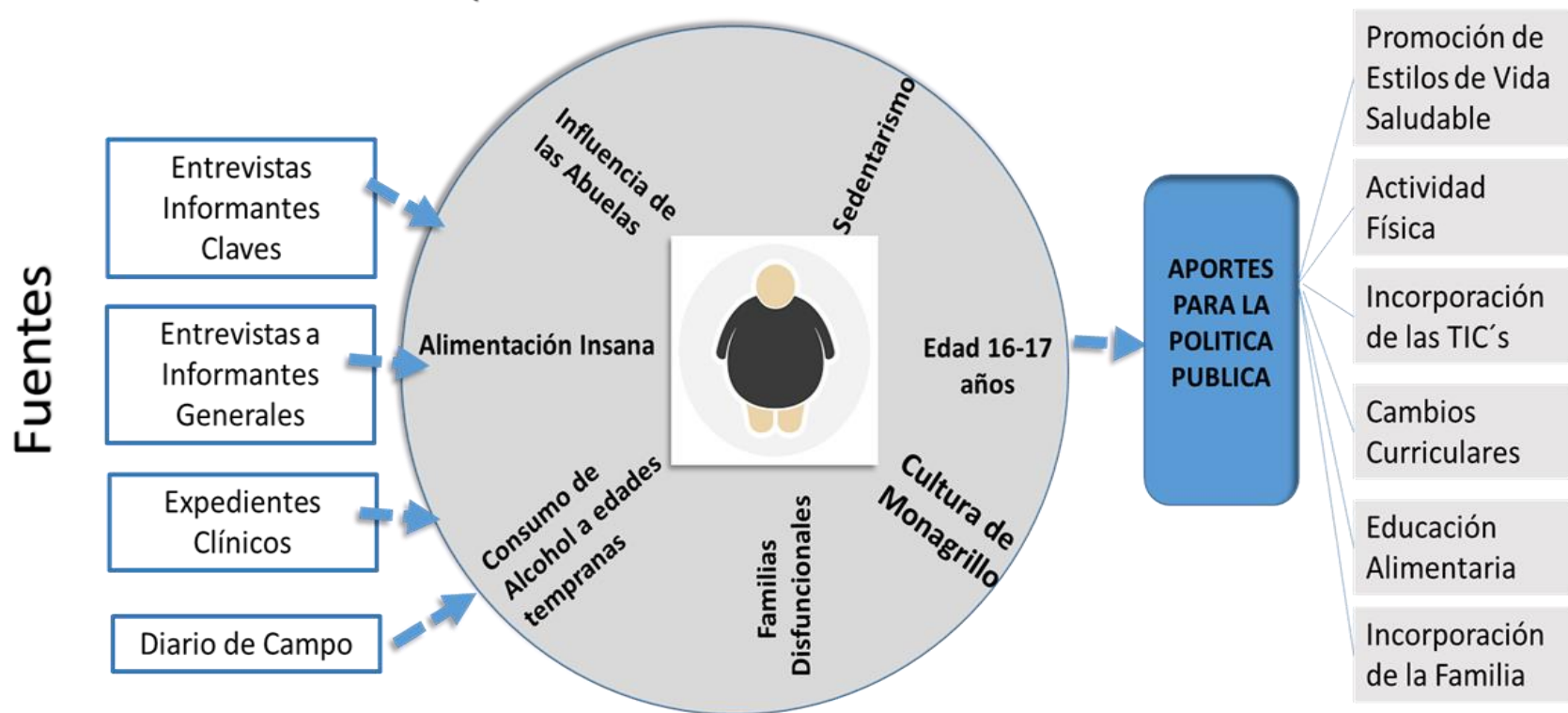
aportes a la comunidad científica puesto que los hallazgos se sustentan en los aspectos *emicos* de los informantes y de otras fuentes cualitativas revisadas.

El esquema sintetiza la conjunción de los aspectos cuantitativos y cualitativos resultado de la metodología mixta. Los instrumentos utilizados para la recolección de los datos en la fase cuantitativa fueron: el PAT (versión Corta), que midió la actividad Física, la Encuesta de Frecuencia de Consumo de Alimentos, y la Gráfica de Índice de Masa Corporal. Para los aspectos cualitativos se realizaron entrevistas a los informantes claves y generales, revisión de contenido de los expedientes y el diario de campo.

Los resultados comunes encontrados fueron: la edad de 16- 17 años, el sedentarismo, la influencia de las abuelas, alimentación insana, cultura de Monagrillo, familias disfuncionales, consumo de alcohol a edades tempranas.

FIGURA N° 19

RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS COMUNES ENCONTRADOS EN EL ESTUDIO Y ELEMENTOS QUE DEBE TENER LA POLITICA PUBLICA EN EL TEMA SOBREPESO Y OBESIDAD



Fuente: Realizado por la investigadora. Marzo 2018

Este hallazgo da con claridad hacia donde debemos apuntar en una política pública que tenga como norte abordar de una manera integral el tema del sobrepeso y Obesidad en la comunidad estudiada.

- **Promoción de Estilos de Vida Saludables:** Para Barriquete Meléndez (2017), es necesario en el fomento de estilos de vida saludables en adolescentes, tomar en cuenta los cambios propios en la evolución de la personalidad, como el afianzamiento de la independencia, la búsqueda de nuevos patrones de socialización, la preocupación por la figura corporal etc., elementos que condicionan nuevos estilos de vida y patrones de alimentación en este grupo etario.
- **Actividad Física:** Fomentar prácticas saludables durante la adolescencia y adoptar medidas para proteger a los jóvenes contra los riesgos sanitarios, es fundamental para la prevención de problemas de salud en la edad adulta y para la futura infraestructura de salud y social de los países (OMS, 2014). En el grupo de los adolescentes, el fomentar una política pública que refuerce la actividad física y la educación física y la corporalidad, permitiría dar una posible visión hacia el conocimiento de los imaginarios de los estudiantes, entonces a partir de aquí, iniciar una reflexión profunda acerca de las prácticas que se dan en educación con nuestros adolescentes que den cuenta del fomento de hábitos de vida saludable. Los Colegios, desde la educación física, deben aportar en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Gómez, 2017).

- Incorporación de la tecnología: es un hecho que las herramientas tecnológicas y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación pueden ser un principal medio para poder llegar a la población (Carranza Proño, 2017), sobre todo los adolescentes. Puede llegar a ser una alternativa a largo plazo, incluso pudiendo ayudar al seguimiento y control de sus medidas antropométricas, ya que puede ser interactiva.
- Cambios curriculares: Es necesario incrementar la intensidad horaria de la Educación física en el currículo de las escuelas (Hernández, 2016), que no impulse la actividad física en los colegios, sino que refuerce el hábito de ejercitarse para evitar el sedentarismo. Hay una tendencia de disminuir asignaturas que involucren actividades físicas. Según Lida Gómez Molina (2017), en todo sistema educativo debe asignarse el lugar y la importancia debida a la Educación Física, la actividad Física y el deporte con miras a establecer un equilibrio y fortalecer los vínculos entre actividades físicas y los otros componentes de la educación.
- Educación Alimentaria: Esta no sólo debe llegar a los mismos adolescentes, sino a los padres de familia, a los proveedores y docentes (Fernández y Vera, 2017), ya que es un tema de cohesión social (Zafra Aparici, 2017). Según los expertos Barriquete Meléndez y Colaboradores (2017), debe abordar temas que son clasificados como de riesgos: nutrición, consumo de refrescos, jugos envasados y dulces; bajo consumo de verduras y frutas y conducta restrictiva para el control de peso es decir se restringen para la obtención de peso saludable.

- Participación de la Familia: La Familia es una auténtica estructura cultural de normas y valores que regula la acción colectiva en torno a ciertas necesidades básicas (Rocafuerte, 2017), siendo una de ella la alimentación y los estilos de vida. Según esta autora, la familia es una variable que debe ser considerada en cualquier programa de asesoramiento, específicamente a los padres o tutores, ya que ellos son actores fundamentales en la conducta de sus hijos o acudidos. El programa que operacionalice la política, debe tener incluir la participación activa de la familia, incluyendo a las abuelas; ya que esta enseña, regula, incentiva, toda acción preventiva y de atención al fenómeno obesidad y sobrepeso.

7.0 CONCLUSIONES

1. La prevalencia de sobrepeso y obesidad del Colegio Segundo Familiar Cano, del Corregimiento de Monagrillo es de 16.9%, la cual supera la prevalencia calculada para la provincia y la de la Encuesta de Niveles de Vida para este grupo etario, estando el mayor porcentaje en el grupo de 17 años.
2. El 40%, es decir cuatro deciles, de los estudiantes del Colegio Segundo Familiar Cano de Monagrillo, tienen problemas nutricionales y no hay diferencias significativas en los grupos de edades estudiados para padecer de sobrepeso y obesidad, por tanto todos los grupos tienen el mismo grado de vulnerabilidad de padecerla.
3. En relación a la variable sexo, hay un predominio del sexo femenino al sobrepeso y obesidad. Los del sexo masculino presentaron un 34.6%, mientras que el femenino un 65.4%, es decir por cada 53 hombres hay 100 mujeres obesas y con sobrepeso. Sin embargo el análisis estadístico por grupo etario y sexo, no mostró diferencias significativas, es decir, ambos sexos tienen la misma probabilidad de padecer el fenómeno estudiado, por lo tanto la política, acciones, planes y programas deben tener como población blanco ambos sexos y todos los grupos etarios.
4. En la variable consumo de alimento los resultados señalaron que sólo 4 estudiantes con sobrepeso y obesidad manifestaron consumir alimentos protectores 1 y 2, es decir frutas, hortalizas, vegetales, chocolate negro o cacao, pescado no frito o atún en lata, es decir el 1.8% del total, mientras que el 98% de los estudiantes consumen alimentos insanos, de estos ya tienen sobrepeso u obesidad 149 estudiantes. Es decir

- el consumo de alimentos sanos se da en 1 de cada 100 estudiantes del colegio estudiado.
5. Es notorio el consumo de alimentos insanos por los estudiantes encuestados, consumen 2 o más veces al día sodas, refrescos artificiales, chocolates en barra, dulces y frituras. La mayoría señaló que forma parte de la ingesta diaria en sus hogares o en los lugares de expendio de alimentos aledaños a su centro educativo. El análisis estadístico nos señaló que el NO exponerse al consumo de alimentos de Riesgo 2, es un factor protector para padecer sobrepeso y obesidad; fue estadísticamente significativa, es decir el NO consumo de estos alimentos está asociado como factor protector para padecer sobrepeso y obesidad en el grupo estudiado.
 6. Casi el 70% no realiza actividad física, es decir son sedentarios, lo cual es sin duda un factor de riesgo ampliamente demostrado, para tener la enfermedad de sobrepeso y obesidad. El análisis de riesgo, indica que el no ser sedentario, es un factor protector, para padecer estas enfermedades (OR: 0.5; I.C.: 0.33-0.79; X^2 : 9.1; p: 0024). El análisis de significancia estadística por sexo señaló que los hombres son más sedentarios que las mujeres.
 7. El análisis estratificado de edad y sexo, señaló que son factores protectores las edades de 15 y 16 años para no ser sedentario, es decir los jóvenes de estos dos grupos, practican mayor actividad física, el x^2 , la probabilidad de error, la razón de disparidad y los intervalos de confianza así lo corroboran; por tanto las intervenciones de prevención deben estar enfocadas en estos grupos, antes que su estatus nutricional caiga en sobrepeso y obesidad.

8. Del análisis de los descriptores de las entrevistas a los informantes claves, resultaron cuatro grandes temas: El Entorno Cultural predispone al sobrepeso y obesidad, Factores de riesgos y protectores de los adolescentes asociados al sobrepeso y obesidad, Modos de Vida asociados al sobrepeso y obesidad y Significados asociados al sobrepeso y obesidad. De los mismos se obtuvieron 30 patrones.
9. Existe asociación entre el sedentarismo y la alimentación insana y el sobrepeso y obesidad en los estudiantes del Colegio Segundo Familiar Cano del Corregimiento de Monagrillo, Provincia de Herrera. Los resultados estadísticos, se pueden extrapolar al resto de la población. Se rechaza la hipótesis nula.

Tema 1: Entorno Cultural Sobrepeso Obesidad:

10. La emergencia de este tema es coincidente con la dimensión cultural social que presenta Leininger en el Sol Naciente, se valida la premisa que la residencia en el Corregimiento de Monagrillo con sus factores culturales y estilos de vida tales como: la forma de preparación de los alimentos, la proliferación de las fondas y la práctica de consumir alcohol en las actividades culturales de la comunidad están relacionados.
11. El componente religioso y la creencia de la ayuda de los seres queridos fallecidos es un aspecto fundamental en la vida de las personas en Monagrillo, quedando claramente establecida la influencia religiosa y filosófica que indica la teoría del cuidado cultural.

Tema 2: Factores de Riesgos y Protectores de los Adolescentes asociados al Sobrepeso y Obesidad:

12. La obesidad y el sobrepeso tiene una fuerte influencia no sólo de elementos biológicos, sino de diversos factores: tecnológicos, religiosos, familia, sociales, culturales, estilos de vida, económicos, políticos, legales y educativos.
13. Los adolescentes con sobrepeso y obesidad, estudiados tienen la práctica de iniciar vida sexual a edades tempranas, con el uso de métodos anticonceptivos sin asesoría profesional, lo cual es un factor de riesgo, no sólo de manera indirecta para los problemas de sobrepeso y obesidad, sino para otros temas de salud y sociales.
14. Los jóvenes estudiados asocian el sobrepeso y obesidad a la pobreza relacionado al alto costo de las proteínas, lo que trae un alto consumo de carbohidratos para suplir la necesidad de alimentación.
15. Los jóvenes estudiados tiene hábitos alimenticios insanos y son sedentarios lo cual está asociado a la adicción a los juegos y herramientas tecnológicas es decir está asociado a factores tecnológico como lo indica Leininger.
16. Las familias de los jóvenes estudiados en todos los casos y en más de la mitad de los expedientes revisados de los estudiantes con sobrepeso y obesidad son disfuncionales, hallazgos que están bien especificados en el *Sol Naciente*, como un factor importante en la estructura social.
17. Las metas y aspiraciones poco definidas son un patrón común en los jóvenes con sobrepeso y obesidad estudiados.

18. La política de implementar alimentación sana en las escuelas y la orientación nutricional, son prácticas favorables para el manejo y prevención de los problemas nutricionales.

Tema 3: Modos de vida asociados al sobrepeso y obesidad:

19. Las mujeres tienen una gran influencia en los hábitos alimenticios, sobre todo las abuelas y bisabuelas. Todos los informantes claves vivían con o al lado de las abuelas, quienes administraban la alimentación de la familia siendo una influencia positiva o negativa para el desarrollo del sobrepeso u obesidad en miembros de las familias estudiadas.
20. A pesar de la influencia de las mujeres en la dinámica familiar, un patrón encontrado fue el machismo. Sigue siendo androcéntrica, ya que es el hombre quien toma las decisiones importantes en el núcleo familiar a pesar que la mujer sea el sustento mayor.
21. Un patrón muy interesante encontrado es la autogestión de las mujeres y de los jóvenes estudiados. Son emprendedores y buscan generar ingresos para no sólo tener solvencia, sino para ayudar a sus familias lo que puede romper el patrón androcéntrico
22. En las familias de los jóvenes monagrilleros estudiados, el cuidado a la salud es un tema familiar de primer orden, siendo generalmente la cuidadora primaria la mujer, pero con el acompañamiento de toda la familia.

23. Un patrón encontrado que debe ser modificado, es la práctica de acciones discriminatorias hacia las personas con sobrepeso y obesidad los cuales son objetos de burla y de acciones que los denigran.
24. La práctica de interrumpir el tratamiento del sobrepeso y obesidad, fue un patrón encontrado en todos los informantes claves, asociándolo ellos mismos, al poco apoyo familiar porque tienden a servir raciones abundantes de alimentos.

Tema 4: Significados asociados al sobrepeso y obesidad en adolescentes:

25. Los jóvenes con sobrepeso y obesidad estudiados no se perciben con problemas nutricionales, lo que tiene relación a su escaso conocimiento del fenómeno o no lo internalizan como tal.
26. Todos los informantes claves tienen la creencia de que los seres queridos fallecidos pueden comunicarse con ellos. Aspecto muy arraigado en la cultura monagrillera, donde el concepto muerte tiene un papel preponderante.
27. La conceptualización y rechazo a la muerte está ligado a un mecanismo de resiliencia. Su creencia de que hay vida después de la muerte les ayuda al afrontamiento de este fenómeno.
28. El análisis mixto nos revela que hay convergencia entre los resultados cuantitativos y cualitativos en variables como: edad, sedentarismo, familias disfuncionales, aspectos culturales, consumo de alcohol a edades tempranas, alimentación insana e influencia de las abuelas y bisabuelas en la dinámica familiar y sobre todo en la cultura alimentaria.

8.0 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que surgen de esta investigación tienen como base que en el ámbito de la salud pública debe fortalecerse un abordaje holístico, tomando en cuenta los aspectos culturales que implican la comprensión del fenómeno sobrepeso y obesidad.

En el fenómeno sobrepeso y obesidad es necesario que los que la padecen y sus familias estén posicionados y se involucren otros actores, desde los contextos locales - formado por los equipos de salud y docentes- hasta un macro ambiente constituido por los investigadores y tomadores de decisiones; para fortalecer las políticas públicas relacionadas con estos problemas nutricionales.

Para ello se recomienda la elaboración de una política pública considerando lo siguiente:

1. Un abordaje integral con un enfoque holístico considerando los aspectos culturales de la población.
2. Utilizar la teoría del Cuidado Cultural de la Dra. Madeleine Leininger, como base teórica para sus acciones encaminadas a disminuir la prevalencia del sobrepeso y obesidad, ya que le permite establecer modos de decisiones a la profesional de la enfermería y otras profesiones, considerando la dimensión cultural de los monagrilleros, ya sea manteniéndolos, adaptándolos o reestructurándolos, según lo indica el Modelo del Sol Naciente.
3. El sobrepeso y obesidad debe ser estudiado de manera transdisciplinaria y con la participación de los que tienen el fenómeno. Se deben considerar los aspectos *etic* y

- emic.* Deben hacerse estudios mixtos donde se mida la magnitud el problema pero que también debe incluir el sentir, las opiniones, los valores, creencias, significados y modos de vida de las personas que padecen la enfermedad y la perspectiva de los que estudian el problema.
4. Los programas de promoción de la salud y protección específicas para prevenir el sobrepeso y la obesidad deben iniciarse antes de los 16 años, ya que a partir de esta fecha el fenómeno comienza a aparecer en los adolescentes.
 5. Es necesaria la regulación y supervisión estrecha de los lugares de expendio de alimentos de los colegios y áreas aledañas a los mismos.
 6. Introducir dentro de los cursos de capacitación que da el Ministerio de Salud a los manipuladores de alimentos, el tema del sobrepeso y obesidad, para sensibilizarlos sobre la magnitud del problema y el uso adecuado de los productos grasos.
 7. Implementar medidas tendientes a promover la actividad física en los niños y jóvenes en los planteles o en actividades lúdicas dentro de las comunidades para bajar el porcentaje de jóvenes sedentarios.
 8. La profesional de la enfermería como parte del equipo multidisciplinario de la salud debe abordar este problema de salud pública con identidad propia a través de la utilización de sus propias teorías.

9.0 BIBLIOGRAFÍAS

1. Adams J, White M. (2015). Characterisation of UK diets according to degree of food processing and associations with socio-demographics and obesity: cross-sectional analysis of UK National Diet and Nutrition Survey. *Int J Behav Nutr Phis Act.* 12. 160.
2. Aguilar Astorga, C. y Lima Facio, M. (2009). ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas? Recuperado de: www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm
3. Aldana, Y. y Mahecha, M. (2017). Análisis de los escenarios de práctica de actividad física, lúdica y recreativa, grupos de adulto mayor – localidad de bosa UPZ 49. (Tesis de Grado). Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Bogotá, Colombia. Recuperado de: repository.udistrital.edu.co/handle/11349/5991
4. Alzamor, P. y Glave, C. (1998). Índice de actividad y cronicidad mediante la cuenta Articular. *Revista Peruana de Reumatología* 4(1): 7-3. Recuperado de: isbib.unmsm.edu.pe/bv_revistas/reuma/v04_n1/indactv.htm.
5. American Psychological Association. (2010). *Publication Manual APA.* (6ta. ed.) Washington, DC: APA Org.
6. Armendáris, A. y Medel, B. (2007). Teorías de Enfermería y su Relación con el Proceso de Atención de Enfermería. *Revista Syntesis. Aventura del Pensamiento.*, S.N. Recuperado de: www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/.../enfermeria.pdf.
7. Araica, O., Cornejo, M. y Keren Sánchez. (2012). *Epidemiología de la Obesidad.* [Diapositivas] Universidad de Panamá.
8. Argimón Pallás, J. y Jiménez Villa, Josep. (2004). *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica.* 3ra. Ed. Ed. Elsevier. Madrid.
9. Barquera Cervera, S. y González Block, M. (2012). *El Uso Efectivo de la Investigación para el Control de la Epidemia de Sobrepeso y Obesidad.* Obesidad en México. Universidad Autónoma de México.
10. Barriguete, J.; Vega, S; Radilla, C; Barquera, S.; Hernández, L.; Rojo, L.; Vázquez, E.; Murillo, E. (2017) Hábitos alimentarios, actividad física y estilos de vida en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán *Revista Nutrición Comunitaria* 23 (1). Recuperado de: www.renc.es/.../RENC_2017_1_06_Vega_y_Leon_S.CONDUCTAS_ALIMENTA
11. Beltrán Salazar, O., (2007). Significado de la Experiencia de haber estado Críticamente enfermo y hospitalizado en UCI. *Revista Aquichan* 9(1) 23-37. Recuperado de: redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74111465004

12. Betancourt López, S. (2010). La Salud Entre lo Teórico y lo Real. Revista Promoción de la Salud 10(5). Recuperado de:
[http://promocionsalud.ucaldas.educo/downloads/Revista%2010 5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.educo/downloads/Revista%2010%205.pdf)
13. Bruss MB. J. Morris y L. Dannison (2003). Prevention of Childhood Obesity: Sociocultural and Familial Factors. Journal of the American Dietetic Association 103(8), 1042-1045. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1289115>
14. Booth, KM, Pinkston, MM, y Poston, WSC (2005). La obesidad y el construido medio ambiente. Revista de la Asociación Dietética Americana, 105 (5S), 110-17. Recuperado de:
<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/yjada/article/>
15. Bauman, A., Phongsavan, P., Schoeppe, S. y Owen, N. (S.F.). Medición de Actividad Física: Una Guía para la Promoción de la Salud. Recuperado de:
<http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/Medicion-de-la-actividad-fisica-Bauman.pdf>
16. Cabello Garza, M. y Reyes, D. (2011). Percepción de las Madres en Niños con Obesidad Sobre los Hábitos Alimenticios y sus Responsabilidades en la Alimentación de Los Hijos. Revista Salud Pública y Nutrición 12 (1). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2011/spn111c.pdf>
17. Cabello M. L. y Zúñiga, J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. Ciencia, (2), 183-188 consultada en 20 de abril de 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/402/40210212.pdf>
18. Calderón Naranjo, A. (2017). Hábitos de Alimentación de la Población Mexicana: Marco de Reflexión. (Ensayo). Universidad Santo Tomás. Bogotá D.C. Recuperado de:
repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/4525/CalderónAngie2017pdf?
19. Camargo I. (2012). Influencia Filosófica en el Cuidado. [Diapositivas] Universidad De Panamá. . Doctorado en Enfermería con Énfasis en Salud Internacional. Curso Práctica en Enfermería. Panamá.
20. Cardozo Brum, M. (2013). De la Evaluación a la Reformulación de Políticas Públicas. Revista Política y Cultura (40) 123-149. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad. Xochimilco. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26728947007>
21. Carmona G., M. y Vizgarra B., Ivonne. (2009). Obesidad en Escolares de Comunidades Rurales con Alta Migración Internacional en el México Central. Revista Población y Salud Mesoamérica. 6 (002). Recuperado de:
redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=44660209

22. Carranza Proaño, J.; (2017). Diseño de un Modelo Ontológico de Gestión del Conocimiento que permita Desarrollar Herramientas Tecnológicas para el Control la Obesidad Aplicada en la Universidad Agraria del Ecuador. (Tesis de Grado). Universidad Agraria, Ecuador. Recuperado de:
cia.uagraria.edu.ec/.../CARRANZA%20PROAÑO%20JOSEPH%20ANTONIO.pdf
23. Carrera, M., Cuello, M. Niro, M. (2017). Alimentos Ultraprocesados: Relación con el sobrepeso, la obesidad y el Riesgo Cardiovascular por score Framingham. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Recuperado de: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/4944>.
24. Consejería de Salud de Andalucía. (2017). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Vigilancia Epidemiológica de la Obesidad Infantil en Andalucía. Monografía. 22(3). Recuperado de:
<https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2753>
25. Cartujo Redondo, A. (2017) Percepción De Salud En Función Del Estilo De Vida En Estudiantes Universitarios. (Tesis de Grado). Universidad de Valladolid. Recuperado de:<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24969/1/TFG-M-N994.pdf>
26. Casada García, P., Ramírez Morales, A., Sánchez Reyes, A. y Campos Covarrubias, G. (2010). Antropoenfermería, Salud, Migración y Multiculturalidad en América Latina. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ed. Miguel Porrúa. México D.F.
27. Castillo Mayedo, J. (2008).El Cuidado Cultural de Enfermería. Necesidades y Relevancia. Revista Habanera de Ciencias Médicas Vol. 7 (39). Recuperado de:
bvs.sld.cu/revistas/rhab/rhcmv7n3.htm
28. Cebolla, A; Baños, R; Botella, C; Lurbe, E y Torró M. (2011). Perfil Psicopatológico con Sobrepeso u Obesidad en Tratamiento de Pérdida de Peso. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 16, (2) 125-134, ISSN 1136-5420/11. España.
29. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, CDC. (2012) La Obesidad y Sobrepeso. CDC en Español. Atlanta. Recuperado de:
www.cdc.gov/spanish/VERB/ Obesidad.htm
30. Contraloría General de la República. Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2012). Lugares Poblados de la República. Volumen 1 – Tomo 2. Panamá.
31. Contraloría General de la República. (2011). Panamá en Cifras. Años 2006-2010. Panamá: Instituto Nacional de Estadística y Censo. Panamá.
32. Contraloría General de la República. (2012). Panamá en Cifras. Años 2007- 2011. Panamá: Instituto Nacional de Estadística y Censo. Panamá.
33. Contreras J, Gracia M. Alimentación y cultura. (2005). Perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel; Recuperado de:
revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/download/8073/70.

34. Contreras J, Gracia M. (2005). Alimentación y cultura: Perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel. Recuperado de: www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a03v20n2.pdf
35. Creswell, J. (2014). Research Desing. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches. (4ta ed). Washington DC. Sage Publication.
36. Chiesa, T. y Gaspio, C.; (2013). Factores de Riesgos y Determinantes de la salud. Revista de Salud Pública. Vol. 17(4) ,53-68. Recuperado de: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_5_09_art%206.pdf
37. Damaceno, M., Silva, L., Almada, V., Ataide, M., Silva, A., (2006). Obesidad y Exceso de Peso: Identificación de Casos entre los Trabajadores del Área de Salud. Revista Enfermería Integral. Recuperado de: www.enfervalencia.org/ei/73/sumario.pdf
38. Dehesa Gallo, G. (SF). Modos y Estilo de Vida. Promoción de la Salud. [Diapositivas]. Carrera de Medicina. Universidad de la Habana, Cuba. Recuperado de: www.uvsfajardo.sld.cu/.../modo_y_estilo_de_vida_promocion_de_salud_gdehesa.pdf
39. De la Cuesta, C. (1997). Naturaleza de la Investigación Cualitativa y su Contribución a la Práctica de Enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería. (15)2 Medellín. Recuperado de: http://rua.ua.es/.../De%20la%20Cuesta_Caracteristicas%20de%20la%20Investig
40. De la Cuesta, C. (2006). La Investigación Cualitativa y su Relación con Enfermería. Revista Metas de Enfermería (9). Recuperado de: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep97/caracter.htm>
41. Del Carpio Arenas, C. y Delgado Torres, J. (2013). Estado Nutricional Y Percepción De La Imagen Corporal Relacionados Con Riesgo De Trastorno De Conducta Alimentaria. Adolescentes Del Nivel Secundario De La I.E.40058 Ignacio Álvarez Thomas-Arequipa 2013. (Tesis de pre grado). Universidad Nacional de San Agustín. Perú. Recuperado de: repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2288.
42. Del Moral Ferrer, A. (2007) El derecho a opinar de niños, niñas y adolescentes en la Convención sobre los Derechos del Niño. Revista de Ciencias Jurídicas de la Universidad Rafael Urdaneta. Vol. 1 (2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127519340005>
43. Diccionario de Cáncer, (s.a.), (2014). Recuperado de: <http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=302456>
44. Diccionario Manual de la Lengua Española (s.a.) Vol. 1 (2007) Larousse Editorial, S.L. Recuperado de: <http://es.thefreedictionary.com/escolaridad>

45. Driessnack, M., Sousa, V. y Costa, I. (2007). Revisión de los diseños de Investigación relevantes para la enfermería: parte 3: métodos mixtos y múltiples. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 15(5), 179-182. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a24.pdf
46. Dueñas, N. (2012). *El Comportamiento en las Etapas del Desarrollo Humano*. México: Ediciones Cueba.
47. Duran de Villalobos, M. (2000) *Critica*. [USB]. Seminario de Investigación. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.
48. Esteve Blanch, Jaume (2017). *Obesidad e Información Al Consumidor: quizá una Paradoja solo aparente*. Artículo de investigación. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/jaume.esteve.blanch/9>
49. Fernández Pérez, K y Vera Anchundia, C. (2017). *Diseño de un Plan de Negocios Para Loncheras Escolares Basado en Metodología Canvas*. (Tesis de Grado) Universidad de Guayaquil. Recuperado de: <repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/20648>
50. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF. (2011). *La Adolescencia: Una Época de Oportunidades*. Recuperado de: https://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
51. Frutos García, J. y Royo, M. (2006). *Salud Pública y Epidemiología. Manuales de Dirección Médica y Gestión Pública*. Ed. Díaz De Santos. Madrid. Gálvez, Toro, A. (2001). *Enfermería Basada en Evidencia*. Estado de México, México: Cuadernos Metodológicos INDEX
52. Gálvez Toro, Alberto. *La otra evidencia. Índice de Enfermería*. (2000). Recuperado De: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_66.
53. Gamarra, M., Rivera, H., Alcalde, M. y Cabellos, D. (2010). *Estilos de Vida, Autoestima y Apoyo Social en Estudiantes de Enfermería*. *Revista UCV-Scientia* 2(2). Recuperado de: <revistas.concytec.gob.pe/pdf/scientia/v2n2/a08v2n2.pdf>
54. Garrido García, J. (2017). *Percepción Y Satisfacción De La Imagen Corporal En Estudiantes Universitarios*. (Tesis de Maestría). Recuperado de: <uvadoc.uva.es/handle/10324/24971>
55. Gómez, G.; Pessoa, R.; Froto, T.; Leite, T. y Bardosa, L. (2009) *La Actividad Física: Análisis desde el Modelo Teórico de Promoción de la Salud de Pender*. *Revista Escuela de Enfermería de USP* 43 (4). Recuperado de: www.scielo.br/pdf/reeusp/.../en_a06v43n4.pdf
56. Gómez Mármol, A.; Sánchez, B; J; Martínez, A; Bazaco, M; (2017). *La Educación Física como asignatura lúdica en Educación Secundaria: sedentarismo y práctica de actividades físico-deportivas extraescolares*. *Revista Sportis* 3 (3)605-620. La Coruña, España. Recuperado de: <revistas.udc.es/index.php/SPORTIS/article/view/sportis.2017.3.3.1829>

57. Gómez Molina, L. (2017). Imaginarios Sociales De Estudiantes De Ciclo V Acerca De La Educación Física, La Actividad Física Y La Corporalidad, En La Institución Educativa Distrital Pablo Neruda De La Localidad De Fontibón En La Ciudad De Bogotá. (Tesis de Maestría). Recuperado de: repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/4039/GomezLida2017.pdf?
58. González W., Y., (2010). Análisis de Conceptos. [Diapositivas] Universidad de Panamá. Doctorado en Enfermería con Énfasis en Salud Internacional. Panamá.
59. Gordón de Isaacs, L. (2005). Investigación con Enfoque de Género. Panamá: Instituto de La Mujer.
60. Gordón de Isaacs, L. (2015). Cuidado Cultural: Teoría, Investigación y Práctica. Panamá: Vicerrectoría de Investigación y Post Grado.
61. Gordon-Larsen P, Adair LS, Nelson MC, Popkin BM. (2004). Five-year obesity incidence in the transition period between adolescence and adulthood: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. The American journal of clinical nutrition 80: 569-75. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1906831/>
62. Green, H. (2011). Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones. Versión 5.1.0. Traducción Centro Cochrane Iberoamericano. Recuperado de: www.cochrane-handbook.org.
63. Hernández, F. (2016). Efectos De Un Programa De Actividad Física Multitarea Sobre El Consumo Máximo De Oxígeno, El Índice De Masa Corporal, El Porcentaje De Grasa Y Las Variables De Condición Física En Escolares Bogotanos. (Tesis de Grado). Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia. Recuperado de: repository.usta.edu.co/handle/11634/4149
64. Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C. y Batista Lucio, M. (2010). Metodología de la investigación. (5ª ed.). México D.F: Editorial Mcgraw- Hill Interamericana.
65. Hernández Conesa J, Moral de Calatrava P, Esteban Albert M. Objeto y Método de la Filosofía de la Ciencia: lógica, semántica y epistemología. En: Fundamentos de La enfermería. Teoría y método. (2003). 2a ed. McGraw-Hill Interamericana, Madrid.
66. Henry, B., Nicolao, A., Américo, C., Ximenes, L., Bemheim, R. y Oriá, M. (2010). Factores Socioculturales que Influyen en la Práctica de La lactancia entre Mujeres de Baja Renta en Fortaleza, Ceará, Brazil: Una perspectiva a Partir del Modelo Sol Naciente de Leininger. Revista Global (19). Recuperado de: scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200005...sci
67. Ibarra, M; y Mora, R. (2011). Habitación la Escuela: El Problema de la Infraestructura y su relación con las Enfermedades Escolares en Chile. Revista Invi26 (71). Recuperado de: revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/512

68. Infobae. (2014). *Latinoamérica: el 61% de adultos tiene sobrepeso u obesidad*. Infobae América. Recuperado de: www.infobae.com/2014/.../1568431-latinoamerica-el-61-adultos-tiene-sobrepeso-u-obesidad
69. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2010). Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/.../Base%20de%20datos%20ENSIN%20->
70. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2008). Encuesta Nacional de Niveles de Vida. Contraloría General de la República. Recuperado de: <http://www.contraloria.gob.pa/inec/Aplicaciones/ENV2008/intro.html>
71. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, INCAP, (2006). Manual de Instrumentos de Evaluación Dietética, (edición en español). Guatemala.
72. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, INCAP, "Notable aumento de la obesidad en Panamá en las últimas 3 décadas", revela estudio (2014). Boletín Informativo. Recuperado de: <http://www.incap.org.gt/index.php/es/noticias/949-notable-aumento-de-la-obesidad-en-panama-en-las-ultimas-3-decadas-revela-estudio>
73. Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2011). Encuesta de Niveles de Vida-2003. Recuperado de: www.incap.org.gt/.../949-notable-aumento-de-la-obesidad-en-panama-en-las-ultimas-3-..htt//contraloría.gob.pa
74. Jamison, D., Breman, J., Measham, A. et.al. (2006). Las Prioridades de la Salud. Banco Mundial. Washington D.C.
75. Jáuregui Lobera, I., Romero Candau, J., Bolaños Ríos, P., Montes Berriatúa, C., Díaz Jaramillo, R., Montaña González, M.^a T., Morales Millán, M.^a T., León Lozano, P., Martín, L. A., Justo Villalobos, I., & Vargas Sánchez, N. (2009). Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 568-573. Recuperado en 14 de octubre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000500008&lng=es&tlng=es.
76. Jiménez, M. J. (2010). Estilos Educativos Parentales y su implicación en diferentes Trastornos. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052>
77. Jurado Ortiz, L, Uribe, M., Montoya, A., Octalvalo, C. y Quintaba A. (2006). Factores de Riesgo Cardiovascular en Docentes Universitario. *Revista Medicina UPB*25(2). Recuperado de: redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=159019860008
78. Johnson, B. y Onwuegbuzie, A. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come Educational Researcher, 33 (7), 14-26. Recuperado de: <http://edr.sagepub.com/egi/content/abstract/33/7/14>

79. Kain, J.; Uauy, R.; Leyton, B.; Ceida, R.; Olivares, S. y Vio, F. (2008). Efectividad De una intervención en Educación Alimentaria y Actividad Física para Prevenir Obesidad en Escolares de la Ciudad de Casablanca Chile, (2003-2004). Revista Médica de Chile 136 (1). Recuperado de: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000100003...sci...
80. Kuhn Thomas, Samuel. El camino hacia la ciencia normal. En: La estructura de las Revoluciones científicas.(2007). Fondo de la Cultura Económica México. Recuperado de: www.madrimasd.org/blogs/universo/2007/05/26/66445
81. Landero, O., E.A. (2003).Capacidades de Auto Cuidado y Percepción del estado de Salud en adultos con y sin Obesidad.(Tesis de Maestría), Recuperado de: digital.dgb.uanl.mx/te/1080124318.pdf
82. Landeros-Olvera, E, Salazar-González, 2, Cruz-Quevedo, E. (2009). La influencia del positivismo en la investigación y práctica de enfermería. Revista Enferm (18) 4, Granada. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000400011>
83. Lemus, J.; Aragües, V. y Lucione, M. (2008). Epidemiología y Salud Comunitaria. Rosario: Editorial Corpus.
84. Leininger, M. (1991) Fases para el Análisis de Datos Cualitativos del Método Etnoenfermería. Traducción: Gordón de Isaacs, L. 2012. Panamá.
85. Leininger, M. & MacFarland, M. (2006). Culture Care Diversity and Universaly A Worldwide Nursing Theory. Massachusetts, USA: Jones and Bartlett Publishers.
86. Leininger, M. & MacFarland, M. (2002). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice. New York: McGraw-Hill.
87. López, L., Cataño, N., López, H. y Velásquez, H. (2011). Diversidad Cultural en Sanadores Tradicionales Afro Colombianos: preservación y Conciliación en Salud. Revista Aquican. Vol. 11 (3).287-304. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74121424005>
88. Lorenzini, A. (2012). Analizando los Datos de Estudios Cualitativos con Auxilio de Software. [Diapositivas] Clases Doctorado en Enfermería, Énfasis en Salud Internacional Universidad de Panamá.
89. Mantilla Toloza, S. y Gómez Conesa, A. (2007). El Cuestionario Internacional de Actividad Fisica. Un Instrumento adecuado en el seguimiento de la Actividad Poblacional. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesol. 10 (1). Recuperado de: www.elsevier.es/.../el-cuestionario-internacional-actividad-fisica-un-instrum..
90. Marchi-Alves, L.; Yagui, C.; Simões Cíntia; Mazzo, A.; Leitel, E; Girão, F;(2011). Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo Enfermeiro. Revista: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 15, (2). Recuperado de: redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp

91. Marriner T. A. y Raile Alligood, M. (2007). Modelos y Teorías de Enfermería. (6ta. ed.). Madrid: Elsevier Science.
92. Martínez Miguélez, M. (1999). El paradigma científico postpositivista. En: La Investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico-Práctico. 3a ed. Trillas. México DF. Recuperado de:
[www.docstoc.com/docs/130126306/MARTINEZ-Miguel-\(1998\)](http://www.docstoc.com/docs/130126306/MARTINEZ-Miguel-(1998))
93. Martínez, F. (2010). Aplicación del Modelo de Nola Pender a un Adolescente con Sedentarismo. Revista Enfermería Neurológica 9 (1). Recuperado de:
www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101j.pdf
94. Medellín, P. (2004). La política de las políticas públicas: propuesta teórica y Metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad. CEPAL. Serie Políticas Públicas. ISBN: 92-1-322564-4. Recuperado de: <http://www20.iadb.org/intal/catalogo/PE/2010/06159.pdf>
95. Mejía Lopera, M. (2008). Aplicación de Algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. Index Enferm 17 (3). doi: 10.4321/S1132-12962008000300010
96. Melguizo Herrera, E. y Alzate Posada, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Avances en Enfermería, 26(1), 112-123. Recuperado de
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>
97. Mendoza Melgarejo, M. (2009). Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales de la Persona Adulta del AA.HH. Julio Meléndez Casma – 2009. (Tesis de Grado Universidad Católica de Los Ángeles Chimbote, Casma, Perú). Recuperado de:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649.pdf>
98. Ministerio de Salud. (2011) La Obesidad en Niños y Adultos. Recuperado de:
www.htt/minga.gob.pa
99. Ministerio de Salud/ UNICEF. (2009). Estado Nutricional de Los Niños Menores De 5 años. Rep. De Panamá. Panamá. Recuperado de:
www.unicef.org/panama/.../Encuesta_Niveles_de_Vida_WEB.pdf
100. Ministerio de Salud, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. (2011). Informe de Prevalencia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedad Cardiovascular en la Población Adulta de 18 años y más de la Prov. De Panamá y Colón. (PREFREC). Panamá. Recuperado de:
<http://cspcocle.files.wordpress.com/2011/11/prevalencia-de-factores-de-riesgos-asociados-a-enfermedad-cardiovascular.pdf>
101. Ministerio de Salud. (2016). Informe de las Desigualdades en Salud en la República de Panamá. Panamá. Recuperado de:
http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/direcciones/informe_de_desigualdades_en_salud.pdf
102. Ministerio de Salud. (2012). Situación Alimentaria Y Nutricional De La Población

- Panameña basada En La Tercera Encuesta De Niveles De Vida - 2008. Departamento de Salud Nutricional. Panamá.
103. Ministerio de Salud/ UNFPA/OPS/OMS. (2006). Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral De Los y las Adolescentes de la República de Panamá. Panamá. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/norma_adolescentes_final_19_oct_2006_negro_azul.pdf
 104. Montero, J.C. (2001). Obesidad una Visión Antropológica. Instituto y Cátedra de Estudios de la Medicina. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.meducar.com.ar/cursos/files/ANTROPOLOGIA.pdf>
 105. Morris, E. (2012). Enfermería Transcultural. [Diapositivas]. Clases Doctorado en Enfermería, Énfasis en Salud Internacional. Universidad de Panamá.
 106. Muñoz Calvo. (2015). Anticoncepción en Adolescencia y Situaciones Especiales. Revista Encuentro con el Experto 6 (Suple). Recuperado de: www.endocrinologiapediatria.org/revistas/P1-E12/P1-E12-S510-A284.pdf
 107. Municipio de Chitré. (2017). Sitio web Ceremonias y Fiestas. Recuperado de: <https://chitre.municipios.gob.pa/cultura.php?page=639&idm=67>
 108. Morris, E. (2013). Informe de Entrevista Realizada a Experta Internacional. Doctorado de Enfermería con Énfasis en Salud Internacional. Facultad de Enfermería. Panamá.
 109. Narváez, G. y Narváez, X. (sf.) Índice de Masa Corporal Nueva Visión y Perspectivas. Recuperado de: www.fac.org.ar/scvc/llave/PDF/narvaeze.PDF
 110. Niño Avendaño, C., Manuel Ospina, J. y Manrique Abril, F. (2012). Episodios de Ansiedad y Depresión en Universitarios de Unja (Colombia): probable Asociación en uso de Anticoncepción Hormonal. 2012. Revista Investigación Andina (26) 16, 150. Recuperado de: www.scielo.org.co/pdf/inan/v16n29/v16n29a06.pdf
 111. Núñez Rivas, H. (2007). Las Creencias Sobre Obesidad de Estudiantes de la Educación General Básica. Revista Educación 31(001). Recuperado de: redalyc.uaemex.mx/pdf/440/44031110.pdf
 112. Núñez Guzmán, N. y Carranza Madrigal, J. (2012). Conocimiento, Autopercepción y Situación personal de estudiantes de enfermería respecto al Sobrepeso y la obesidad. Revista Medicina Interna de México 28 (1). Recuperado de: www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim121b.pdf
 113. Onwuegbuzie, A. J. y Leech, N. L. (2010). Guidelines for Conducting and Reporting Mixed Research in the Field of Counseling and Beyond. Journal of Counseling & Development 88 (61-70). Recuperado de: https://sehd.ucdenver.edu/transformationinitiative/files/NCATE-Standards/Standard5/Publications5.4.e/Leech_Onwuegbuzie_Mixed_Research_CD_2010_PublishedVersion.pdf

114. Organización Panamericana de la Salud. (2015). Experiencia de México en el Establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública. México.
115. OPS/OMS. (2011). Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). 2da. Ed. Revisada. Unidad 3: Medición de las Condiciones de Salud y Enfermedad en la Población. OPS/OMS. Washington DC.
116. Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil. Recuperado de: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>
117. OMS. (2016, Junio). Obesidad y sobrepeso. Noviembre, 2016, Obtenido de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
118. Organización Mundial de la Salud. (2015). Consumo de alimentos y bebidas ultra procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública. Recuperado el 12 de mayo de 2016, de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27545&lang=es
119. Organización Mundial de la Salud. (2012). Obesidad y Sobrepeso. Centro de Prensa. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
120. Organización Mundial de La Salud. (2011). Obesidad y Sobrepeso. Nota Descriptiva 311. Recuperada de: www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=10203
121. Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial. (2011). Informe Mundial sobre La Discapacidad. Malta: OMS
122. Organización Mundial de la Salud. (2002). Cuestionario de Actividad Física. Recuperado de: www.ipaq.ki.se
123. Organización de Naciones Unidas. (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
124. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE (10 ma.ed.) Recuperado de: www.cie10.org/Descargas/cie10Estadistica.pdf
125. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de La Salud (CIF). Versión Abreviada. Madrid: Secretaria de Estado de Servicios Sociales.
126. Orrego Sierra S, Ortiz Zapata AC.(2007) Calidad del cuidado de Enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería. 19(2):78. Recuperado de: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864.
127. Peña, R. y Bacallao, J. (2001) La Obesidad y sus tendencias en la Región. Revista

- Panamá Salud Pública 10(2). Recuperado de: www.paho.org/spanish/dbi/es/v10n2-Editorial.pdf
128. Pereira de Melo, L. (2010). La Contemporaneidad de la Teoría de Cuidado Cultural de Madeleine Leininger: Una Perspectiva geo-histórica. Revista Redalyc Vol. 14 (2) 21-32. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26019017002>
 129. Pereira Pérez, Z. (2011). Los Diseños de Métodos Mixtos en la Investigación en Educación. Revista Electrónica Educare Vol. 15, (1), 15-29, ISSN: 1409-42-58 Enero-Junio, 2011. Recuperado de:
www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf
 130. Pérez Lizaur, A., Escalante, E. y Aguilar Salinas, C. (2012). Educación como Determinante de la Obesidad: Construcción de Competencias Profesionales en Profesionales de la Salud y en la Sociedad para Afrontar la obesidad en el Contexto Mexicano. Obesidad en México. Recomendaciones para una Política de Estado. Universidad Nacional Autónoma de México.
 131. Pinzón Rodríguez, M. (2010). Apodos y Chistes en Monagrillo. Recuperado de <http://www.sociologiadeazuero.net/2010/01/algo-mas-que-apodos-y-chistes>
 132. Pineda, E y Alvarado E. (2008). Metodología de la investigación. (3ra ed.). Washington DC: OPS/OMS
 133. Polit, D y Hungler B. (2007) Investigación científica en ciencias de la salud. (6ªed.)México: Editorial Interamericana. Mcgraw- Hill.
 134. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). Atlas de Desarrollo Local Panamá 2015. PNUD. Panamá.
 135. Pulido, S. y Rodríguez, J. (2014). Manual Básico de Uso: Software NVivo. V9& 10. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de:
www.fce.unal.edu.co/media/files/.../Manual_de_Uso_Basico_NVivo_9__10.pdf
 137. Ramírez Zea, M. (2007). Intervenciones Eficaces para prevenir y controlar la Obesidad pediátrica en América Latina. [Presentación con Diapositivas en PowerPoint].Guatemala: Incap/OPS.
 138. Real Academia de la Lengua Española (2001) Diccionario de la Real Academia Española.(22ª. ed.) Recuperado de: www.rae.es
 139. Rivera Dammarco, J., Hernández Ávila, M., Aguilar Salinas, C., Vadillo Ortega, F. Murayama Rendón, C. (2012). Obesidad en México. Recomendaciones para una Política de Estado. Universidad Autónoma de México. México D.F.
 140. Rivera J. y González Coccio. T. (Febrero, 2013). Marco Conceptual de la obesidad Y clasificación de sus causas en inmediatas, subyacentes y básicas. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. [Diapositivas]. Recuperado de:
www.paho.org/hiap/index.php?option=com_docman&task.
 141. Rocafuerte Ruíz, A. (2017). “Estilos Parentales Y Su Relación Con Las conductas

- Alimentarias De Riesgo De Adolescentes. (Tesis de Grado). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. Recuperado de:
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26135/1/ROCAFUERTE%252c%20ANA.%20TESIS%20pdf.pdf>
142. Rodríguez, T., Fernández, J., Cucó, G. Jordá, B. y Val, A. (2009). Validación de un Cuestionario de Frecuencia Alimentaria Corto: Reproductividad y Validez. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 23(3) Recuperado de:
https://www5.uva.es/guia_docente/uploads/2011/470/.../Documento.pdf
143. Rodríguez Venegas, V., Camblor Gómez, A y Galleguillos Cabrera, L. (2015). Construcción De Masculinidades En Jóvenes De La Región De Atacama. *Revista Rumbos de Trabajo Social*. 10 (12), 20-36. ISSN 0718- 4182. Recuperado de:
<https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46230245/234-462-1-SM.pdf>
144. Rojas Conejera, A y Gutiérrez López, P. (2016). Propuesta didáctica con uso de Cuestiones Sociocientíficas para la enseñanza y aprendizaje de Biomoléculas, que promueva el desarrollo de la Alfabetización Científica. (Ponencia). Universidad Católica de Valparaíso. Chile. Recuperado de: publication at:
<https://www.researchgate.net/publication/318949877>
145. Rodríguez Rossi, R. (2006). La Obesidad Infantil y los Efectos de los Medios Electrónicos de Comunicación. *Revista Investigación en Salud* 8(002).
 Recuperado de: <redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14280207>
146. Rojas, T,J y Zubizarreta E., M. (2007) Reflexiones del Estilo de Vida y Vivencias Del Autocuidado en la APS. *Revista Sociedad Cubana de Enfermería* 23(1)
 Recuperado de: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864...
147. Ruiz M. A. y Morillo, L. (2004). *Epidemiología Clínica. Investigación Clínica Aplicada*. Editorial Médica Panamericana. Bogotá D.C.
148. Saavedra Pérez, S. (2002, 29 junio). La rumba es en Monagrillo. Ed. Crítica, Panamá. (ed.). Recuperado de: <http://portal.critica.com.pa/archive/06292002>
149. Sanz-de-Galdeano, Anna (2005): La epidemia de obesidad en Europa, IZA Documentos de Discusión, No. 1814. Recuperado de:
<http://hdl.handle.net/10419/33275>
150. Salamanca, A. (2006). La Investigación Cualitativa en las Ciencias de la Salud. *Revista Nurse Investigación* (24) Recuperado de:
www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F.../FMetod_24.pdf
151. Sánchez, M., Herrera, F. y Socarras, M. (2008). El Sentido Cultural del Cuidado en Casa del Enfermo. *Revista Ciencia y Cuidado* 5 (5) 74-84. Recuperado de:
dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2884817.pdf
152. Sánchez Sanabria, M., Herrera Salazar, F. y Socarras Vega, M. (2008). El Sentido Cultural del Cuidado, en casa del Enfermo. *Revista Ciencia y Cuidado* (5)

- 1, 74-84. Universidad Francisco de Paula Santander. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2884817.pdf>
153. Sartre, J.P. (SF.) El Existencialismo es un Humanismo. Recuperado de: www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/766.pdf
154. Sasson M, Lee M, Jan C, Fontes F, Motta J (2014). Prevalence and Associated Factors of Obesity among Panamanian Adults. 1982–2010. PLOS ONE 9(3): e91689. doi:10.1371/journal.pone.0091689. Recuperado de: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0091689&representation=PDF>
155. Secretaria Nacional de Discapacidad. (2006). Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, PENDIS. Panamá.
156. Serra-Majem, L. (2014). Obesidad Infantil: ¿Hemos tocado Fondo? ¿Podemos echar las Campanas al Vuelo? Revista Medicina Clínica 143 (11) 489-491. Recuperado de: www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S0025775314001316-S300.
157. Sinisterra, O. (2006). Situación Nutricional, Patrón de Consumo y Acceso a Alimentos de la Población Panameña. Panamá. MINSA. Recuperado de: www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/.../encuesta.pdf
158. Tares Chamorro, (2001). El Cuidado del Otro, Diversidad Cultural y Enfermería Transcultural. Revista *Gazeta de Antropología* 17 (15). Recuperado de: www.gazeta-antropologia.es/?p=3267
159. Telemetro. (2011, 7 de agosto). La Obesidad Requiere un abordaje Urgente en Panamá, Advierte el Gobierno. Telemetro Reporta. Recuperado de: tm.telemetro.com/quickPage.html?page=19350&content
160. Tolentino Mayo, M., Barquera Cervera, S., Rivera Márquez, J. Sotres Álvarez, D. y Flórez Aldana, M. (2003). Aspecto de Nutrición y Alimentación en México. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca- México.
161. Torres- Melo, J. y Santander, J. (2013). Introducción a las Políticas Públicas. Bogotá: IEMP Ediciones.
162. Trejos Martínez, F. (2010). Enfermería y Las Ciencias Sociales; un Enfoque Diferente a una Necesidad para entender el Cuidado. Revista Enfermería Neurológica 10 (2) México D.F. Recuperado de: http://www.Medigraphic.com/enfermeria_neurológica.
163. Trejo Toscano Pardo, T. (2017). Perfil Psicológico de los padres de familia del Sector Centro-Sur de la ciudad de Quito que presentan negligencia hacia sus hijos menores de 12 años. (Tesis de Grado). Universidad Central de Ecuador. Recuperado de: www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11862
164. Vanegas, B. (2010). La Investigación Cualitativa: Un Importante Abordaje del Conocimiento Para Enfermería. Revista Colombiana de Enfermería (6)128-142. Recuperado de: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036726.pdf

165. Velazco, A., Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F. y Murayama, C. (2012). *Obesidad en México. Recomendaciones Para una Política de Estado*. Universidad Nacional Autónoma de México.
166. Vargas Guadarrama, L. y Bourges Rodríguez, H., (2012). *Obesidad en México. Recomendaciones para una Política de Estado. Sección 3: Los Fundamentos Biológicos y Culturales de los Cambios en la Alimentación Conducentes a la Obesidad*. Universidad Autónoma de México. México D.F.
167. Villamil Ramírez, H. (2011). *Estudio de Genes Candidatos Funcionales en el Desarrollo de Obesidad en Población Infantil, Adulta e Indígena Mexicana*. (Tesis de Maestría). Instituto Politécnico Nacional. México DF. Recuperado de: HTMLMETA HTTP- EQUIV="content-type" CONTENT="text/html;charset=utf- ">CITE>www.sepi.esm.ipn.mx/./TESIS_HUGO_VILLAMIL_RAM__REZ3.../CITE
168. Villarreal M, Sánchez J, Musitu G. (2010). *Como mejorar tus habilidades sociales*. México, Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de: www.uv.es/lisis/m-villarreal.htm
169. Walker, L and Avant, K. (1988). *Strategies for Theory construction in Nursing*. (2th ed.)Norwalk, CT: Appleton and Large. Capt.3 Traducción y Adaptación de Edilma Gutiérrez de Reales. Universidad Nacional de Colombia.
170. World Health Organization. *Obesidad*. (Referido en 2010) Disponible en: URL: <http://www.who.int/publications/es/>.
171. Zafra Aparici, E. (2017). *Educación Alimentaria: Salud y Cohesión Social*. Revista Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanus. 13 (2)295-306. Recuperado de www.scielosp.org/pdf/scol/v13n2/1851-8265-scol-13-02-00295.pdf
172. Zafra Aparici, E. (2008). *Zafra E. Aprender a comer: procesos de socialización y trastornos del comportamiento alimentario*. [Tesis doctoral]. Barcelona: Departament d' Antropologia Cultural i Història d' Amèrica i d' Àfrica, Universitat De Barcelona; 2008. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/35225/2/EZAFRA_TESIS.pdf
173. Zeller, J. (2007). *Evaluación de la Discapacidad*. Revista Jama 298(7) 17. Recuperado de: jama.ama-assn.org/content/suppl/2008/02//298/pdfpat110708.pdf.

10.0 ANEXOS

ANEXO N° 1:

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

(Consentimiento Informado)

Buenos días, mi nombre es _____. Estoy aquí por parte de la Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería y estamos realizando la investigación sobre Obesidad y sobrepeso en adolescentes.

Este estudio tiene por objetivo Determinar los factores de Riesgo y caracterizar a los adolescentes con Sobrepeso y Obesidad y la describir los significados culturales, valores, creencias y modos de vida de los adolescentes de 15-19 años, residentes en el corregimiento de Monagrillo, Distrito de Chitré.

Los resultados de este estudio serán utilizados para establecer políticas, programa y proyectos que puedan servir para beneficio de la población con adolescente panameña

Le solicitamos su cooperación de 1 hora de su preciado tiempo para conversar con usted sobre aspectos generales de su familia Yo le haré la pregunta y usted responde. Sí hay alguna pregunta que no entiende dígame, para que se le explique.

Es importante aclararle que se le pesará y tallara para determinar su índice de masa corporal y saber su estado nutricional.

Su participación en este estudio es voluntaria. Si usted decide no participar, no se tomará ninguna sanción con usted. Igualmente no se afectará la atención que se le brinde

Si usted está de acuerdo en participar, le agradezco mucho su colaboración y le ruego que ponga su firma en esta hoja, de la cuál le daré una copia. Su participación será confidencial, su nombre no va a ser utilizado en ningún informe.

Este estudio ha sido evaluado y aprobado por el Comité Nacional de Bioética en su sede el ICGES.

En caso de alguna pregunta relacionada con el estudio dirigirse a:

Investigadora Magali M. Díaz Aguirre al 523- 6421.

En caso de alguna pregunta respecto a sus derechos como sujeto de investigación dirigirse a: El Comité de Ética de la Universidad de Panamá

Teléfono:

Estoy de acuerdo a ser entrevistado/ Sí_____ No_____

Firma de la entrevistada/o y fecha

Firma del entrevistador

Nombre_____

Dirección_____

ANEXO N° 2

USA Spanish version translated 3/2003 - SHORT LAST 7 DAYS SELF-ADMINISTERED version of the IPAQ – Revised August 2002

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA

(Octubre de 2002)

VERSIÓN CORTA FORMATO AUTO ADMINISTRADO -

ÚLTIMOS 7 DÍAS

PARA USO CON JÓVENES Y ADULTOS DE MEDIANA EDAD (15-69 años)

Los Cuestionarios Internacionales de Actividad Física (IPAQ, por sus siglas en inglés) contienen un grupo de 4 cuestionarios. La versión larga (5 objetivos de actividad evaluados independientemente) y una versión corta (4 preguntas generales) están disponibles para usar por los métodos por teléfono o auto administrada. El propósito de los cuestionarios es proveer instrumentos comunes que pueden ser usados para obtener datos internacionalmente comparables relacionados con actividad física relacionada con salud.

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA

Estamos interesados en saber acerca de la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria. Las preguntas se referirán acerca del tiempo que usted utilizó siendo físicamente activo(a) en los últimos 7 días. Por favor responda cada pregunta aún si usted no se considera una persona activa. Por favor piense en aquellas actividades que usted hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Piense acerca de todas aquellas actividades vigorosas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades vigorosas son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

1. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días realizó usted actividades físicas vigorosas como levantar objetos pesados, excavar, aeróbicos, o pedalear rápido en bicicleta?

_____ días por semana

Ninguna actividad física vigorosa Pase a la pregunta 3

2. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le tomó realizar actividades físicas vigorosas en uno de esos días que las realizó?

_____ Horas por día

_____ Minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

Piense acerca de todas aquellas actividades moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

3. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas tal como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o jugar dobles de tenis? No incluya caminatas.

_____ Días por semana

Ninguna actividad física moderada Pase a la pregunta 5

4. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas moderadas?

_____ Horas por día

_____ Minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

Piense acerca del tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier otra caminata que usted hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio, o placer.

5. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días caminó usted por al menos 10 minutos continuos?

_____ Días por semana

No caminó Pase a la pregunta 7

6. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días caminando?

_____ Horas por día

_____ Minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

La última pregunta se refiere al tiempo que usted permaneció sentado(a) en la semana en los últimos 7 días. Incluya el tiempo sentado(a) en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo sentado(a) en un escritorio, visitando amigos(as), leyendo o permanecer sentado(a) o acostado(a) mirando televisión.

7. Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo permaneció sentado(a) en un día en la semana?

_____ Horas por día

_____ Minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

Este es el final del cuestionario, gracias por su participación.

USA Spanish version translated 3/2003 - SHORT LAST 7 DAYS SELF-ADMINISTERED version of the IPAQ – Revised August

2002

ANEXO N°3

INSTRUCTIVO PARA LA ENCUESTA DE FRECUENCIA DE CONSUMO

Pregunte a la persona:

- En una semana normal, (o sea una semana en que usted no tuvo cambios de sus hábitos por viaje o enfermedad) cuantas veces consume los alimentos que le voy a mencionar:

“manzana o pera”...

- deberá indicar si todos los días, de 3 a 6 veces en una semana, 1 o 2 veces o NUNCA.

- Si la persona dice: “a veces”, o cada 15 días, anote en la casilla NUNCA; si la persona encuestada refiere un número en una semana “usual” o “normal”, anote una x en la casilla correspondiente. En el caso de que la persona no se atreve a afirmar como es su consumo “usual” o “normal” o “frecuente”, ayúdelo preguntando: “En la última semana, cuantas veces usted consumió manzana o pera”.

- A continuación seguir mencionando los alimentos por renglón, hasta llegar a “Sodas”.

- Cuando llega a “sodas”, volver a indicar: “En la última semana, cuantas veces usted consumió o tomó soda”. “Blanca o negra o de colores”.

- Anote la respuesta en la casilla correspondiente.

- Siga con los alimentos de la lista.

- En una semana normal, (o sea una semana en que usted no tuvo cambios de sus hábitos por viaje o enfermedad) cuantas veces consume los alimentos que le voy a mencionar:

- Cuando llega a “Frituras como: tortilla, hojaldre o empanada” volver a preguntar: “en una semana normal, cuantas veces consume Frituras como: tortilla, hojaldre o empanada”? anotar la respuesta. Seguir repitiendo cada alimento de los renglones subsecuentes: “en una semana normal, cuantas veces consume papas fritas, patacón o yuca frita”, no importa si fue en desayuno, almuerzo o cena.

- Sobre Pescado NO FRITO, pregunta 28, es importante hacer la salvedad sobre la forma de preparación del pescado o atún de lata o fresco.

- La pregunta 17, sobre chocolate negro o cocoa se refiere a chocolate con más de 40% de cacao o sea no “chocolate con leche” en barra o cocoa pura preparada en bebidas.

- La pregunta 23 tiene por objeto ayudar a comparar el consumo de frituras y sodas.

ANEXO N° 4

PREFEREC

ANÁLISIS DE ENCUESTA DE FRECUENCIA DE CONSUMO

Para conocer el consumo de alimentos protectores y predisponentes al desarrollo de la enfermedad cardiovascular, del total de alimentos enlistados, se clasificaron en cinco grupos, de acuerdo a su función protectora o de riesgo.

Protector 1: Corresponde a la sumatoria de las tres columnas equivalentes a los números de las filas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 25, 26 y 27. Se define el número semanal para consumo óptimo = 35.

Protector 2: Corresponde al valor asignado a la columna total de puntos, de la fila 17. Se define como consumo óptimo = 3 o más.

Protector 3: Corresponde al valor asignado a la columna total de puntos de la fila 28. Se define como consumo óptimo = 3 o más.

Riesgo 1: Corresponde a la sumatoria del valor asignado a las columnas que coincidan con las filas 8, 10, 15, 16 y 18. Se define como riesgo el consumo de 7 o más.

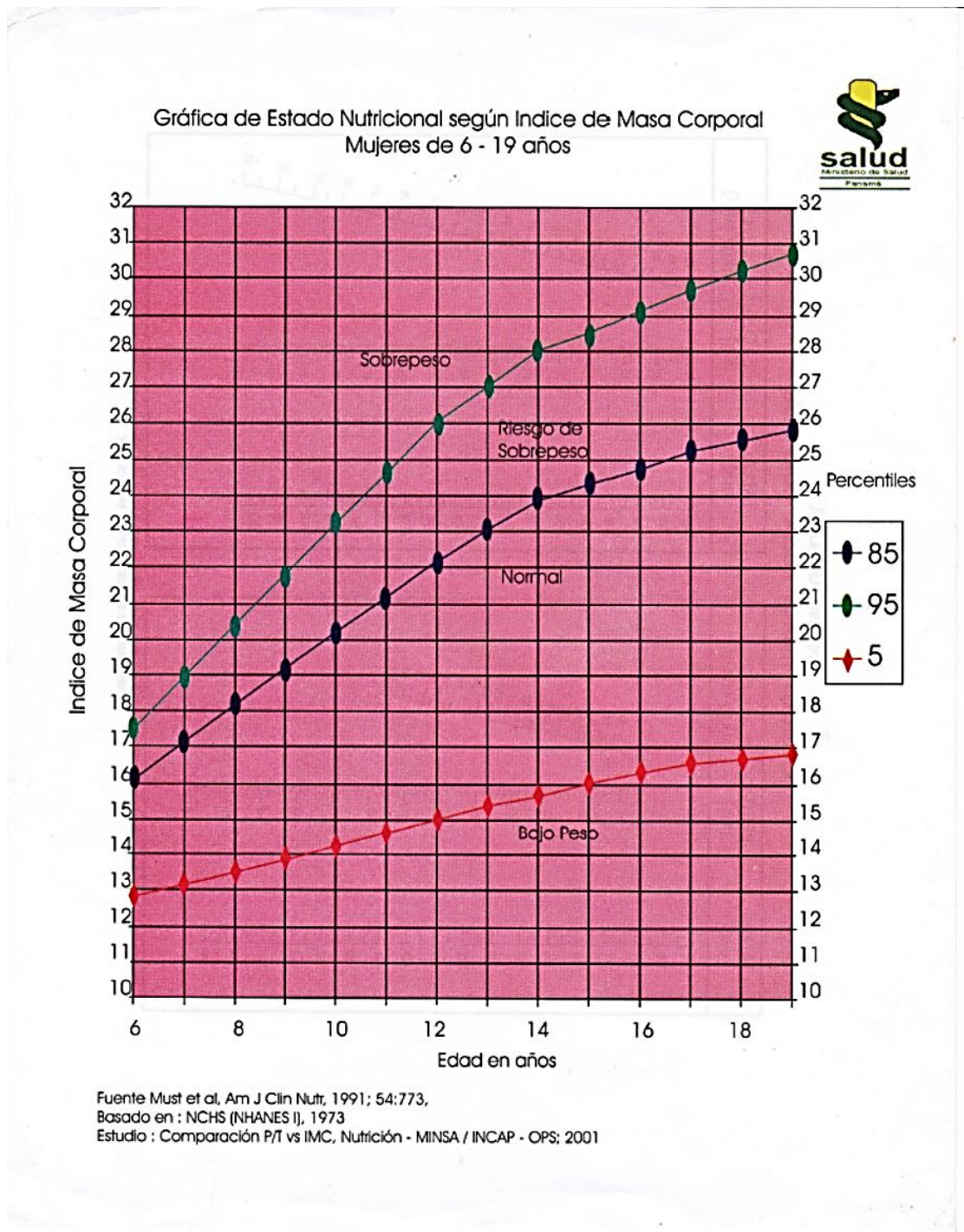
Riesgo 2: Corresponde a la sumatoria del valor asignado a las columnas que coincidan con las filas 11, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 22 y 29.

Para las preguntas 30, 31, 32 y 33 realizar un análisis descriptivo.

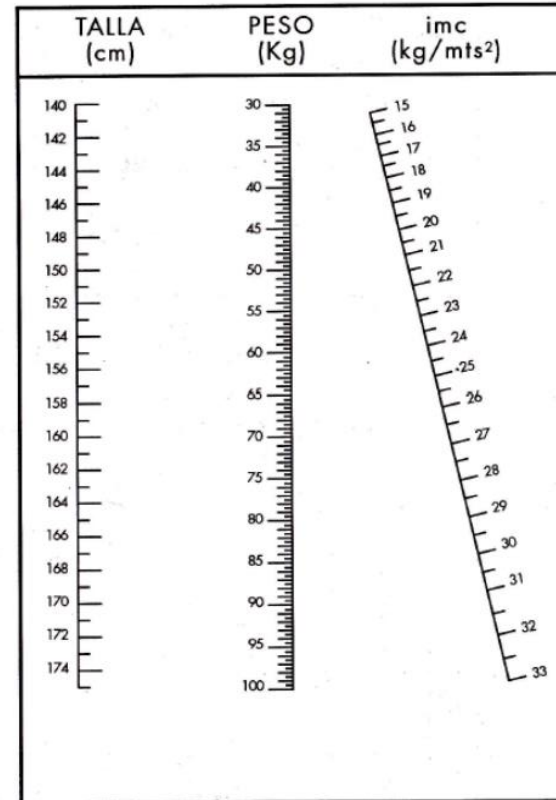
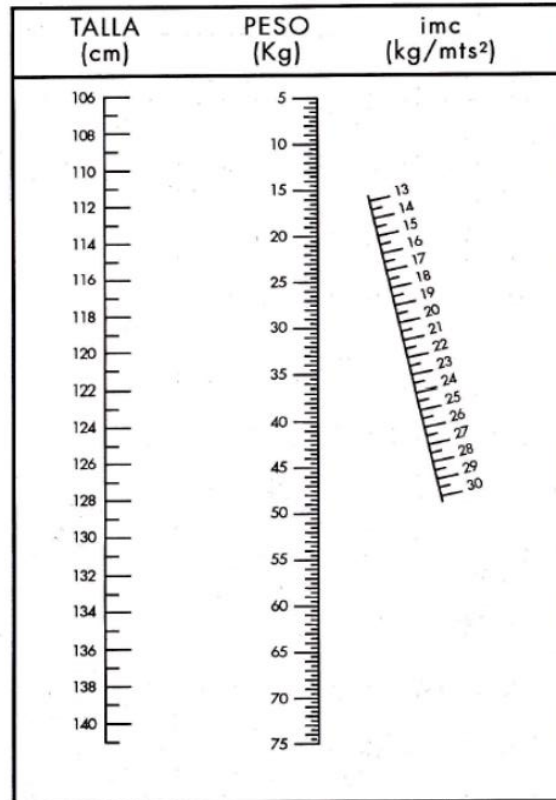
AOBS.: 1) La pregunta 9: “Jugos de lata o cajeta” se ha colocado solo para poder diferencia los jugos (con y sin néctar) de las chichas con kool aid o tang o sobrecitos y mucho azúcar, hechas en la casa. No se tomará en cuenta esta pregunta para incluirla como protector o riesgo porque no se puede diferenciar si corresponde a néctar de frutas o simples chichita, ni conocer si tiene exceso de azúcar.

2) Si usted puede identificar un consumo exagerado en la pregunta 30, más de 30 gramos al día, agregarlo a la sumatoria del Riesgo 1.

ANEXO 5:



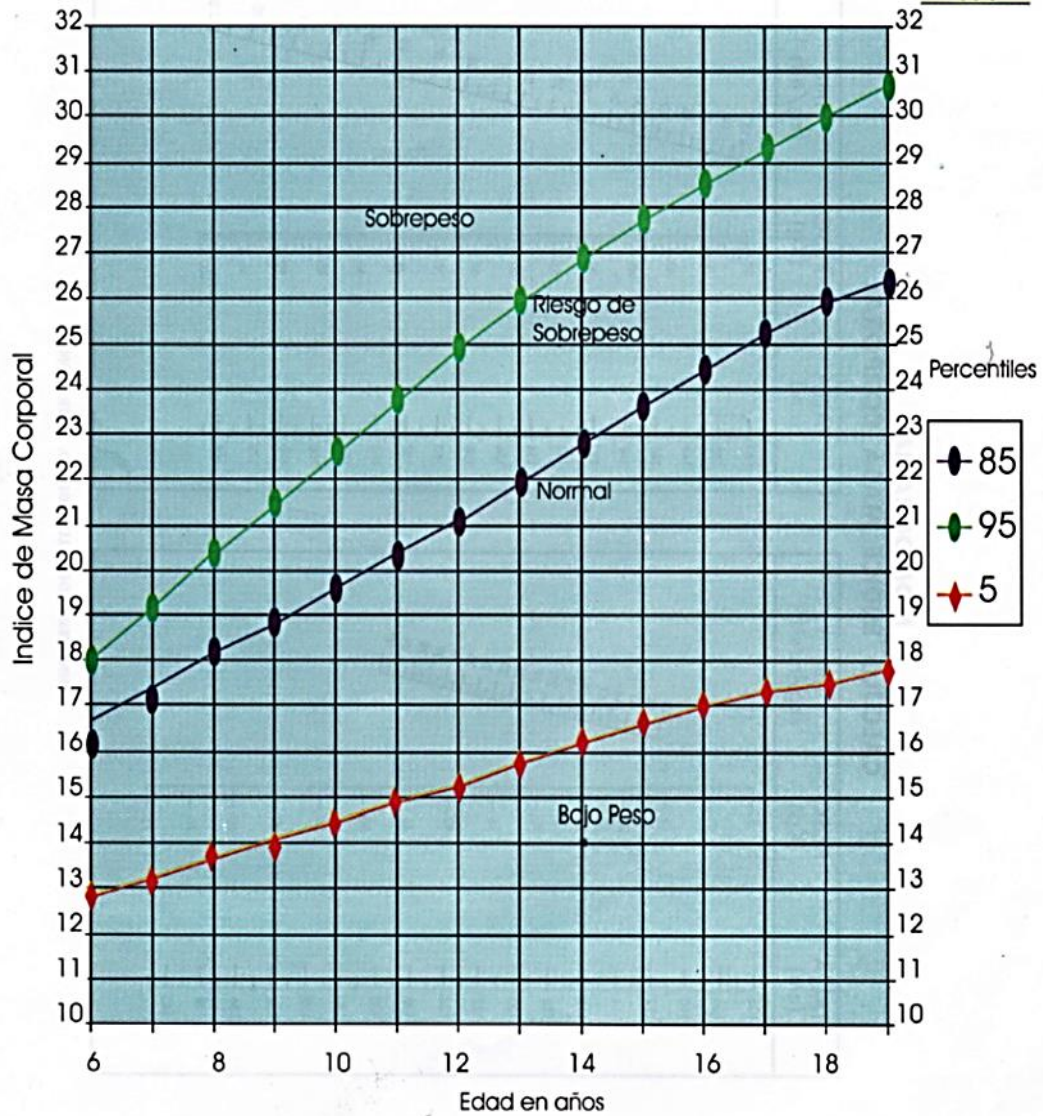
**NOMOGRAMA
CALCULO INDICE MASA CORPORAL**



MINISTERIO DE SALUD, DEPTO. NUTRICION

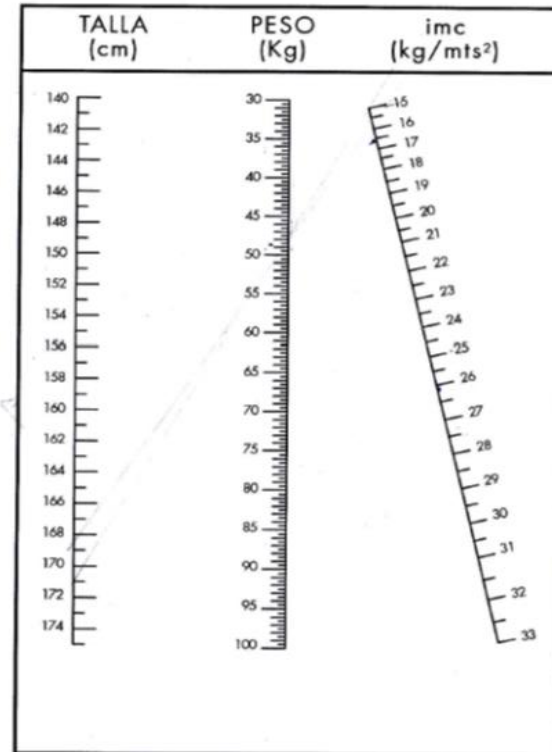
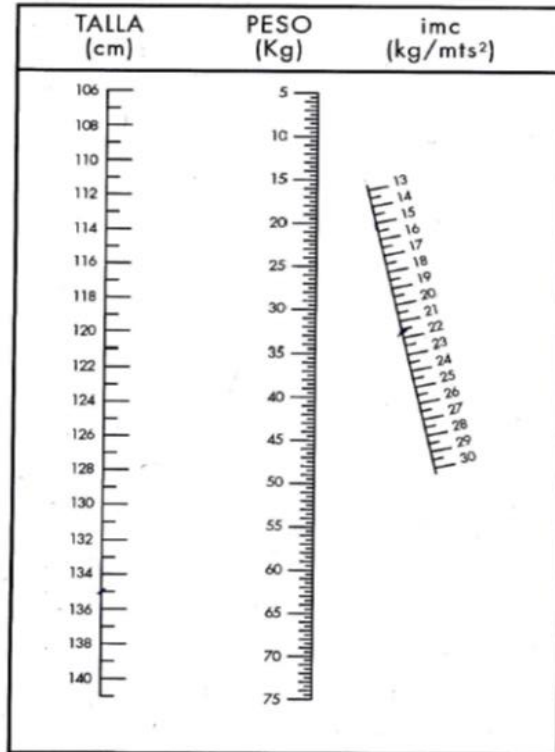
ANEXO N° 6

Gráfica de Estado Nutricional según Índice de Masa Corporal
Hombres de 6 - 19 años



Fuente: Must et al, Am J Clin Nutr, 1991; 54:773.
 Basado en : NCHS (NHANES I), 1973
 Estudio : Comparación P/T vs IMC, Nutrición - MINSA / INCAP - OPS; 2001

**NOMOGRAMA
CALCULO INDICE MASA CORPORAL**



MINISTERIO DE SALUD, DEPTO. NUTRICION

Mediciones de Comportamiento Alimenticio

En una semana normal, cuantas veces usted consume alguno de los siguientes alimentos?	Todos los días (anotar 7)	3 a 6 veces a la semana (anotar 4)	Menos de 3 días a la semana (anotar 1)	NUNCA (anotar 0)
1 Manzana o pera				
2 Guineo				
3 Uvas, sandía, melón				
4 Papaya, piña				
5 Naranja, limón o mango				
6 Otras frutas no mencionadas				
7 Pasitas, frutas secas				
8 Sodas				
9 Jugos de lata o cajeta				
10 Refrescos artificiales (Tang, Kool Aid),				
11 Frituras como: tortilla, hojaldre o empanada				
12 Papas fritas, patacón o yuca frita				
13 Salchicha frita				
14 Nuggets fritos				
15 Pastilla, caramelos (6 al día o +)				
16 Chocolate (en barra)				
17 Chocolate negro/Cacao				
18 Dulces en general				
19 Kaprichitos, doritos, taquitos u otros				
20 Pollo frito, carne frita, pescado frito				
21 Puerco frito, chuleta frita				
22 Chicharrón				
23 Trío o combos (comida rápida)				
24 Cuantas veces va al Mc Donald, Burguer King, KFC, Pío Pío u otro restaurante de comidas rápidas				
25 Zapallo, habichuela, espinaca, berro, brócoli o mostaza				
26 Vegetales como lechuga, pepino, repollo				
27 Tomate, zanahoria				
28 Pescados (no frito) o Atún de lata				
29 Utiliza coco para cocinar (leche o aceite)				
30 ¿Usted reutiliza el aceite o manteca? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	32 ¿Usted le pone sal a los alimentos cuando ya están colocados en la mesa? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
31 ¿Cuántas veces lo reutiliza? Número <input type="text"/> 1	33 En una semana típica, ¿Cuántas comidas come usted fuera de su casa que no sean preparadas en su casa? Número <input type="text"/> 1			