

VALORACIÓN DE LA OBESIDAD EN LAS MUJERES DEL CONSEJO POPULAR JAGÜEY NORTE EN EL MUNICIPIO DE JAGÜEY GRANDE.

Lic. Yohany Ramos Mejías.

FACULTAD DE CULTURA FISICA MATANZA

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo contribuir a través de un programa de acciones basado en actividades física que permita contrarrestar el nivel de obesidad en las mujeres en el consejo popular Norte de Jagüey Grande, elevar la motivación de este grupo poblacional hacia la práctica sistemática de la actividad física, conocer en que grupo de edad existe un mayor índice de obesidad, tomándose como muestra 80 mujeres ubicadas en el consejo popular. El método más utilizado Método Teórico. Histórico Lógico y Método Empírico La medición y dentro del mismo aplicaremos la técnica estadística de los %, la desviación estándar, y % de incremento. Los resultados alcanzados en nuestra investigación permitieron demostrar que la realización sistemática del Ejercicios físico contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional.

Palabras claves: Medición. Mujeres. Índice de Masa Corporal.

Introducción.

En el Consejo Popular Norte en el poblado de Jagüey Grande se ha observado que existe falta de motivación para la realización del ejercicio físico. Esta problemática puede ocasionar un incremento en la obesidad teniendo en cuenta las características de la masa femenina.

En el muestreo que se realizó en el Combinado Deportivo Héctor Aranguren ubicado en el Consejo Popular Jagüey Norte basados en los programas de prevención y detección de patologías en la población atendida arrojó que existe una tendencia a la Obesidad en las mujeres y aunque la muestra es poco significativa con respecto a la población total femenina incide en un % elevado en este grupo poblacional, sin embargo hay un grupo de mujeres que practican sistemáticamente actividad física y no presentan signos de obesidad.

Partiendo de este análisis nos dimos a la tarea de hacer una investigación para buscar las formas y vías más idóneas que nos permita incorporar a esta población a la práctica de actividades físicas la cual puede incidir en disminuir el nivel de obesidad.

La obesidad es la acumulación excesiva y generalizada de grasa en el cuerpo, con hipertrofia total del tejido adiposo. Es una de las principales causas de la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, insuficiencia coronaria y la arteriosclerosis, entre otras enfermedades que se conocen como las principales causas de muerte.

A través de nuestra investigación nos proponemos determinar si la causa principal de la obesidad esta dado por la ausencia del ejercicio físico o por factores biológicos que puedan incidir debido a las diferentes enfermedades o patologías que pueda presentar el individuo.

En nuestro consejo popular contamos con una población general de 13810 habitantes, con un total de 89 centros de trabajos con una población trabajadora de 2220, de ellas 1033 son mujeres que representa un 47% y 1187 hombres que representa el 53%. Después de haber hecho este análisis nos arrojó que 837 féminas que representa el 81% realizan trabajos de oficinas u otras actividades de menor esfuerzo físico.

Hasta hace poco la nutrición no era reconocida como un factor importante capaz de mejorar las perspectivas funcionales ligadas al fenómeno de envejecer. Actualmente es ya evidente que los nutrientes consumidos, tanto en las etapas precoces de la vida adulta, como incluso más adelante, son capaces de afectar a los años de vida y en definitiva a la propia esperanza de vida.

Hasta ahora los datos disponibles pueden quedar agrupados en tres categorías diferentes:

1. A lo largo de toda la vida del individuo se van produciendo cambios en la composición corporal y en la funcionalidad de los diversos órganos, haciendo que la vejez se convierta en la receptora de cambios iniciados ya mucho antes, en el curso de la edad adulta.
2. Muchos procesos o enfermedades degenerativas aparecen en plena edad adulta y se instalan sin llegar a desaparecer jamás (es decir, enfermedades cardiovasculares). Los hábitos nutricionales son un factor básico en la etiología de algunos de estos procesos.
3. Las cantidades necesarias de muchos nutrientes individuales para mantener una salud óptima en los ancianos están aún por determinar y precisan cuantificarse. Esto es importante ya que las personas mayores tienden espontáneamente a consumir menos comida.

De todos los cambios en la composición del organismo que se observan durante la progresión de la vida adulta, la reducción del compartimiento de masa magra corporal tiene especial trascendencia. En el ser humano, aún existiendo diferencias claras entre sexos en ciertos aspectos, la relación entre masa grasa corporal superior y masa grasa corporal inferior incrementa de forma continuada a medida que progresa la edad adulta, al tiempo que la masa magra corporal evoluciona de modo opuesto. Así, la magnitud de esta última es menor en la persona anciana que en la joven.

La Cultura Física dentro de las múltiples actividades que realiza ha creado el programa de la gimnasia para obeso para mejorar la calidad de vida y evitar penosas enfermedades donde se pretende incorporar a la práctica del ejercicio físico de forma sistemática aquellas personas obesas y con sobre peso. El programa se crea con previa coordinación con el médico para que este diagnostique si existen otras patologías asociadas a la obesidad teniendo en cuenta;

- El control del peso y la talla y las pulsaciones.
- Combinar el régimen dietético con la actividad física.
- Balancear las calorías que ingiere y las que gasta.
- Conocer que la combinación de los procedimientos dieta-ejercicios aseguren que cada Kg. perdido pueda representar un 60% a la restricción calórica y un 40% al ejercicio físico.

- No se debe suspender las comidas, sino hacerlas más pequeñas y que la comida más importante del día es el desayuno y la menos importante es la cena por lo que no se debe comer tarde pues el reposo de la comida, nos hace aumentar de peso.
- Que la ingestión de vegetales y de frutas no debe faltar en la dieta del obeso.
- Ingerir jugos sin necesidad de azúcar.

En nuestra investigación tendremos presente los tipos de obesidad según el predominio de grasa como son;

- Obesidad androide o central (forma de manzana) el exceso de grasa localizada en la cara, tórax abdomen. Este tipo de obesidad se asocia a un mayor riesgo de diabetes, enfermedades cardiovascular y de mortalidad en general.
- Obesidad ginoide o periférica (forma de pera), la grasa se acumula básicamente en la cadera y el muslo. Este tipo de distribución se relaciona principalmente con problemas de retorno venoso, las extremidades (varices) y con artrosis de la rodilla.
- Obesidad de distribución homogénea; es aquella en la que el exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo.

Debemos tener presente que el factor genético, el factor ambiental, el sedentarismo, las enfermedades y los medicamentos, influyen en el origen de la obesidad y entre las causas de mayor frecuencias que pueden desencadenar la misma se encuentra el embarazo, lactancia materna y la supresión de actividad física.

La obesidad puede tener complicaciones con la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Sistema Digestivo, Sistema Respiratorio, Alteraciones óseas, Acopablais tumores malignos y la Disipenia.

La práctica sistemática del ejercicio físico contribuirá a mejorar las condiciones físicas de esta población. Entendemos que si estos ejercicios se cumplieran como está establecido contribuirían a disminuir esta pandemia que hoy azota a la humanidad.

Por tales motivos nos dimos a la tarea de realizar un programa de acciones basada en actividades teórico-práctico que despertara el interés en este grupo poblacional.

Como aporte novedoso de esta investigación radica en que este grupo poblacional se ha incorporado a la práctica de la actividad física sistemática ya que los ayuda a disminuir el índice de masa corporal y mejora la calidad de vida.

Los elementos hasta aquí planteados posibilitan expresar el criterio de pertinencia de la investigación planteada, dejando entrever la opción de trasladar socialmente las propuestas conclusivas a otros consejos populares del municipio. Con el fin de lograr una mayor calidad de vida como principal aspiración en materia de salud a partir de la realización de actividades físicas.

Para este trabajo se tuvo en cuenta, las edades comprendidas entre 20 y 60 años los cuales se le planificaron acciones dirigidas a la actividad física que le permitieron conjuntamente con dietas balanceadas disminuir el peso de la masa corporal y mejorar la salud dirigido y orientados por especialistas involucrados.

Para ser cumplido el proceso de incorporación y motivación a la práctica sistemática del ejercicio físico en las mujeres obesas del consejo popular norte del poblado de Jagüey Grande, se determina el siguiente

Objetivo general:

Contribuir a través de un programa de acciones basado en actividades físicas que permita contrarrestar el nivel de obesidad en las mujeres del consejo popular norte en el municipio de Jagüey Grande.

Desarrollo.

Marco teórico conceptual.

Según plantea la Dr.(Figueroa Vilda 2010), “la obesidad, a la luz actual, es mucho más que la imagen que tenemos de personas gruesas, voluminosas, rollizas o con exceso de peso. Detrás de esa apariencia, se encuentra la expresión de trastornos, disfunciones, o influencias, relacionadas con aspectos biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, hábitos alimentarios y otros, que han estado condicionados por diferentes ambientes, a través del transcurrir histórico y el desarrollo social”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad es la enfermedad crónica no trasmisible más frecuente. En el año 2005 había cuatrocientos millones de obesos adultos y en el 2015 la cifra alcanzara más de setecientos millones. Si a esta cantidad le sumamos las personas con sobrepeso que ascenderán próximamente a tres mil millones, podremos darnos cuenta fácilmente de la importancia de la enfermedad.

La obesidad se considera actualmente un problema de salud de enormes dimensiones que alcanza trascendencia epidemiológica y se extiende en grandes masas, independientemente de la raza, sexo, edad, estatus social, solvencia económica y otros factores.

En los últimos 20-30 años el sobrepeso y la obesidad amenazan a toda la población del orbe. Se destinan enormes presupuestos para su prevención y control, pero las cifras van en aumento desenfrenado, sin que aparentemente las políticas de intervención de las instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales logren los éxitos deseados.

Aunque Hipócrates (¿460-377? a.c) y su discípulo Galeno (129-216), en sus textos, hacían mención de la obesidad asociada a la infertilidad de la mujer, la muerte súbita y otros trastornos, y recomendaban ejercicios físicos frecuentes y vigorosos, restricción de alimentos y consumo de algunos alimentos para controlar el apetito; el primer texto de la obesidad resulta el tema principal apareció en el siglo XVII.

En el presente siglo XXI sobresale la orientación multifactorial de la obesidad, ya que esta enfermedad solo tiene un origen predominante endocrino o genético en una minoría de las personas y prevalecen los factores de desbalance entre el consumo y el gasto energético a partir de una ingestión descontrolada de alimentos.

Los Dres. (Barreto, et al 2010) plantean que la obesidad afecta a sujetos de todas las edades y sexos, presentando una prevalencia de tendencia elevada, tanto en adultos como en niños. Su frecuencia aumenta con la edad hasta alrededor de los 60 años en ambos sexos

y es constantemente mayor en mujeres de 4 todas las edades, con independencia del nivel socioeconómico.

La obesidad se clasifica, según Garrow;

	Grado	IMC
Grado 0:	Normopeso	20-24.9
Grado I:	Sobrepeso	25-29.9
Grado II:	Obesidad	30-39.9
Grado III:	Obesidad	e40

Los datos de Cuba sugieren que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es más elevada que en algunos países europeos y latinoamericanos. Sin embargo, otros países desarrollados como el Reino Unido y EE.UU. presentan porcentajes más elevados.

Al igual que en los adultos, se aprecia que el comportamiento del sobrepeso no es homogéneo en las diferentes regiones del país, las cifras más elevadas se encontraron en la región occidental y la más baja en la región oriental.

La Dr. (Jiménez Santa 2010) plantea que “en la actualidad, se calcula que el 60% de la población mundial no desarrolla la suficiente actividad física, siendo los adultos de los países desarrollados los que tienen la mayor probabilidad de estar inactivos. Este es un elemento que predispone al sobrepeso y la obesidad. El desarrollo de nuevas tecnologías y dispositivos que facilitan realizar de forma más rápida tareas pesadas y los cambios en la forma de disfrutar el tiempo libre han contribuido al aumento de los comportamientos sedentarios en los lugares de trabajos, las escuelas y el hogar”.

Aproximadamente 36.5% de los adultos en Cuba son sedentarios de acuerdo a la II Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo. Los organismos internacionales recomiendan que las personas de cualquier edad acumulen un mínimo de 30 minutos o más de actividad física-de intensidad moderada-casi todos los días de la semana, la evidencia acumulada demuestra los beneficios a la salud que puede proporcionar una actividad física continuada.

Dr. (Rodríguez, Scull 2010), plantea que la obesidad se ha convertido en un serio problema de salud a nivel mundial, por su estrecha vinculación con las principales causas de morbimortalidad. La relación obesidad resistencia insulínica-diabetes mellitus-hipertensión arterial adquiere cada día mayor importancia, por el papel cada vez más relevante de la obesidad en el desarrollo de cada una de ellas. Los conocimientos sobre la fisiología del mantenimiento del peso corporal, a partir de la ruptura de los mecanismos fisiológicos que dan origen a la obesidad, el descubrimiento y la caracterización de la leptina y sus mediadores, así como los factores ambientales perpetuadores de un fenómeno que tiene causas genéticas, pero que a la vez tiene condicionadores ambientales socioculturales, dan origen a profundizar en el tema como un fenómeno multifactorial con graves consecuencias clínicas. La obesidad es una condición patológica, muy común en el ser humano y presente desde la remota antigüedad, que persiste y se incrementa durante siglos

por factores genéticos y ambientales, hasta convertirse actualmente en una pandemia con consecuencias nefastas para su salud.

En la actualidad se estima el número de personas obesas en el mundo en más de 300 millones², con una amplia distribución mundial y una prevalencia mayor en los países desarrollados o en vías de desarrollo. Este incremento en la prevalencia de proporciones epidémicas está relacionado con factores dietéticos y un incremento en el estilo de vida sedentario. El aumento del consumo de grasa saturados y de carbohidratos, la disminución de la ingestión de frutas, vegetales y pescados, así como la actividad física, que se expresa desde la ausencia de esta actividad programada hasta el incremento del tiempo dedicado a actividades con notables base sedentaria, como ver la televisión o trabajar en la computadora son las causas más importantes en el desarrollo de este problema de salud mundial. Por otra parte las consecuencias de la obesidad alcanzan proporciones catastróficas. El riesgo de muerte súbita de obesos es tres veces mayor que el de los no obesos, y es el doble para el desarrollo de insuficiencias cardíaca congestiva (I.C.C), enfermedades cerebro vascular (E.C.V), y cardiopatías isquémicas (C.I), mientras que la posibilidad de desarrollar la diabetes mellitus (D.M), es 93 veces mayor cuando el índice de masa corporal (I.M.C), pasa de 35. Por otra parte, la obesidad tiene una relación estrecha con la resistencia a la insulina y con factores genéticos y ambientales probablemente comunes. La resistencia a la insulina tiene efectos fisiopatogénicos importantes en el desarrollo de la diabetes mellitus, síndrome metabólico e hipertensión arterial.

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal o tejido adiposo. Desde el punto de vista práctico se considera el índice de masa corporal (I. m. c) el método ideal para el diagnóstico de la obesidad, por su buena correlación con la grasa corporal total. $I.M.C = \text{peso en kg} / \text{talla en m}^2$. Se considera ideal un I.M.C ≤ 20 y ≥ 25 , sobre el peso ≥ 25 y ≤ 29.9 , obesidad grado I de 30 a 34.9 de I.M.C., obesidad grado II de 35 a 39.9 I.M.C. y obesidad grado III, extrema o mórbida con un I.M.C. mayor de 40.

En el caso de la obesidad de comienzo en la adultez predomina la hipertrofia sobre la hiperplasia, por la cual su tratamiento suele ser más agradecido, pero no por eso fácil. Por otra parte, se sabe que la distribución de los adipositos y su capacidad de diferenciación, esta condicionada genéticamente, por eso, mientras mayor sea la fuerza genética para la obesidad, mayor será la probabilidad de que este proceso se desarrolle con el menor esfuerzo y mayor rapidez.

Fisiología del esfuerzo y del deporte. En cierto sentido, la causa de la obesidad es simple: gastar menos energía de la que se ingiere. Pero en otro sentido es ambigua por afectar a la regulación del peso corporal, principalmente de la grasa corporal. Todavía no se comprende del todo cómo se logra esa regulación.

El nivel socioeconómico tiene una importante influencia sobre la obesidad, particularmente entre las mujeres. La correlación negativa entre nivel socioeconómico y obesidad refleja una causa subyacente. Los estudios longitudinales han mostrado que educarse con un nivel socioeconómico más bajo es un poderoso factor de riesgo de obesidad. Los factores socioeconómicos tienen importantes influencias tanto sobre la ingesta de energía como sobre el consumo energético.

Una gran ingesta de alimentos se asocia con obesidad. Durante muchos años se creía que la obesidad estaba causada por oscuras perturbaciones metabólicas y que la ingesta de alimento era normal. Sin embargo, el método del agua doblemente marcada, que emplea isótopos estables del hidrógeno y el oxígeno, muestra que las personas obesas tienen un gran consumo de energía, lo cual a su vez exige una ingesta de alimentos grande. Además, esta gran ingesta de alimento suele incluir una gran ingesta de grasa, la cual predispone por sí misma a la obesidad.

El estilo de vida sedentario, tan prevalente en las sociedades occidentales, es otra influencia ambiental importante promotora de obesidad. La actividad física no sólo consume energía sino que también controla la ingesta de alimento. Los estudios en animales indican que la inactividad física contribuye a la obesidad por un efecto paradójico sobre la ingesta de alimento. Aunque éste aumenta con el consumo de energía, la ingesta de alimento puede no reducirse en proporción cuando la actividad física cae por debajo de un nivel mínimo; de hecho, la restricción de la actividad puede aumentar la ingesta de alimento en algunas personas.

Determinantes reguladores: El embarazo es el principal determinante de la obesidad en algunas mujeres. Aunque la mayoría pesan sólo un poco más un año después del parto, en torno a un 15% pesan unos 5 k.o. más con cada embarazo.

La obesidad puede conducir a alteraciones ortopédicas de las articulaciones que soportan el peso y de las que no lo soportan. Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes; el aumento de sudor y secreciones cutáneas, atrapadas en los gruesos pliegues de la piel, produce un medio de cultivo propenso a la proliferación de hongos y bacterias y a infecciones.

Las consecuencias perjudiciales de la obesidad son considerables. Estimaciones recientes atribuyen 280.000 fallecimientos al año en Estados Unidos a la hipernutrición, convirtiéndola en la segunda causa de muerte detrás del tabaco.

Se cree que muchas de las alteraciones metabólicas de la obesidad están causadas por la grasa visceral abdominal, la cual conduce a un aumento de concentración de ácidos grasos libres en la vena porta y, en consecuencia, a un aclaramiento reducido de insulina por el hígado, resistencia a la insulina, hiperinsulinemia e hipertensión. Esta secuencia de hechos lleva a diabetes, a dislipidemias y, finalmente, a arteriopatía coronaria.

Las complicaciones de la obesidad ponen de manifiesto una paradoja. La mayoría de las personas que reciben tratamiento son mujeres, que son mucho menos susceptibles a padecer sus complicaciones que los hombres. Los hombres que necesitan tratamiento no suelen recibirlo.

El pronóstico de la obesidad es malo; la obesidad, sin tratamiento, tiende a progresar. La mayor parte de los tratamientos permiten perder peso, pero la mayoría de las personas vuelven a su peso anterior al tratamiento en 5 años.

En años recientes, los objetivos y los métodos de tratamiento de la obesidad han cambiado radicalmente como consecuencia de dos avances. El primero es la corporal, es suficiente para controlar, o cuando menos mejorar, la mayoría de las complicaciones de la obesidad. Por consiguiente, no existe motivo para perseguir el tradicional objetivo de alcanzar un

peso corporal ideal, lo cual sólo se consigue raras veces y, si evidencia de que una pérdida de peso modesto, 10% o tal vez incluso 5% del peso se alcanza, resulta tan difícil de mantener. La "solución del 10%" se ha convertido en el objetivo de la mayor parte de los programas de tratamiento.

Un aspecto importante es observar dónde se coloca la grasa: si se acumula a nivel abdominal la persona desarrolla con más facilidad insulina-resistencia, que es la puerta de ingreso a la diabetes, un fenómeno cada vez más frecuente, incluso entre chicos y jóvenes, dijo el doctor Escobar, Fernando, presidente del 6º Congreso Argentino de Obesidad realizado en Buenos Aires. Escobar añadió que con el título del congreso, Diabesidad, entre la genética y la alimentación, se buscó sintetizar en un nuevo concepto la preocupación por un fenómeno epidémico -la obesidad- que está bien lejos de ser un mero problema estético y ha disparado numerosas enfermedades.

Uno de los disertantes, el profesor Pisabarro, Raúl catedrático de Endocrinología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, explicó que investiga el síndrome esteatósico, que consiste en el depósito de grasa en células no preparadas para ello.

El organismo tiene un sistema protector que impide este síndrome, dijo Pisabarro, pero cuando hay alguna falla genética, lo que ocurre en alrededor del 15% de la población, o bien existe una sobreoferta de grasas, como ocurre en nuestras sociedades, se produce un desborde y el equilibrio se rompe. La sobre ingesta de grasas saturadas (de origen animal) y de grasas trans (derivadas de la hidrogenación de aceites) promueven el problema: la grasa se acumula dentro de las células musculares de brazos, piernas, y también en las fibras musculares cardíacas, en el hepatocito (del hígado) y en las células beta del páncreas.

Pisabarro agregó que esta acumulación va modificando el metabolismo y se produce el fenómeno de resistencia a la insulina: la grasa acumulada dificulta que esta hormona regule los niveles de azúcar en sangre. En compensación, el páncreas segrega más insulina y esto causa aumento de la grasa, que a su vez inmortaliza el fenómeno.

El paso siguiente es la diabetes, afirmó; luego, la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular y los cánceres de mama, de útero, de colon y de próstata, todo vinculado con la insulinoresistencia y, a su vez, con el síndrome esteatósico, que nuestro grupo investiga genéticamente con el objetivo de prevenir por medio de la dieta y los cambios de hábitos desde la niñez y la juventud.

El doctor Manfredi, Aníbal presidente de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, investiga cómo impactan en el nivel vascular las alteraciones metabólicas producidas por la acumulación de grasas víscero-abdominales. Cuando hay fallas metabólicas, encontramos también fallas precoces en el endotelio, y por eso realizamos un test de vasodilatación que mide el efecto de la isquemia transitoria (interrupción de la circulación) en la arteria humoral, utilizando una ecografía vascular de alta resolución. Cuando hay disfunción endotelial, aun en personas muy jóvenes, estos tejidos no responden bien, y eso es ya un importante llamado de atención.

Las mujeres con exceso de peso corren un riesgo mayor de contraer el mal de Alzheimer, según el estudio más reciente de una serie que vincula la enfermedad con hipertensión, diabetes y otros factores vasculares. Los investigadores hallaron una relación notable entre el exceso de peso a los 70 y la demencia que se produce entre 10 y 18 años después. Lo que esto significa es que el sobrepeso y la obesidad siguen siendo problemas de salud pública, y a medida que envejecen, las mujeres deben pensar en esto en relación con su salud.

varios investigadores sostienen que este estudio confirma otros, en el sentido del papel de los factores vasculares como causa del Alzheimer. Pero la Asociación Alzheimer, con sede en Chicago, advirtió que se necesitan más investigaciones ya que estos estudios suelen proporcionarnos indicios sobre áreas de investigación, pero no dan por sí solos pruebas contundentes sobre la veracidad de estas relaciones.

Las mujeres diagnosticadas con demencia entre los 79 y 88 años estaban excedidas de peso, con un IMC mayor a los 70, 75 y 79 años que aquellas que no padecían el mal. Las mujeres sin demencia mostraban un IMC apenas superior a 25 a los 70, 75 y 79 años. Las que contrajeron Alzheimer entre los 79 y 88 años, mostraban un IMC de 28,2 a 29,6 a esas edades. Las personas con IMC entre 25 y 30 son consideradas excedidas de peso. Si el índice es superior a 30, se las considera obesas.

La obesidad abdominal o total aumenta el riesgo de progresión de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), mientras que hacer ejercicio lo disminuye.

La Agencia de Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) insisten en la elaboración de una política mundial dirigida a frenar la progresión de las enfermedades crónicas debidas a los malos hábitos alimentarios, caso de la obesidad, y establecen una serie de recomendaciones en un informe presentado en Roma por ambas organizaciones.

Dicho informe, en el que han colaborado 75 expertos y que lleva por título Dieta, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas, refleja un inquietante desarrollo de las patologías crónicas y establece una serie de recomendaciones para evitar su expansión.

.En concreto, se aconseja limitar el consumo de grasas, azúcar y sal en las comidas. Asimismo, se recomienda el consumo, al menos, de 400 gramos de frutas y verduras al día, y llevar a cabo habitualmente una actividad física moderada.

Según señalan las organizaciones, el informe de los expertos contiene las mejores pruebas científicas existentes acerca de la relación de la dieta, la nutrición y la actividad física con las enfermedades crónicas. Indica que la carga que suponen estas enfermedades está aumentando rápidamente. En el 2001 representaron aproximadamente un 59% de los 56,6 millones de muertes notificadas en todo el mundo y un 46% de la carga de morbilidad mundial.

Se sabe bien que la obesidad es un factor de riesgo de cardiopatía, diabetes y otras enfermedades crónicas asociadas a riesgo de muerte prematura. En los dos nuevos estudios se aprecia que representa un grave peligro, en especial, para los adultos jóvenes, es decir, individuos de 20 a 40 años. En este grupo de edad, ser obeso se asocia a una expectativa de

vida 13 años inferior respecto a las personas con peso normal. Entre la población negra estadounidense, el efecto es aun peor, y se asocia entre los varones a una pérdida de 20 años de vida.

En el caso de las mujeres el riesgo no es tan elevado como entre los varones, pero no por ello menos relevante. Las mujeres obesas mórbidas de raza blanca (índice de masa corporal superior a 45) pierden 8 años de vida. Entre la población femenina negra de 20 a 40 años de edad, con índice de masa corporal superior a 30, la pérdida es de unos 5 años.

Los datos citados proceden del estudio realizado por investigadores de la Universidad de Alabama y publicado en *JAMA* (2003; 289:187-193), y sus resultados vienen apoyados por un segundo estudio, el de *Annals of Internal Medicine*, firmado por médicos holandeses, con una muestra de más de 3.000 participantes de 30 a 49 años de edad. Según los resultados, las mujeres obesas no fumadoras viven 7 años menos de lo que sería normal, mientras que los varones obesos no fumadores viven 6 años menos. En el caso de los fumadores, la obesidad reduce la expectativa de vida en 7 años, de modo que las mujeres obesas que consumen tabaco viven 13 años menos y los varones 14 años menos que los adultos de peso normal no fumadores.

La obesidad, epidemia del siglo XXI, identificada por la OMS como una enfermedad crónica. Los cubanos no escapamos a la necesidad del enfrentamiento a este fenómeno, sin distinción de sexo o edad. La última Encuesta nacional de Factores de Riesgo Cardiovasculares reporta el 42,6% de sobrepeso en nuestra población, superior en el sexo femenino (47%) al masculino (37.6%). y lo más alarmante; alcanza casi el 13% de los niños comprendidos entre uno y 14 años de edad.

Las Dras. Forellat, Alina y Rodríguez Bertha (2010) plantean que la obesidad es una de las enfermedades que con mayor frecuencia complica el embarazo. Se considera que la madre está obesa cuando al iniciar el embarazo su IMC es superior a 25. Por ello el estado nutricional antes de la concepción es crucial, sobre todo en las mujeres jóvenes, tanto para la salud de la madre como para la del bebé. La mujer bien nutrida y sana aumenta, aproximadamente, de 12-15kg durante el embarazo. Estas pautas suponen que la ganancia de peso está en relación inversa con el IMC en el momento de la concepción. En el embarazo no hay que comer por dos, sino mejor, hay que preocuparse más de la calidad nutricional de los alimentos que por la cantidad, sobre todo en el primer trimestre cuando todos los órganos fetales están en formación. Durante el segundo trimestre es necesaria una cantidad de energía, pero esto no significa comer desafortadamente. En el tercer trimestre debe seguirse esta regla y nunca aumentar de peso de forma excesiva.

En las obesas se recomienda que el aumento de peso sea aproximadamente 6-7kg, muy por debajo al de las mujeres de otras categorías de IMC, para evitar un incremento de la obesidad post-parto y garantizar un bebé de peso normal.

Las necesidades nutricionales en la mujer, incluso en las obesas, son mayores en la lactancia que durante el embarazo. Los requerimientos en cada mujer están determinados por la cantidad de leche que producen diariamente. Durante la lactancia las mujeres (incluyendo las obesas) requieren un suplemento calórico adicional que, cuando se administra de forma adecuada influye en la buena calidad de la leche materna y en el caso de mujeres con sobrepeso estimula la pérdida de peso.

Se refiere la Dr. Claudina Zaldívar que la disminución del peso corporal y por ende la morbilidad y mortalidad asociadas a la obesidad constituyen la meta a alcanzar en el tratamiento de esta enfermedad. No obstante, en el caso de la obesidad mórbida se hace indispensable además el empleo de fármacos y/o el tratamiento quirúrgico.

El diseño de los medicamentos anti-obesidad ha requerido identificar previamente los sistemas diana que regulan el apetito y el metabolismo de los lípidos, es decir los posibles sitios de acción farmacológica. Una vez identificado los sistemas diana, el diseño de los fármacos ha encaminado:

- Reducir la entrada de energía o aumentar el gasto energético.
- Aumentar la termogénesis (producción de calor por el metabolismo del tejido adiposo pardo).
- Disminuir la absorción de nutriente (grasas y carbohidratos).
- Modular el almacenamiento y metabolismo de las grasas.
- Modular el control central del apetito (hipotálamo).

Los mecanismos de acción de los medicamentos anti-obesidad comúnmente empleados son los siguientes:

- Reducción de la entrada de energía:
 - Disminuye el hambre o apetito.
 - Aumenta la saciedad.
 - Disminuyen la preferencia por los carbohidratos o las grasas.
 - Reducen la absorción de nutrientes.
- Aumento del gasto energético:
 - Estimula la actividad física.
- Aumento de la velocidad metabólica:
 - Aumentan la velocidad metabólica en reposo
 - Aumentan la termogénesis al comer, por el frío o el ejercicio físico.

El tratamiento quirúrgico de la obesidad es la última opción recomendable a pacientes con obesidad severa que no han respondido a otras variantes. Los procedimientos quirúrgicos a grandes rasgos son de dos tipos: los puramente restrictivos que reducen el tamaño del estómago, tales como la gastroplastia con banda gástrica ajustable; y los procedimientos restrictivos que causan además un cierto grado de mala absorción, por ejemplo el desvío gástrico, que divide el estómago en dos bolsas, una pequeña proximal de 30ml unidad de yeyuno mediante anastomosis y una bolsa grande distal remanente no funcional.

En los últimos años ha habido un cambio gradual de la cirugía bariátrica abierta (tradicional) a la cirugía laparoscopia. La cirugía laparoscopia ofrece algunas ventajas: mayores beneficios potenciales para la cicatrización de las heridas, menos dolor, desde el punto de vista cosmético resulta más aceptable y por último se logra una recuperación más temprana del paciente a su actividad usual.

La Dr. Rodríguez Scull (2010) plantea al referirse a la obesidad y sus consecuencias clínico metabólicas que a pesar de los avances en el estudio de las alteraciones moleculares y genéticas que promueve la obesidad, de los conocimientos farmacológicos derivados de estos estudios y de las grandes campañas de promoción de salud encaminadas a promover

hábitos dietéticos saludables y contra el sedentarismo, el problema se incrementa y con el sus consecuencias.

La obesidad constituye uno de los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades coronarias. Se ha visto que una disminución de la sensibilidad a la insulina lleva aparejado un incremento en el riesgo de la enfermedad coronaria, lo que es de esperarse teniendo en cuenta todas las alteraciones que esta ocasiona.

Referido a la Diabetes Mellitus tipo 2 es un trastorno heterogéneo derivado de prevalente IR asociado a deficiente secreción de insulina o a prevalente defecto en la secreción de esta, asociado a un defecto en su acción, lo cual significa que la IR es una importante característica del proceso y se estima que hasta el 85% de los diabéticos son insulinoresistente.

El 50% de los obesos desarrollan hipertensión arterial en algún momento de la enfermedad. Los mecanismos son múltiples. Por una parte, está la hiperinsulinemia, que provoca aumento en la reabsorción de sodio (Na⁺) y agua; por otro el SNC desempeña una función importante.

Con respecto a la enfermedad cerebro vascular es la tercera causa de muerte en el mundo desarrollado y su influencia en la morbilidad y discapacidad es también grande. La obesidad es un serio problema de salud por las dimensiones epidémicas que adquiere y por las consecuencias que genera desde el punto de vista clínico-metabólico, con las principales causas mortalidad y discapacidad.

El sistema cardiovascular en las personas con cardiopatías isquémica se describe en una mayor frecuencia de obesidad. Es indudable que el obeso particularmente aquellos con una morbose o con predominio abdominal- se asocian a otros factores de riesgo adicionales como son: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia entre otros, lo que guarda estrecha relación con el desarrollo de aterosclerosis acelerada y sus consecuencias. En relación a la hipertensión arterial múltiples estudios nacionales e internacionales han demostrado que la hipertensión se socia con la obesidad, la edad avanzada y la disminución de actividad física. La prevalencia de la hipertensión arterial puede alcanzar cifras cercanas al 80% en la población obesa. Se ha confirmado que por cada 10kg de aumento de la presión sistólica de 33mm Hg y de la diastólica de 2mm Hg. Por tanto, la reducción del sobrepeso corporal constituye una medida no farmacológica imprescindible en el tratamiento y control de la presión arterial y la obesidad.

En cuanto al sistema respiratorio la obesidad puede comprometerla función respiratoria, compromiso que es mayor en la medida que la obesidad es más severa. En las personas obesas por lo general se confirma una disminución del volumen pulmonar. En las personas con obesidad morbo (severa) existe hipoventilación de los alvéolos pulmonares, lo que predispone el desarrollo de las infecciones pulmonares, a dificultades para respirar, somnolencia, aumento de la concentración de gas carbónico (CO₂) en sangre. Esto último, puede causar un estado de acidosis y favorecer el desarrollo de insuficiencia cardiaca congestiva.

Se han descrito alteraciones hepatobiliares asociados a la obesidad, demostrándose, con toda claridad, una mayor frecuencia de litiasis vesicular (cálculos) en proporción al exceso de peso corporal, tanto en hombres como en mujeres. El exceso de excreción biliar de

colesterol confirmado en personas obesas explica en parte, la mayor frecuencia de litiasis vesicular observada en otras personas obesas.

En el sistema locomotor como resultado del aumento del peso corporal puede comprometerse las articulaciones. En estas personas es común confirmar osteoartritis de las rodillas y de la columna vertebral y una mayor frecuencia de espolón calcáneo, así como las alteraciones de la cadera (coxavara, epífisiolosis de la cabeza del fémur). En aquellos con defectos posturales, estos suelen agravarse (pie plano, escoliosis, geno varo).

Los obesos pueden presentar un aumento de la excreción urinaria de albúmina e incluso en los casos con obesidad morbo (severa) desarrollar neuropatía. Estas personas son más propensas a presentar trombosis venosa renal.

En la piel de los obesos pueden observarse con frecuencias diferentes alteraciones entre las que se señalan: acantosis nigrican (manchas negruscas en regiones del cuerpo donde existen pliegues, ej. Cuello, axila), hirsutismo (aumento del bello corporal en zonas no habituales), intertrigo (infecciones por lo general causada por hongos en zonas de pliegues, forunculosis, callosidades plantares por exceso de peso y palpitations múltiples).

La incidencia de cáncer de endometrio mama, colon, y vesícula biliar es mayor en mujeres obesas. Los varones obesos sufren más cáncer de colon y próstata, cuando se comparan con personas no obesas.

En las mujeres obesas se ha descrito un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, entre las que se señalan: toxemia, hipertensión arterial, diabetes gestacional, parto prolongado y cesarías frecuentes. En ellas se ha acumulado una mayor frecuencia de trastornos menstruales: metrorragia (sangramientos abundantes) y amenorrea falta de la menstruación por más de tres meses). Son de observación frecuentes los ciclos menstruales anovulatorios. Evidentemente, las alteraciones señaladas pueden influir en la disminución de la fertilidad.

En relación a los problemas psicosociales estos trastornos son más relevantes mientras mayor es la severidad de la obesidad. Deben destacarse el deterioro del auto imagen y las dificultades en la comunicación social. En no pocas ocasiones estas personas son social y económicamente discriminadas y por tanto tienen mayor abstención laboral.

El Dr. Valladares Vladimir refiere que la actividad física constituye una de las vías más eficaces para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso. Es por esto que en nuestros días se encuentra entre las primeras recomendaciones que se les hace a las personas que acuden a consultas deseosas de eliminar esas libras de mas que comienzan a importunar su salud.

En la actualidad se defienden la idea de las personas que realizan actividad física son, regularmente, menos propensas a engordar. Lo que es real en gran medida; pero el inicio de un programa para disminuir de peso corporal debe venir acompañado de un verdadero cambio en el estilo de vida de los pacientes. Es necesario entonces establecer correctas relaciones entre la actividad física que se va a realizar, la alimentación que se va a establecer y el tiempo de ocio que tendrá el paciente acostumbrado a tener una vida sedentaria.

No dispongo de tiempo ni de un lugar adecuado para hacer ejercicios. Estas son las dos justificaciones más frecuentes que exponen las personas cuando se refieren al inicio de un

programa de ejercicios. Debemos recordar que al iniciar un programa de entrenamiento, la persona sedentaria debe romper con una vida esquemática de varios años, por lo que recomendamos reorganizar su agenda de la semana, de forma tal que pueda separar entre 45 minutos y una hora al menos tres veces en la semana.

El espacio para realizar actividad física debe guardar dos requisitos elementales: estar bien iluminado y tener una buena ventilación.

Para comenzar a realizar el programa de ejercicios la mejor manera de cambiar la rutina sedentaria es hacerlo de forma gradual. Por tal motivo el programa debe iniciarse con un tiempo de 20 a 30 minutos el cual se incrementará paulatinamente hasta llegar a una hora. Es muy importante en los inicios no llegar a los niveles de fatiga elevados, ni exigirle al corazón, pulmones y músculos más de lo que pueden brindarnos.

La carrera o trote es indiscutiblemente el modo más sencillo, accesible y económico de ponernos en movimiento. Puede realizarse en forma individual, pero cuando se realiza en grupo se hace mucho más placentera. Sin embargo, en personas obesas o con sobrepeso es recomendable la caminata pues la carrera se considera como un ejercicio de alto impacto en dichos individuos que puede traer consigo lesiones, sobre todo en las articulaciones del tobillo, la rodilla, y la cadera.

Las clases de gimnasia aerobia son en especial frecuentadas por mujeres, mientras que los ejercicios de fuerza constituyen la actividad física que por tradición prefieren los hombres. El trabajo de fuerza es una vía efectiva para disminuir el exceso de peso a la vez que se estimulan y fortalecen los músculos.

Se consigue concluir que cualquier persona, sobre todo las que presentan obesidad o sobrepeso, pueden iniciar un programa de ejercicios siempre y cuando haya consultado un médico con anterioridad. Aunque nuestra población tiene una gran cultura deportiva, se debe buscar siempre personal capacitado que ayude a planificar un programa de ejercicios, así se evitarán riesgos innecesarios. Reconozca que solo siendo disciplinado en su programa y en su dieta podrá obtener resultados satisfactorios, recuerde; No corra a comer, corra para vivir mejor.

Selección de la muestra.

Para realizar nuestra investigación nos dimos a la tarea de en primer lugar enmarcar la edad cronológica de esta población entre 20 años y 60 años.

Desde el punto de vista organizativo se tuvo una reunión con los administradores de las entidades. Las variables ajenas se controlaron teniendo presente el uso siempre de los mismos medios de medición, la aplicación de las pruebas en el mismo horario y en el mismo lugar.

Método y Procedimientos.

En nuestro trabajo se utilizaron los métodos teóricos y empíricos

Materiales Utilizados:

- Computadora Pentium 4
- Papel y lápiz para la realización de las mediciones.

- Calculadora.

Análisis e interpretación de los resultados.

Se realizó el estudio con un diseño de una muestra de 80 mujeres cuyas edades oscilan entre 20 y 60 años de edad, con una edad promedio de 51 años. Para ello se elaboró un programa de acciones dirigidos a la actividad física teniendo en cuenta las mediciones realizadas (estatura, circunferencia de la muñeca, cintura cadera y muslo) y el peso de masa corporal.

El programa estuvo estructurado de la siguiente manera; la educación para la salud a través de charlas impartidas en clases, temas relacionada con las características de la enfermedad. La actividad física se trabaja con tres frecuencias como mínimo a la semana y cada volumen de ejercicios por cada sesión entre 45 a 60 minutos, el cual está dividido en tres partes; parte inicial o de calentamiento, su tarea esencial de acondicionar el sistema osteomioarticular, respiratorio, cardiovascular para dar paso a la parte principal, tiene una duración aproximada de 10 minutos, en ella se desarrollan ejercicios de estiramientos, respiratorios. La parte principal constituye la parte esencial y fundamental de la clase, es donde se cumplen los objetivos de la misma, donde se ubican los ejercicios de mayor gasto energético y se aplican las mayores cargas de entrenamiento físico, en la misma se realizan ejercicios aeróbicos (caminatas, marcha, trote) y ejercicios fortalecedores, con una duración hasta 45 minutos en dependencia de la progresión del programa. La parte final es donde se recupera el organismo del alumno hasta llegar a los valores aproximados del inicio de la actividad; conformado por ejercicios de estiramiento, respiratorio y de relajación muscular, teniendo un tiempo de duración aproximadamente a los 10 minutos. En el primer trimestre se observaron que un grupo de mujeres comenzaron a disminuir el peso corporal o en las diferentes partes del cuerpo que se realizaron las mediciones.

Conclusiones.

El ejercicio físico es importante en la reducción del peso no solo contribuye a la reducción, sino que ayuda al control de los factores de riesgos que puedan venir con la obesidad. Se aprecia una disminución del peso corporal y el índice de masa corporal. Contribuyó a disminuir valores de la presión arterial.

Bibliografía.

- Barreto, Jesús y Barceló Maricela. Diagnóstico de Obesidad. Hospital Hermanos Ameijeiras. Curso de Universidad para todos. (Editora) Abril. Ciudad de la Habana. 2010.
- Figueroa, Vilda. La Obesidad a través de la Historia, Proyecto Comunitario. Curso de Universidad para todos. (Editora) Abril. Ciudad de la Habana. 2010.
- Forellat, Alina y Rodríguez Bertha. La Obesidad en diferentes etapas de la vida. Facultad de Biología, Universidad de la Habana e Instituto Nacional de Endocrinología. Curso de Universidad para todos. (Editora) Abril. Ciudad de la Habana. 2010
- Jiménez, Santa. Prevalencia y tendencias mundiales del sobrepeso y la obesidad, ocurrencia en Cuba. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Curso de Universidad para todos. (Editora) Abril. Ciudad de la Habana. 2010
- Rodríguez, Scull Lidia E. (2003) Obesidad; fisiología, etiopatología y fisiopatología. Enfoque actual, Hospital Docente Calixto García. (Editora) Ciencias médicas. 2003.

_____ (2003) La obesidad y sus consecuencias clínico metabólicas. Hospital Clínico quirúrgico General Calixto García. 2003.

Valladares, Vladimir. Actividad Física y Obesidad. Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo". Curso de Universidad para todos. (Editora) Abril. Ciudad de la Habana. 2010.

Zaldívar, Claudina. Farmacoterapia y Cirugía Bariática de la Obesidad. Facultad de Biología, Universidad de la Habana. Curso de Universidad para todos. (Editora) Abril. Ciudad de la Habana. 2010.