

**TENDENCIAS ALIMENTARIAS QUE HAN  
PROPICIADO LA NUEVA FORMA  
DE DESNUTRICIÓN EN  
SOBREPESO Y OBESIDAD:  
CAUSAS, PREVALENCIA Y FACTORES AÑADIDOS**

*BREIXO VENTOSO GARCÍA*





Licenciado en farmacia, especialidad sanidad ambiental.

Master superior en ingeniería medio ambiental, especialidad auditoría y consultoría medio ambiental.

Diplomado en salud pública.

Master en nutrición y salud.

Suficiencia investigadora realizada en la Universidad de Cardiff, Gales.

Especialista en nutrición y dietética.

Doctorando en nutrición y salud, especialidad nutrigenómica.

El autor:

*Breixo Ventoso García*

**TENDENCIAS ALIMENTARIAS QUE HAN PROPICIADO  
LA NUEVA FORMA DE DESNUTRICIÓN EN  
SOBREPESO Y OBESIDAD:**

**CAUSAS, PREVALENCIA Y FACTORES AÑADIDOS**

**BREIXO VENTOSO GARCIA**



**Área de Innovación y Desarrollo, S.L.**

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: **del autor**

© de explotación: **ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.**

Primera edición: **julio 2017**

ISBN: **978-84-947208-2-6**

DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/CcyLI.2017.07>

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
4. BASES TEÓRICAS.....	12
5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	16
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN .....	20
7. RECOMENDACIONES .....	22
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	24



## 1. INTRODUCCIÓN

Actualmente existe una nueva forma de desnutrición que afecta a muchos países desarrollados o en vías de desarrollo, tratándose de la obesidad y el sobrepeso; paradójicamente un fenómeno opulento que puede causar estado de desnutrición relativo a los nutrientes que se dejan de ingerir en las proporciones adecuadas, como son las vitaminas y los minerales.

Partimos de una nueva percepción del estado nutricional calificada como obesidad desnutrida, en el que se ingieren más calorías de las necesarias pero carentes de valor nutricional al no aportar los nutrientes básicos necesarios para el correcto funcionamiento corporal. Este aporte calórico es fruto de las nuevas tendencias de consumo instauradas en los países, donde los hábitos alimentarios, sanos y sociales (se hacía de las comidas un acto social y familiar) han sido cambiados por la ingesta rápida de comidas altamente calóricas que han sustituido a las fuentes naturales procedentes del consumo de productos frescos y perecederos.

La gente busca una comida rápida y saciarse, que no le lleve tiempo su procesado; es un problema surgido de la sociedad industrial propia de los países desarrollados y copiado en los países en vías de desarrollo, donde la prisa es la norma que rige la vida en general; esto ha llevado a la situación en la que se encuentran la mayor parte de los países occidentales, donde la tasa de obesidad y sobre peso es un problema innegable.

La nueva forma de desnutrición, señalada como sobrepeso-obesidad, se ha transformado en la sociedad moderna en un problema que causa importantes desajustes sociales y generan trascendentales patologías, no solo durante la infancia sino también en los adultos; considerándose un desafío por los riesgos de morbilidad y mortalidad en la población afectada; es perentorio mencionar que se ha comprobado la influencia de la presencia genética, complicaciones de índole sindromático, desordenes psicológicos, estilo de vida, ingesta de calorías excesivas, oferta de alimentos saludables hasta de la seguridad alimentaria; por lo que se convierte esta circunstancia nutricional en multifactorial transfiriendo la evaluación y/o tratamiento a formas complejas y la prevención en una obligación vertiginosa.

La obesidad y el sobrepeso se transfiguran en una condición donde la prevención se formaliza, a través de tres factores indefectibles como son la promoción de estilos de vida saludables, el fomento de ejercicios físicos y la ingesta adecuada, siendo trascendental que la población conozca lo que le conviene forme parte de su alimentación y es responsabilidad estatal y gubernamental que la población tenga acceso a los alimentos en calidad y cantidad suficiente.

Hay un indiscutible número de modelos teóricos que desde diferentes disciplinas de estudio, proponen una serie de determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad, y en este trabajo de investigación se agenciará una reminiscencia científica-técnica donde se califican las tendencias alimentarias, que han propiciado la nueva forma de desnutrición en sobrepeso y obesidad. Los estudios científicos son numerosos y su importancia deriva a que esta condición origina problemas sanitarios a nivel mundial, por lo que se revisará la multifactorialidad del sobrepeso y de la obesidad articulados con los estadios de transición nutricional y ligados al riesgo de enfermedades no transmisibles a nivel mundial con ponderación en países desarrollados y del MercoSur entre ellos Venezuela.





## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud tiene que ver con el bienestar del individuo y su definición ha sido discutida entre teóricos por muchos años, pero es irrefutable que cuando hay ausencia de alguna enfermedad o no tenemos ningún padecimiento que afecte nuestro organismo, nos sentimos saludables. Pero, el concepto de salud es más amplio que el mero hecho de no padecer enfermedades, de hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>1</sup> reconoció que la salud es un completo estado de bienestar que incluye varios ámbitos o factores: físico, mental, social y ambiental.

Para cuidar la salud, hay que llevar adelante una serie de acciones que protegen el estado armónico de nuestro cuerpo, su relación con el entorno social y natural.

Y algunas de las principales acciones para mantener el equilibrio además del ejercicio físico es la nutrición, lo cual no significa comer poco, sino comer la cantidad y calidad necesaria de alimentos que aporten vitaminas, proteínas y otros nutrientes que nos permiten mantener saludable nuestro organismo.

Esta nueva forma de desnutrición sobrepeso – obesidad, ha sido observada en contextos y épocas diferentes, a veces como un sinónimo de belleza, poder y bienestar físico; hoy en día constituyen un dilema en salud pública, tanto por el impacto en la esperanza de vida como en la calidad de vida de la población.

El sobrepeso y la obesidad representan una rápida y creciente amenaza para la salud de la población en todo el mundo y se reconoce que estas condiciones por igual están presentes tanto en países desarrollados como en subdesarrollados, afectando a niños y adultos por igual <sup>2</sup>.

Ciertamente, el sobrepeso y la obesidad son ahora tan comunes, que están reemplazando a los tradicionales problemas de salud pública como las enfermedades infecciosas y se estima que para 2020, unas dos terceras partes de la carga mundial de morbilidad serán atribuibles a enfermedades no transmisibles crónicas <sup>3</sup>, la mayoría de ellas estrechamente relacionadas con la dieta y la transición nutricional hacia los alimentos refinados, de origen animal y de una gran cantidad de grasas, contribuyendo a impulsar la actual epidemia mundial de sobrepeso – obesidad.

Esta calamidad no podrá contenerse solo con el recurso educacional y alertando a las personas para que eviten factores de riesgo y adopten modos de vida más sanos, porque lamentablemente el entorno está girando cambios culturales, asociados a la globalización,

Esta situación requiere un enfoque multisectorial concertado, que incluya políticas públicas enfocadas a la situación, que abarquen desde iniciativas de educación hasta mecanismos de comercialización adecuados porque la globalización de las cadenas alimentarias y la concentración concomitante de poder de las empresas transnacionales han cambiando las dietas tradicionales y transformado los hábitos alimentarios con consecuencias medibles <sup>4</sup>.

Según Barrial A, y Barrial A. <sup>5</sup> “La alimentación es uno de los problemas fundamentales que se presentan el mundo contemporáneo y la crisis alimentaria desatada por el alza de los precios

de los comestibles afecta cada vez más a los países pobres”, donde la situación de salud y la seguridad alimentaria son precarias en los países de América Latina.

La extrema pobreza, las malas condiciones de salubridad, la insuficiente producción de alimentos, la baja disponibilidad y el elevado precio de los productos alimentarios impiden el acceso a los mismos en forma segura y estable; todos estos factores traen problemas nutricionales que repercuten en la calidad de vida de la población e influyen en los patrones de consumo según los ingresos económicos, los cambios socio demográficos, la publicidad, factores nutricionales, psicológicos y culturales.

De ahí la importancia de realizar una revisión de las nuevas tendencias alimentarias que han propiciado esta nueva forma de desnutrición en sobrepeso y obesidad.

### 3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En un estudio publicado por la ONG Intermón Oxfamen enero 2014 <sup>6</sup> el índice "Good Enough to Eat" ("Suficientemente bueno para comer") ha evaluado la situación de la alimentación en 125 países del mundo teniendo en cuenta cuatro factores: la disponibilidad de alimentos, el precio de estos, su calidad y la salud de los habitantes en función de la dieta; para la elaboración del informe, Intermón Oxfam se valió de los indicadores de la FAO, OMS y la OIT.

En una escala del cero al 50, los países en donde mejor se come son Holanda (puesto: 6), Francia (puesto: 8) y Suiza (puesto: 8). Por el lado contrario, los países en donde peor se come son Chad (puesto: 50), Etiopía (puesto: 49) y Angola (puesto: 49). Venezuela obtuvo una puntuación de 26 empatando con países como Bolivia, Arabia Saudí, Ghana y Botswana.

La accesibilidad a los alimentos, evaluado en una escala del cero al 90, Venezuela consiguió una puntuación de 47, el peor registro en Latinoamérica y similar a países como Bielorrusia, Gabón y Tanzania.

En el renglón de dieta poco saludable, Venezuela también se mantuvo por detrás del promedio mundial, con una puntuación de 34 de un total de 54; pero ubicándose por delante de países como Rusia (puesto: 35), República Checa, Estados Unidos (puestos: 41) y México (puesto: 42).

En la nota descriptiva N°311, de enero de 2015 la OMS <sup>7</sup> reporta que en el 2014, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos, por lo que el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesos, de los cuales un 11% son hombres y un 15% mujeres.

Si bien el sobrepeso y la obesidad en un tiempo atrás eran considerados un problema de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos y en los países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial en países de ingresos bajos y medianos), y el incremento porcentual del sobrepeso y la obesidad en los niños ha sido un 30%, superior al de los países desarrollados <sup>7</sup>.

En el plano mundial <sup>7</sup>, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal.

Según, Muci Mendoza R y Briceño Irigorry L, "La obesidad aumenta significativamente el riesgo de padecer ciertos trastornos de salud" <sup>8</sup>, por lo tanto las personas obesas tienen un riesgo de 50 % a 100 % mayor de morir de enfermedades crónicas no transmisibles en comparación con la gente de peso adecuado, y entre los adultos jóvenes de 25 a 35 años la obesidad aumenta el riesgo de muerte ya que puede actuar como disparadora de anormalidades metabólicas, hormonales, mecánicas, cardiovasculares, y hasta mentales; según la predisposición de los individuos y las poblaciones.

Para las personas obesas, el riesgo de sufrir de enfermedad coronaria, presión arterial elevada, artritis de las rodillas y gota se duplican, así como se duplica el riesgo de cáncer de mama, de endometrio o de colon, de trastornos hormonales, problemas de fecundidad y defectos del

feto. Y el riesgo de diabetes y enfermedad de la vesícula es tres veces mayor para las personas obesas.

Los factores psicológicos y conductuales son muy relevantes en el curso de esta enfermedad y las diferencias de género complican el panorama, las mujeres tienden a mayor tasa de obesidad y aun más en los países en vías de desarrollo y el estatus económico es aun más negativo para las mujeres <sup>9,10</sup>

La OMS en su reporte “Prevención de enfermedades crónicas: una inversión vital” <sup>11</sup>, estimó que se producirían la muerte prematura anual de 4.9 millones de personas por causa del tabaco; 2.6 millones como consecuencia del sobrepeso u obesidad; 4.4 millones como resultado de niveles altos de colesterol, 7.1 millones como resultado de hipertensión arterial, 7.5 millones a causa de cáncer y 1.1 debido a diabetes mellitus.

En Venezuela <sup>12</sup> se han publicado cuatro estudios de prevalencia del síndrome metabólico relacionado con el sobrepeso y la obesidad Estado Zulia (2001), Gran Caracas, incluyendo los estados Miranda y Vargas (2006), Estado Lara (2007) y Estado Mérida (2007). En el Estado Zulia usaron la versión 2001 del estudio ATP III, mientras que en las otras se utilizó el modificado de 2005 y el IDF (International Diabetes Federation). Los hallazgos arrojan unas cifras globales de prevalencia de 33,7 % (ponderada), entre 32,3 % y 35,2 % para adultos, la prevalencia es mayor en los hombres (35,6 %) que en las mujeres (28,4 %), en particular a más temprana edad, entre los 20 y los 40 años.

En el estudio de la Gran Caracas se estableció la relación entre los criterios de ATP III 2005 (National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel II) e IDF, encontrándose resultados de prevalencia de 38,4 % y 41,7 % en hombres y mujeres respectivamente.

La obesidad y el sobrepeso son entidades que no se pueden atribuir a un solo motivo; la realidad es que su origen es multifactorial, por lo que le cuesta a la humanidad unos 2 billones de dólares anuales, casi lo mismo que el fumar o el equivalente a la suma de los costos de la violencia, la guerra y el terrorismo según Instituto Global McKinsey <sup>13</sup> quienes determinaron que el impacto de la obesidad representa hasta 2,8% de la producción económica mundial y que la epidemia abarca alrededor del 15% de los costos de salud de los países desarrollados y en los mercados emergentes.

A medida que un país se hace más próspero, aumenta su tasa de obesidad al mismo nivel que los países desarrollados, agregando el sombrío pronóstico de que, de continuar las tendencias actuales, casi la mitad de la población adulta mundial sufrirá de obesidad para el año 2030 <sup>13</sup>.

#### 4. BASES TEÓRICAS

La obesidad <sup>14</sup> es la acumulación anormal de grasa que puede causar graves problemas de salud. Para entender los parámetros que rigen esta anomalía se puede utilizar el IMC (índice de masa corporal) donde la OMS considera lo siguiente: IMC>25 es indicador de sobrepeso y IMC>30 indica obesidad.

La presencia de un IMC elevado origina una serie de inconvenientes que pueden originar patologías que en muchos casos requieren tratamientos farmacológicos como las enfermedades cardiovasculares, diabetes asociados a dislipidemias/colesteronemia y trastornos en el aparato locomotor, derivados del sobrepeso como es daño articular.

Existen diferentes carencias asociadas a la obesidad como déficit de vitamina D, magnesio y calcio, que son micronutrientes indispensables para la salud del individuo.

El perfil del sobrepeso – obesidad tienen tres procesos condicionantes para su explicación, primero los procesos generales que es lo macrosocial donde se distinguen las políticas del estado, la estructura económica y la organización cultural; segundo los procesos particulares que vislumbran la forma de organización, asuntos del trabajo y consumo y tercero los procesos singulares que forman parte del fenómeno individual fisiológico y genético.

En los análisis de segregación <sup>15</sup> y de escaneo amplio del genoma humano se han obtenido una serie de resultados que hacen pensar que en la obesidad intervienen varios genes, que en combinación con el medio ambiente dan lugar a la aparición de este fenotipo; por lo que la obesidad es el resultado de una compleja interacción entre genes y factores ambientales (nutrición, actividad física, calidad/cantidad de sueño, factores psicobiológicos y culturales). Según Bouchard, C., <sup>16</sup> “Es heterogénea y multifactorial, salvo en las formas monogénicas y sindrómicas; en la obesidad común no es detectable en su heterogeneidad fenotípica un patrón mendeliano simple”

El cambio de hábitos alimentarios en la selección, preparación y consumo de alimentos, fue estudiado y publicado en el 2010, en el Dictamen de COFEMER (COMISIÓN FEDERAL DE MEJORA REGULATIVA, EN MEXICO)<sup>17</sup> y refirieron que las causas atribuibles a esta nueva forma de desnutrición (sobrepeso-obesidad) son las siguientes:

- La disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal.
- El incremento en el consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa.
- La disminución del tiempo disponible para la preparación de alimentos.
- La mayor exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas disminuyendo su gasto energético.
- La disminución del poder adquisitivo de la población.
- La mayor oferta de alimentos industrializados en general.
- La disminución de la actividad física en la población.

Gran parte de la discusión previa, sobre las formas nuevas de alimentación tiene relación con el ambiente y los cambios socioculturales. Este modo de análisis comprende aproximaciones que explican las costumbres de alimentarse como manifestaciones simbólicas o de comportamiento de sistemas de valores y creencias <sup>18</sup>

Hay valores que determinan lo que son alimentos deseables e indeseables, son productos sociales que se han impuesto e internalizado lentamente en cada individuo <sup>19</sup>

Así, en una sociedad industrializada, los alimentos comerciales pueden estar bien conceptuados debido a su eficiencia y predictibilidad antes que el sabor y olor del alimento, y que podrían favorecer el consumo de alimentos procesados y de preparación rápida.

Las creencias acerca de los alimentos representan entonces una interpretación del valor de los alimentos y sirven como elementos cognitivos de actitudes y en nuestra cultura occidental las pautas alimentarias son transmitidas principalmente vía materna y las experiencias tempranas del niño con la comida, y en especial las prácticas de alimentación utilizadas por los padres, tienen fundamental importancia en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos <sup>20</sup>.

Comemos aquello que nos sienta bien, ingerimos alimentos que son atractivos a nuestros sentidos y que nos proporcionan placer, llenamos nuestro carrito de mercado de los productos que nos permite nuestro poder adquisitivo, y que nos presentan los medios de comunicación, servimos o nos sirven comidas según si somos mujeres u hombres, niños o adultos, pobres o ricos y elegimos o rechazamos alimentos a partir de nuestras experiencias diarias y de nuestras ideas dietéticas, religiosas o filosóficas <sup>21</sup>.

En Venezuela, como en el continente americano la alimentación se fundaba en el maíz y la yuca, complementados con alguna proteína animal producto de la caza y de la pesca y con el edulcorante natural de la miel, no incluía grasas en sus preparaciones culinarias y el condimento por excelencia era el ají, al depender la mayoría de las tribus de la caza, la pesca y la recolección, no existía entre ellas un horario fijo de comidas, ni se hacían preparaciones culinarias sofisticadas. Por el contrario, el patrón de consumo europeo, se caracterizaba por el consumo a base la carne (vacuna, porcina y ovina), el trigo, el vino y las grasas vegetales (aceite de oliva) o animales (manteca de res o de cerdo) y empleaba el azúcar de caña, la sal y las especias de uso tradicional en el Viejo Continente <sup>22</sup>.

La historia alimentaria de la República Bolivariana de Venezuela se ha caracterizado por la presencia constante de transculturaciones que van desde sus orígenes hasta los tiempos actuales y muchos de los cambios introducidos generan nuevos modelos transculturales de alimentación en el país, y esto ha adquirido en tiempos relativamente recientes un gran auge debido al creciente fenómeno de la globalización.

El proceso de globalización tiene un carácter multidimensional esto es, que involucra aspectos económicos, sociales, políticos, financieros, ambientales y culturales; donde los hechos locales y regionales se ven influenciados cada vez más por acontecimientos o eventos que ocurren en otros lugares del mundo y, viceversa. Se trata entonces de un sistema pluricéntrico

conformado por relaciones de estado y nación, actores subnacionales y supranacionales, destacando el protagonismo de las empresas transnacionales.

Los cambios que se producen como resultado de la globalización tienen incidencia en los sistemas de producción, en la organización empresarial y las decisiones de productores agrícolas, agroindustriales, comercializadores y consumidores; en otras palabras, en los agentes o actores de los distintos componentes que conforman un sistema alimentario determinado <sup>23</sup>.





## 5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

### **Tasa de obesidad:**

La prevalencia de la obesidad ha aumentado de manera generalizada en todos los países desarrollados, es un hecho que ha pasado de convertirse en una amenaza a una realidad, es una pandemia generalizada que afecta a varios países, algunos han tomado medidas más efectivas que otros.

En la región latinoamericana la tasa de obesidad representa casi un cuarto de la población, casi 130 millones de personas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los cinco países con más obesidad son:

1: México: la obesidad afecta al 32.8% de su población, ante esto el gobierno ha iniciado campañas anti comida basura y promover el aumento de la práctica de deporte.

2: Venezuela: el 30,8% de la población adulta padece obesidad.

3: Argentina: el 29.4% de la población adulta está afectada por esta epidemia, entre otras políticas el gobierno obliga a que conste la información nutricional en los envases de comida preparada.

4. Chile: los chilenos por término medio consumen 1796 Kcal, y presenta una tasa del 29.1% de afectación.

5: Uruguay: la tasa es del 23,5%, pero si tenemos en cuenta los datos de obesidad y sobrepeso la incidencia es de más de la mitad de las personas adultas y además uno de 4 niños presenta problemas nutricionales.

Según la OMS, la prevalencia de la obesidad se duplico entre 1980 y 2008, esto causa que al año haya casi 2,8 millones de personas por este motivo o causas derivadas del sobrepeso, en Estados Unidos, más de la tercera parte de los mayores de 65 años son obesos,<sup>24</sup>

En los países occidentales una de cada dos personas presenta sobrepeso, esta tendencia (según datos OMS) se prevé ascendente llegando incluso a dar una prevalencia de 2 de cada 3 personas, el ranking de prevalencia es: Grecia (mayor incidencia)→Estados Unidos →Italia→Mexico→Nueva Zelanda→Chile.

### **Estadísticas sanitarias mundiales 2012 (datos procedentes de la OMS) <sup>25</sup>:**

La prevalencia mundial de esta pandemia ha conseguido duplicarse en un periodo de 20 años (1980 a 2008), en 2008 el 10% de los hombres mundiales eran obesos y el 14 % de las mujeres frente al 5 y 8% de 1980.

La región de más prevalencia eran las Américas con un sobrepeso de 62% mientras que en la región de Asia no superaba el 3% y el sobrepeso el 14 %

En Europa y el Mediterráneo Oriental el porcentaje de sobrepeso en el sexo femenino alcanzaba porcentajes cercanos al 50% y un 23% presentaban obesidad.

En España según datos de la OMS, existe un 24% de posibilidades de asociar el aumento de mortalidad relacionada directamente con la obesidad. Estas cifras son altas en relación a por ejemplo Francia donde representa un 16 %, Grecia, un 17%, y Japón donde solo representa como factor de riesgo un 5%. Solo países como Estados Unidos la supera llegando al 31%. En Inglaterra, usándola como indicador de los países más industrializados de Europa y con economías más resistentes uno de cada cuatro adultos es obeso en 2010 con IMC de 30hkg/m<sup>2</sup> o más. La proporción de hombres clasificados como personas con sobrepeso llegó al 42%, otro dato alarmante es que en 2010, el 17% de los niños y el 15% de las niñas presentaban obesidad.

#### **Datos del instituto nacional de estadística** <sup>25</sup>:

La población española padece la obesidad como el resto de los países Europeos, cerca del 16% de la población es obesa, una de cada dos supera el peso que se considera como normal. Los hombres presentan mayor prevalencia que las mujeres con un 62,8% frente a un 44,6%. En España 7 de cada 10 personas ingieren una pieza de fruta diaria (12), y solo seis de diez ingieren verduras diariamente, sin embargo en la población joven entendiéndose por tal la que se engloba en la franja de edad comprendida entre 16 a 24 años solo 5 de 10 consumen fruta diariamente. En cuanto a la actividad física intensa vemos desajustes importantes entre las mujeres y los hombres siendo estos últimos más asiduos a la práctica que las mujeres (un 15,7% en el caso de las mujeres frente a un 34,4% en el de los hombres). Las mujeres sin embargo practican más actividades físicas moderadas que los hombres (un 42,7% frente a un 26%). En España la incidencia de la obesidad en adultos es más elevada que la media presente en los países occidentales, siendo un problema real la tasa presente en niños ya que es de las más altas.

Para resumir dos de cada tres personas tienen sobrepeso en España, llegando a hacer que una de cada 6 sea obesa, y uno de cada 3 niños en edades comprendidas entre 13 y 14 años padece sobrepeso.

Desde el año 2000 el porcentaje de sobrepeso en la población adulta se ha mantenido, pero sin embargo el de la obesidad ha aumentado. Ante este panorama las expectativas son que la incidencia de obesidad y sobrepeso siga una línea ascendente hasta un 7%.

#### **Obesidad e incremento del gasto farmacéutico** <sup>26</sup>:

La personas obesas aumentan hasta un 25% el gasto farmacéutico y el tratamiento médico a los sistemas sanitarios de los países afectados por esta epidemia, además sus limitaciones físicas los limitan a la hora de acceder a un mercado laboral normal, por lo que ingresan una media de un 18% menos que las personas que no presentan este problema. Es normal que a la obesidad se sumen patologías como son cardiovasculares, diabetes, daños articulares que hacen que los tratamientos farmacológicos y el personal facultativo para atenderlas aumente exponencialmente con el aumento de peso de las personas obesas.

### **Factores añadidos que contribuyen al aumento de la tasa de obesidad y sobrepeso<sup>26</sup>:**

Las economías domésticas insuficientes y la situación económica es la responsable del aumento de la tasa de obesidad a nivel mundial, la gente en general con recursos limitados compra productos alimentarios de bajo coste y alto contenido calórico con capacidad saciante y por tanto menos nutritivo, por una parte les sacia y les proporciona calorías pero no los nutrientes necesarios que conducen a los estados de desnutrición asociados al sobrepeso y la obesidad

Existe también una alta presencia de episodios depresivos y cuadros de ansiedad en pacientes obesos, llegando a afectar hasta cerca del 35 % de las personas con obesidad.

Finalmente destacar la importancia de estas cifras y el impacto de esta enfermedad a nivel social y económico sobre todo cuando España se sitúa por delante de Estados Unidos en obesidad infantil, presentando una tasa del 19% frente al 16 de Estados Unidos.

### **Obesidad y desnutrición <sup>26</sup>:**

La crisis económica mundial ha actuado como detonante a que los consumidores busquen productos más baratos, con alto contenido calórico y especialmente poco valor nutricional, esto ha llevado a una situación de desnutrición en muchos de los estados de obesidad y sobrepeso detectados a nivel mundial, el 65% de la población mundial esta distribuída en países donde la tasa de mortalidad por obesidad es superior a la causada por malnutrición.

En reino unido, las ventas de carne fresca, vegetales frescos y fruta han sufrido un descenso importante mientras que las de productos envasados o precocinados como galletas o pizza han aumentado progresivamente, los alimentos orgánicos disminuyeron un 15 % y el 23 % dejó de ir al gimnasio o practicar ejercicio habitualmente.

Es crucial el entender que un 17% menciona el hecho que uno de los problemas para no llevar una vida saludable es que es caro hacerlo, considerando que la economía es el factor principal a efectos de los encuestados, para poder llevar una vida más saludable (cerca de un 89% lo considera así). El 64 % de la población mundial entiende que es importante vivir mejor y seguir estos hábitos, pero el 79% dice que es difícil de cumplir bajo la situación actual.

El programa NHANES <sup>27</sup> se desarrolló para evaluar el estado de salud de la población de Estados Unidos, el estudio usa entrevistas y análisis físicos y proporciona información acerca de otras dolencias asociadas a la mala alimentación.

Entre los indicadores de salud evaluados se encuentran:

- Anemia
- Enfermedades cardiovasculares
- Diabetes
- Enfermedades de los riñones
- Enfermedades infecciosas e inmunización
- Salud mental

- Nutrición
- Obesidad
- Osteoporosis
- Aptitud física y funcionamiento físico.

Uno de los factores más importantes en el desarrollo de la obesidad, ya que tiene una etiología multifactorial, es el estilo de vida, su propagación en el mundo responde a cambios alimentarios y a la modificación de hábitos físicos saludables en la población en general.

Esto hace que las minorías con menor nivel educativo y socioeconómico desarrollen hábitos nutricionales que les conducen a que en este extracto social la obesidad tenga una mayor prevalencia de manera más generalizada.

### **Factores que influyen en la tendencia de aumento de la obesidad**<sup>28</sup>:

Principalmente responde a cambios socioeconómicos y socioculturales que han conducido a que

- Aumento de la ingesta de alimentos muy energéticos y bajos en nutrientes.
- Aumento del consumo de azúcares refinados.
- Aumento del consumo de grasas saturadas.
- Aumento del consumo de alcohol.
- Disminución de la ingesta de vegetales, carbohidratos complejos, frutas y fibra, aumento del consumo de comidas procesadas.
- Disminución de la actividad física Se aumenta el uso de vehículos para desplazarse disminuyendo el trabajo físico, los adelantos tecnológicos también propician esta disminución, se reduce el tiempo dedicado a la práctica de deporte y actividad física en general.
- Factores socioculturales ya que La obesidad se percibe como un problema de salud no como una enfermedad sino como un estado de bienestar.

### **Factores genéticos asociados**<sup>29</sup>:

Existe una hipótesis que hace alusión al “genotipo ahorro” que consiste en que las personas obesas podrán desarrollar un mecanismo adaptativo que consiste en que las personas con sobrepeso u obesas desarrollan un mecanismo ahorrador metabólico que en hace aumentar la eficiencia metabólica en la obtención de energía y almacenaje de las reservas de grasa. Esto hace que los individuos que presentan estos mecanismos almacenan más fácilmente grasa que los que no lo tienen con lo que le es más fácil ganar peso.

## 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Ante todo lo expuesto sería necesario la aplicación de planes pilotos de educación nutricional desde las edades más tempranas para poder evaluar de manera prospectiva los efectos a largo plazo, un estudio social que sea extrapolable a la sociedad en general y que tenga un profundo impacto en las nuevas generaciones con capacidad racional para comunicar incluso a sus propios progenitores la importancia de llevar un estilo de vida sana, transmitir la importancia de llevar un estilo de vida saludable y ser capaz de convertirlo en la guía de su modo de vida.

La obesidad es un problema a nivel mundial que causa problemas socioeconómicos por el aumento del gasto médico-farmacéutico, en los países con mayor prevalencia.

Los problemas asociados a la obesidad hacen que se produzcan nuevas situaciones nutricionales como es la desnutrición que derivada de malos hábitos alimentarios y conducen a una ingesta energética superior a la necesaria, fruto del mercado alimentario actual y una menor ingesta de nutrientes fundamentales como son los proporcionados por frutas, vegetales u otros alimentos frescos.

Esto ha conducido a una situación singular en la que la población no dedica tiempo a la selección alimentaria, se guía por los mercados que satisfacen sus demandas sin valorar las consecuencias a largo plazo.

Determinados establecimientos alimentarios calificados como “Fast food” o la accesibilidad en las grandes superficies a todo tipo de productos altamente calóricos así como comidas procesadas ha conducido a esta situación, los mercados actuales vigilan más sus números de ventas que la calidad y cualidad de los productos ofrecidos, esto hace que la población acceda a productos alimentarios que no cumplen o le proporcionan las necesidades nutricionales diarias.

Las grandes multinacionales manipulan a través de su publicidad y el marketing a la población, conduciendo a la situación actual.

Los cambios globales en los patrones de la transición nutricional abordan una amplia gama de cambios socioeconómicos y demográficos que se han traducido en cambios rápidos en las dietas y niveles de actividad física de la mayoría de las regiones del mundo. Los datos disponibles parecen indicar que la mayoría de los cambios tienen reducciones implicadas en la ingesta de fibra y granos enteros, los aumentos en la ingesta de hidratos de carbono refinados (en particular en los edulcorantes), y aumentos en la ingesta de animales y grasas parcialmente hidrogenadas.

La publicidad engañosa en ningún caso hace alusión a los problemas que puede causar a largo plazo, como ocurría con el tabaco a principios de siglo 20 y finales donde estaba socialmente aceptado y se permitía la publicidad del mismo, una vez probados sus efectos secundarios se tomaron medidas sanitarias de advertencia así como programas y campañas antitabaco.

Por lo que la situación mundial de la obesidad debería tomar medidas drásticas como fomentar la actividad física, no solo disminuirá el estrés sino que aumentará su salud cardiovascular.

Hay que abordar esta epidemia no como algo individual y no transmisible, ya que sino se corta hace que se extienda sin control, por lo tanto la principal forma de tratamiento es la educación nutricional y la necesidad de incluir políticas alimentarias que fomenten los buenos hábitos, y la inclusión de avisos en los productos alimentarios altamente calóricos.

Se puede afirmar que la transculturación, entendida como un proceso inevitable del mundo y que permanece presente como elemento esencial desde los orígenes del hombre propiamente dicho al mezclarse y socializarse, ha representado una fuente para expandir los límites del régimen alimentario.

## **7. RECOMENDACIONES**

Elaborar un plan integral para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad con la participación y compromiso de todos los entes gubernamentales y no gubernamentales en la planificación, organización, ejecución, reestructuración y monitoreo de programas y políticas públicas dirigidas a mejorar el grado de educación alimentaria y nutricional en las instituciones educativas; así como legislar sobre la información contenida en los etiquetados y la composición de algunos alimentos, regular la publicidad que incentiva el consumo de alimentos con alto contenido calórico y con escaso valor nutricional y promocionar la actividad física y el desarrollo de estrategias informativas.





## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Glosario de Promoción de la Salud. Traducción del Ministerio de Sanidad. Madrid (1999).
2. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation presented at: the World Health Organization; June 3-5, 1997; Geneva, Switzerland. Publication WHO/NUT/NCD/ 98.
3. Chopra M, Albraith S, Darnton-Hill I. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. Bulletin of the World Health Organization 2002, 80 (12) 952-958.
4. Pinstrup-Andersen P, Babinard J. Globalisation and human nutrition: opportunities and risks for the poor in developing countries. African Journal of Food and Nutritional Sciences 2001; 1: 9-18.
5. Barrial Martínez A, Barrial Martínez A. La educación alimentaria y nutricional desde una dimensión sociocultural como contribución a la seguridad alimentaria y nutricional. Disponible en [www.eumed.net/rev/cccss/16/](http://www.eumed.net/rev/cccss/16/) consultado el 6 de agosto 2015
6. Índice Good enough to eat. 14 enero 2014, disponible [www.oxfam.org.uk/what-we.../good-enough-to-eat](http://www.oxfam.org.uk/what-we.../good-enough-to-eat) consultado 6 de agosto 2015.
7. World Health Organization, Nota descriptiva N° 13, OBESIDAD. Enero 2015, disponible [www.who.int/features/factfiles/obesity/es/](http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/) consultado el 7 agosto 2015.
8. Muci Mendoza R, Briceño Iragorry L. Obesidad ¿Es una realidad en Venezuela? Epidemiología Pandemia del siglo XXI. Colección Razetti. Volumen XIII. Caracas. Editorial Ateproca; 2012. 4: 59-90.
9. Montero JC. Epidemiología de la obesidad en siete países de América. Contin Nutr Obes. 2002; 5:3-6.
10. Eberwine D. Globesidad: una epidemia en apogeo. Perspectivas de Salud. Rev. OPS. 2002; 3:1-7.
11. World Health Organization "Prevención de enfermedades crónicas: una inversión vital" disponible en [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/media/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/) consultado el 6 de Agosto 2015
12. Alberti K, Eckel R, Grundy S, Zimmet P, Cleeman J, Donato K, et al. Harmonizing the metabolic syndrome. Circulation. 2009; 120: 1640- 45.

13. Instituto Global McKinsey. Costo de la obesidad en el mundo, disponible [www.elmundo.com.ve/noticias/estilo-de-vida/salud/-cuanto-cuesta-la-obesidad-al-mundo.aspx#ixzz3iM548IME](http://www.elmundo.com.ve/noticias/estilo-de-vida/salud/-cuanto-cuesta-la-obesidad-al-mundo.aspx#ixzz3iM548IME), consultado el 6 de agosto 2015.
14. Maton, Anthea. Human Biology and Health. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall. 1993.
15. Frayling T, Timpson N, Weedon M, et al. A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity. Science 2007; 316: 898-894.
16. Pérusse L, Bouchard C. Gene-diet interactions in obesity. An J. Clin Nutr. 2000; 72: 1285S - 1290S.
17. Dictamen Final sobre el anteproyecto lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica. México, D.F., 18 de agosto de 2010 disponible en [www.cofemer.gob.mx/expediente/v99/\\_cofeme.10.2542.pdf](http://www.cofemer.gob.mx/expediente/v99/_cofeme.10.2542.pdf) consultado el 6 de agosto 2015.
18. Harris M, Foodways: historical overview and theoretical prolegomenon. En: Food and Evolution: toward and theory of human food habits. Harris M, Ross E, eds. Philadelphia, Temple University Press, 1987.
19. Parrage IM: Determinants of food consumption. J Am Diet Assoc 1990; 90: 661-3
20. Birch L, McPhee L, Sullivan S, Johnson S: Conditioned meal initiation in young children. Appetite, 1989; 13: 105-13
21. Lovera J. Acervo culinario y patrimonio cultural: Consideraciones históricas y propuestas políticas para Venezuela. Anales Venezolanos de Nutrición. 2003. 16: (1). 31-36.
22. Fundación Polar. Alimentación. Historia de Venezuela para nosotros. Centro de Investigación de la Comunicación. Caracas, Venezuela: Fundación Polar. 1998.
23. Quintero M. Globalización y sistema agroalimentario: principales cambios en las estrategias agroindustriales y en las tendencias de consumo de alimentos. Centro de Investigaciones Agroalimentarias. Universidad de los Andes. Mérida. 2003.
24. Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES), Data Dissemination Branch National Center for Health Statistics. 2012
25. Post Tagged "informe NHS Health and Social Care Information centre report" Estadísticas de Obesidad OMS 2012. Consultado el 4 de Agosto 2015, disponible [www.stopalaobesidad.com/.../informe-nhs-health-and-social-care-information-ce](http://www.stopalaobesidad.com/.../informe-nhs-health-and-social-care-information-ce).

26. Post Tagged “informe NHS Health and Social Care Information centre report” Generación XXL. consultado el 4 de agosto 2015, disponible [www.stopalaobesidad.com/tag/el-informe-generacion-xxl-elaborado-por-ipsos/](http://www.stopalaobesidad.com/tag/el-informe-generacion-xxl-elaborado-por-ipsos/)
27. Peña M, Bacallao J. La obesidad y sus tendencias en la Región. Rev Panam Salud Publica /Pan Am J Public Health. 2001. 10 (2) 75-8.
28. Popkin B. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable. American Journal of Clinical Nutrition 2006. 84: 289-298
29. Genotipo ahorrador: el patrimonio de la humanidad que predispone a la obesidad 28 de febrero de 2013 consultado el 7 de agosto 2015 disponible <http://www.directoalpaladar.com/salud/genotipo-ahorrador-el-patrimonio-de-la-humanidad-que-predispone-a-la-obesidad>





