

PERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL Y ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA CONTROLARLO, EN ADULTOS COSTARRICENSES

BODY WEIGHT PERCEPTION AND STRATEGIES USED TO CONTROL BODY WEIGHT AMONG COSTA RICAN ADULTS

G. Padilla Vargas¹, M. Roselló Araya¹, S. Guzmán Padilla¹,
A. Aráuz Hernández¹, N. Solórzano Alfaro²

Recibido: 12/9/07 Revisado: 23/10/07 Aprobado: 9/11/07

Resumen

Justificación: La obesidad se considera un problema de salud pública. La encuesta directa es el método más utilizado para generar información al respecto, pero su alto costo económico limita obtener datos periódicos. Se han experimentado otros métodos de recolección de información; entre ellos la encuesta telefónica se concibe como una opción válida de costo menor.

Objetivo: Explorar la percepción del peso corporal de adultos costarricenses y las estrategias utilizadas para controlarlo, mediante el análisis de la información obtenida en la primera Encuesta Telefónica de Salud del IDESPO.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal. Se elaboraron preguntas abiertas sobre conocimiento, percepción y estrategias sobre peso corporal, que se incorporaron en la primera Encuesta Telefónica de Salud del IDESPO.

Resultados: El 50,3% y 42% de los sujetos se percibieron con peso normal y peso alto o muy alto, respectivamente. Las principales estrategias para perder el peso: hacer ejercicio (29,4%), cambios en la alimentación; 42% de los hombres y 44% de las mujeres reportaron "no hacer nada". Al contrastar la percepción del peso con el IMC estimado, más del 25% de mujeres y 34% de hombres que se percibieron con peso normal presentaron sobrepeso.

Conclusiones: La metodología de encuesta telefónica introduce una subestimación en la percepción del exceso de peso conforme avanza la edad. La encuesta telefónica no sustituye las encuestas

directas, pero se visualiza como alternativa para generar información sobre factores de riesgo cardiovascular. El reto próximo será validarla en nuestro contexto.

Palabras claves: entrevista telefónica, sobrepeso, obesidad, percepción del peso corporal, estrategias para el control del peso, IMC.

Abstract

Rationale: Obesity is considered a public-health problem. A direct survey is the method most-frequently used to generate relevant information but its high economic cost doesn't allow obtaining periodic data. Other methods of collecting information have been tried and, among these, the telephone survey is seen as a valid option at lower cost.

Objective: To explore the perception of body-weight among Costa Rican adults as well as the strategies used to control this variable by analyzing information obtained in the First Telephone Health Survey conducted by IDESPO (The Institute for Social Studies in Populations.)

Methods: a cross-sectional, descriptive study was carried out. Open questions were developed having to do with knowledge, perception and strategies to deal

1 Nutricionista. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Costa Rica.

Correspondencia a Gioconda Padilla Vargas, INCIENSA, Apdo. 4-2250, Tres Ríos, Cartago, Costa Rica. gpadilla@inciensa.sa.cr

2 Jurista, Investigador Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), Universidad Nacional, Costa Rica.

with body-weight. These were incorporated into the Health Survey mentioned above.

Results: 50.3 % and 42% of the subjects, respectively, had a self-perception of normal weight or of high - very high weight. The main weight-loss strategies were: doing exercise (29.4%), changes in diet and no special strategy (the latter as admitted by 42% of men and 44% of women). When comparison of self-perception of weight with estimated BMI was done, more than 25% of females and more than 34% of males of those thinking they had normal weight were actually overweight.

Conclusions: a telephone-survey methodology introduces an underestimate in the self-perception of overweight according to age. While telephone surveys do not substitute direct surveys, they can be seen as an alternative to generate information about cardiovascular risk factors. The next challenge will be to validate these surveys in Costa Rica.

Key Words: telephone interview, overweight, obesity, body-weight perception, weight-control strategies, BMI (body-mass index).

Introducción

La obesidad se considera un problema de salud pública mundial y la evidencia sugiere que el aumento de su prevalencia es alarmante¹. En Costa Rica el panorama es similar y preocupa el acrecentamiento durante los últimos años^{2,4}. El método más utilizado para generar información sobre factores de riesgo ha sido la encuesta directa; sin embargo, el elevado costo económico es una de las principales limitantes a la hora de obtener datos periódicos relacionados con enfermedades de alta prevalencia como la obesidad.

En el ámbito internacional, se han ensayado otros métodos de recolección de información, siendo la encuesta telefónica uno de los más explorados en el campo sanitario con relación a factores de riesgo cardiovascular⁵⁻¹². Entre sus principales ventajas están la facilidad de obtener estimaciones poblacionales a un costo menor y en lapsos de tiempo más cortos que con la encuesta directa, facilidad para recoger datos de temas muy diversos y menor vulnerabilidad a la deseabilidad social¹³. Entre las limitaciones se mencionan porcentajes de respuesta menor que en la entrevista directa y la falta de representatividad de la población general, por razones de cobertura telefónica¹⁰⁻¹⁶. A pesar de que en Costa Rica la cobertura telefónica residencial es relativamente baja¹⁷,

el empleo de esta metodología y la infraestructura que provee el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), puede permitir al sector salud obtener información de calidad y a un costo menor.

Desde 1995, el IDESPO desarrolla el Programa de Estudios de Opinión con el propósito de indagar, mediante la encuesta telefónica, aspectos diversos de temas de interés nacional, no obstante; esta metodología es poco utilizada en temas relacionados con la salud. En el año 2004, el IDESPO realizó la primera encuesta telefónica de salud y en coordinación con el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), incorporó cinco preguntas relacionadas con el tema del exceso de peso. El objetivo fue explorar la percepción del peso corporal que tienen los adultos costarricenses mayores de 18 años, así como las estrategias que utilizan para controlarlo.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo sobre la percepción del peso corporal a partir de la información generada por la Encuesta telefónica de Salud del IDESPO del año 2004, utilizando la metodología e infraestructura que el IDESPO aplica en todos sus Estudios de Opinión¹⁸.

El INCIENSA incorporó en la encuesta telefónica cinco preguntas sobre el peso corporal, que incluían una pregunta sobre percepción, tres sobre estrategias para control de peso y una sobre conocimiento del peso y talla real, a saber: **1.** ¿Cómo considera usted que está su peso?, **2.** ¿Qué está haciendo o ha hecho para bajar de peso?, **3.** ¿Sigue o ha seguido usted durante los últimos dos años, algún tipo de dieta o régimen alimenticio?, **4.** ¿Cuál fue el principal motivo por el que siguió la dieta o régimen alimenticio?, **5.** ¿Cuánto pesa y mide usted aproximadamente?.

La percepción del peso se agrupó en cuatro categorías de análisis con base en información previa generada por el INCIENSA en un estudio sobre percepción de la imagen corporal en 1999-2000 (datos inéditos): 1. bajo, muy bajo; 2. normal, muy bien; 3. Alto, sobrepeso, gordo; 4. Muy alto, muy pasado, muy gordo, muy grueso. A partir del peso y talla autoreportados, se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) según criterios de la OMS 2000¹ (Bajo peso IMC < 18,5; rango normal IMC 18,5 – 24,9; sobrepeso IMC 25,0 – 29,9 y obesidad IMC ≥ 30). Las estrategias se agruparon y categorizaron según afinidad de respuestas. Además se utilizaron

variables sociodemográficas (sexo, edad, ocupación, nivel educativo, estado civil, ingreso familiar); así como antecedentes personales de factores de riesgo (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y colesterol sérico elevado)¹⁸. Se obtuvo estadística descriptiva utilizando el programa estadístico SPSS versión 10.0.

Resultados

Se trabajó con una muestra de 600 personas (50% hombres y 50% mujeres), la cual varió al cruzar las variables por casos perdidos¹⁸. La edad promedio de las personas entrevistadas fue de 44 años (77%), y se concentró en el grupo de 25 a 34 años (27,5%) en ambos sexos. Cincuenta y ocho por ciento eran casadas o en unión libre, 44,7% con educación secundaria y 60% con ingresos familiares mensuales inferiores a los 200.000⁰⁰. Cinco por ciento reportó padecer de diabetes mellitus, 6,1% enfermedades del corazón, 15,4% hipertensión arterial y 12,5% niveles elevados de colesterol sérico¹⁸.

Más de 50% del total percibe su peso como “normal” (54,9% hombres y 45,6% mujeres); con el IMC estimado se obtuvo una distribución similar, en la cual el mayor porcentaje de personas se clasificó con IMC normal; y destaca que más hombres que mujeres se clasificaron con sobrepeso (cuadro 1). Al analizar la percepción del peso por grupo de edad y sexo, se observó que el bajo peso es más frecuente en hombres jóvenes, solteros y con educación primaria y secundaria. Percibirse con sobrepeso fue usual en personas con edades entre 25-44 años (ambos sexos), casadas y con escolaridad secundaria. Las mujeres entre 25-34 años, casadas y con educación secundaria, se percibieron mayoritariamente con “peso muy alto” —obesidad— (cuadro 2).

A partir del IMC estimado, se observó que el porcentaje de personas con peso normal se reduce conforme aumenta la edad en ambos sexos. En las mujeres, el sobrepeso aumenta al avanzar la edad hasta los 44 años, ubicándose el mayor porcentaje (27,8%) en el grupo de 35 a 44 años. Con respecto a obesidad (IMC ≥ 30), destaca que 28,2% de las mujeres en esta categoría son jóvenes (<34 años) y el mayor porcentaje se ubicó en mujeres mayores de 55 años (39,1%). La mayoría de hombres con sobrepeso (34,7%) se ubicó en el rango de edad de 25-34 años; a partir de los 25 años el sobrepeso se reduce conforme aumenta la edad hasta los 54 años, período en el que 33,3% de ellos presentó un IMC ≥ 30 (cuadro 3).

Al cruzar ambas distribuciones (IMC estimado y percepción del peso), se observó que más del 25% de mujeres y 34% de hombres que presentaron IMC entre 25,0 y 29,9, se percibió con peso normal. Solo 33% de las mujeres y 22% de los hombres con IMC ≥ 30 , se percibió como tal (cuadro 4).

Cuarenta y tres por ciento de la población manifestó no aplicar ninguna estrategia para perder peso (42% hombres y 44% mujeres), seguido por cambios en la alimentación en las mujeres (36%) y ejercicio en los hombres (30%) (Gráfico 1). Quienes manifestaron “hacer cambios en su alimentación” (30,3%), tenían entre 25 a 44 años, escolaridad superior los hombres y secundaria las mujeres. La mayoría de quienes realizan algún tipo de ejercicio físico son hombres casados y mujeres solteras entre los 18 y 34 años de edad y con educación secundaria.

Seguir una dieta fue reportado por 20,5% (n=123/600) de las personas entrevistadas (19,3% hombres y 21,7% mujeres); la mayoría de las mujeres lo hacen para “bajar de peso y/o no engordar” (36,5%) y 41,8% de los hombres lo hacen para “sentirse bien y por salud”. (datos de referencia no mostrados).

Discusión y conclusiones

La metodología de encuesta directa es un método ampliamente utilizado para valorar el estado nutricional de una población, sin embargo; su alto costo hace que cada día sea más frecuente la exploración de métodos alternativos para obtener información poblacional confiable a un costo menor. A partir de los resultados de la Encuesta Telefónica de Salud del IDESPO, se pueden hacer algunas aproximaciones usando el peso, talla y percepción de la imagen corporal autorreportados.

Esta investigación mostró que la percepción que tienen las personas adultas costarricenses con respecto a su peso corporal discrepa de la realidad, ya que solo 42% de ellas se percibió con sobrepeso u obesidad, mientras que datos nacionales recientes obtenidos por encuesta directa, evidenciaron prevalencias superiores al 59%⁴. Los resultados indican que son menos los hombres que las mujeres quienes se perciben con sobrepeso u obesidad; y en ambos sexos pareciera que se introduce una subestimación del exceso de peso conforme avanza la edad, datos coincidentes con otros contextos¹⁹⁻²⁰. Lafarga²⁰ y colaboradores encontraron que la edad media de las

mujeres con mayores errores en el reporte de su peso era significativamente superior a la de las mujeres que conocían su peso con más exactitud. En nuestro estudio, la subestimación se observó principalmente en las mujeres de 55 años y más y en hombres de 45 a 54 años, lo que pone de manifiesto la necesidad de enfatizar la atención y la educación en este grupo de población, así como en grupos de menor edad para prevenir este padecimiento.

Existe un alto porcentaje de personas que se percibieron con peso bajo (hombres jóvenes y mujeres de 55 años y más), a pesar de presentar un IMC estimado de normalidad o sobrepeso; en el año 2001, la encuesta CARMEN⁴ obtuvo datos similares: 36,7% de quienes tenían sobrepeso y más del 50% con algún grado de obesidad se percibían como delgadas. Estos datos reflejan que, independientemente de la metodología utilizada, las personas con exceso de peso tienen dificultades para visualizarse tal y como son, situación que puede afectar la forma como las personas enfrentan esta enfermedad, en una cultura como la nuestra en la que socialmente se refuerza una figura delgada en un ambiente que propicia la obesidad. En otros contextos, se ha encontrado que cuando existe una percepción inapropiada del tamaño corporal es más probable que se realicen dietas de reducción²¹, así como hay mayor riesgo cardiovascular debido a la presencia de factores de riesgo como hipertensión arterial y dislipidemias²⁰.

Según nuestros datos, solo 20% de las personas entrevistadas ha realizado algún tipo de dieta, no obstante; preocupa el alto porcentaje de personas que manifiestan “no hacer nada” para controlarlo, lo que podría representar desconocimiento o desinterés de lo que el exceso de peso ocasiona en la salud. Este escenario es alarmante en un país donde el exceso de peso es cada vez más frecuente y en el que, según los resultados de este estudio, solo un porcentaje reducido de personas realizan ejercicio (más hombres que mujeres) o algún cambio en la alimentación como estrategia para perder peso.

En la encuesta CARMEN, 62,9% y 83,5% de la población entrevistada mencionó conocer su talla y peso respectivamente⁴. En la encuesta telefónica la cantidad de personas que reportaron su peso y talla fue mayor (98,2% y 97,7% respectivamente). En nuestro contexto, el sistema de salud no refuerza la importancia de conocer el peso y talla reales, lo usual es que las personas recuerden el peso de años anteriores, incluso a veces se recuerda un valor aspiracional. Esto podría explicar el alto porcentaje de personas que autoreportan los valores de peso y talla; no obstante, los

datos encontrados al estimar el IMC, y a la luz de datos nacionales obtenidos a través de encuesta directa, hacen suponer la subestimación en dichos valores. Incorrecciones en el reporte del peso y talla se han encontrado en otros estudios^{22, 23} y se han relacionado con la edad de la persona, incrementándose a partir de los 45 años²². Por otra parte, se debe reconocer que en el ámbito nacional no existe información acerca de la subestimación o sobreestimación de los valores de peso y talla.

En Costa Rica, por razones de costo, es limitado el acceso periódico a encuestas de salud que permitan obtener datos directos sobre peso corporal y factores de riesgo cardiovascular de la población. De hecho, la última Encuesta Nacional de Nutrición se llevó a cabo en el año 1996 y el último Censo Nacional fue en el año 2000, por lo que el uso de la encuesta telefónica es una alternativa viable; sin embargo, sólo 49% de los hogares costarricenses tienen línea telefónica conectada¹⁷, lo que deja fuera de estas mediciones a diversos grupos poblacionales, como los que no tienen teléfono en su residencia y principalmente a aquellos de bajos ingresos económicos, lo que constituye sin duda una limitante de este estudio. Si bien se reconoce la utilidad de la encuesta telefónica, ésta no sustituye las encuestas directas en la población, razón por la cual la información constante con ambos métodos, puede complementar y mejorar la información disponible para planificadores en salud pública nacional.

La Encuesta de salud del IDESPO es representativa de todo el país, pero el nivel de desagregación de la muestra seleccionada, no permite hacer cruces muy anidados, como por ejemplo por zona geográfica. Otros aspectos que pueden afectar los resultados son limitaciones en la memoria o desconocimiento de los datos solicitados por parte de las personas entrevistadas, así como las barreras culturales que pueden intervenir en la respuesta que se da en ciertos temas, principalmente aquellos relacionados con la salud.

A pesar de las limitaciones, la metodología de encuesta telefónica se visualiza como una alternativa para generar información periódica sobre factores de riesgo; probablemente el reto próximo para el país será validar esta metodología, así como definir indicadores pertinentes de vigilancia utilizando este tipo de encuesta. Este estudio también pone de manifiesto la necesidad de realizar investigaciones específicas, que permitan entender un poco más el comportamiento relacionado con el conocimiento del peso y la talla y con la percepción del peso corporal, asimismo; para conocer si dicha metodología facilita

a las personas entrevistadas expresarse con mayor comodidad sobre temas estigmatizados socialmente como es el caso de la obesidad.

Agradecimiento

A la Licda. Irma Sandoval Carvajal, Ex-directora de Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), por su apoyo en la realización de este trabajo, así como por su apertura al trabajo interinstitucional.

Este trabajo ha sido financiado con fondos estatales de Costa Rica por el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO).

Referencias

- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Genova: WHO, 2000. (WHO technical report series; 894)
- Ministerio de Salud. Memoria anual 2003. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2004.
- Ministerio de Salud. Encuesta nacional de nutrición: Fascículo 1 antropometría. Costa Rica: Ministerio de Salud, 1996.
- Ministerio de Salud. Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Cartago 2001. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2003. (Serie de documentos técnicos n°4)
- Anda RF, Dodson DL, Williamson DF, Remington PL. Health promotion data for state health departments: Telephone versus in-person survey estimates of smoking and alcohol use. *Am J Health Promot.* 1989; 4:32-36.
- Bogle M, Stuff J, Davis L, Forrester I, Strickland E, Casey P, et al. Validity of a telephone-administered 24 hour dietary recall in telephone and non: Telephone households in the rural Lower Mississippi Delta region. *J Am Diet Assoc.* 2001;101:216-222.
- Bowlin SJ, Morrill BD, Nafziger AN, Jenkins PL, Lewis C, Pearson TA. Validity of cardiovascular disease risk factors assessed by telephone survey: The behavioral risk factor survey. *J Clin Epidemiol.* 1993; 46:561-571.
- Conway J, Indwersen L, Vinyard B, Moshfegh A. Effectiveness of the US Department of Agriculture 5-step multiple-pass method in assessing food intake in obese and nonobese women. *Am J Clin Nutr.* 2003; 77:1171- 8.
- Escobedo L, Landen M, Axtell C, Kaigh W. Usefulness of telephone risk factor surveys in the New Mexico Border Region. *Am J Prev Med.* 2002; 23(1):22-27.
- Giles WH, Croft JB, Keenan NL, Lane MJ, Wheeler FC. The validity of self-reported hypertension and correlates of hypertension awareness among blacks and whites within the stroke belt. *Am J Prev Med.* 1995; 11(3):163-169.
- Jackson Ch, Jatulis D, Fortmann S. The behavioral risk factor survey and the Stanford Five-City Project Survey: a comparison of cardiovascular risk behavior estimates. *Am J Public Health.* 1992; 82:412-416.
- Serdula M, Mokdad A, Williamson D, Galuska D, Mendlein J, Heath G. Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight. *JAMA.* 1999; 282:1353-1358.
- Greenfield T, Midanik L, Roger J. Effects of telephone versus face-to-face interview modes on reports of alcohol consumption. *Addiction.* 2000; 95(2):277-284.
- Galán I, Rodríguez F, Zorrilla B. Comparación entre encuestas telefónicas y encuestas "cara a cara" domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas. *Gac Sanit.* 2004; 18(6): 440-450.
- Kraus L, Augustin R. Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: Comparison of response from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Adicción.* 2001; 96:459-471.
- Greenfield T, Midanik L, Roger J. Effects of telephone versus face-to-face interview modes on reports of alcohol consumption. *Addiction.* 2000; 95(2):277-284.
- Centro Centroamericano de Población [página en internet]. Censo poblacional 2000. [Accesado el 12-02-2003] Disponible en <http://censos.ccp.ucr.ac.cr>
- Instituto de Estudios Sociales en Población. Percepciones de la ciudadanía costarricense sobre estilos de vida saludable y los servicios de salud. San José: Instituto de Estudios Sociales en Población, Pulso nacional OP'S 35, 2004.
- Madrigal H, Irala J, Martínez M, Kearney J, Gibney M, Martínez JA. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública Mex.* 1999; 41(6):479-486.
- Lafarga MA, Monfort M, Sánchez R, Batlle F. Relación entre el desconocimiento del propio peso y el riesgo cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria.* 2003; 32(8):466-70.
- Mossavar Y, Peltó G, Ferris A, Allen L. Determinants of body size perceptions and dieting behavior in a multiethnic group of hospital staff women. *J Am Diet Assoc.* 1996; 96(3):252-256.
- Rowland M. Self-reported weight and height. *Am J Clin Nutr.* 1990; 52:1125-33.
- Quiles J, Vioque J. Validez de los datos antropométricos declarados para la determinación de la prevalencia de obesidad. *Med Clin (Barc).* 1996; 106: 725-729.

Cuadro 1
Estado nutricional de las personas entrevistadas, por sexo, según percepción del peso corporal e Índice de Masa Corporal. Primera Encuesta Telefónica de Salud IDESP0 2004 INCIENSA, 2007

Estado nutricional	Percepción del peso n=595 ^a			Índice de Masa Corporal ^b n=580		
	TOTAL n(%)	Hombres n(%)	Mujeres n(%)	TOTAL n(%)	Hombres n(%)	Mujeres n(%)
Bajo peso	46 (7,7)	24 (8,1)	22 (7,4)	29 (5,0)	8 (2,7)	21 (7,3)
Normalidad	299 (50,3)	163 (54,9)	136 (45,6)	296 (51,0)	146 (50,2)	150 (51,9)
Sobrepeso	204 (34,3)	96 (32,3)	108 (36,2)	191 (32,9)	119 (40,9)	72 (24,9)
Obesidad	46 (7,7)	14 (4,7)	32 (10,7)	64 (11,0)	18 (6,2)	46 (15,9)

^a Total de la muestra varía al cruzar las variables por casos perdidos.

^b IMC calculado a partir del peso y talla reportados por los entrevistados

Cuadro 2
Distribución porcentual de personas entrevistadas por percepción del peso corporal, según características demográficas. Primera Encuesta Telefónica de Salud IDESP0, 2004 INCIENSA, 2007

	Percepción del peso corporal								Total n = 596	
	Bajo peso		Normalidad		Sobrepeso		Obesidad		Hombre n=298	Mujer n=298
	Hombre n=24	Mujer n=22	Hombre n=164	Mujer n=136	Hombre n=96	Mujer n=108	Hombre n=14	Mujer n=32		
Edad										
18 - 24 años	37,5	18,2	23,2	24,3	11,5	18,5	14,3	9,4	30,1	20,1
25 - 34 años	20,8	22,7	28,7	24,3	31,3	27,8	21,4	34,4	28,5	26,5
35 - 44 años	12,5	9,1	21,3	21,3	29,2	25,0	14,3	28,1	22,8	22,5
45 - 54 años	12,5	13,6	12,2	9,6	15,6	16,7	14,3	15,6	13,4	13,1
55 años y más	16,7	36,4	14,6	20,6	12,5	12,0	34,7	12,5	15,1	17,8
Estado civil										
Casado/Unión	37,5	54,5	62,6	52,2	63,5	58,9	57,1	71,9	60,6	56,9
Separado/Viudo	8,4	18,1	2,5	15,5	6,2	11,4	14,3	9,4	4,7	12,4
Soltera/o	54,2	27,3	35,0	32,4	30,2	32,7	28,6	18,8	34,7	30,6
Educación										
Ninguna	4,2	4,5	0,6	2,2	1,1	0,9	7,1	0	1,4	1,7
Primaria	33,3	40,9	25,2	27,5	21,1	19,6	35,7	34,4	25,0	26,3
Secundaria	33,3	22,7	43,6	45,1	43,2	52,3	50,0	53,2	42,9	46,9
Educación superior	8,0	31,8	30,6	25,2	34,8	27,1	7,1	12,5	30,8	25,0

Cuadro 3
Estado nutricional de las personas entrevistadas, por sexo y grupos de edad, según Índice de masa corporal estimado. Encuesta Telefónica de Salud IDESP0 2004 INCIENSA, 2007

Estado nutricional	Índice de Masa Corporal ^a (n=580)									
	Hombres (%)					Mujeres (%)				
Grupo de edad	18-24	25-34	35-44	45-54	55 y +	18-24	25-34	35-44	45-54	55 y +
Bajo peso	25,0	25,0	12,5	25,0	12,5	33,3	47,6	4,8	9,5	4,8
Normalidad	29,0	24,8	20,7	13,1	12,4	27,3	25,3	24,0	12,0	11,3
Sobrepeso	11,0	34,7	26,3	11,9	16,1	12,5	26,4	27,8	12,5	20,8
Obesidad	0	22,2	16,7	33,3	27,8	6,5	21,7	15,2	17,4	39,1

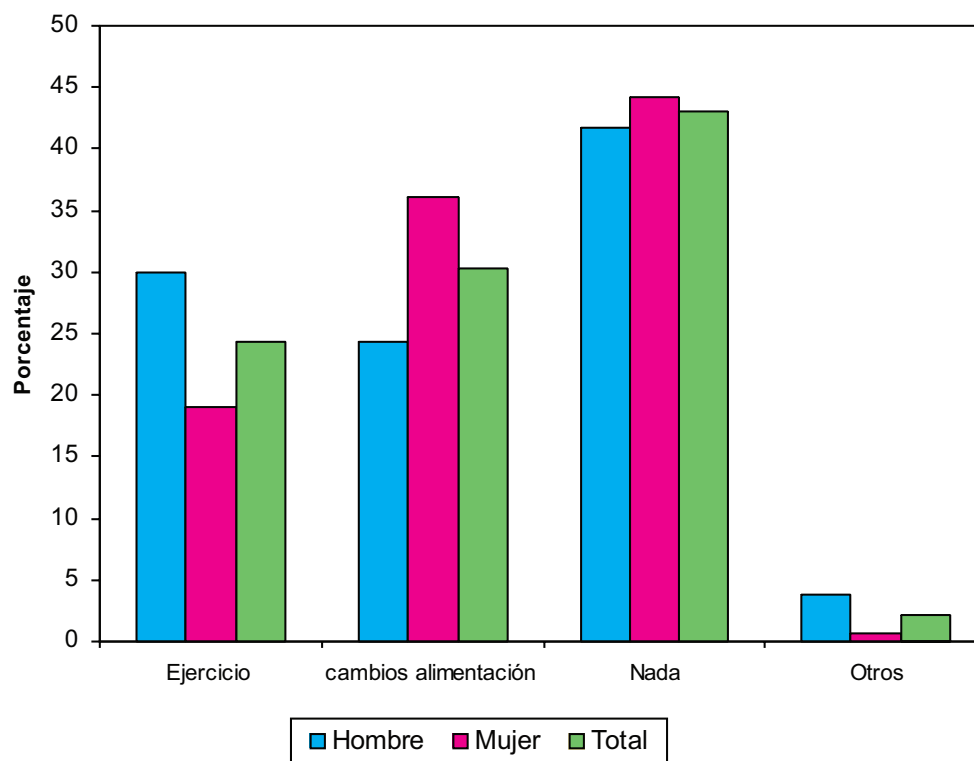
^a IMC. Calculado a partir del peso y talla reportados por las personas entrevistadas

Cuadro 4
Índice de masa corporal estimado, por percepción del peso corporal
Primera Encuesta Telefónica de Salud IDESP 2004
INCIENSA, 2007

IMC ^a	Percepción del peso							
	Bajo peso (%)		Normal (%)		Sobrepeso (%)		Obesidad (%)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
	n=21	n=20	n=129	n=159	n=104	n=96	n=32	n=14
Bajo peso	28,6	12,5	61,9	75,0	9,5	12,5	0	0
Normal	8,1	12,5	58,4	75,7	29,5	9,0	4,0	2,8
Sobrepeso	1,4	0	25,4	34,5	57,7	60,5	15,5	5,0
Obesidad	4,4	5,6	24,4	16,7	37,8	55,6	33,3	22,2

^a IMC. Calculado a partir del peso y talla reportados por las personas entrevistadas

Gráfico 1
Estrategias utilizadas para bajar de peso, por sexo
Primera Encuesta Telefónica de Salud IDESP 2004
INCIENSA, 2007



^a IMC. Calculado a partir del peso y talla reportados por las personas entrevistadas