

11226
29/156.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Universidad Nacional Autónoma de México

"QUE SABE EL OBESO DE SU ENFERMEDAD"

TESIS RECEPCIONAL

Que para Obtener el Título de
MEDICO FAMILIAR

Presenta

José Luis Zamudio Bojorges



México, D F.

Enero 1987.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
OBSERVACION	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
HIPOTESIS GENERAL	10
METODOLOGIA	11
RESULTADOS	13
COMPROBACION DE HIPOTESIS	30
CONCLUSION	39
SUGERENCIAS	42
ANEXO I	44
BIBLIOGRAFIA	46

INTRODUCCION

En el tejido adiposo se acumula la energía ingerida en exceso y constituye la forma ideal de almacenamiento. Bajo las condiciones de vida en las primeras etapas de la historia del ser humano, el tejido adiposo se utilizaba como fuente de energía en momentos de escasez. En contraste, el tejido adiposo del hombre moderno se utiliza sólo con el fin de almacenar que de movilizar la grasa. Como consecuencia, apareció uno de los padecimientos más comunes e incapacitantes de la civilización moderna: la obesidad.

El individuo obeso se encuentra en condiciones muy desfavorables frente a su salud y longevidad, incrementándose su riesgo quirúrgico. Tiende a ser más tonto y susceptible a los accidentes. Aunque la obesidad no constituye la causa de cientos de padecimientos, sí tiende a enmascararlos y agravarlos, por el contrario cuando se trata la obesidad, contribuye a disminuir su gravedad. Dentro de estos padecimientos se incluyen a la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica, el incremento al trabajo respiratorio, con disminución de la reserva respiratoria y capacidad alveolar, así como padecimientos osteoarticulares.

Especulándose que si todo sujeto conserva su peso ideal habra por lo menos 25% menos de padecimientos coronarios y un 35% menos de insuficiencias cardíacas congestivas e infartos.

Se ha encontrado que la mortalidad tanto en hombres como en mujeres con un 20% superior de su peso ideal, era de 150% mayor que entre aquellos que conservaban su peso ideal .

El individuo puede hacerse obeso en varias formas , pero es evidente que el factor más importante es la ingestión diaria de una cantidad excesiva de alimentos muy ricos en calorías . Siendo la mayoría de los obesos procedentes de familias donde exista el hábito de comer demasiado , presentando mayor sedentarismo del individuo . En opinión general se debe a los malos hábitos de alimentación que existen . En lo que se considera importante la educación del paciente para modificar estos hábitos higiénico-dietéticos , proporcionándole una información adecuada de su enfermedad .

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La identificación de la obesidad es a veces difícil, su definición se torna difícil y para fines prácticos la podemos definir: Como cualquier exceso de grasa, en relación al consumo en exceso de alimentos, con disminución en la utilización de energía corporal, alteración en la síntesis, almacenamiento, liberación y en la utilización de los triglicéidos. (1, 2, 3, 4)

Para tratar de identificar la obesidad en forma objetiva y cuantitativa se han utilizado tablas de peso y talla de las compañías aseguradoras, que fueron modificadas para el sexo, edad y complejidad corporal de nuestra población, dichas tablas es lo más frecuentemente utilizado para estimar el sobrepeso excendente (2, 3, 4). Aunque existen otras métodos para tratar de medir la acumulación grasa, más que clínicos, resultan experimentales. (1, 2, 3, 4, 5)

La obesidad se puede clasificar de la siguiente forma. (5)

- 1.- Exógena o alimentaria; ésta se encuentra asociada por el exceso en la ingestión de alimentos y la disminución de la actividad física del individuo siendo la forma más frecuente de presentación, hasta en un 85% de los casos.
- 2.- Constitucional o idiopática; ocasionada por trastorno establecimiento intermedio, herencia familiar o factores psicológicos del individuo.
- 3.- Endocrina o orgánica; encontrándose alteraciones en la correlación hormonal del cuerpo, a nivel de hipotálamo, tiroides, suprarrenales y gónadas.

4.- Hipotalámica o cerebral .

Factores etiológicos en la obesidad . (2)

- 1.- Factor hipotalámico .
- 2.- Factor endocrino .
- 3.- Factor dietético .
- 4.- Factor energético .
- 5.- Factor genético .
- 6.- Factor psicológico .

En cuanto a las manifestaciones clínicas que presentan este tipo de pacientes , son muy variables , y van a depender de la presencia de factores que se encuentran ocasionando la obesidad , por lo que citaremos las formas más frecuentes y sobresalientes .

Cuando predomina el factor hipotalámico , por disfunción (Síndrome de Fushlich) , por destrucción inflamatoria o tumoral (Craneofaringoma) de los núcleos reguladores del apetito . Lo que en general va ocasionar este síndrome es un aumento muy importante del apetito , acompañado de trastornos del eje hipotálamo - hipófisis , con gran similitud clínica a insomnio nocturno con bulimia . (1 , 2 , 3 , 5)

Si el predominio es el de los factores endocrinos , se encuentran como por ejemplo el hipercortisolismo , cuando ocurre en la enfermedad de Cushing , hipotiroxismo , disfunción suprarrenal y síndrome adrenogenital . (1 , 2 , 3 , 5)

En la obesidad exógena, en donde se encuentra combinación de factores sociales, personales, familiares, sociales, así como la disminución de la actividad física, en donde los pacientes en el inicio de la enfermedad permanecen asintomáticos por largos períodos de tiempo, perpetuando su enfermedad, lo que lleva a un aumento de la morbimortalidad en estos pacientes principalmente por alteraciones metabólicas, cardiovasculares y respiratorias. (1, 2, 3, 5)

En cuanto a la obesidad constitucional, hay también gran cantidad de factores que la constituyen, tanto orgánicas, psicológicas como culturales. (1, 2, 3, 5)

Diagnóstico de obesidad :

Esta se establece de una manera práctica, y es con la toma de peso corporal y talla, las cuales deben compararse con tablas previamente elaboradas, generalmente por compañías de seguros, las cuales establecen correlación con el sexo, talla y complexión del individuo. (7) del cual buscardo la presencia de factores etiológicos para poder clasificar mas adecuadamente este padecimiento.

Siendo un problema para el manejo, que es extraordinariamente complejo. Observandose en el campo de la terapéutica un sin número de fracasos tanto a corto como a largo plazo, ya que sólo de un 10% al 15% alcanzan el peso ideal y sólo del 2% al 5% logran mantener ese peso ideal después de un año. (2)

Con lo que respecta al tratamiento tendremos que hacer una valoración inicial, la cual nos permite la selección del método más adecuado para cada paciente. (2)

Esta valoración se realiza a tres niveles principales, los que comprenden los siguientes pasos:

- 1.- Historia familiar.
- 2.- Estudio del paciente en forma individual.
- 3.- Valorar los recursos con que el paciente cuenta y la posibilidad de realizar ejercicio físico.

Hay una gran variedad de tratamientos para el paciente obeso y con los que contamos son: (1, 2, 3, 4, 5)

- 1.- Programas dietéticos que comprenden el ayuno total, dietas de restricción especiales, dietas hipocalóricas equilibradas.
- 2.- Terapéutica médica a base de anabólicos, psicofármacos y estimulantes anabólicos.
- 3.- Productos de volumen.
- 4.- Terapéutica quirúrgica.

Para como se ha hecho con anterioridad la observación de que el paciente obeso logra alcanzar su peso ideal y lograr mantenerlo es muy difícil, ya que el paciente carece de una adecuada información de lo que es su enfermedad y de las complicaciones posibles que la puede ocasionar, puesto que este tipo de información no le es proporcionada en forma adecuada y completa por parte del equipo de salud. Teniendo como resultado el retraso en la relación médico - paciente, el escaso tiempo disponible para la consulta, la burocracia en el ejercicio de la medicina institucionalizada, el uso de terminología incomprendible para los pacientes, son algunos de los obstáculos para una relación viable.

Otros impedimentos es que el paciente no expone sus dudas por temor, falta de confianza, o por deficiencias sociolingüísticas.

También es posible que el médico no este dispuesto a responder a las preguntas . Muchas medicas basadas más en su propio juicio que en el del paciente para evaluar la calidad de información y estar convencidos de que el paciente ha entendido sus explicaciones . cuando en realidad no es así . (9 , 10)

El médico tiene el deber de informar al paciente al diagnóstico y los pasos del tratamiento , el paciente por su parte tiene el derecho de estar informado y no debe vacilar en preguntar si tiene dudas . No se trata sólo de dar información adecuada , sino de darla bien y asegurarse de que el paciente la haya comprendido . Una explicación clara de la enfermedad y del tratamiento , así como de las razones que se tuvieron en cuenta para prescribir ciertas medidas terapéuticas son factores positivos para la relación entre el médico y el paciente . (10)

OBSERVACION

Mediante interrogatorio realizado en la consulta de la unidad de medicina familiar no. 33, se ha observado que el paciente con obesidad exógena, carece de información adecuada sobre su enfermedad y las complicaciones que la pueden ocasionar, presentando poco interés para bajar de peso y conservar un peso corporal ideal, para mejorar su estado de salud y lograr una longevidad adecuada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

*¿ El paciente con obesidad exigua no recibe información adecuada acerca de su obesidad y de las complicaciones que ésta le pueda ocasionar , repara-
cuiendo en mostrar poca disposición para reducir y mantener su peso corporal
ideal ?*

HIPOTESIS GENERAL.

En los pacientes con obesidad exógena no hay disposición para bajar y mantener su peso corporal ideal, porque desconocen los aspectos relacionados con su enfermedad y las complicaciones que esta implica.

METODOLOGÍA

En el presente estudio se toma una muestra de 162 pacientes con obesidad exógena de II y III grado, el grupo experimental reúne los siguientes criterios de inclusión, exclusión y no inclusión.

Criterios de inclusión:

- 1.- Obesos exógenos de II y III grado.
- 2.- Sin importar sexo.
- 3.- Mayores de 18 años y menores de 65 años de edad.
- 4.- Sin importar estado socioeconómico de procedencia.
- 5.- Sin importar grado de escolaridad.
- 6.- Demorahabientes de la U.M.F. No. 33

Criterios de exclusión:

- 1.- Obesos no exógenos.
- 2.- Obesos de I y IV grado.
- 3.- Pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años de edad.

Criterios de no inclusión:

- 1.- Obesos exógenos con otras patologías.

Para determinar la muestra de pacientes con la cual trabajamos, se utilizó la fórmula para estimar proporciones. Dónde se tiene la impresión de que la proporción de pacientes adultos obesos de II y III grado no es mayor que 0.12 en donde se desea un intervalo de confianza del 95% con una d de 0.5 y una población infinita, utilizando la siguiente fórmula $n = \frac{z^2 pq}{d^2}$

El sistema de captación de la información se realiza por medio de un cuestionario con preguntas cerradas , manejándose escalas nominales para obtener la información que tiene el paciente obeso de su enfermedad , la cual se concentra en tablas de contingencia y con la aplicación de la χ^2 para obtener si se acepta o rechaza nuestra H_0 .

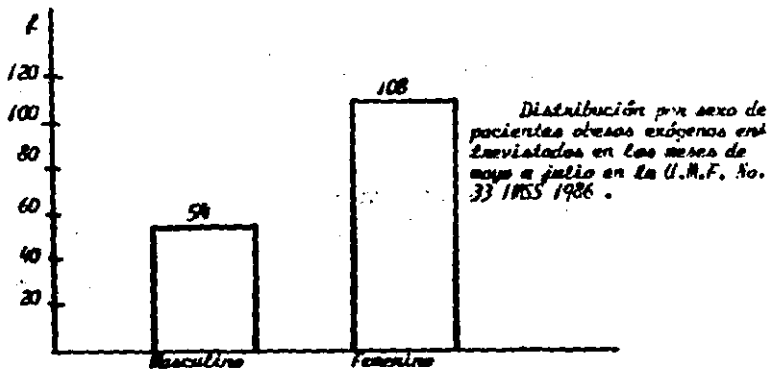
El grupo experimental se integro con pacientes obesos masculinos y femininas de II y III grado de obesidad , los cuales tienen un sobre peso del 20 al 29% los de grado II y del 30 al 39% para el grado III . Para cuantificar el peso corporal se empleo el método más sencillo con el uso de la tabla de peso y estatura , que se obtuvo del libro Salud Enfermedad de Navarra San Martín para hombres y mujeres mayores de 19 años de edad .

R E S U L T A D O S

SEXO	FRECUENCIA
MASCULINO	54
FEMENINO	108
TOTAL	162

Distribución por sexo de pacientes obesos exógenos entrevistados en los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 IBSS 1986 .

Fuente : Investigación personal .



Fuente : Investigación personal .

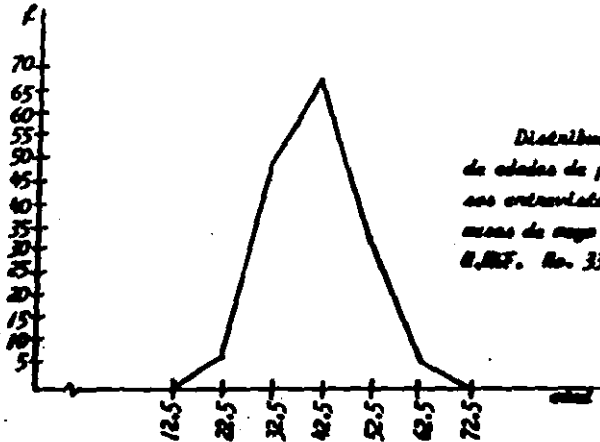
La gráfica anterior, muestra la distribución encontrada por sexo de los pacientes entrevistados, tanto de I como de III grado de obesidad, correspondiendo a 108 pacientes del sexo femenino y 54 del masculino, dándose una relación de 2 a 1 con respecto al sexo.

EDAD	FRECUENCIA
58 - 67	5
48 - 57	32
38 - 47	68
28 - 37	50
18 - 27	7
TOTAL	162

Distribución por grupos de edades de pacientes obesos entrevistados en los meses de mayo a julio en La U.M.F. No. 33 IMSS 1986.

$$\begin{aligned} \bar{X} &= 41.22 & Md &= 41 & S &= 8.85 & CV &= 21.47 & a_3 &= 0.13 \\ Mo &= 42 & R &= 47 & S^2 &= 78.4 & a_4 &= 2.70 \end{aligned}$$

Fuente: Investigación personal.



Distribución por grupos de edades de pacientes obesos entrevistados en los meses de mayo a julio en La U.M.F. No. 33 IMSS 1986.

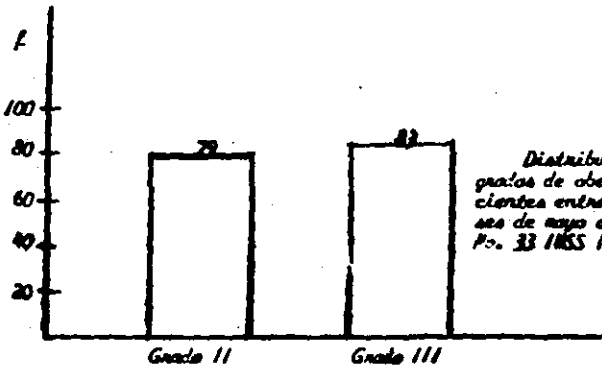
Fuente: Investigación personal.

La gráfica anterior muestra la distribución por grupos de edades de los pacientes obesos de I y III grado entrevistados. Siendo el de menor edad de 18 años y el de mayor de 65 años, obteniéndose un rango amplio de 47. La media aritmética es de 41.22, la moda de 42 y la mediana de 41, encontrándose que en el intervalo de clase 38 a 47 años de edad se encuentra la mayor frecuencia, corresponde a 68 pacientes. Las medidas de dispersión corresponden a una desviación estándar de 8.85, con una varianza de 78.4 y el coeficiente de variación de 21.47. En cuanto a la curva de distribución se obtiene una curva asimétrica positiva, con un coeficiente de 2.7.

GRADOS	FRECUENCIA
II	79
III	83
TOTAL	162

Distribución general por grados de obesidad, de los pacientes entrevistados en los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 IMSS 1986.

Fuente : Investigación personal.



Distribución general por grados de obesidad, de los pacientes entrevistados en los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 IMSS 1986.

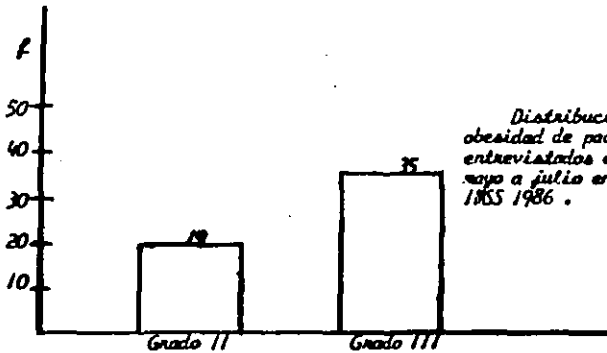
Fuente : Investigación personal.

En la gráfica anterior se muestra la distribución por grados de obesidad tanto del II como del III grado, del total de pacientes entrevistados, encontrándose una mayor frecuencia en los obesos de III grado con 83 pacientes que corresponden al 51% de los pacientes y los de II grado con 79 y corresponden al 49%.

GRADO	FRECUENCIA
II	19
III	35
TOTAL	54

Distribución en grados de obesidad de pacientes masculinos entrevistados en los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 IMSS 1986.

Fuente : Investigación personal .



Distribución en grados de obesidad de pacientes masculinos entrevistados en los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 IMSS 1986.

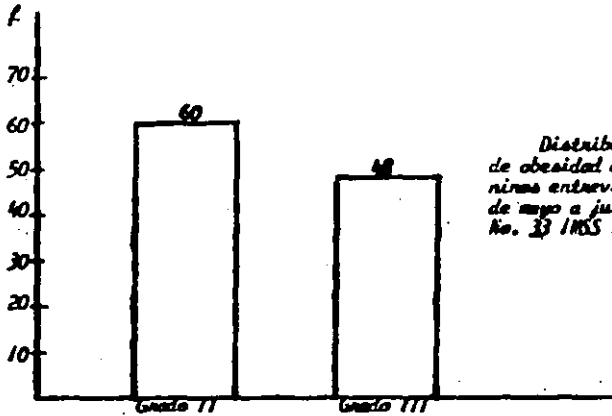
Fuente : Investigación personal .

La anterior gráfica nos muestra la distribución por grados de obesidad en pacientes del sexo masculino, en donde se encontró el predominio de la obesidad de III grado, correspondiendo a 35 pacientes de los 54 entrevistados, teniendo una relación casi de 2 a 1 en relación a la obesidad de II grado.

GRADO	FRECUENCIA
II	60
III	48
TOTAL	108

Distribución en grados de obesidad de pacientes femeninos entrevistados los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 ISSS 1986.

Fuente : Investigación personal .



Distribución en grados de obesidad de pacientes femeninos entrevistados los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 ISSS 1986.

Fuente : Investigación personal .

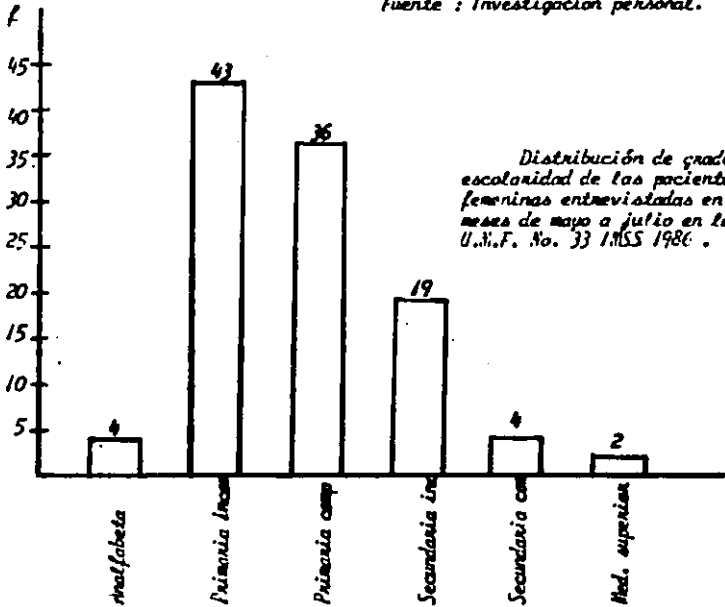
La gráfica anterior muestra la distribución por grados de obesidad de los pacientes del sexo femenino entrevistados, encontrándose predominio de la obesidad de II grado con una frecuencia de 60 pacientes que corresponden al 56% y el 44% al I grado con 43 pacientes.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA
ANALFABETA	4
PRIMARIA INCOMPLETA	43
PRIMARIA COMPLETA	36
SECUNDARIA INCOMPLETA	19
SECUNDARIA COMPLETA	4
MEDIA SUPERIOR	2
TOTAL	108

24

Distribución del grado de escolaridad de las pacientes entrevistadas en los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 IMSS 1986.

Fuente : Investigación personal.



Distribución de grado de escolaridad de las pacientes entrevistadas en los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 IMSS 1986.

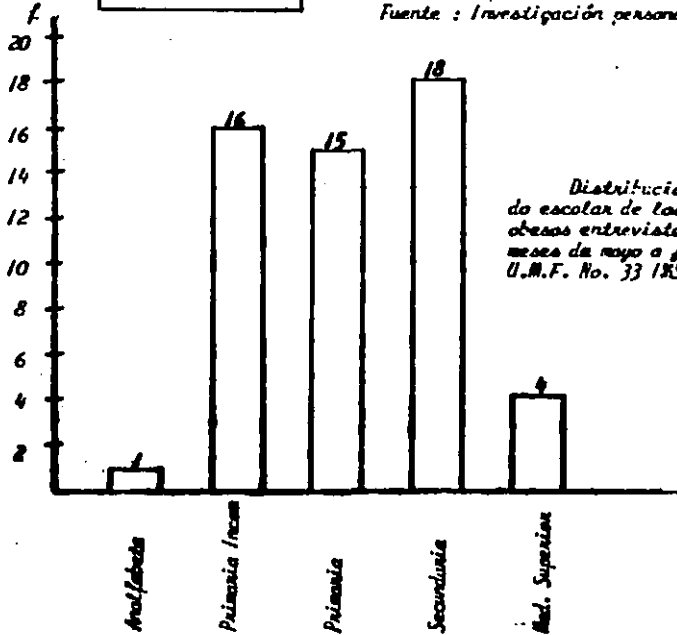
Fuente : Investigación personal.

Los gráficos anteriores muestran el grado escolar que tienen las pacientes femeninas, encontrando que la mayor frecuencia corresponde a 43 pacientes con primaria incompleta, en seguida 36 pacientes con primaria completa, correspondiendo para estas dos grupos el 73% de la población femenina estudiada.

ESCALARIDAD	FRECUENCIA
ANALFABETA	1
PRIMARIA INCL. PLETA	16
PRIMARIA	15
SECUNDARIA	18
MEDIA SUPERIOR	4
TOTAL	54

Distribución del grado escolar de los pacientes masculinos obesos entrevistados en los meses de mayo a julio en la U. M. F. No. 33 IMSS 1986.

Fuente: Investigación personal.



Distribución del grado escolar de los pacientes obesos entrevistados en los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 IMSS 1986.

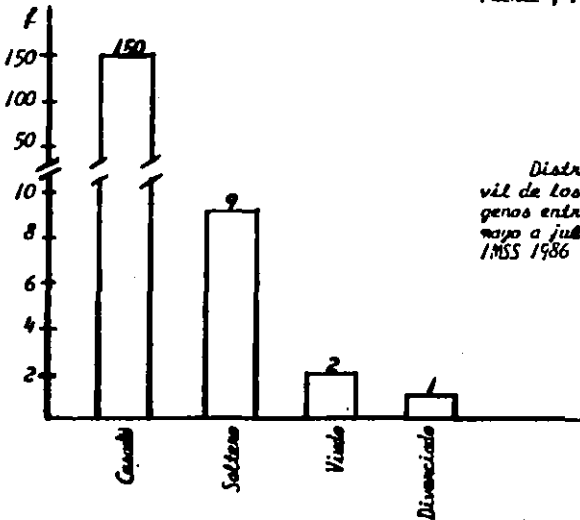
Fuente: Investigación personal.

La gráfica anterior muestra la distribución del grado escolar, que tienen los pacientes masculinos entrevistados, mostrando que la mayor frecuencia encontrada corresponde a secundaria con 18 pacientes que corresponden a una tercera parte de este grupo, siguiendo los de primaria incompleta con un 30% y primaria completa con el 20%.

EDO. CIVIL	FRECUENCIA
CASADO	150
SOLTERO	9
VIUDO	2
DIVORCIADO	1
TOTAL	162

Distribución del estado civil de los pacientes obesos exógenos entrevistados los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 I.M.S.S 1986 .

Fuente : Investigación personal .



Distribución del estado civil de los pacientes obesos exógenos entrevistados los meses de mayo a julio en la U.M.F. No. 33 I.M.S.S 1986 .

Fuente : Investigación personal .

La gráfica anterior muestra el estado civil de los pacientes entrevistados, encontrándose que 150 pacientes son casados correspondiendo al 9% de la población estudiada.

COMPROBACION DE HIPOTESIS

Para poder aceptar o rechazar la H_0 , se utiliza la χ^2 con significancia de 0.05, mediante la tabulación de las preguntas del cuestionario aplicado a los pacientes con obesidad exógena de II y III grado y la formación de cuadros de contingencia.

COMPROBACION DE HIPOTESIS

- H_0 .- Pacientes con obesidad exógena que conocen los aspectos relacionados con su enfermedad, tienen disposición para bajar y mantener su peso corporal ideal.
- H_1 .- Pacientes con obesidad exógena que desconocen los aspectos relacionados con su enfermedad, no tienen disposición para bajar y mantener su peso corporal ideal.

Intención del paciente obeso para solicitar atención médica con respecto a su obesidad.

Información que tiene el obeso de que se presentará alguna enfermedad.

VI \ VD	Nunca	Ocasional	Siempre	
Nunca	51	53	3	107
Ocasional	18	32	5	55
	69	85	8	162

$$p < 0.05 \quad \chi^2 = 4.6 \quad \therefore \chi^2_{\alpha} \geq \chi^2$$

$$gl = 2 \quad \chi^2_{\alpha} = 5.3 \quad \text{Se rechaza } H_0$$

La tabla ordenada se realiza mediante un cuadro de contingencia, integrado por las siguientes preguntas; la información que tiene el paciente o base de que su padecimiento agrava otras enfermedades, siendo esta la variable independiente (VI). Haciendo la tabulación con el interés que presenta el obeso para solicitar atención médica con respecto a su padecimiento, funcionando como variable dependiente (VD). Teniendo como resultado una tabla de contingencia de 2×3 , con una significancia de 0.05, con gl a 2, obteniendo una χ^2_2 4.6 contra una χ^2_n 5.3, siendo mayor la real que la teórica por lo que rechazamos H_0 y aceptamos la H_1 .

COMPROBACION DE HIPOTESIS

H_0 .- Pacientes con obesidad exógena que conocen los aspectos relacionados con su enfermedad, tienen disposición para bajar y mantener su peso corporal ideal.

H_1 .- Pacientes con obesidad exógena que desconocen los aspectos relacionados con su enfermedad, no tienen disposición para bajar y mantener su peso corporal ideal.

El paciente con obesidad exógena tiene
intento por perder su sobre peso.

El autor tiene la información de
que se encuentra pasado de peso.

VI \ VD	VD			
	Nunca	Ocasional	Siempre	
Ocasional	20	67	5	92
Siempre	4	61	5	70
	24	128	10	162

$$p < 0.05 \quad \chi^2 = 4.6 \quad \therefore \chi^2 \geq \chi^2_{\alpha}$$

$$gl = 2 \quad \chi^2_{\alpha} = 7.9 \quad \text{Se rechaza } H_0$$

La tabla anterior se realiza por un cuadro de contingencia, integrado por las siguientes preguntas; si el paciente con obesidad se encuentra informado que tiene sobre peso (VI), haciendo la tabulación del interés que presenta el paciente para perder el sobre peso (VD). Teniendo como resultado la formación de un cuadro de contingencia de 2×3 , con una significancia de 0.05 a 2 gl, obteniendo una χ^2_2 4.6 contra una χ^2_n 7.9, siendo mayor esta por la que se rechaza H_0 y se acepta H_1 .

COMPROBACION DE HIPOTESIS

H_0 .- Pacientes con obesidad exógena que conocen los aspectos relacionados con su enfermedad, tienen disposición para bajar y mantener su peso corporal ideal.

H_1 .- Pacientes con obesidad exógena que desconocen los aspectos relacionados con su enfermedad, no tienen disposición para bajar y mantener su peso corporal ideal.

El obeso realiza ejercicio físico para ayudar a disminuir el sobre peso.

El paciente obeso tiene información de como seguir en tratamiento.

VI \ VD	Nunca	Ocasional	
Nunca	98	42	140
Ocasional	11	11	22
	109	53	162

$$p < 0,05$$

$$\chi^2 = 2,71$$

$$\chi^2_{\alpha} \geq \chi^2$$

$$p < 1$$

$$\chi^2 = 3,44$$

Se rechaza H_0

La tabla anterior se realiza por un cuadro de contingencia, integrado por las siguientes preguntas; si el obeso tiene información de como seguir en tratamiento (VI), haciendo tabulación con la pregunta de que si realiza ejercicio físico para ayudar a disminuir su sobre peso (VD). Teniendo como resultado la formación de un cuadro de contingencia de 2×2 , con una significancia de 0.05, a un gl, obteniendo una χ^2_1 2.71 contra una χ^2_n 3.44 siendo mayor la real, por lo que se rechaza H_0 y se acepta H_1 .

COMPROBACION DE HIPOTESIS

- H_0 .- Pacientes con obesidad exógena que conocen los aspectos relacionados con su enfermedad, tienen disposición para bajar y mantener su peso corporal ideal.
- H_1 .- Pacientes con obesidad exógena que desconocen los aspectos relacionados con su enfermedad, no tienen disposición para bajar y mantener su peso corporal ideal.

Ha disminuido de peso.

El abuso tiene la información de
pues en momentos pasado de peso.

	VD		
VI	SI	NO	
Abuso	40	91	131
Desconoce	26	7	29
	66	98	162

$$p < 0.05 \quad \chi^2 = 2.71 \quad \therefore \chi^2 \geq \chi^2_{\alpha}$$

$$gl = 1 \quad \chi^2 = 14.1 \quad \text{Se rechaza } H_0$$

La tabla anterior se realiza por un cuadro de contingencia, integrado por las siguientes preguntas; el obeso tiene información de porque se encuentra en estado de peso (VI), haciendo tabulación con la pregunta si ha disminuido de peso (VD). Teniendo como resultado la formación de un cuadro de contingencia de 2×2 , con una significancia de 0.05, con gl 1, obteniendo una χ^2_2 2.71 contra una χ^2_{α} 14.1, siendo mayor la real por lo que se rechaza H_0 y se acepta H_1 .

CONCLUSION

El presente trabajo se realiza con una muestra de 162 pacientes con obesidad exógena de grado II y III, con un sobre peso que corresponde entre el 20 y 39% del peso ideal. La edad de los pacientes fluctúa entre los 19 años y 65 años de edad, con una media de 41.2, encontrando que la mayor frecuencia corresponde a la clase de 38 a 47 años de edad con 68 pacientes, con un rango amplio de 46. La distribución por sexos muestra que hay una relación de 2 a 1 con predominio del sexo femenino con 108 y 54 pacientes masculinos.

El número de pacientes con obesidad de II grado es de 79 y de III grado con 83, con discreto predominio de este tipo de obesidad. En cuanto a su distribución por sexos se encuentra en el masculino predominio de la obesidad de grado III, con 35 pacientes de los 54 entrevistados en este sexo. En el sexo femenino se encuentra con predominancia la obesidad de grado II con 60 pacientes de los 108 entrevistadas. Observando que a pesar de tener una predominio en la obesidad en cuanto al sexo, es menor el sobre peso de las pacientes femeninas, en contra posición del sexo masculino en donde hay predominio del sobre peso, ya que hay mayor frecuencia de pacientes con obesidad de grado III.

Se observa que la escolaridad de las pacientes femeninas es deficiente, encontrando que la mayor frecuencia corresponde a 43 pacientes de 108, tienen primaria incompleta y sólo 36 con primaria completa, mostrando una baja escolaridad, con respecto al sexo masculino, encontramos un ligero predominio del grado de escolaridad secundaria con 18 de los 54 pacientes, siguiendo los que tienen primaria incompleta con 16 y primaria completa sólo 15, observando que existe un grado mayor de escolaridad, pero también un es-

por grado de obesidad, lo que probablemente haga más difícil la comunicación entre el médico y los pacientes por estas características socioculturales.

Refiriéndose al estado civil se encontró que el 93% de la población estudiada se encontraba casada correspondiendo a 150 pacientes, 9 eran solteros, 2 viudos y una paciente divorciada, lo que probablemente nos lleve a cierta pérdida de la imagen corporal, por no tener que ser "atractivos" físicamente.

Para la comprobación de las hipótesis estadísticas, se encuentra que se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 : Pacientes con obesidad en quienes desconocen los aspectos relacionados con su enfermedad, no tienen disposición para bajar y mantener su peso corporal ideal. Teniendo como resultados que el paciente obeso carece de información acerca de su padecimiento, encontrando que 107 pacientes desconocen que la obesidad puede agravar otras enfermedades como lo son por ejemplo; la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistólica, infartos al miocardio, padecimientos osteoarticulares, etc., incluyendo una importante disminución en la esperanza de vida para estos pacientes. Se obtuvo el dato de que 131 pacientes se encuentran sin información de cómo han adquirido su obesidad, de los mecanismos y patrones socioculturales que influyen sobre estos conductos, así como del desequilibrio que se encuentra entre la ingesta de alimentos y el ejercicio físico realizado para el consumo adecuado de calorías. Se encuentra el dato de que sólo 70 pacientes se encuentran pasados de peso y 140 pacientes no tienen información de cómo llevar a cabo su tratamiento, para reducir de peso. Al tener el paciente poca información sobre su padecimiento, tiene poco interés en perder peso. Sólo 69 personas han tenido una disminución de peso, pero nunca han alcanzado su peso, 98 pacientes continúan manteniendo su sobrepeso y se encuentra que 53 pacientes ocasionalmente realizan ejercicios físicos para tratar de o-

padar a disminuir de peso , en contraposición de que 109 no realicen ejercicio
Encontrándose también que 128 pacientes en forma ocasional tienen el interés
por bajar de peso pero sin lograr hacerlo , en relación de que sólo 8 pacien-
tes han tenido interés por solicitar ayuda médica . Lo que nos hace suponer
que la obesidad es algo normal dentro de nuestra sociedad moderna .

SUGERENCIAS

Por ser la obesidad un problema médico - social , el cual se incrementa con la evolución tecnológica de la sociedad contemporánea , que parece pasar desapercibido , ya que médicamente no se le ha tomado en cuenta en una forma seria .

Nos damos cuenta por las entrevistas que se realizaron que este tipo de pacientes desconocen los aspectos relacionados con su padecimiento , en un alto porcentaje , por lo que iniciaremos sobre este punto de vista ; el de informar al paciente en la forma más adecuada posible , del porque se encuentra pasando de peso , de la intervención de la obesidad para agravar y ocasionar otro tipo de enfermedades sistémicas más graves , así como los diferentes tipos de terapéuticas utilizadas y cuál es la más recomendable para el paciente , y de las posibilidades para llevarla a fin .

Se propone la formación de grupos de obesos con ayuda de trabajo social , para que se impartan pláticas de como la obesidad afecta su salud , así de que mecanismos se encuentran implícitos para la formación de ésta . Con el propósito de ampliar su marco teórico conceptual y con esto tratar de disminuir el intento del obeso , con objeto de mejorar la aceptación al cambio de patrones socioculturales muy arraigados en estos pacientes .

Con los datos de escalaridad que obtuvimos , la cual es baja para estos pacientes lo que conlleva a trastornos de la comunicación , en donde el médico de primer nivel debe tener la certeza , de dar un adecuado tratamiento del mensaje que quiere transmitir , ya que lo que se pretende no sólo es dar la información , sino de estar seguros de que el paciente la halla comprendido e ir modificando la conducta del paciente , para aceptación del cambio .

El tratamiento de la obesidad debe en muchas ocasiones ser multidisciplinario, puesto que la etiopatogenia de esta enfermedad es multifactorial. Pero en el caso de la obesidad exógena, en donde la alteración principal se lo caliza en la cantidad de alimentos que se consumen, su acumulación en forma de depósitos grasos y un sedentarismo que se encuentra en aumento por las condiciones culturales que tenemos. Siendo este tipo de obesidad la más frecuente hasta en un 85%, se deberían implementar programas a nivel preventivo para brindar una mejor orientación restrictiva, teniendo un mejor aprovechamiento de los recursos con que cuenta el paciente, puesto que la desnutrición así como la sobrenutrición, son los extremos de un inadecuado programa de nutrición.

El tratamiento se debe dar en forma integral, individualizando al paciente según su sexo y edad, ocupación, situación económica, gustos culinarios tiempo para realizar ejercicio físico, con la finalidad de que una vez que el paciente ha recibido la información acerca de lo que es su enfermedad, tenga mayor aceptación a realizar cambios en sus hábitos higiénico-dietéticos y con esto lograr que el paciente tenga un peso corporal ideal y se mantenga en mejores condiciones de salud.

ANEXO I
CUESTIONARIO

Edad	Sexo	Estado civil
Escolaridad		Ocupación
Peso	Talla	

1.- Considera usted que el estar gordo es estar sano .

Si No

2.- ¿a consultado con su médico familiar para el control de su peso .

Nunca Ocasionalmente Siempre

3.- Cuántas veces ha solicitado atención médica por su sobrepeso .

Nunca Ocasionalmente Siempre

4.- Su médico familiar ha informado a usted que se encuentra pasado de peso

Nunca Ocasionalmente Siempre

5.- Su médico familiar ha explicado a usted porque se encuentra pasado de peso

Nunca Ocasionalmente Siempre

6.- Sabe usted que el exceso de peso disminuye los años de vida

Si No

7.- ¿Quién le proporcionó esta información .

8.- Su médico familiar le ha informado a usted que la obesidad agrava otras enfermedades .

Nunca Ocasionalmente Siempre

9.- Sabe cuál debe ser el peso para su edad

Si No Kgros .

10.- ¿Quién le proporcionó esta información .

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Williams RH. Tratado de endocrinología . Barcelona Esp ; Salvat editores 1979 : 1102 - 37
- 2.- González BJ, López OC, Rull JM. Obesidad : Ediciones Sandoz 1975
- 3.- Harrison . Medicina interna . México DF ; Prensa Médica Mexicana : 1979 : 270 - 5
- 4.- Ramos H, Monachos B, Nutrición y dietética en clínica . México ; Nueva editora interamericana 1975 : 452 - 63
- 5.- Jaramera VP, Royman C. Medicina Interna . México ; Editorial Manin SA. 1976 : 589 - 95
- 6.- San Martín H. Salud y Enfermedad. México ; Prensa Médica Mexicana 1979 : 454 - 57
- 7.- García RJ, Farfanel GS. Obesidad tema monográfico. Revista de la facultad de Medicina 1975 : Vol XVIII año 18 No.9 : 34 - 42
- 8.- Facultad de Medicina UNAM . Relación Médica/Paciente . México . Facultad de Medicina UNAM 1983 (sociomedicina)
- 9.- Baya JC, Rojas H, Llanos G. ¿ El médico informa adecuadamente a Los pacientes ? . Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana. 1984; 26 - 31
- 10.- Ibarra. Relación Médica/Paciente. Bibliografía desconocida