



11226
**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

109
2Ej

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado e Investigación
Departamento de Medicina Familiar

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para
los Trabajadores del Estado

Clinica de Medicina Familiar
TLALPAN

**"TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE
OBESO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION"**

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
p r e s e n t a

DRA. MARIA ADRIANA OROZCO HEREDIA

FALLA DE ORIGEN

México, D. F., Febrero

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

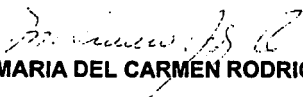
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

**" TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE OBESO
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION "**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO UNIVERSITARIO
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:**

DRA.MARIA ADRIANA OROZCO HEREDIA

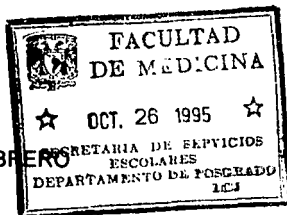


DRA. MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ RUVALCABA.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR
SUBDIRECTORA DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
TLALPAN**

MEXICO, D.F.,

FEBRERO



1995.

**" TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE OBESO
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION "**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO UNIVERSITARIO
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:**

DRA.MARIA ADRIANA OROZCO HEREDIA

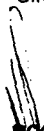
AUTORIZACIONES



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**

**" TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE OBESO
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION "**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO UNIVERSITARIO
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:**

DRA.MARIA ADRIANA OROZCO HEREDIA

AUTORIZACIONES



**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR JEFATURA DE SERVICIOS DE
ENSEÑANZA. ISSSTE.**

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a horizontal base line.

ASESOR:
DR. MARIO ALFREDO RODRIGUEZ LEON
SUBDIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD
"DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"
S.S.A.
U.N.A.M.

DEDICATORIA

A MI MADRE

Y A MIS HIJAS YADIRA Y YENNIFER

AGRADECIMIENTOS

**DRA. M.S.P. MARIA ELENA MICHEL RAMIREZ
DIRECTORA DE LA CLINICA FAMILIAR TLALPAN**

*" POR LOS CONOCIMIENTOS Y FACILIDADES
QUE ME BRINDO "*

**DRA. VICTORIA VALLES SANCHEZ.
JEFE DEL LABORATORIO DE DIABETES Y
METABOLISMO DE LIPIDOS
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
SALVADOR ZUBIRAN**

*" A MI QUERIDA AMIGA POR SU APOYO
EN MI CARRERA Y SU AMISTAD "*

DR. JUAN RULL RODRIGO
SUBDIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA
NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN

*" A MI MAESTRO POR TODA LA AYUDA QUE ME HA
BRINDADO A LO LARGO DE MI CARRERA " .*

DR. JORGE GONZALEZ BARRANCO
JEFE DE OBESIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA
NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN

*" GRACIAS POR TODOS LOS CONOCIMIENTOS
QUE ME HA APORTADO SIEMPRE " .*

INDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINAS</u>
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	6
OBJETIVOS	10
MODELO OPERATIVO	11
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	21
ANEXOS:	
ANEXO 1	
ANEXO 2	

INTRODUCCION

LA OBESIDAD (OB=EXCESO, EDERE=COMER), HA SIDO CONSIDERADA COMO UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD PUBLICA. EN 1987 SE ESTIMO QUE EL 50% DE LA POBLACION ADULTA DE LOS PAISES DESARROLLADOS SE CALIFICO COMO OBESA Y QUE GASTABA ALREDEDOR DE 10 MILLONES DE DOLARES EN RELACION A LA MISMA (1). LA FALTA DE EDUCACION ACERCA DE LOS NUTRIENTES DA COMO CONSECUENCIA UNA MALA NUTRICION. EXISTE EL MITO O IGNORANCIA QUE EL COMER BIEN ES SINONIMO DE "TENER MUCHO DINERO", AFIRMACION CON POCO FUNDAMENTO. LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES PSICOLOGICAS Y/O EMOTIVAS AGUDAS FRECUENTEMENTE COMEN POR ANSIEDAD, ANGUSTIA O FRUSTRACION; LAS CRONICAS PUEDEN REFLEJAR EN SUS MALOS HABITOS ALIMENTICIOS UNA DINAMICA FAMILIAR ACELERADA O BIEN, RAZONES CULTURALES Y POR ULTIMO SE DEBEN TOMAR EN CUENTA LOS FACTORES ENDOGENOS COMO ENDOCRINOPATIAS Y METABOLOPATIAS.

LAS ACTIVIDADES LABORALES Y DE RECREACION EN LOS TIEMPOS MODERNOS, PRACTICAMENTE OBLIGAN A LA VIDA SEDENTARIA, ADEMAS DE QUE SE PROPICIA A LA INGESTA ABUNDANTE EN LA OCIOSIDAD. LA OBESIDAD ES UN FACTOR DE RIESGO PARA ENFERMAR ; DESDE HIPOCRATES SE CONOCE LA ASOCIACION DE LA OBESIDAD CON LA MUERTE SUBITA Y TEMPRANA ASI COMO SU CORRELACION CON NUMEROSOS PADECIMIENTOS (2,3).

A PESAR DE LA IMPORTANCIA DE LA OBESIDAD, EXISTE LA CONTROVERSIAD E QUE NO SE CONOCE LA PREVALENCIA MUNDIAL (MUCHO MENOS LA INCIDENCIA); EXISTEN SOLO ESTUDIOS PARCIALES, DE LOS CUALES DAREMOS ALGUNOS EJEMPLOS: EN ESTADOS UNIDOS EN RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL, ARRIBA DE 28% ES SUPERADA EN HOMBRES EN 23% Y 30% EN MUJERES (4). ASI MISMO EN

EE.UU. LA OBESIDAD ES MAYOR EN LA RAZA NEGRA, AUMENTANDO DE MANERA ALARMANTE POR ARRIBA DE LOS 45 AÑOS.

EN CUANTO AL NIVEL SOCIO ECONOMICO: LA OBESIDAD EN EL NIVEL BAJO, EL INDICE DE MASA CORPORAL ES MAS ALTO (DE 30.8 A 46.1) DESDE EDADES DE 25 A MAS DE 65 AÑOS. EN EL NIVEL ALTO, EL INDICE DE MASA CORPORAL ES MAS BAJO (DE 18.4 A 37%), DE LOS MISMOS RANGOS DE EDAD.

EN EUROPA DEL NORTE Y SUR: EL INDICE DE MASA CORPORAL ARRIBA DE 27% RESULTO RESPECTIVAMENTE EL 13% Y EL 23% EN HOMBRES. EN FRANCIA EN UN ESTUDIO DE 7,393 FAMILIAS EL EXCESO DE PESO PONDERAL FUE DE 25% EN MUJERES Y 18% EN HOMBRES. EN LONDRES 37% EN HOMBRES Y 49% EN MUJERES (5). EL "DIABETES CARE" EN 1993 INFORMO QUE LA POBLACION ADULTA GRANDE (60 AÑOS O MAS), PADECE OBESIDAD EN 34% EN HOMBRES Y 47% EN MUJERES. Y COMBINADO OBESIDAD Y DIABETES MELLITUS EL PORCENTAJE SE ELEVO A 50% EN HOMBRES Y AL 82% EN MUJERES. EN EL SUR DE LOS EE.UU LA PREVALENCIA VARIA SEGUN LA REGION ESTUDIADA: AREA RURAL 9 A 10%, AREA SUBURBANA 12% Y AREA URBANA 30% (4). UN ESTUDIO EN SUIZA OBSERVO QUE EL INCREMENTO DE PESO SE INICIO EN EDADES DE 25 A 30 AÑOS Y QUE LA OBESIDAD FUE MAYOR EN MUJERES QUE EN HOMBRES (9). EN MEXICO NO HAY DATOS COMPLETOS SOBRE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD EN EL PAIS. EN YUCATAN LA PREVALENCIA EN POBLACION URBANA FUE DE EL 59% (VARGAS); EN LEON, GUANAJUATO, SE OBSERVO INDICE DE MASA CORPORAL ARRIBA DEL 30%:11% EN VARONES Y 20% EN LA MUJER (4); DE LO QUE PODEMOS CONCLUIR:

- * LA OBESIDAD ES MAS FRECUENTE EN MUJERES QUE EN HOMBRES.**
- * LAS MUJERES DE RAZA NEGRA SON MAS OBESAS QUE LAS BLANCAS.**

- * LA OBESIDAD SE INCREMENTA EN ADULTOS APROXIMADAMENTE DESDE LOS 25 AÑOS.
- * EN EL NIVEL SOCIO ECONOMICO BAJO EXISTE MAS OBESIDAD QUE EN EL ALTO.
- * Y POR ULTIMO LA OBESIDAD ES MAS FRECUENTE EN ZONAS URBANAS QUE RURALES (1,4,6,7).

ASI MISMO ES DE SUMA IMPORTANCIA CONOCER LAS COMPLICACIONES CAUSADAS O EXACERBADAS POR LA OBESIDAD POR LO QUE SE ENUMERAN ALGUNAS DE ESTAS: DIABETES MELLITUS, HIPERINSULINISMO, RESISTENCIA A LA INSULINA, INTOLERANCIA A LA GLUCOSA, HIPOGLUCEMIA REACTIVA, HIPERTENSION ARTERIAL, INFARTO AL MIOCARDIO, INSUFICIENCIA CORONARIA, ATEROESCLEROSIS, INSUFICIENCIA VENOSA, OSTEOARTROSIS, HIPOVENTILACION PULMONAR, HERNIAS EN GENERAL, LITIASIS VESICULAR, GOTA, NEFRITIS CRONICA, HIPERCOLESTEROLEMIA, HIPERTRIGLICERIDEMIA, ANEMIAS, POLICITEMIA, CANCER DE MAMA, UTERO, OVARIO, ENDOMETRIO, VESICULA, ETC. TRASTORNOS MENSTRUALES (PERIODOS IRREGULARES O FALTA DE LA MISMA), PROBLEMAS DE FERTILIDAD, EN EL EMBARAZO: TOXEMIA, DIABETES GESTACIONAL, ABORTOS ESPONTANEOS. COMPLICACIONES EN CIRUGIA: TROMBOFLEBITIS, INFECCIONES, ATELECTASIA (EN ANESTESIA GENERAL). DERMATITIS EN PLIEGUES CUTANEOS, PIE PLANO, DISMINUCION DE LA AGILIDAD E INTOLERANCIA AL CALOR (1,2,3,8,9,10,11,12,13,14).

PROBLEMAS PSICOLOGICOS Y SOCIALES QUE PRODUCEN DEPRESION EN EL OBESO:

- * MENORES OPORTUNIDAD DE TRABAJO.
- * OPORTUNIDAD DE EDUCACION.

- DIFICULTAD PARA OBTENER ROPA ADECUADA.
- DIFICULTAD PARA LAS RELACIONES INTERPERSONALES.
- TRASTORNOS DE IDENTIFICACION (FALTA DE ACEPTACION PERSONAL Y TEMOR AL RECHAZO DE LAS DEMAS PERSONAS), QUE PUEDEN DESENCADENAR NEUROSIS DE ANSIEDAD Y DEPRESION (1,2,3,15).

DENTRO DE LA MORBILIDAD DEL OBESO SE CONTEMPLA:

RIESGO DE USO DE MEDICAMENTOS PARA BAJAR DE PESO, RIESGO DE UNA RAPIDA PERDIDA DE PESO, EN MULTIPLES REPORTES SE OBSERVA QUE LOS OBESOS QUE ESTAN EN DIVERSOS TIPOS DE TRATAMIENTOS, (OBIAMENTE QUE NO SEA CAMBIO DE HABITOS ALIMENTICIOS Y QUE APRENDAN A COMER), ESTOS RECUPERAN SU PESO, NO BAJAN O SUBEN MAS, Y A ESTO SE LE LLAMA REBOTE, Y OCURRE EN EL 95% DE LOS CASOS. DEBIDO A ESTOS TRATAMIENTOS ERRONEOS, EL PACIENTE SE COLOCA EN EL RIESGO DE SUFRIR GOTA, HIGADO GRASO, ETC. (1,2,3).

POR TANTO TODAS LAS ENFERMEDADES EN RELACION A LA OBESIDAD PUEDEN EN UN MOMENTO DADO, POR LA EDAD, DAR COMBINACIONES DE LAS MISMAS, Y TERMINAR EN LA MUERTE.

EN CIRUGIA AUMENTA LA MORTALIDAD EN PERSONAS GORDAS Y SOBRE TODO DESPUES DE LOS 50 AÑOS DE EDAD.

EN UN 2.5%. LOS RESULTADOS DE NUMEROSOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS SEÑALAN UNA ELEVADA ASOCIACION CON PADECIMIENTOS, POR EJEMPLO CARDIOVASCULARES, LOS CUALES CONSTITUYEN LA CAUSA MAS FRECUENTE DE MUERTE. UN NUMERO SIGNIFICATIVO DE HIPERTENSOS SON OBESOS, TAMBIEN SE HA COMPROBADO QUE EN OBESIDAD SON MAS FRECUENTES LAS

ENFERMEDADES CEREBRO-VASCULARES Y CORONARIAS QUE EN PERSONAS CON PESO NORMAL HASTA EN TRES VECES.

A CONTINUACION DAREMOS UNA LISTA DE ENFERMEDADES FRECUENTES EN PACIENTES CON OBESIDAD Y QUE ACORTAN LA VIDA:

- * HIPERTENSION ARTERIAL.
- * DIABETES MELLITUS.
- * PREDISPOSICION DE LA MUERTE SUBITA.
- * INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.
- * TOXEMIA DEL EMBARAZO.
- * ENFERMEDADES TROMBO EMBOLICAS.
- * INSUFICIENCIA CARDIACA (1,2).

EN CONCLUSION: EN LA MORTALIDAD A CORTO O A LARGO PLAZO EL EXCESO DE PESO ES FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE, O SEA UN EFECTO A LARGO PLAZO DE LA SOBRECARGA PONDERAL. POR LO ANTERIOR PODEMOS AFIRMAR SIN NINGUNA DUDA QUE ENTRE MAS JOVEN SEA EL INDIVIDUO CON SOBREPESO, MAYOR SERA LA DISMINUCION DE SU ESPERANZA DE VIDA.

JUSTIFICACION

ES FUNDAMENTAL SENSIBILIZAR AL PERSONAL DE SALUD, PARTICULARMENTE AL MEDICO QUE EFECTUE EL DIAGNOSTICO DE OBESIDAD CORRECTA Y OPORTUNAMENTE (16). ASI MISMO LO CONSIGNE EN LOS EXPEDIENTES RESPECTIVOS, DE ESTA MANERA PODREMOS RELACIONAR LA PREVALENCIA DE LA OBESIDAD CON LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD GENERAL. SABEMOS QUE SI BIEN HAY EL CONOCIMIENTO EN EL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL TEMA, ESTE NO SE APLICA CON EL JUSTO VALOR. EL MEDICO DEBE SER EL QUE SE RESPONSABILICE DE UN TRATAMIENTO CONTINUO E INTEGRAL Y DE LA MISMA MANERA DEBE GENERAR UN PROGRAMA DE DETECCION OPORTUNA EFICAZ Y CONTINUA SOBRE EL PACIENTE OBESO DENTRO DEL AMBITO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA.

ES BIEN SABIDO QUE EL DIAGNOSTICO DE OBESIDAD ES SUBESTIMADO A PESAR DE SER UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, EN MEXICO NO ESTA CONTEMPLADO POR LO GENERAL COMO UN PROBLEMA IMPORTANTE.

POR EJEMPLO EN LAS NORMAS TECNICAS PARA LA ATENCION MEDICA EN EL PRIMER NIVEL, EMITIDAS POR LA SECRETARIA DE SALUD Y PUBLICADAS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, SE HACE Poca MENCION DE LA OBESIDAD COMO PROBLEMA. SOLO EN LA NORMA # 77 PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS, SE HACE UNA SOMERA MENCION EN EL ARTICULO 3 CAPITULO 1. (16/DICIEMBRE/1986, DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION) (18).

LA CORRELACION ENTRE OBESIDAD Y ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS O LA DISMINUCION DE LA ESPERANZA DE VIDA SON INOBJETABLES, SIENDO QUE LA OBESIDAD YA ES RECONOCIDA COMO UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD MUNDIALMENTE, PERO SIEMPRE EXISTEN CORRELACIONES CON DIVERSAS ENFERMEDADES Y

NO TOMAN A LA OBESIDAD COMO PATOLOGIA, QUE POR SI MISMA PUEDE DESENCADENAR OTRAS ENFERMEDADES, Y SI EXISTEN LAS INCREMENTAN O COMPLICAN. POR LO TANTO ES DE SUMA IMPORTANCIA E INDESPENSABLE SE DIAGNOSTIQUE Y SE TRATE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA.

MI INQUIETUD EN ESTE TEMA NACE DE LA EXPERIENCIA PERSONAL, DADO QUE EN ESTOS DOS ULTIMOS AÑOS HE TENIDO ESTANCIA EN DIVERSOS SERVICIOS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL, CONSTATANDO LO RARO QUE ES ESTABLECER EL DIAGNOSTICO DE OBESIDAD, POR NO DECIR NULO, POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD. ES DE SUPONERSE QUE SI NO SE DIAGNOSTICA, MUCHO MENOS SE TRATA.

EXISTEN EN MEXICO INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL O PRIVADAS, QUE SE DEDICAN AL PACIENTE OBESO. A ESTAS EN NO POCAS OCASIONES SE LES DETECTA, DEFICIENCIAS PARA EL MANEJO INTEGRAL Y CONTINUO DEL PACIENTE OBESO; Y EN LAS INSTITUCIONES DEL ESTADO, ADEMAS DE LO LIMITADO DE SUS RECURSOS, DEJAN DE CONSIDERAR AL PACIENTE COMO UNA ENTIDAD BIO-PSICO-SOCIAL, POR OTRA PARTE EL PRIMER NIVEL DE ATENCION, POR LAS CARACTERISTICAS QUE TIENE (MAYOR ACCESIBILIDAD, MENOR COSTO,CONTINUIDAD EN LOS TRATAMIENTOS ETC.), ASI COMO PARA EL ENFOQUE QUE SE LE DEBE DAR A LOS PACIENTES COMO INTEGRANTES DE UNA FAMILIA Y DE UNA SOCIEDAD LO CONVIERTE EN EL SITIO NATURAL PARA EL MANEJO DE ESTE TIPO DE PACIENTES, SIN QUE EN UN MOMENTO DADO SE MINIMICE EL IMPORTANTE APORTE QUE LOS INSTITUTOS DE SALUD, DEBAN GENERAR EN ESTE AMBITO.

EL MEDICO FAMILIAR HA TENIDO LA OPORTUNIDAD, POR SU FORMACION PROFESIONAL, DE CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE, ASI COMO EL ESTUDIO DEL PACIENTE EN UNA FORMA INTEGRAL Y YA QUE LA OBESIDAD ES EL RESULTADO DE UN PROCESO MULTIFACTORIAL, ES EL MEDICO DE PRIMER NIVEL

QUIEN PUEDE LOGRAR EL COMPLETO MANEJO Y GENERAR UN MODELO DE ATENCION PARA EL PACIENTE OBESO.

ES ESENCIAL ENSEÑAR AL PACIENTE " A QUE APRENDA A COMER (17), EN HACERLE EVIDENTE QUE EN PATOLOGIAS ORGANICAS, SOCIALES Y/O PSICOLOGICAS SE SUSTENTA EN SI MISMA LA OBESIDAD.

A LA OBESIDAD DEBEMOS DARLE LA IMPORTANCIA REAL QUE MERECE, EL DIAGNOSTICO BIEN ESTABLECIDO POR EL MEDICO, PARA DARLE A ESTA ENFERMEDAD, UNA UBICACION REAL SOBRE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA. UTILIZAR LOS CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL MEDICO FAMILIAR EN BENEFICIO DEL PACIENTE OBESO, DANDO UN TRATAMIENTO INTEGRAL EN EL PRIMER NIVEL . AL LOGRAR ESTOS OBJETIVOS, EL MEDICO CONOCERA AL PACIENTE, INTERACTUARA CON EL, YA QUE EL MISMO NO TENDRA QUE IR CON VARIOS MEDICOS QUE LO CONSULTEN Y/O LO TRATEN IMPERSONALMENTE Y ESTABLECIENDOSE CORRECTAMENTE LA RELACION MEDICO-PACIENTE. ESTE ULTIMO AL ENCONTRAR ESTA ACTITUD POR PARTE DEL MEDICO, SEGUIRA SUS INDICACIONES MEJOR, TENDRA DISPOSICION PARA APRENDER Y COMPRENDER SU PADECIMIENTO Y TRATAMIENTO. ES IMPORTANTE DESTACAR QUE CON UNA DIETA PERSONALIZADA, QUE ES PARTE DEL TRATAMIENTO INTEGRAL, LOS MEDICAMENTOS SE DISMINUIRAN O SE ELIMINARAN Y LO MAS IMPORTANTE, SE TRATARA DE RESOLVER LA MAYORIA DE SUS PATOLOGIAS BIO-PSICO-SOCIALES. AL AVANZAR SU TRATAMIENTO INTEGRAL, EN CONCRETO MEJORARA SU CALIDAD DE VIDA, SU ECONOMIA, OBTENDRA SALUD, CLINICA, METABOLICA Y MENTAL; AUMENTARA SU AUTOESTIMA, SEGURIDAD, ALEGRIA Y PERSPECTIVA DE VIDA ACTUAL Y FUTURA. "SE DARA PERMISO DE VIVIR LA VIDA Y NO DE PASAR POR LA VIDA". SOCIALMENTE: TENDRA VARIAS ACTITUDES QUE ANTES NO TENIA POR EJEMPLO IR A FIESTAS, IR AL CINE, CONSEGUIR UN BUEN TRABAJO, ETC. EL PACIENTE AL QUERERSE ASI MISMO, PODRA QUERER REALMENTE A SUS SERES QUERIDOS, ES NORMAL QUE UNA PACIENTE OBESA DIGA" QUE QUIERE MUCHO A SUS HIJOS", Y SE LE VE DESALIÑADA, DE MAL HUMOR, ENOJADA, TRISTE E INSATISFECHA; EN ESTAS CONDICIONES CREO QUE NO ES POSIBLE

DAR UNA BUENA IMAGEN O UNA BUENA CALIDAD DE AFECTO A SUS PROPIOS HIJOS. SI SU IMAGEN HA CAMBIADO Y EXISTE ACEPTACION, SERA UN PACIENTE ALEGRE, POSITIVO. Y ESTO SE TRADUCIRA EN UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA PARA EL Y SU ENTORNO, YA QUE ES INNEGABLE QUE UNO REFLEJA LO QUE SIENTE, COMO SE SIENTE Y COMO ES. CREO QUE A NINGUNA PERSONA LE GUSTA VERSE O SENTIRSE MAL. AL INSTALAR EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE OBESO EN EL PRIMER NIVEL, LOS EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE SE SOLICITARAN E INTERPRETARAN MAS RACIONALMENTE.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: PROPONER UN MODELO DE ATENCION MEDICA-INTEGRAL AL PACIENTE OBESO EN EL AMBITO DE UN PRIMER NIVEL DE ATENCION.

OBJETIVOS INTERMEDIOS:

- 1.- SENSIBILIZAR AL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO, A QUE EFECTUE EL DIAGNOSTICO DE OBESIDAD CORRECTAMENTE Y LO CONSIGNE EN LOS EXPEDIENTES.**
- 2.- QUE EL MEDICO INICIE LA METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO INTEGRAL Y CONTINUO PARA EL PACIENTE OBESO Y SOBRE TODO EL MEDICO FAMILIAR.**
- 3.- OBTENER, A TRAVES DE LA APLICACION DE ESTE PROGRAMA, BENEFICIOS PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA, A LA INSTITUCION DE LA QUE ES USUARIO Y AL PAIS.**

MODELO OPERATIVO

I.- EL MODELO OPERATIVO SE DIVIDE EN TRES FASES QUE SON LAS SIGUIENTES:

A.-TRATAMIENTO INICIAL: DIAGNOSTICO FISICO, METABOLICO, SENSIBILIZACION Y EDUCACION DEL PACIENTE.

B.-MONITOREO FRECUENTE AL PACIENTE, TOMANDO EN CUENTA QUE CADA SIETE DIAS - INICIALMENTE - PUEDE SER LO IDEAL PARA NUESTROS OBJETIVOS.

C.- SEGUIMIENTO INTEGRAL Y CONTINUO DEL PACIENTE.

A.- TRATAMIENTO INICIAL

DIAGNOSTICO FISICO, METABOLICO, SENSIBILIZACION Y EDUCACION :

SE SUBDIVIDE EN TRES ESFERAS: BIOLOGICA, PSICOLOGICA Y SOCIAL.

LA BIOLOGICA:

1.- SE EFECTUA UNA HISTORIA CLINICA Y UN FAMILIOGRAMA. SE HARA ENFASIS EN SUS ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA, COMO OBESIDAD, DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, ETC.; SE INTERROGA AL PACIENTE SOBRE SUS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, DESDE EL NACIMIENTO, COMO POR EJEMPLO LA MACROSOMIA HASTA LOS ACTUALES. ADEMAS, EN LOS NO PATOLOGICOS SE DETALLARAN LOS HABITOS ALIMENTICIOS Y SI ES MUJER ANTECEDENTES GINECOOBSTERICOS, MEDICAMENTOS QUE INGIEREN Y POR ULTIMO UNA BUENA EXPLORACION FISICA (SI

HAY PATOLOGIA SE DARA TRATAMIENTO A LA DE MAYOR PRIORIDAD).

- 2.- SE TOMA EL PESO Y LA TALLA DEL PACIENTE, SE DIAGNOSTICA Y CLASIFICA SEGUN EL INDICE DE MASA CORPORAL Y % DE OBESIDAD. SE TOMAN SIGNOS VITALES (EN CADA CITA SE TOMARAN LOS SIGNOS VITALES Y EL PESO).**
- 3.- SE DARA LA ORDEN DE LABORATORIO CON LOS SIGUIENTES EXAMENES PARA LA EVALUACION QUIMICA DEL OBESO (SIN QUE ESTOS EXAMENES SEAN SOFISTICADOS SINO ELEMENTALES. Y POR ENDE SE HARA UNA EVALUACION COMPLETA A BAJO COSTO): BIOMETRIA HEMATICA,QUIMICA SANGUINEA, GENERAL DE ORINA, COLESTEROL TOTAL Y TRIGLICERIDOS. PARA CORREGIR LAS ANOMALIAS Y PREVENIR COMPLICACIONES FUTURAS.**
- 4.- SE PIDE AL PACIENTE QUE EN UNA LIBRETA ANOTE TODO LO QUE INGIERE EN EL DIA POR SIETE DIAS (PARA EVALUAR SU DIETA) ADEMAS UNA LISTA DE ALIMENTOS QUE LE GUSTEN Y OTRA DE ALIMENTOS QUE NO LE GUSTEN (PARA ADAPTAR POSTERIORMENTE SU DIETA PERSONAL A SUS GUSTOS).**

PSICOLOGICAS:

- 1.- SE HACEN VARIOS CUESTIONARIOS (ANEXO 1) PARA EVALUAR: SU IMAGEN ACERCA DE LA OBESIDAD, ESTADO DE ANIMO, RECREACIONES, VIDA SEXUAL, SOCIAL, CICLO DE SUEÑO Y HORARIO DE ALIMENTACION,CON OBJETO DE DETECTAR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL QUE INFLUYAN EN EL PADECIMIENTO.**

SOCIALES:

EXPLICAR AL PACIENTE EL RIESGO QUE CONLLEVA LA OBESIDAD, CONCIENTIZARLO QUE LA OBESIDAD ES UNA ENFERMEDAD; QUE DEBE

APRENDER A COMER Y A CAMBIAR SUS HABITOS ALIMENTARIOS Y NO CON COSAS MAGICAS (POLVOS, PASTILLAS PARA REDUCIR PESO, INYECCIONES, FIJADORAS, ETC.) O DIETAS MAL BALANCEADAS Y DE USO POPULAR ("CETOGENICAS", "LA DIETA DE LA LUNA", "LA DE ANGELICA MARIA", ETC.) O CIRUGIAS ("COMO LA DESCONEXION DEL INTESTINO DELGADO", "LIPOSUCCIONES", ETC.) EXPLICAR QUE ES EL SIGNIFICADO DE DIETA, LOS COMPONENTES DE LOS ALIMENTOS (QUE SON CARBOHIDRATOS,, GRASAS Y PROTEINAS Y SU VALOR CALORICO); SUS EQUIVALENCIAS, SU EQUILIBRIO Y QUE HACIENDO UNA COMBINACION DE LOS MISMOS, DARA COMO RESULTADO UNA INGESTA ABUNDANTE Y MEJOR, YA QUE ESTE CAMBIO NO ES DIFICIL.

LOS BENEFICIOS DE BAJAR DE PESO SERAN PARA SIEMPRE Y CON SALUD. Y ESTE CAMBIO LO PUEDE LLEVAR A CABO, AUN ESTANDO DE VACACIONES, FUERA DE SU CASA, EN RESTAURANTES, ETC. Y NO COMO LAS EXTRAÑAS RECETAS QUE LES APLICAN CHARLATANES O EMPIRICOS, QUE ADEMAS DE SER PELIGROSOS, SOLO PUEDEN SER LLEVADAS A CABO DURANTE UNA TEMPORADA.

SE HA DEMOSTRADO AMPLIAMENTE QUE CON UNA DIETA ADECUADA SE CONTROLA LA DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, ETC.; ADEMAS DE SU IMAGEN PERSONAL YA QUE EL BAJAR EL PESO, AUMENTA SU AUTOESTIMA Y POR ENDE SU ACEPTACION DE SI MISMO (SE EMPIEZA A MAQUILLAR O ENCUENTRA ROPA ADECUADA, CUIDAN DE SU PERSONA, AUMENTAN SUS PERSPECTIVAS DE VIDA, ETC.) Y SOCIALES: ACEPTACION DE LOS DEMAS, MAYOR SOCIABILIDAD (VAN A REUNIONES, AL CINE, A FIESTAS, ETC.) QUE ANTES NO LO HACIAN PORQUE INCLUSO NO CABIAN EN LAS BUTACAS, O EN LAS SILLAS NORMALES.

B.- MONITOREO FRECUENTE DEL PACIENTE, TOMANDO EN CUENTA QUE CADA SIETE DIAS PUEDE SER LO IDEAL PARA NUESTROS OBJETIVOS.

SE SUBDIVIDE EN LAS TRES MISMAS ESFERAS: BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL.

BIOLOGICA:

- 1.- SE EVALUAN LOS EXAMENES DEL LABORATORIO Y SI EXISTE ALTERACIONES EN LOS RESULTADOS SE DARA UN TRATAMIENTO ADECUADO CON MEDICAMENTOS Y/O DIETA. SI SON VARIOS LOS PADECIMIENTOS DETECTADOS SE SEGUIRAN LAS VIAS TERAPEUTICAS PARA CADA UNO DE ELLOS, ENFATIZANDO SIEMPRE EN EL DE MAYOR PRIORIDA.**
- 2.- SE CITA AL PACIENTE EN SIETE DIAS PARA LA EVALUACION DIETETICA SEMANAL Y PARA DARLE POR ESCRITO SU DIETA DE REDUCCION, PREVIAMENTE ELABORADA ACORDE CON SU SEXO, EDAD, OCUPACION, PATOLOGIA CLINICA O QUIMICA, GUSTOS ALIMENTICIOS, ETC.**

PARA ORIENTAR AL PACIENTE SOBRE LA DIETA DE REDUCCION SE HA DISEÑADO UNAS LISTAS POR LA AUTORA (ANEXO 2), CON EQUIVALENTES DE LOS GRUPOS DE ALIMENTOS Y SUS RACIONES CORRESPONDIENTES PARA CADA 24 HORAS. AL ENTREGARLES LA DIETA SE EXPLICA LOS GRUPOS ALIMENTARIOS Y SUS EQUIVALENTES Y SUS DIVERSAS COMBINACIONES PARA QUE ENTIENDAN COMO DISEÑAR DIARIAMENTE SUS ALIMENTOS DE UNA MANERA VARIADA, TAN ABUNDANTE O ESCASAMENTE COMO LO DESEEN, DE ESTA FORMA SE INICIA EL APRENDIZAJE DE COMER BIEN PARA TODA LA VIDA, PARA RESTABLECER SU SALUD O EVITAR QUE SE DETERIORE.

SE DEBE CONSIDERAR QUE EN VIRTUD DEL ALTO GRADO DE ANALFABETISMO DE NUESTRA POBLACION, EN ESTOS CASOS SE PRESENTA LA INCAPACIDAD PARA ELABORAR ADECUADAMENTE LOS ALIMENTOS, POR LO QUE SE PIDE LA AYUDA DE UN FAMILIAR PARA QUE LO INSTRUYA SOBRE SU DIETA, ASI COMO LA ANOTACION DIARIA DE SUS INGESTAS Y DE LIQUIDOS. SI EL CASO LO REQUIERE,SE LE INDIQUAN LAS COLACIONES ADECUADAS, (ALIMENTOS ENTRE COMIDAS). Y POR ULTIMO SE LE HARA HINCAPIE EN LOS ALIMENTOS DE INGESTA LIBRE, ASI COMO DE LOS QUE SON PROHIBIDOS,(ANEXO 2),

3.- EJERCICIO: COMO POR REGLA GENERAL LOS OBESOS SON SEDENTARIOS Y CON POCA CONDICION FISICA, EN UN PRINCIPIO SE PIDE QUE CAMINE (NO CORRER) 10 MINUTOS DIARIOS ININTERRUMPIDAMENTE SIN CANSARSE Y PAULATINAMENTE IR AUMENTANDO EL TIEMPO SEGUN LA CONDICION FISICA. HACER ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO Y PREVENIR PRETEXTOS HABITUALES DE LOS OBESOS COMO POR EJEMPLO: "AYER LLOVIO Y NO PUDE SALIR A CAMINAR". A QUIENES PONGAN PRETEXTOS DE ESTA NATURALEZA, SE LES PUEDE ARGUMENTAR QUE SOLO 10 MINUTOS Y QUE ESTE TIEMPO ES MUY POCO, SI CONSIDERAMOS QUE EL DIA TIENE 1440 MINUTOS

PSICOLOGICAS:

1.- EN CADA CONSULTA SE OBSERVA SU ARREGLO PERSONAL QUE ES UN PARAMETRO MUY IMPORTANTE DE SU AUTOESTIMA, SI NO ES ADECUADA SE LE ESTIMULA A QUE LO INTENTE, DEBERAN OBSERVASE TAMBIEN SUS ACTITUDES Y SU DESEMPEÑO ACTIVO EN LA CONSULTA (YA QUE EL PACIENTE OBESO NORMALMENTE, ES PASIVO Y TIENDE A DEPRIMIRSE), POR LO TANTO SE LE SUGUIEREN RECREACIONES, NO COSTOSAS O GRATIS, YA QUE LA PRACTICA NOS HA DEMOSTRADO QUE PONEN INNUMERABLES PRETEXTOS PARA NO HACERLO. POR EJEMPLO AFIRMAN QUE NO TIENEN DINERO

PARA ASISTIR A FESTIVALES O A PARQUES O CONCRETAMENTE QUE NO PUEDAN IR AL "CENTRO DE TLALPAN" LOS DOMINGOS.

- 2.- EN ESTE PUNTO CABE MENCIONAR QUE TODO PACIENTE OBESO PRESENTA UNA GAMA DE DESAJUSTES EMOCIONALES Y PROBLEMAS FAMILIARES.**

EN EL CASO DE LA AUTORA, PODEMOS SEÑALAR QUE DENTRO DE NUESTRA FORMACION MEDICA HEMOS CURSADO EL MODULO DE PSICOLOGIA MEDICA, HERRAMIENTA QUE NOS HA SIDO DE GRAN UTILIDAD PARA APLICAR ESTOS CONOCIMIENTOS EN EL TRATAMIENTO DE MIS PACIENTES, POR LO QUE SE SUGIERE LA CONVENIENCIA DE QUE TODOS LOS MEDICOS FAMILIARES RECURRAN A ESTA DISCIPLINA PARA BENEFICIO DEL PACIENTE OBESO.

SOCIALES:

- 1.- DENTRO DE LOS ELEMENTOS QUE FAVORECEN LA RELACION ENTRE LOS SERES HUMANOS, LA COMIDA Y LA BEBIDA TIENEN UN PAPEL PREPONDERTANTE. AL PACIENTE SE LE ENSEÑARA COMO MANEJAR ADECUADAMENTE Y EN CUALQUIER CIRCUNSTANCIA Y LUGAR, ESAS CONVIVENCIAS SOCIALES. PARA QUE EL RESULTADO PUEDA SER: CONVIVIR CON LAS DEMAS PERSONAS PLENAMENTE, SIN QUE CONSTITUYA UN RIESGO LOS ALIMENTOS, PARA SU TRATAMIENTO INTEGRAL DE OBESIDAD, O DE SALUD, PARA ESTE PROPOSITO SE HARA:**
- * UNA EVALUACION CONJUNTAMENTE CON EL PACIENTE DE SUS HABITOS ALIMENTICIOS Y AL MISMO TIEMPO SE LE EXPLICARA GRAFICAMENTE EL PORQUE DE SU OBESIDAD, CON SUS PROPIAS ANOTACIONES DIETETICAS PARA QUE EMPIECEN A CONOCER, COMO ES SU INGESTA ABUNDANTE DE CARBOHIDRATOS O GRASA Y SU MALA DISTRIBUCION.**

EL MEDICO PREGUNTARA CANTIDADES, PORQUE NO ES LO MISMO UNA REBANADA DE PIÑA QUE UNA PIÑA ENTERA; Y LA MANERA DE PREPARAR LOS ALIMENTOS. ESTA NOTA ES IMPORTANTE PORQUE PUEDE TRATARSE DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE HIPERLIPIDEMIAS O HIPERTENSOS QUE INGIERAN MUCHOS ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS, COMO CONSOME EN POLVO O QUE SE HAN ELABORADO CON GRASAS SATURADAS.

C.- SEGUIMIENTO DEL PACIENTE INTEGRAL Y CONTINUOS

SE SUBDIVIDE ASI MISMO EN TRES ESFERAS: BIOLOGICA, PSICOLOGICA Y SOCIAL.

BIOLOGICAS:

- 1.- SE PESARA Y TOMARAN LOS SIGNOS VITALES.**
- 2.- SE HARA SEGUIMIENTO A SUS PATOLOGIAS CLINICAS Y QUIMICAS.**
- 3.- SE VIGILARA EL EJERCICIO FISICO DIARIO.**
- 4.- SE AJUSTARAN LAS DOSIS Y USOS DE MEDICAMENTOS.**
- 5.- SE DARA SEGUIMIENTO AL SUEÑO DEL PACIENTE.**

PSICOLOGICAS:

- 1.- MOTIVACION DEL MEDICO AL PACIENTE EN CUANTO A QUE ESTE SIENTA EL INTERES QUE EXISTE POR EL, EN TODOS LOS SENTIDOS, O SEA EN FORMA INTEGRAL Y HACERLE VER LOS BENEFICIOS QUE ESTA OBTENIENDO.**
- 2.- SEGUIMIENTO DE ESTADO DE ANIMO Y AUTO ESTIMA.**

3.- ENSEÑARLE A COMUNICARSE CON LOS DEMAS DE FORMA CLARA, DIRECTA, REPETUOSA, Y CONGRUENTE, ESTO NO ES IMPLICITO SOLO DE LOS OBESOS SINO DE LA POBLACION EN GENERAL, PERO PARA UN TRATAMIENTO INTEGRAL DEL ENFERMO ES MUY IMPORTANTE PARA QUE PUEDA SOLUCIONAR GRAN PARTE DE SU PROBLEMATICA.

EL OBESO, POR TANTO, DEBERA MANEJAR UNA COMUNICACION MAS ABIERTA, SIN TEMOR A LESIONAR O SENTIRSE LESIONADO EN SUS SENTIMIENTOS, SI SE ATREVEN A DECIRLE ALGO QUE SEA MOLESTO O ALGUNA PERSONA CERCA A EL, COMO PUEDEN SER LOS PADRES, EL MARIDO, LA ESPOSA, LA NOVIA, ETC., SIN QUE EXISTA EL TEMOR A PERDER SU RELACION.

ASI MISMO SE AYUDARA A QUE EL PACIENTE REFLEXIONE SOBRE EL FUTURO DE SU VIDA Y QUE DISFRUTEN SU PRESENTE.

4.- ES PRECISO SEÑALAR QUE ESTAS REFLEXIONES, COMO EN TODO EL TRATAMIENTO INTEGRAL, SE DEBEN PERSONALIZAR Y EN GRAN MEDIDA SE VA A DEPENDER DE LA CONSOLIDADA RELACION EXISTENTE ENTRE MEDICO Y PACIENTE.

SOCIALES:

1.- EVOLUCION: CUANDO EL PACIENTE MANEJA MAS O MENOS BIEN SU APRENDIZAJE.

2.- SIEMPRE SE ANALIZARA SU ALIMENTACION HASTA QUE LA DOMINE.

3.- ASEGURARSE QUE HA COMPRENDIDO SUS ERRORES ALIMENTICIOS.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

4.- PREVENIRLOS DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES Y SOCIALES QUE PUEDAN TENER AL BAJAR DE PESO, POR EJEMPLO SI ES UNA AMIGA QUE NO HA LOGRADO BAJAR DE PESO LE DIRA ¿QUE ESTAS ENFERMA? O DE SU FAMILIA. EN ESTE CASO PUEDE SER LA MADRE QUE TOMA LA COMIDA COMO UNA MANIFESTACION DE AFECTO, CASTIGO, CONTROL, ETC. DIRA CASI HISTERICA O LLORANDO "YA NO VOY A COCINAR PARA QUE TU NO COMAS LO QUE YO HAGO" Y " QUE ME HE PASADO TODA LA MAÑANA COCINANDO" O "ESTOY HARTA DE HACER DOBLE MENU, POR TU CULPA".

EN ESTOS CASOS ASEGURARSE DE FORMAS DIFERENTES, SEGUN EL CASO, QUE EL PACIENTE NO SEA DESANIMADO SINO POR EL CONTRARIO, POCO A POCO INVOLUCRAR A LA FAMILIA CON LOS RESULTADOS FISICOS Y MENTALES, ASI COMO SU ALIMENTACION VARIADA, APETITOSA Y ABUNDANTE.

CONCLUSIONES

1.- AL INSTITUIR EL PROGRAMA DEL TRATAMIENTO INTEGRAL Y CONTINUO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION: EL PACIENTE ADECUARA SUS HABITOS ALIMENTARIOS, LA EVOLUCION SERA PAULATINAMENTE EFECTIVA PARA EL PACIENTE, YA QUE CON EL TRATAMIENTO INTEGRAL Y CONTINUO SE TRATARA DE LLEVAR AL PACIENTE A UN EQUILIBRIO BIO-PSICO-SOCIAL, CON LO QUE ES FACTIBLE QUE SU ESTADO GENERAL DE SALUD MEJORE.

2.- PERO SOBRE TODO EL MEDICO DEL PRIMER NIVEL TENDRA LA OPORTUNIDAD DE HACER EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL, CON EL AUXILIO DEL PERSONAL PARAMEDICO, SIENDO ESTO EL MEJOR MANEJO INTEGRAL, PARA EL PACIENTE OBESO, Y PODRA SATISFACTORIAMENTE OBSERVAR LA EVOLUCION Y TRANSFORMACION DE UN PACIENTE QUE NO HA SIDO TOMADO EN CUENTA POR AÑOS.

3.- ESTA TRANSFORMACION REDUNDA EN EL PACIENTE, SU FAMILIA, TRABAJO ETC.

4.- ESTO TAMBIEN SE REFLEJARA EN LAS INSTITUCIONES; EN EVITAR DUPLICIDAD DE CONSULTAS Y DISMINUCION O AJUSTE DE MEDICAMENTOS ETC.

5.- POR ENDE CON ESTE PROGRAMA LOS BENEFICIOS SERAN ALTOS Y LOS COSTOS BAJOS.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BRAGUINSKY. J. OBESIDAD. PRIMERA EDICION 1987. BUENOS AIRES ARGENTINA. EDITORIAL PROMEDICINA.**
- 2.- MALACARA. GARCIA VIVEROS. VALVERDE. OBESIDAD ENFERMEDADES DE ENDOCRINOLOGIA CLINICA. FUNDAMENTOS DE ENDOCRINOLOGIA CLINICA, CAP. 18, 322-340. TERCERA EDICION 1979, MEXICO, D.F. EDITORIAL LA PRENSA MEDICA.**
- 3.- HERBERT V. M.D., F.A.C.P. THE MOUNT SINAI SCHOOL OF MEDICINE. COMPLETE BOOK OF NUTRITION. FIRST EDITION: NOVEMBER 1990. ST. MARTIN'S PRESS/NEW YORK.**
- 4.- FRANCO J. EPIDEMIOLOGIA DE LA OBESIDAD. REVISTA DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION. 1993, 1; 8-9.**
- 5.- KLUTHE R. SCUBERT. A. OBESITY IN EUROPA. ANN. INTERN MED., 1985.103; 1037-42.**
- 6.- KUMANYIKA-S; WILSON-JF; WEIGHT-RELATED ATTITUDES AND BEHAVIORS OF BLACK WOMEN. J-Am-Diet-Assoc. 1993 Apr: 93 (4); 416-22.**
- 7.- KUSKOWSKA-WOLK-A. TRENDS IN BODY MASS INDEX AND PREVALENCE OF OBESITY IN SWEDISH WOMEN. J. EPIDEMIOLOGICAL-COMMUNITY-HEALTH. 1993 JUN; 47 (3): 195-9.**
- 8.- ZARATE, A; RULL, J. INTRODUCCION A LA ENDOCRINOLOGIA. PRIMERA EDICION 1977 MEXICO, D.F. EDITORIAL FRANCISCO MENDEZ CERVANTES. 13;298-306.**
- 9.- RAVUSSIN-E. RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF OBESITY. Ann-Y-ACAD-SCI. 1993 JUN14; 683; 141-50.**

- 10.- SVENDSEN-OL. EFFECT OF AN ENERGY-RESTRICTIVE DIET, WITH OR WITHOUT EXERCISE, ON LEAN TISSUE MASS, RESTING METABOLIC RATE, CARDIOVASCULAR RISK FACTORS, AND BONE IN OVER WEIGHT POSMENOPAUSAL WOMEN. Am-J- MED. 1993 AUG; 95 (2): 131-40..
- 11.- KUSHNER-RF. BODY WEIGTH AND MORTALITY. NUTR-REV. 1993 MAY; 51 (5): 127-36.
- 12.-FRINK-EJ. Jr. PLASMA INORGANIC FLUORIDE LEVELS WITH SEVOFLURANE ANESTHESIA IN MORBIDLY OBESE AND NONOBESE PATIENTS. ANESTH-ANALG. 1993 JUN; 76 (6): 1333-7.
- 13.- ZERAH-F. EFFECTS OF OBESITY ON RESPIRATORY RESISTANCE. CHEST. 1993 MAY; 103 (5): 1470-6.
- 14.- BARAKAT-HA. CORONARY HEART DISEASE RISK FACTORS IN MORBIDLY OBESE WOMEN WITH NORMAL GLUCOSE TOLERANCE. DIABETES CARE. 1993 JAN; 16 (1): 144-9.
- 15.- DREYFUS-M. PSYCHOLOGICAL APPROACH TO OBESITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN A MULTIDISCIPLINARY CONSULTATION. Ann-PEDIATR-PARIS. 1993 MAY; 40 (5): 305-12.
- 16.- QUIEBRA R. DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE LA OBESIDAD. REVISTA DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION. 1993. 1 (2): 7 Y 8.
- 17.- S.S.A. DIR. GRAL DE S.S. SALUD PUBLICA D.F. NORMAS TECNICAS PARA LA ATENCION MEDICA EN EL PRIMER NIVEL. 1993 NORMAS TECNICAS # 77 PAG. 71-82.
- 18.- HILL JO; DROUGAS H. OBESITY TREATMENT: CAN DIET COMPOSITION PLAY A ROLE? ANN-INT-MED. 1993 OCT. 119 (7): 694-7.

ANEXO 1

NOMBRE _____ EDAD _____
DIERCCION _____ TELEFONO _____
ESTADO CIVIL _____ OCUPACION _____
ESCOLARIDAD- _____

1.-¿ CUAL ES LA RAZON POR LA QUE ACUDE A ESTA CONSULTA?

2.-¿CREE USTED QUE ESTA OBESO?

SI NO NO SABE

3.-¿CREE USTED QUE UN SOBREPESO SE DEBE A ALGUNA ENFERMEDAD?

SI NO NO SABE

4.-¿PIENSA QUE SU SOBREPESO SE DEBE A LA COMIDA?

SI NO NO SABE

5.-¿TIENE FAMILIARES DIABETICOS POR PARTE DE SU MADRE O DE SU PADRE?

SI NO NO SABE

6.-¿CUALES? _____

7.-¿TIENE FAMILIARES OBESOS O ROBUSTOS?

SI NO NO SABE

8.-¿QUIENES? _____

9.-¿PRESENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD ENDOCRINA (HIPOTIROIDISMO, CUSHING,ETC.)?

SI NO NO SABE

10.-DIAGNOSTICO Y FECHA _____

11.-¿COMO SE SIENTE USTED HABITUALMENTE?

A) SANO

B) ENFERMO

C) A VECES BIEN, A VECES MAL.

12.- PESO ACTUAL _____ Kg. TALLA O ALTURA _____ M.

13.-¿HA ASISTIDO A ALGUN OTRO TIPO DE TRATAMIENTO PARA BAJAR DE PESO?

SI NO

14.-¿SI NO HA BAJADO DE PESO A QUE LO ATRIBUYE?

A) INGESTA ABUNDANTE.

B) ALGUNA ENFERMEDAD QUE LO IMPIDE

C) INDISCIPLINA O DIFICULTAD PARA CUMPLIR CON

LAS INDICACIONES. ¿CUALES? _____

D) LOS MEDICOS NO HAN ENTENDIDO SU PROBLEMA

E) OTRAS CAUSA ¿CUALES? _____

15.-¿PIENSA QUE LA OBESIDAD ES UNA ENFERMEDAD?

SI NO NO SABE

16.-¿PIENSA QUE UNA PERSONA OBESA DEBE SER TRATADA POR UN DOCTOR?

SI NO NO SABE

17.-¿PORQUE COME USTED DE MAS? _____

18.-¿A QUE HORA COME MAS? _____

19.-¿SE SIENTE CON ANGUSTIA? _____

20.-¿COME DE NERVIOS? _____

21.-¿SE SIENTE TRISTE O DEPRIMIDO? _____

22.-¿DESDE CUANDO TIENE SOBREPESO?

INFANCIA _____ ADOLESCENCIA _____ ADULTO _____ (EDAD _____).

23.-¿TIENE RELACIONES SEXUALES? _____

24.-¿TIENE RECREACIONES? _____ ¿CUALES? _____

25.-¿HACE EJERCICIO? _____

26.-¿INGIERE ALCOHOL O FUMA? _____

27.-HORARIO DE SU ALIMENTACION DIARIA _____

28.-HORARIO DE SUEÑO _____

29.-¿TIENE EL DESEO DE BAJAR DE PESO?

SI

NO

NO SABE

ANEXO 2

EJEMPLOS DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE ALIMENTOS Y SUS EQUIVALENTES:

LECHE :LECHE DESCREMADA LIQUIDA	1 TAZA
LECHE EN POLVO	3 CUCHARADAS
YOGHURT DE LECHE DESCREMADA	1/2 TAZA
CARNE:RES:AGUAYON,BISTEK, BOLA, FALDA.	
TERNERO O CORDERO:PIERNA.	
AVES:POLLO, PAVO, CODORNIZ (SIN PELLEJO)	
PESCADO:SALMON, ATUN,SARDINAS.	30 GRAMOS
PAN:BOLILLO SIN MIGAJON	1/2 PIEZA
TORTILLA	1 PIEZA
PAN DE CAJA	1 PIEZA
SOPA DE PASTA O ARROZ	1/2 TAZA
GALLETAS HABANERAS, SALADAS, MARIAS	4 PIEZAS
CEREALES:CORN FLAKES, RICE KRISPIS, AVENA.	1/2 TAZA
FRUTAS:MANZANA	1 PEQUEÑA
PLATANO	1/2 PIEZA
NARANJA	1 PEQUEÑA
TORONJA	1/2 PIEZA
MELON	1/2 TAZA
PAPAYA	3/4 TAZA
TUNAS	2 GRANDES
VERDURAS TIPO II:PAPA, CEBOLLA, ZANAHORIA,	
CHILE POBLANO,SALSIFIS ETC.	1/2 TAZA
VERDURAS LIBRES: ACELGAS,EJOTES,PIMIENTO VERDE,HONGOS,	
NOPALES, JITOMATE, TOMATE, PEPINO, BERRO,	
APIO, PEPINO ETC,	
GRASA:AGUACATE	1/2 PZA. MED.
ACEITE VEGETAL	1 CUCHARADA
ALMENDRAS	10 ENTERAS
REBANADA DE TOCINO	1 DORADA
ACEITUNAS	5 PEQUEÑAS
LEGUMINOSAS: FRIJOL, LENTEJAS, HABAS.	1/2 TAZA
ALIMENTOS LIBRES: CALDOS DERGRASADOS,SAL, PIMIENTA, AJO,	
LIMON, REFRESCOS DIETETICOS, CHICLES SIN	
AZUCAR, CAFE, TE.	
ALIMENTOS PROHIBIDOS: AZUCAR, MIEL, PAN DE DULCE, PAYS,	
PASTELES, FRITURAS, REFRESCOS,	
HELADOS,	