

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

179
29.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADEMICA
CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE NAVOJOA SON



ISSSTE

SUBDIRECCION GENERAL
MEDICA

TITULO

LA IGNORANCIA DE LA OBESIDAD COMO
FACTOR DE RIESGO DE ENF. CRONICO DEGENERATIVAS,
EN FAMILIAS DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DEL
ISSSTE DE NAVOJOA SON.

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SANCHEZ FLORES JESUS

TESIS CON **ISSSTE NAVOJOA SON**

1997

FALLA DE ORIGEN

38150A



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.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SANCHEZ FLORES JESUS

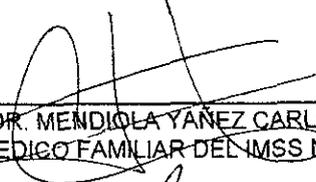
TITULO:

LA IGNORANCIA DE LA OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE
ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS, EN FAMILIAS
DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DEL ISSSTE DE NAVOJOA SON.

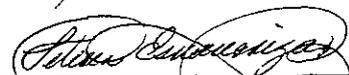


ISSSTE
CLINICA HOSPITAL NAVOJOA, SONORA
DIRECCION


DR. MIRANDA GALICIA VICTOR MANUEL
CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE NAV. SON.


DR. MENDIOLA YANEZ CARLOS
MEDICO FAMILIAR DEL IMSS NAV. SON.


DR. VILCHIS CASTRO JOSE
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E

I. S. S. S. T. E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

04 JUL. 2000

V. o. B. o.

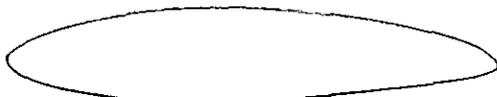
TITULO:

LA IGNORANCIA DE LA OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE ENF. CRONICO DEGENERATIVAS, EN FAMILIAS DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DEL ISSSTE DE NAVAJOA SON.

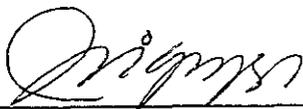
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA :

DR. SANCHEZ FLORES JESUS R-II M/F

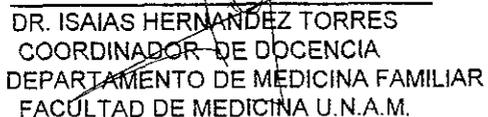
AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ 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.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

INDICE:

Marco teórico.-----	1
Planteamiento del problema.-----	9
Justificación.-----	10
Objetivos.-----	11
Metodología.-----	13
* Tipo de estudio	
* Población lugar y tiempo	
* Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
* Criterios de inclusión,exclusión y de eliminación	
* Información a recolectar.	
* Método o procedimiento para captar la información.	
* Consideraciones éticas.	
Resultados.-----	20
* Tablas y graficas.	
* Descripción de resultados.	
Discusión de los resultados encontrados.-----	34
Conclusiones.-----	39
Bibliografía amplia-----	42
Anexos.-----	47

MARCO TEORICO

Obesidad.- Es una situación del individuo que acumula exageradamente grasas en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.

En la actualidad se acepta que el número de células grasas(adipositos) aumentan durante los primeros años de la vida y en la adolescencia. Dividida en Obesos hiperplásicos.- Que son aquellos que poseen un mayor número de adipositos y que se da en edad temprana, el otro es el Obeso hipertrófico.- que son personas cuyo número de adipocitos es igual al de las personas normales. pero cuya carga de triglicéridos por adipocitos es mayor y su aparición es tardía después de la adolescencia.

Fisiopatología.- La obesidad se produce sólo cuando existe un balance calórico positivo. Las calorías que el organismo no consume debe almacenarlas y la única forma es a través de la síntesis de triglicéridos.

Metabolismo Energético El cuerpo humano se provee de fuente de energía gracias a la ingestión de los alimentos, y ésta es su única fuente calórica. y el balance energético puede expresarse en términos de calorías - Será positivo cuando la ingesta exceda al gasto y negativo en situación inversa. El almacén de lípidos no tiene límite conocido. **Gasto de Energía.**- medio por el cual el cuerpo humano consume sus calorías. La ingestión exagerada de alimentos y gasto energético mínimo, cuando se presentan en forma crónica producen obesidad exógena.(1) La atención médica integral ha sido históricamente una ocupación de los médicos y de las instituciones de salud.

Hasta finales del siglo I a.c. la medicina se consideraba parte integral de la filosofía, pues estaba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por los filósofos expertos en el arte de curar, teniendo el primer intento de una visión integral del hombre. Los Aztecas se inclinan más a la prevención y a la investigación.(2) Por esto la atención primaria a la salud es la estrategia más viable para elevar el nivel de salud de la población en los países con condiciones socioeconómicas precarias. Existen múltiples barreras para su implantación, una de las principales es el profesional médico, que basado en falsas creencias y en su escasa preparación como docente ha limitado el logro de los objetivos. Se destaca la importancia de la labor educativa del médico en materia de salud y la relación de esta acción con el logro de la participación comunitaria.(3) En el nivel nutricional de un individuo, el exceso constituyen serios riesgos para la salud, proporcionales a la gravedad del caso. La incidencia de estas instancias tiene una alta significancia en Salud Pública y su combate representan un reto prioritario (4) En nuestros días ya no resulta desconocido el hecho de que la obesidad ha dejado de ser un problema de orden "estético", para constituirse en un problema de salud pública, dado al alto índice de individuos con sobrepeso, y sus repercusiones en la salud.(5) Los problemas que inciden en el área de atención de la salud tiene múltiples causas, que se presentan, en interacciones complejas y dinámicas. Esta situación propicia la necesidad de analizarlas haciendo converger los diversos campos del conocimiento, las disciplinas; y las metodologías que conforman el ejercicio profesional, directa o indirectamente relacionado con la salud. Esto implica responsabilidad compartida para el autocuidado de la salud de los profesionales de la salud, grupos de salud, la comunidad.(6)

Ayudar a los pacientes a modificar conductas relacionadas con sus hábitos de comer, beber y fumar, hacer ejercicio o tomar sus medicamentos, es tarea común durante las consultas médicas. Tanto en el hospital como en la atención de primer nivel. Esta actividad reviste una gran importancia, sin embargo los profesionales de la salud reciben poco o ningún entrenamiento acerca de métodos de promoción de cambios de conducta.(7)

En la actualidad se reconoce a la obesidad como un trastorno que provoca daños para la salud. Sin embargo, existen personas obesas, de acuerdo con estándares poblacionales, que no tienen trastornos de salud secundarios a su obesidad y, por el contrario, otras personas pueden tener efectos indeseables secundarios a incrementos leves de peso.(8)

Hay una gran cantidad de estudios que pretenden explicar las causas por las que la obesidad afecta de diversas maneras a diferentes grupos de individuos. Todo parece indicar que la distribución del tejido adiposo juega un papel fundamental en la aparición de complicaciones, sobretodo de tipo cardiovascular. Las personas obesas con distribución de la grasa en el segmento inferior del cuerpo (cadera y piernas), tienen menos probabilidades de padecer trastornos metabólicos secundarios a la obesidad. En cambio, los individuos con exceso de grasa intrabdominal cursan con más frecuentemente con trastornos en el metabolismo de los carbohidratos y lípidos y, por lo tanto, con mayor riesgo cardiovascular. En este último tipo de obesos el índice de mortalidad está incrementado, aún en aquellos con pesos "normales". (9)

La obesidad parece aumentar con la edad, y esto es un factor determinante como riesgo para la Diabetes mellitus no insulino dependiente (10)

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que la obesidad provoca riesgos para la salud en forma general o en forma específica. Riesgos generales Aspectos Psicosociales. El individuo con exceso notorio de peso sufre rechazo en las escuelas, el trabajo e incluso por los médicos o el resto de personal para la salud. Siendo concideradas como una persona enferma, fea, autoindulgente, inmoral, insegura, torpe, y abùtica. Lo anterior provoca perjuicios y discriminaciòn hacia el obeso. Apesar de lo anterior, las pruebas psicológicas aplicadas a obesos leves o moderados no muestran que éstos tengan mayor frecuencia de depresiòn ansiedad o trastornos de la personalidad comparadas con la poblaciòn en general (11) En el individuo con obesidad grave, la situaciòn cambia y en ellos se ha encontrado con mayor frecuencia depresiòn, distorsiòn de la imagen corporal y trastornos en la personalidad.(12)

Trastornos ortopèdicos y circulatorios. El peso tiene un efecto adverso sobre las articulaciones de apoyo y el retorno venoso. En la mayoría de estudios publicados se ha encontrado que la frecuencia de osteoartritis aumenta con relaciòn directa a la edad y el peso, no sólo en las rodillas y tobillos sino también en las manos. La gota también se encuentra con mayor frecuencia en el obeso, sobre todo en el grupo de edad de 35 a 45 años.(13)

En cuanto a las complicaciones obstétricas. Las mujeres obesas tienen mayor probabilidad de tener complicaciones durante el embarazo y el parto; de éstas las más comunes son: toxemia, diabetes gestacional, productos macrosómicos, productos gemelares, trabajo de parto prolongado y culminación del embarazo mediante operación cesárea(14) Trastornos diversos. Existe una serie de padecimientos o trastornos funcionales que se presentan con mayor frecuencia en el obeso. La aparición de estas complicaciones aparentemente no está relacionada en proporción directa al peso ni a la distribución de la grasa corporal. De éstas, las más comunes son : trastornos inmunológicos debidos a la maduración de los monocitos, disminución del factor de inhibición de la migración de los macrófagos, aumento de la fragilidad cutánea inguinal y acantosis nigricans.(13) Los riesgos específicos. Se refiere a trastornos claramente asociados con obesidad, sobre todo de tipo abdominal y que afectan en forma significativa la esperanza de vida.(9) La obesidad a sido reconocida como un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes. La obesidad ha sido reconocida desde hace mucho como un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus no dependiente de insulina. También es sabido que la obesidad suele asociarse con modificaciones en el metabolismo de los carbohidratos. Los estudios con mexico-norteamericanos han mostrado con la hiperinsulinemia no es tanto una consecuencia de la obesidad como precursor de ella. Tal vez determinado genéticamente aunque suele mejorar al reducir el peso. Hay indicios de que la resistencia a la insulina. en particular si no es adecuadamente compensada por hiperinsulinemia. inhibe la termogénesis inducida por carbohidratos.(15)

La frecuencia de diabetes mellitus tipo II (no dependiente de insulina) es 2.9 veces mayor en el obeso con relación al normal. sin embargo, cuando se considera la distribución de la obesidad se encuentra una frecuencia de 10.3 veces más en las mujeres con obesidad de tipo abdominal.(16) En un estudio realizado en mujeres obesas abdominales, obesas de segmento inferior y normales, se encontró que la mayor parte de las obesas abdominales tenían curvas de tolerancia a la glucosa anormales, con incremento significativo de la secreción de insulina. Además se demostró que en ellas , el tamaño de los adipocitos de la región abdominal era considerablemente mayor y que éstos tenían una actividad lipolítica aumentada después de la estimulación con adrenalina manifestada por aumento en la producción de glicerol y AMP cíclico. Este fenómeno produciría también aumento en el contenido intracelular de ácidos grasos libres los cuales provocarían que el adipocito tuviese dificultad para oxidar la glucosa, mientras que liberaría una gran cantidad de ácidos grasos libres en la Circulación los que inhibirían la utilización de la glucosa por otros tejidos y aumentarían la secreción de triglicéridos por parte del hepatocito, lo cual provocaría hipertriglicemia.(17)

La dislipidemia es un fenómeno relativamente común en el diabético. Las causas son varias primero, la insulina juega un papel importante en la regulación del metabolismo intermedio de los lípidos; segundo, la mayoría de los pacientes diabéticos no insulino dependientes tiene sobrepeso importante y la obesidad con mucha frecuencia está relacionada con hiperlipidemias y tercero, aunque la diabetes y la hiperlipidemia son trastornos distintos, quizá determinados genéticamente, ambos son comunes en la población y por ende tiene mayor posibilidad de coexistir en el mismo individuo.(18)

La hipercolesterolemia (colesterol total superior a 250 mg/dl) es 2.1 más frecuente en los obesos menores de 45 años. En las personas mayores de esta edad no existe relación con el peso.(19)

La hipertensión arterial sistémica. Está bien establecido que el obeso tiene mayor riesgo de padecer hipertensión arterial sistémica, la que presenta 2.9 veces con mayor frecuencia en los obesos adultos de todas las edades y 5.6 veces más en los obesos con edades entre 20 y 44 años. La influencia de la hipertensión arterial sobre mortalidad y morbilidad está suficientemente estudiada.(20)

El mecanismo de la hipertensión en el obeso aún no está bien dilucidado. en un principio se sospechó que el exceso de sal consumida en los alimentos era el factor desencadenante. Sin embargo, muchos obesos normalizan su presión arterial al reducir de peso, sin modificar su consumo de sodio. Varios estudios han demostrado aumento del volumen circulatorio sin modificación de las resistencias periféricas y resientemente se ha asociado a hipercolesterolemia.(21)

Independientemente de lo anterior, la reducción de peso corporal asociada a control farmacológico de la hipertensión logra reducir significativamente riesgos tales como enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, claudicación intermitente y muerte súbita (22)

Trastornos pulmonares. La acumulación de grasa en la pared torácica y el abdomen provoca alteraciones en las propiedades mecánicas del tórax y el diafragma, lo cual, aunado a trastornos en la respuesta al estímulo por bióxido de carbono, provoca el síndrome de hipoventilación pulmonar, el que se observa más frecuentemente en los sujetos gravemente obesos. Muchos de estos pacientes requieren tratamiento médico urgente. La apnea del sueño también puede presentarse en algunos obesos, pero su relación con el grado de obesidad no está aclarada y en algunos casos, la reducción de peso corporal no logra corregir esta condición.(23) Cáncer; el estudio de la sociedad americana de cáncer, iniciado en 1959 demuestra que existe una relación directa entre grado de obesidad y mortalidad de cáncer independientemente de la edad.(24) La relación entre el cáncer y obesidad se ha atribuido a hábitos nutricionales y concentraciones de estrógenos endógenos.(25) Enfermedad cardiovascular. De acuerdo con el estudio hecho en Framingham, la enfermedad cardiovascular es más frecuente en el obeso, independientemente de la edad, presión sistólica, concentraciones de colesterol, tabaquismo, intolerancia a los carbohidratos e hipertrofia ventricular izquierda determinada mediante electrocardiograma. El riesgo de enfermedad coronaria en los obesos menores de 50 años es mayor que en los grupos de edad, principalmente en el sexo masculino.(26) En la mayoría de los casos, el individuo obeso es un sujeto enfermo, víctima de una sociedad que lo rechaza y de una serie de trastornos, potenciales o reales, que lo ponen constantemente en peligro de enfermar gravemente o morir. Es importante recordar que los riesgos para la salud asociados a la obesidad no solamente aumentan conforme al grado de la misma, si no también, a la distribución de la grasa corporal (9)

JUSTIFICACION

Se nota un incremento importante en el número de enfermedades crónico degenerativa (E.C.D.) relacionadas con la obesidad exògena. La falta de concientizaciòn a la poblaciòn abierta, de la importancia del manejo de la obesidad como prevenciòn de E.C.D así como la falta de interés de parte de los familiares a retirar sus dietas tradicionales o la falta del conocimiento de otros tipos de dietas, agregando, la ideología errònea que se tiene de que " un niño gordo es un niño sano ". Que incrementan la ignorancia de los efectos de la obesidad, en el metabolismo humano y que Esto, a incrementado a las E.C.D. llevandola a ocupar los primeros lugares de morbimortalidad a nivel nacional, en el quinto lugar a nivel local, por lo que urge ver las causas para dar soluciòn a este problema. El manejo de la obesidad exògena en el seno familiar es clave y viable así como la educaciòn a poblaciòn abierta, orientaciòn mèdica en consulta, formaciòn de grupos de apoyo, derivaciòn al departamento de dietologia, ya que existe la experiencia en otras instituciones y otros paises donde han dado buenos resultados. Es importante ya que actualmente las enfermedades crónico degenerativas, son un problema de salud pùblica, lo cual incrementa gastos Hospitalarios, disminuciòn de la parte productiva del individuo en edad temprana, estatus social así como la productividad del país. Hasta ahora no tenemos ningùn estudio local que nos aporte las fallas del manejo, actitud de la familia, conocimiento de la familia sobre obesidad exògena, por lo tanto un estudio de esta naturaleza seria el punto de partida para la prevenciòn, manejo y rehabilitaciòn de estos padecimientos. este proyecto es posible llevarse a cabo, por el apoyo que se tiene de la administraciòn, así como de los recursos tanto material como humano para efectuar

ESPECIFICO:

- 1).-Demostrar que las familias que conocían las complicaciones de la obesidad, tuvieron menor incidencia de enfermedades crónico degenerativas (E.C.D.).
- 2).-Identificar la participación del rol familiar de los integrantes de las familias derechohabientes de la clínica del ISSSTE Navojoa en el conocimiento de la obesidad.
- 3).- Conocer la perspectiva de los derechohabientes de la clínica del ISSSTE Navojoa , acerca de la obesidad. y el número de encuestados informados sobre ellas.
- 4).-Cuantificar el grado de conocimiento de los derechohabientes de la clínica del ISSSTE de Navojoa, sobre el significado de la Obesidad.
- 5).-Demostrar que el individuo obeso tiende a la negación.
- 6).-Conocer el Número de integrantes de las familias derechohabientes de la Clínica del ISSSTE de Navojoa, con problemas de obesidad.
- 7).-Identificar el número de obesos, según aspecto, sexo y el grado de obesidad más frecuentes.
- 8).-Determinar la enfermedad crónica degenerativa con mayor frecuencia, como complicación en la obesidad de derechoahbientes de la clínica del ISSSTE de Navojoa.
- 9).-Identificar el número de obesos encuestados, y sus familiares obesos.
- 10).-Cuantificar los obesos que conocen las complicaciones de la obesidad.
- 11).-Demostrar según el aspecto de los encuestados y familiares quien presenta más casos de Enfermedades Crónico Degenerativas.

UNIVERSO DE TRABAJO

140 Familias tomadas al azar, que corresponden al 23.3 % de 600 familias derechohabientes de la clínica hospital del ISSSTE de Navojoa Sonora, en altas hasta el mes de noviembre de 1996

Técnica para controlar las diferencias entre sujetos

La más adecuada es la selección homogénea

Técnica para distinguir la diferencia situacional

La técnica más adecuada es la aleatorización

Criterios de inclusión, no inclusión y exclusión

Inclusión: Familia solo la adscrita a la clínica del ISSSTE Navojoa Sonora. y que cuente o no con obesidad. Obesidad. Solo la exógena por exceso y sedentarismo.

No Inclusión: Familia. Solo la que no se desee participar Obesidad. Solo la endocrina.

Exclusión Familia. Las que cambien de residencia, disfunción familiar

Características del grupo experimental

Familias con uno o más miembros obesos

Familias que desconozcan las complicaciones de la obesidad exógena

Familias sin obesidad endocrina.

Características del Grupo control.

Familias con conocimiento de las complicaciones de la obesidad exógena.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Todos los asegurados y/o beneficiario esposa-o, que se presenten a la consulta externa, de la clinica Hospital del ISSSTE de Navojoa Son. con o sin problemas de obesidad, serán captadas y enviadas al consultorio número 5, de medicina familiar donde se requisitara una hoja de captación y si cumple los criterios de inclusión ya señalados (pag.14) se formara el grupo a estudiar y este grupo se seguira durante todo el estudio, y lo datos matemáticos se registraran con pruebas estadísticas acordes.

ESPECIFICACION DE VARIABLES.

Problema; Las familias derechohabientes de la clinica del ISSSTE de Navojoa Son. Que desconocen las consecuencias y complicaciones de la obesidad exògena, presentan diferente frecuencia de E.C.D. en comparación con las familias derechohabientes que si conocen las consecuencias y complicaciones de la obesidad exògena.

Sujeto: Familia

V.I.Desconocimiento de las consecuencias y complicaciones de la obesidad exògena.

V.D. E.C D.

Conocimiento contra desconocimiento

Existencia de E.C.D.

ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES.

	VARIABLE	INDICADOR
V.I.	Conocimiento	con - sin cualitativa
V.D.	E.C.D.	mayor - menor cualitativa

ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES.

V.I. : Desconocimiento de las complicaciones de la obesidad exògena

es determinística

es nominal (con - sin)

discreta

finita

V.D. : Enfermedad Crònico Degenerativa.

Es aleatoria.

Es nominal (mayor-menor)

Discreta

finita

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

V.I. Desconocimiento de las consecuencias y complicaciones de la obesidad exògena. Es la que tienen los representantes de familias.

V.D. . E.C.D. Se considera E.C.D. a la Hipertensiòn Arterial Sistèmica, Diabetes Mellitus no insulino dependiente, Dislipidemia, trastornos Cardiovasculares, osteoartrosis, y todas aquellas que implican trastornos del metabolismo, paulatinos, prolongadas, multicausales e incontrolables a largo plazo.

MATERIAL Y METODO

Sujeto: 140 representantes de familias (de ambos sexos y sin importar rol familiar) que acuden a la consulta externa de la clinica hospital del ISSSTE de Navojoa Son con un rango de edad de 54 años con una media de 40.7, con una moda de 40, un ancho de clase de 5, una desviación media de 28.5, y una varianza de 199.3 de representantes de familia.

ESCENARIO: Consultorio número 5 de medicina familiar en la consulta externa de la clinica hospital del ISSSTE de Navojoa Son.

INSTRUMENTO: Encuesta de conocimiento de las complicaciones en la obesidad, tabla de talla y peso del Dr. Gonzalez Barranco, modificada para la oficina de control de E.C.D.

Fusión: Entrevista directa.

PROCEDIMIENTOS.

Todos los representantes de familia que se presentaron a la consulta externa de la clinica hospital del ISSSTE Navojoa Son.con o sin problemas de obesidad, se les entrevistò para saber si deseaban colaborar con la investigaciòn, habiendo solo en un caso renuencia y apatia por el trabajo de investigaciòn, el mèdico del proyecto y col. Elaborò la encuesta a cada pac , peso, talla, rol familiar, conocimiento de la obesidad, perspectivas de la obesidad, su aspecto, miembros de la familia que son obesos, conocimientos de las complicaciones enfermedades crònico degenerativas que surgen principalmente DM, HTA, DISLIPIDEMIA, E.A.D.,CARDIOPATIA ISQ De estos se descartaron los que no deseaban participar, los que presentaron problemas de tiroides, tambièn se estableciò contacto con personas que no presentaban problemas de exceso de peso, sometiendo a las mismas condiciones que los obesos.

La aplicaciòn de las encuestas se realizaròn en los dÌas de màs afluencia de consulta en el turno matutino y vespertino con duraciòn de 2 hrs. promedio, las sesiones se hacian en forma individual vaciandose los datos en una sabana con todos los rangos que evalúa cada uno de las encuestas utilizadas, para el anàlisis de los datos se dividiò a la poblaciòn de acuerdo a la tabla de peso y talla del Dr. Gonzalez Barranco asi como representantes de familias que tenian algùn miembro con obesidad, formando tres grupos: 1).- Pacientes obesos, 2).- Pacientes no obesos, 3).- Pacientes no obesos pero con familiares obesos cabe mencionar que para este autor se considera obesidad apartir del 10%

RESULTADOS

Al Analizar los resultados en lo referente al rol familiar de los 140 familias encuestadas, las madres de familia fueron 98 para un 70%, los papàs fueròn 32, con 22.8 %, hijas 7 para 5 %, hijos 1 con 0.7 %, y se abstuvieron 2 encuestados con 1.4 % como se observa en la (gràfica 1)

Segùn en el aspecto del obeso los que pensaron que tenían buen aspecto fueron 6, que para un 4.2 %, los que consideraron que tienen mal aspecto contestaron 108 con un 77.1 % y 26 se abstuvieron dando un 18.5 % (gràfica 2). En cuanto al conocimiento de la definiciòn de la obesidad 121 de los encuestados (86.4 %), refirieron conocer el significado, 11 (7.8 %), no lo conocían, y no contestaron 8 que dan el 5.7 % de los 140 encuestados.(gràfica 3).

En cuanto a si se consideraban obesos propiamente, se encontraron 52 para un 37.1 %, y 78 no se consideraban obesos (55.7 %) y 10 que son el 7.1 %, no contestaron (gràfica 4)

En relaciòn al rubro anterior se verifico la obesidad basados en la tabla de talla y peso del Dr. Gonzalez Barranco, encontrando que de los 78 encuestados que se consideran no obesos, se observo que 10 son obesos y de los 10 que no contestaron 4 se observaron obesos, sumando realmente 66 obesos para 41.4 % de los 140 encuestados. Aquí conviene hacer una anotaciòn, que es el reporte segùn la encuesta, de que se encontraron otros 82 obesos familiares, de acuerdo a la versiòn de los encuestados, para 148 obesos en global.(gràfica 5)

En cuanto al sexo se encontraron 46 femeninos obesos para un 32.8 %, masculinos obesos son 20 para un 14.2 %, agrego a los no obesos con 41 fem. con el 29.2 %, y 10 masculinos con 7.1 %, ademas de femeninos no obesos pero que cuentan con un familiar obeso fueron 18 con un 12.8 %, y de masculinos no obesos pero con familiares obesos se encontraron 5 que dan el 3.5 %. gráfica(6)

Reiterando que para comprobar obesidad se uso la tabla de talla y peso del Dr Gonzalez Barranco modificada por la oficina de control de E.C.D. a los encuestados se les dividio por grados según el porcentaje de obesidad, así como por sexo: encontrando 4 femeninos que es el (6 %), de primer grado, 15 (22.7 %), en segundo grado, 8 (12.1 %), tercer grado y 12 con un (18 %) de cuarto grado, los 7 faltantes, apesar de referir que son obesos, no anotaron su peso o su talla, por lo que no fue posible captarlos.(gráfica. 7)

En cuanto a masculinos obesos se reportaron 1 (1.5 %), de primer grado de obesidad, 8 (12.1 %), en segundo grado, 5 (7.5 %), de tercer grado y de cuarto grado se encontraron 4 (6 %), de los 66 obesos encuestados.(gráfica 8) Dos de los encuestados no anotaron su peso o talla por lo que no se captaron.

En lo que se refiere al conocimiento de las complicaciones más frecuentes de la obesidad, objetivo principal de este trabajo de investigación, se encontró que de los encuestados 82 reportaron conocer las complicaciones de la obesidad para un (58.5 %), 43 manifestaron no conocerlas (30.7 %), y 15 10.7 % no contestaron.(gráfica 9) Dentro de este rubro cabe aclarar que de los 82 encuestados, que si conocen las complicaciones de la obesidad 39 son obesos dando el 59 % de los obesos encuestados, de los 43 encuestados que no conocían la complicaciones, 22 (33.3 %), son obesos, y 5 con el 7.5 % que son obesos, corresponden a los 14 encuestados que no contestaron.(gráfica 10).

En cuanto a la presencia de padecimientos crónico degenerativos se tomo en forma global los 222 involucrados directa o indirectamente, y que de los 140 encuestados 66 son obesos y 82 familiares de los encuestados, tienen problemas de obesidad, sumando en total 148 obesos , encontrndo 25 fem.obesos,(11.2 %),

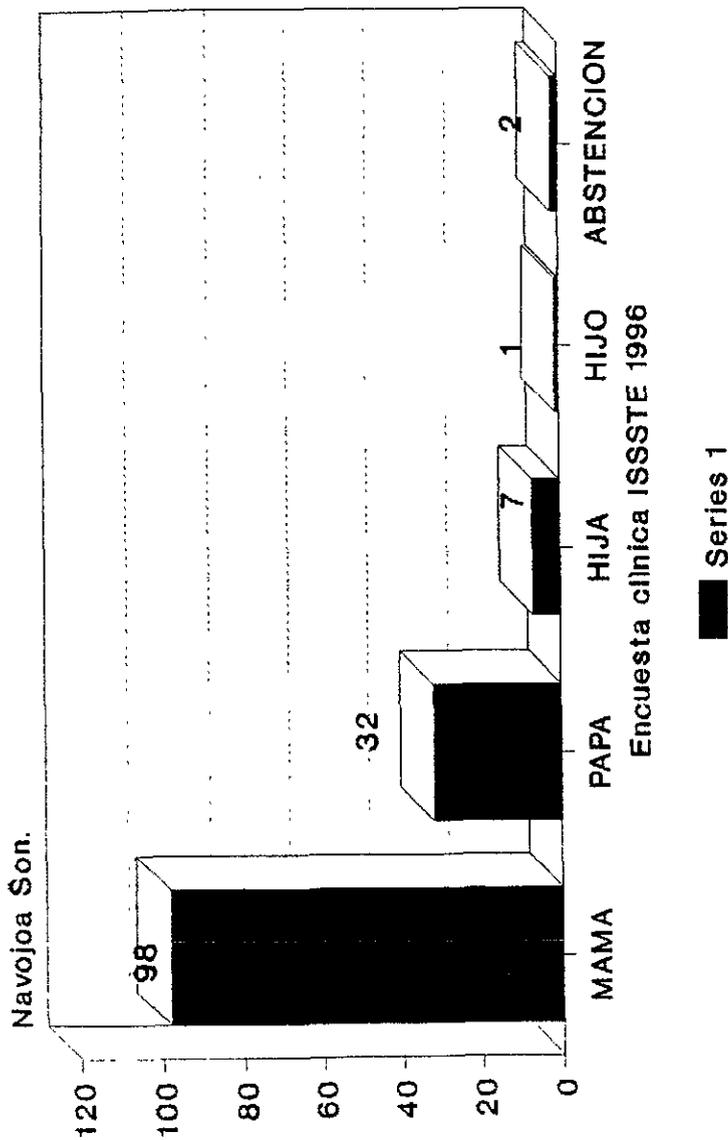
que presentaron E.C.D.siendo 16 DMII, 12 HTA, 7 DISLIPIDEMIA, 5 E.A.D. Y 2 CARDIOPATIAS ISQUEMICAS.

De los femeninos con familiares obesos, 18 con el 8.1 %, también presentaron, 12 casos de DM, 10 DE HTA, 6 DISLIPIDEMIAS, 1 DE E.A.D y 3 CASO DE CARDIOPATIA ISQ. 14 masculino obesos, el 6.3 % se reportaron con 9 de DM, 7 HTA, 6 DISLIPIDEMIAS, 1 DE E.A.D. 3 DE C.IZQ. En los masculinos no obesos pero con familiares obesos se muestran solo 3 involucrados dando el 1.3 % con 3 casos de DM, 1 HTA, Y 2 DISLIPIDEMIAS En los femeninos no obesos y masculinos no obesos no se reportaron casos de E.C D.gráfica (11).

Totalizando esta última información de los 222 involucrados se encontraron 40 caso de DMII, 30 de HTA, 21 de DISLIPIDEMIAS, 7 E.A.D. Y 8 DE CARDIOPATIA ISQUEMICA.(gráfica 12).

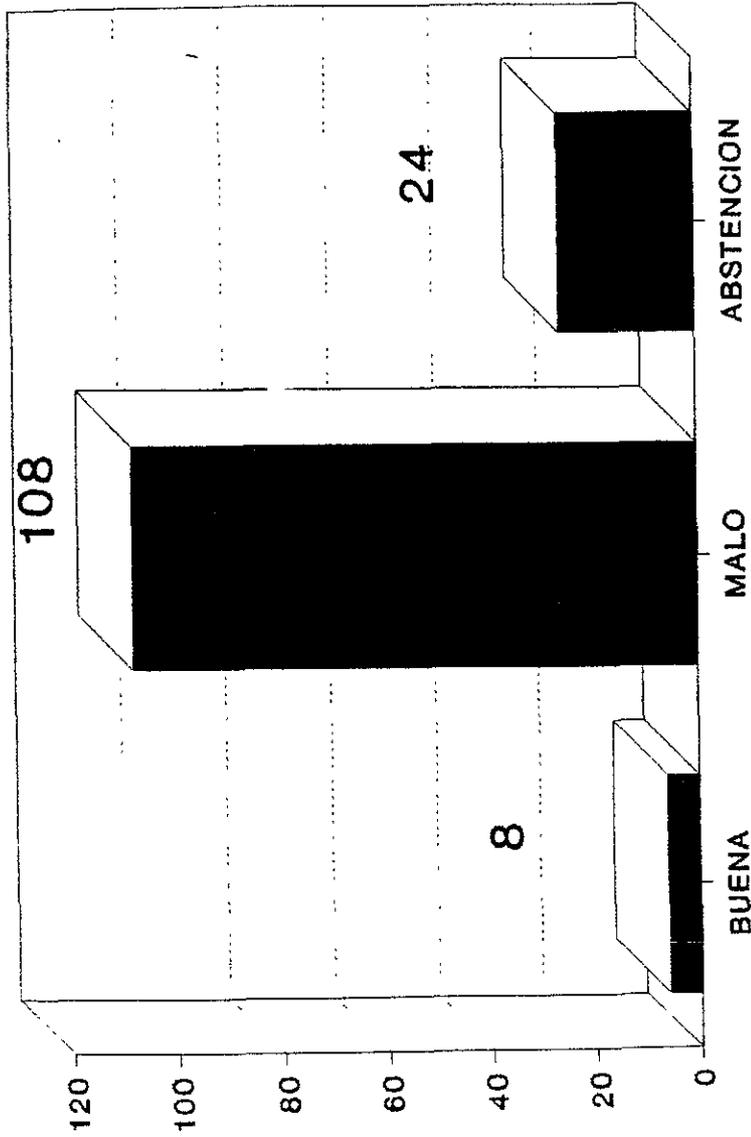
La información sobre las complicaciones de la obesidad se reporto que 26 encuestados recibieron información,92 que no y 22 no contestaron.(gráfica 13).

OBESIDAD IGNORANCIA NUTRICIONAL ROLL FAMILIAR



GRAFICA I

PERSPECTIVA ACERCA DE LA OBESIDAD



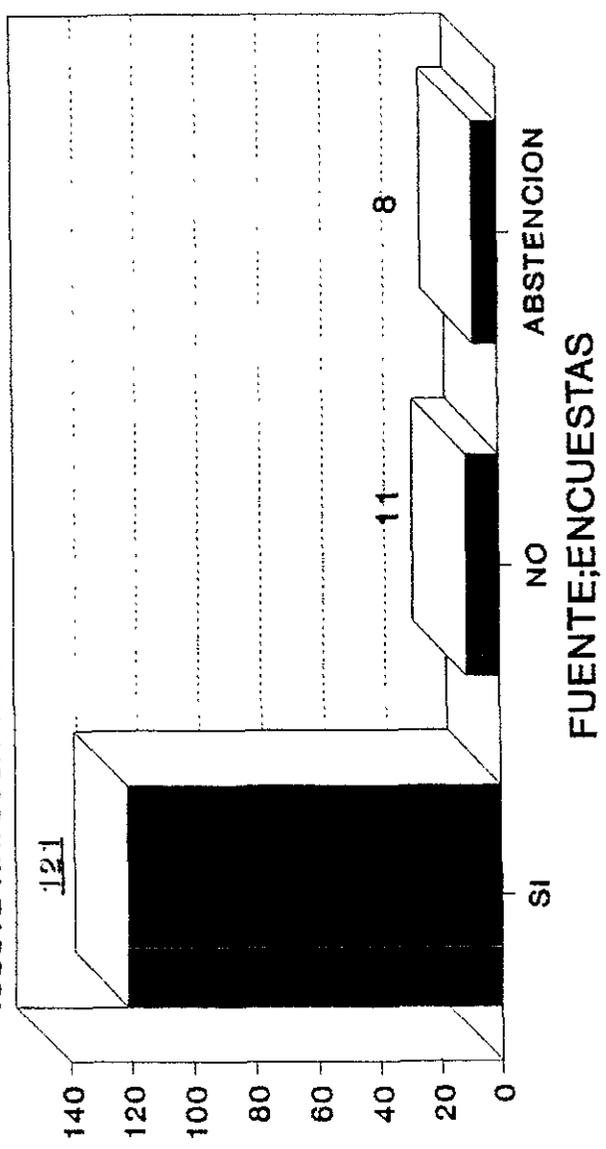
NAVOJOA SON.1996

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS

GRAFICA 2

OBESIDAD IGNORANCIA NUTRICIONAL CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD

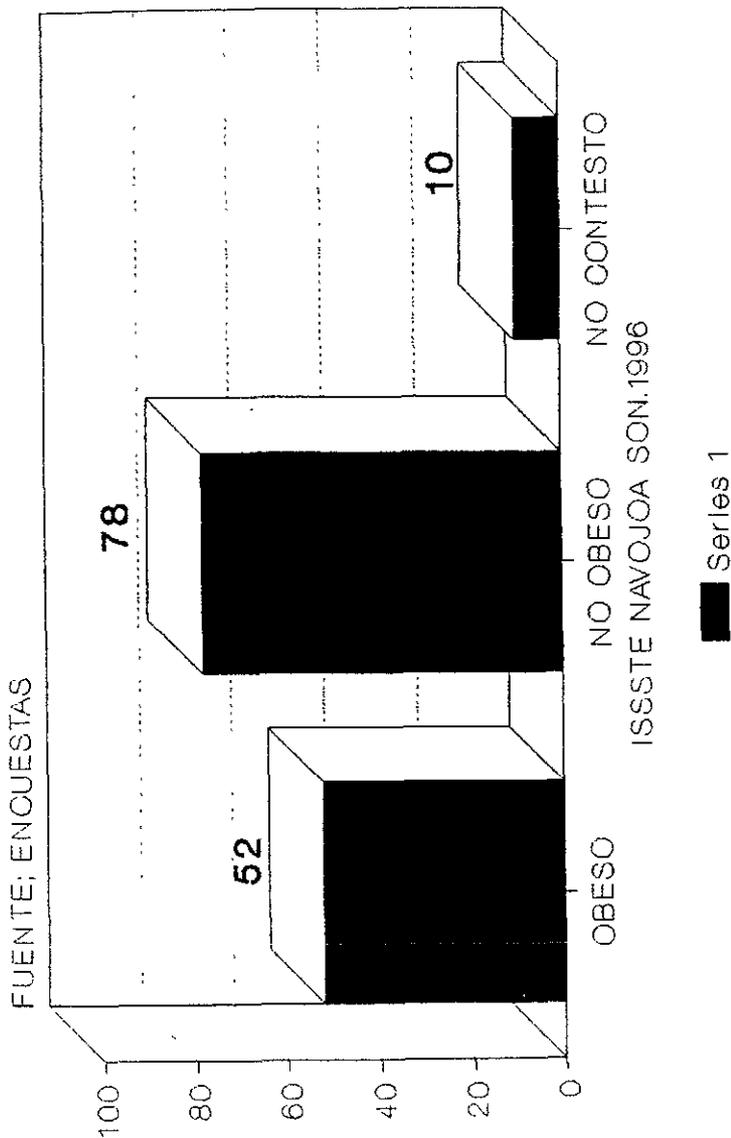
ISSSTE NAVOJOA 1996



Series 1

GRAFICA 3

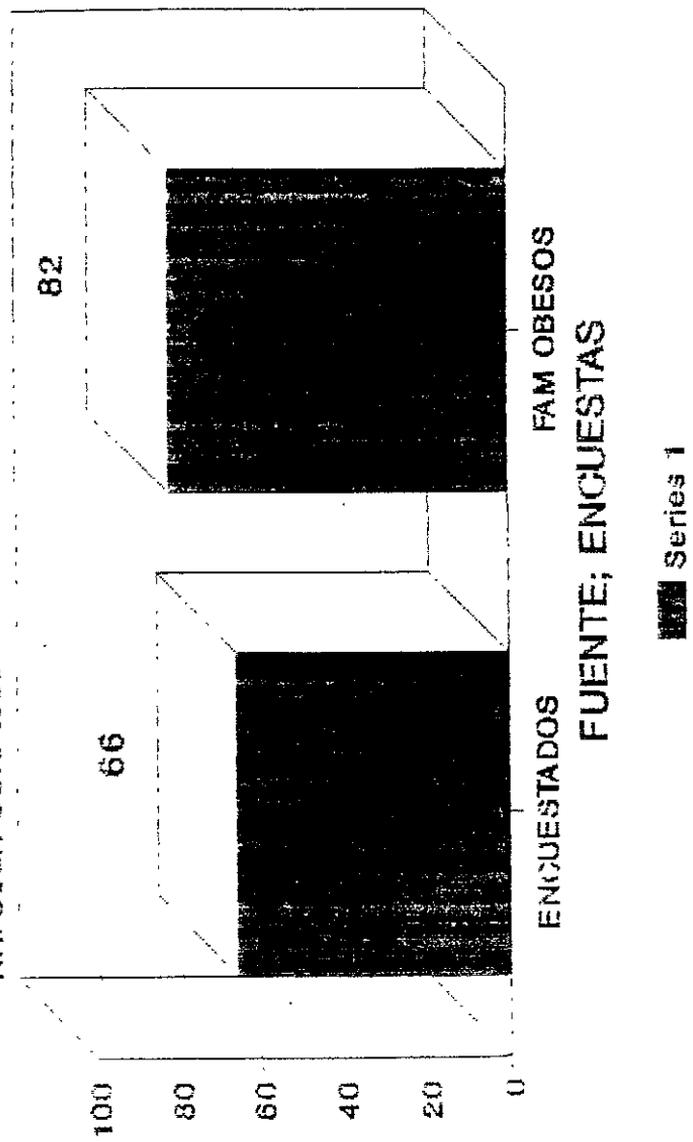
OBESIDAD IGNORANCIA NUTRICIONAL SE CONSIDERAN O NO OBESOS



GRAFICA 4

OBESIDAD IGNORANCIA NUTRICIONAL INTEGRANTES OBESOS

NAVOJOA SON. 1996

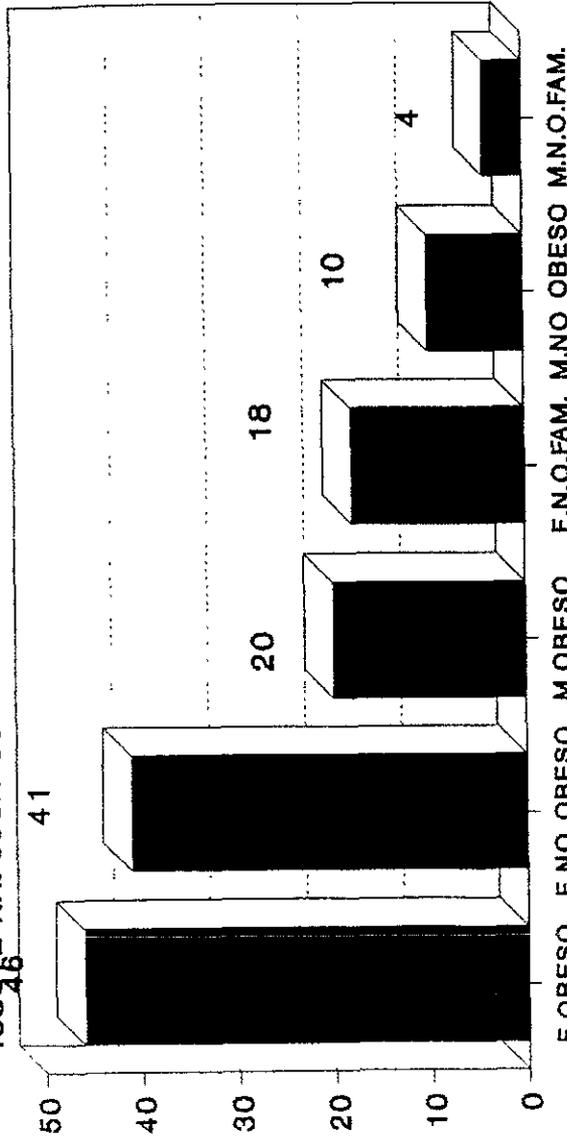


FUENTE; ENCUESTAS

GRAFICA 5

OBESIDAD IGNORANCIA NUTRICIONAL ENCUESTADOS SEGUN ASPECTO Y SEXO

ISSSTE NAVOJOA SON.1996

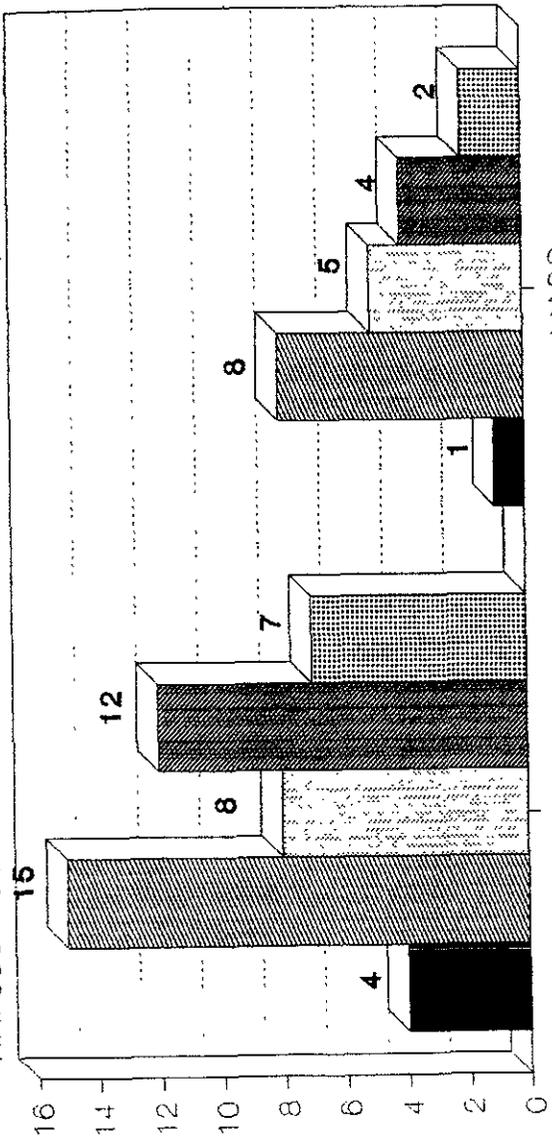


FUENTE; ENCUESTAS

■ Series 1

OBESIDA IGNORANCIA NUTRICIONAL GRADO DE OBESIDAD POR SEXO

NAVOJOA SON. 1996



MASC.

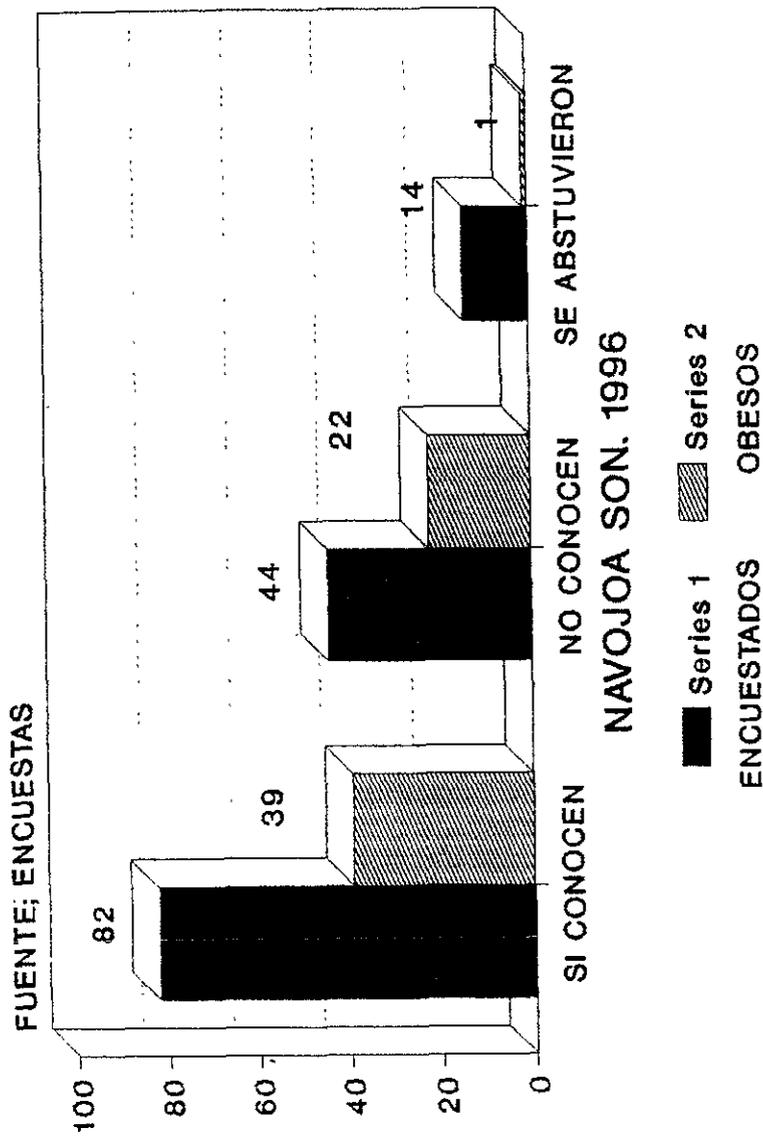
FEM

FUENTE: ENCUESTAS

- Series 1
 - Series 2
 - Series 3
 - Series 4
 - Series 5
- GRADO I** **GRADO II** **GRADO III** **GRADO IV** **DESCONOCIDO**

GRAFICA 7

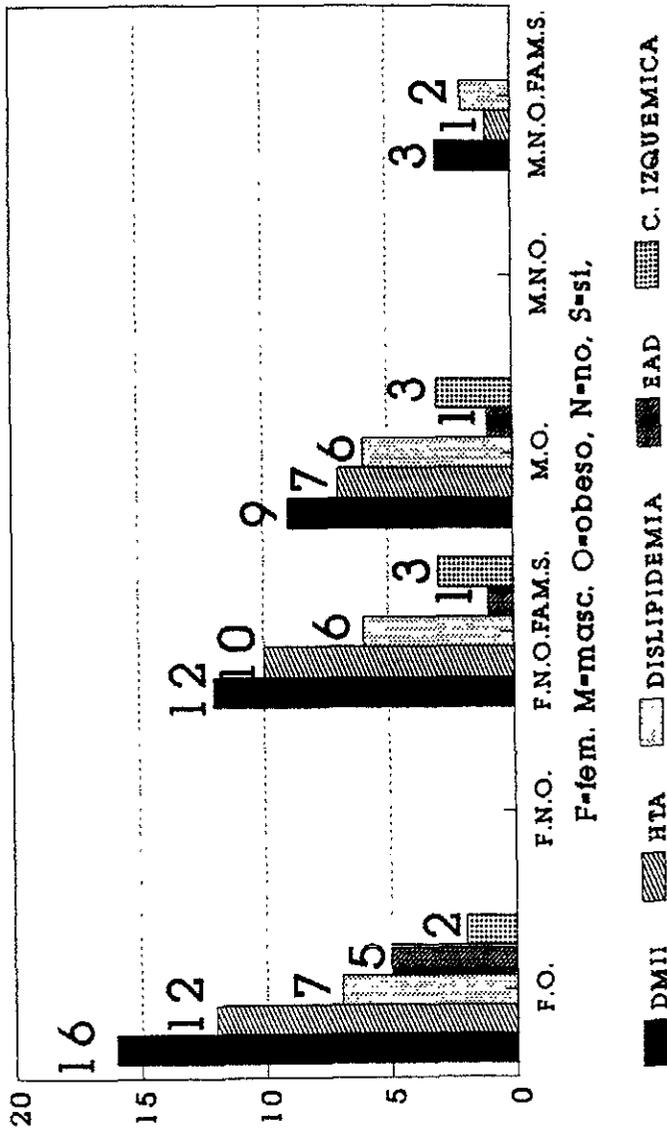
OBESIDAD PROBLEMA IGNORANCIA NUTRICIONAL CONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES



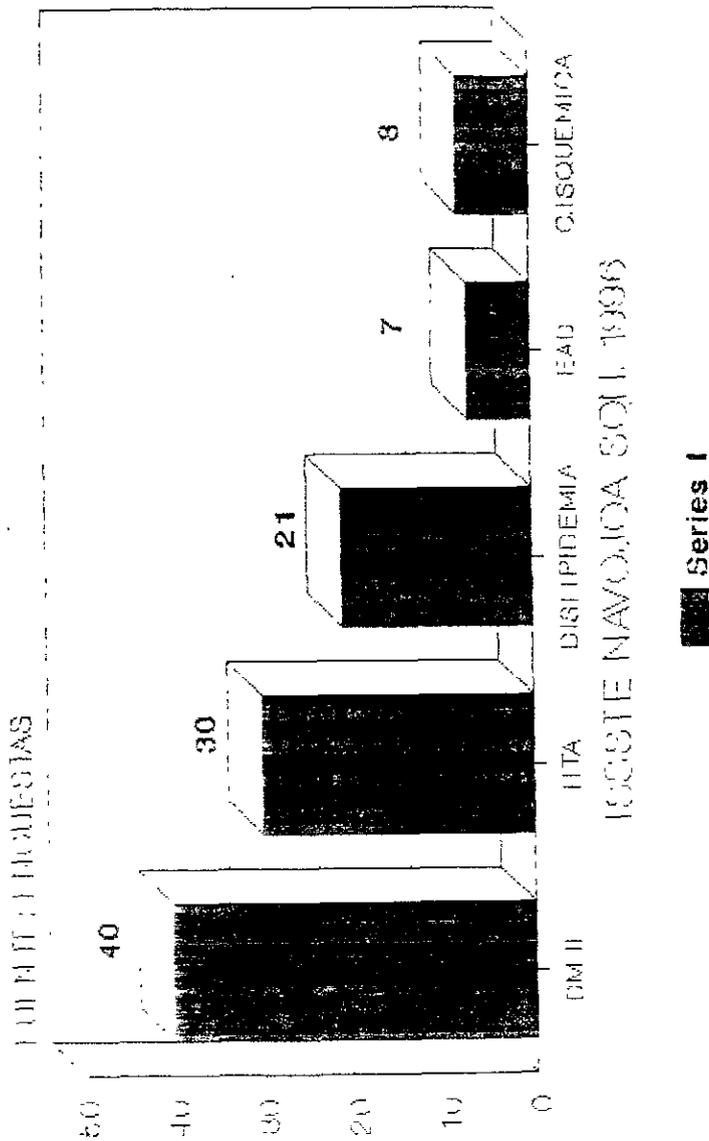
GRAFICA 8

OBESIDAD FACTOR DE RIESGO PARA ECD

FREC. DE ECD SEGUN ASPECTO Y SEXO



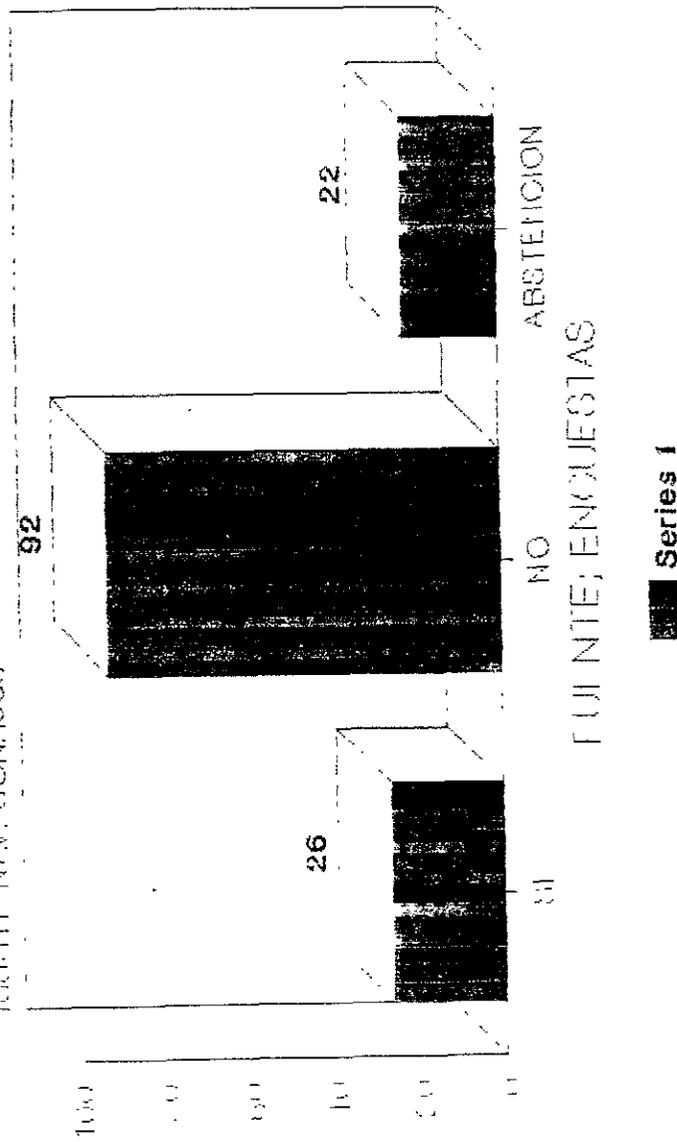
OBESIDAD IGNORANCIA NUTRICIONAL COMPLICACIONES EN ENCUESTADOS Y FAM.



GRAFICA 10

OBESIDAD IGNORANCIA NUTRICIONAL INFORMACION DE OBESIDAD EN ENCUESTADOS

ESTAD. NAY. SON. 1996



GRAFICA 11

DISCUSION

Apartir de los datos generales y panoràmicos de una poblaciòn muestral representativa de la Unidad de Medicina Familiar de la Clinica Hospital del ISSSTE de Navojoa Son. se encontro que la poblaciòn màs demandante de la consulta externa siguen siendo las madres de familias, ya sea para su atenciòn, siendo el 70% de las entrevistadas.

Asi mismo La obesidad, es considerada por la mayoría de los encuestados como de mal aspecto, el 77.1% así lo expresaron.

El conocimiento de la definiciòn de obesidad es ampliamente conocido entre los entrevistados, claro tomando en cuenta que la poblaciòn derechohabiente tienen un nivel acadèmico alto, en comparaciòn de los derechohabientes de otras instituciones del sector salud. Sin embargo es de hacer notar que un 26.3 %, desconocen el termino de obesidad siendo la suma de 7.8% que no la conocían, y el 18.5% de los que no contestaron, siendo obvio que pbx.que lo màs probable que no la conocían, lo refleja que no tienen idea de lo que es la obesidad.

El ego es un sentimiento común entre nosotros, que en ocasiones nos impulsa a no admitir situaciones obvias como lo es nuestro aspecto, es el caso de 14 encuestados que niegan ser obesos, pero al aplicar parámetros se les demostró y verifiqué, con la tabla de talla y peso del Dr. Gonzalez Barranco.

Además de los 66 obesos que se entrevistaron, se registraron a juicio de ellos mismos 82 obesos más siendo familiares de cada entrevistado, esto suma 148 obesos en forma global. que refleja la magnitud del problema en el seno familiar, y dentro de ellos las mujeres tienden más a la obesidad que los hombres. siendo el segundo grado de obesidad el que con mayor frecuencia se encontró; continuando, el cuarto grado, por lo que es preocupante este resultado, debido a que mayor grado de obesidad mayor probabilidad de complicaciones metabólicas.

En cuanto al conocimiento de las complicaciones, la mayoría de los no obesos manifestaron conocerlas y así lo anotaron en la encuesta, haciendo notar que los obesos que ya las conocen, es porque ya están en control de alguna E.C.D. por lo que viene a reafirmar que los individuos que conocen las complicaciones de la obesidad, tienden a evitarla por lo que disminuye la aparición de sus complicaciones. Este rubro marca claramente a la obesidad como factor importante en la etiología de las E.C.D. y se reitera con los resultados de la gráfica # 11 que muestra que los entrevistados obesos, y de aquellos que tienen familiares obesos, son los únicos que padecen de E.C.D. y entre ellas la DM no Insulino dependiente, fue la más frecuente siguiendo la HTA, DISLIPIDEMIA, EAD, Y CARDIOPATIA ISQUEMICA

Los programas de control del paciente crónico son bien estructurados, sin embargo el fin de este estudio es la de evitar llegar a padecer cualquier tipo de las complicaciones haciendo ver la realidad que como médicos de primer nivel damos todo menos educación, referido así por 92 encuestados que mencionan no recibir información al respecto por ningún integrante del equipo de salud. Si bien es cierto que no existe realizado este mismo tema en otros países, de "la ignorancia de obesidad como riesgo de E.C.D." Pero si encontraremos mucha similitud en cada uno de los problemas tanto de obesidad como de problemas de E.C.D. relacionados con nuestro tema. En el caso de la revista CME Geriatrics, en el tema de EXERCISE AT MIDLIFE: HOW AND WHY TO PRESCRIBE IT FOR SEDENTARY PATIENTS. POR Fredrick T. Sherman, MD, MSc, SERIES EDITOR. Que menciona la importancia del ejercicio moderado en paciente sedentarios de mediana edad y adultos mayores, para el control y manejo coadyuvante en las enfermedades C.D. En la revista americana de M. F. Con el tema de "MANAGEMENT OF OBESITY: MEDICAL TREATMENT OPTIONS." Por Peter J. Carek, MD., M.S., Jeffrey T. Sherer, Pharm D., and Deborahstier Carson, Pharm. D. De la Universidad de South Carolina. Confirma que la Obesidad es común y que provoca serios problemas de salud en los EEUU, y que se asocia a la morby mortalidad, en casos de E.C.D como H.T.A. HIPERLIPIDEMIA, Y DM, donde maneja diferentes opciones de manejo concluyendo que cada problema en especial requiere de un tratamiento especial, como cirugía, terapia conductual, y farmacoterapia.

Seidell-JC., en la revista *Obes-Res.* 1995 sep; 3 suppl 2; 89s-93s. con el tema: **OBESTY IN EUROPE**. Manifiesta que los niveles de educación son fuertemente asociados a los problemas de obesidad, y concluye que es necesario más estudios de investigación alucivos a las razones de la variación en la prevalencia de obesidad, entre mujeres y los riesgos cardiacos asociados con obesidad en diferentes Cd. de Europa.

Rossner-S; Ohlin-A, en la revista *Obes-Res.* 1995 sep; 3 suppl 2: 267s-275s. con el tema de : **PREGNANCY AS A RISK FACTOR FOR OBESITY: LESSONS FROM THE STOCKHOLM PREGNANCY AND WEIGHT DEVELOPMENT STUDY**. Realizo un estudio retrospectivo con 128 mujeres embarazadas anteriormente. presentaron el 73 % con más de 10 kg. En la asistencias de embarazo y peso se desarrollo el estudio, Los efectos de un embarazo sobre la retención de peso un año despues en 1423 mujeres no presento datos significativos en relación al anterior estudio, y concluye que la lactancia materna aminora la retención de peso, los cambios en su estilo de vida influyo mucho en la ganancia o perdida de peso.

Golay-A; Felber-JP en la revista, *Diabetes-Metab.* 1994 Jan-Feb; 20(1).3-14 con el tema de : **EVOLUTION FROM OBESITY TO DIABETES**. Realizo un estudio de la relación entre la obesidad y 2 tipos de diabetes mellitus. concluye que todo fenomeno metabólico se aparecen en secuencia progresiva, adaptandocce a la situación deteriorada, la etapa completa de tolerancia de giucosa ni. toierancia a la glucosa dañada, hiperinsulinemia y finalmente diabetes hipoinsulinemia.

Melnyk-MG; Weinstein-E. en la revista J-Am-Diet-Assoc. 1994 mayo;94(5):536-40, con el tema; PREVENTING OBESITY IN BLACK WOMEN BY TARGETING ADOLESCENTS. En una revisión de literatura. Mencionan que la obesidad es un problema crítico en mujeres negras. La mujer negra tiende a ser doble los datos de obesidad de mujeres blancas. y el origen de la obesidad aparece en la adolescencia los pocos datos de la prevención y tratamiento, pueden ser designados en programas especialmente para adolescentes femeninas negras, mujeres negras. en esta revisión, los factores biopsicosociales alrededor de la obesidad en la población femenina negra son discutidas. incluyendo la significancia de la distribución de grasa corporal para el desarrollo de enfermedades comunes en la población negra, como diabetes e hipertensión; la tolerancia cultural para sobrepeso y obesidad en mujeres negras; y la importancia de la familia y trabajo social para diseminación de información de salud. programas como el manejo del stress durante la adolescencia se identifican como mas efectivos para la obesidad, en mujeres negras.

Estas revisiones, así como de muchas otras, marcan claramente la importancia del manejo de la obesidad como prevención de E.C.D. y concluyen que la educación, y el manejo grupal son de vital importancia en la familia, así como de asesoramiento profesional, son las mejores estrategias para el control de la obesidad.

CONCLUSIONES

- 1).- Las madres son las que acuden más a la consulta de medicina familiar
- 2)_ Un gran porcentaje de los encuestados opinan que la obesidad es de mal aspecto estético.
- 3).- Se demostró que la mayoría de los encuestados conocen el significado de la obesidad.
- 4).- Algunas personas no reconocen ser obesas.
- 5.- Existen entre las familias derechohabientes del ISSSTE en Navojoa muchos miembros con problemas de obesidad
- 6).- Las mujeres tienden más a la obesidad que los hombres.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 7).- Entre los grados de obesidad, el segundo grado fue el primer lugar, siguiendo el cuarto grado.
- 8).- La tercera parte de los obesos no conocen las complicaciones de la obesidad y más de la mitad que la conocen es porque están en control de alguna complicación de E.C.D. por su médico. Siendo la de mayor frecuencia la DMNID.
- 9).- Los obesos fueron los únicos que presentaron algún caso de E.C.D.
- 10).- Tomando en cuenta los datos encontrados, en este estudio, es necesario, llevar a cabo, la concientización a los derechohabientes encuestados sobre los riesgos a que se exponen, al padecer cualquier grado de obesidad y/o alguna complicación crónica degenerativa y sobretodo, implementar programas de educación para la salud con el fin de beneficiarlos a ellos y toda la población derechohabiente.

Un estudio en población abierta, como el aquí presentado, ofrece la singular oportunidad de un potencial predictivo extensivo a la población en general. En nuestro estudio se logró al 23.3 %, de la población de familias. Apesar de ser un porcentaje moderada, puede ser con cautela extrapolado los resultados al total de la población. Sin embargo, es claro que, al afectar alrededor de la tercera parte de los hombres y la mitad de las mujeres en edades productivas, la obesidad representa un verdadero problema de salud pública. Las opiniones de nuestros sujetos de estudio revelan confusión y en muchas instancias deseos frustrados de reducir de peso.

Seria ideal que todos los pacientes estén informado sobre cómo prevenir y controlar la obesidad y sus problemas de salud. Claro esto no es fácil, más en este tiempo que existen fuerzas socioeconómicas que están ejerciendo gran presión en la conducta de nuestra población y en nosotros mismos.

Es preciso reflexionar sobre la relación costo/beneficio, a nivel Institucional que representa la educación para la salud de nuestro derechohabientes no solo en el aspecto de obesidad sino en forma general de todas las E.C.D graves e irreversibles que deterioran el nivel de vida de nuestra población. Pretendiendo lograr, dentro del proceso de modernización socioeconómica y cultural de nuestro país despertar la conciencia de nuestros derechohabientes, provocando un cambio hacia mayor participación en el autocuidado de su salud.

REFERENCIAS

- 1).- Flores L. F. Cabeza D. F. A. OBESIDAD CONCEPTO Endocrinología.
- 2).- Victor Chavez a. y J. Alberto Garcia M. La Atención Integral en medicina familiar; Rev. Med. IMSS(mex) 1995; 33: 167-171.
- 3).- Héctor Chavez Aguilar: El Medico familiar en la atención primaria en la salud Rev. Med. IMSS(ME) 1995; 33. 173-176.
- 4) -Sepulveda A.J.Lezana M.A.Tapia-Conyer, Veldespino
J.L.Madrigal H.Kumate J. Estado Nutricional de preescolares y mujeres en México, resultados de una encuesta probabilística Nacional.G M.de Méx;vol 126:Núm.3 mayo-junio 1990
- 5).-Mancillas-Díaz JM,Durán-Díaz A,Ocampo-Téllez GirónMT.López-Alonso VE.Rasgos de personalidad comunes en obesos. Salud Pública Méx. 1992;34;533-539
- 6).- Aguirre-Huacuja E. La Corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. Salud Pública de México 1994; 36:210-213.
- 7).- Stephen R, Paul K, Nigel S, Metodos para ayudar a los pacientes a modificar sus hábitos: BMJ; Vol. 1 Septiembre 1993 pag.333-335.

- 8) - Liebel RL, Hirsh J. Metabolic characterization of obesity. *Ann Int Med* 1985;103:1000-2.
- 9).- Robles-Páramo A La obesidad como un factor de riesgo para la salud. *Rev Fac. Med. UNAM Vol.39 No. 1 Enero-Marzo 1996*
- 10).- June M, Chan, Eric B, RIMM, Graham A, Colditz, Meir J. Stammpeer, Walter C. Obesity, Fat Distribution, and Weight Gain as Risk Factors for Clinical Diabetes in men; *Diabetes care*, Vol. 17, number 9, sept. 1994.
- 11).- Wadden TA, Stunkard AJ. Social and psychological consequences of obesity, *Ann Intern Med* 1985;106:2-7
- 12).- Charles SC Psychiatric evaluation of morbidly obese patients *Gastroenterol Clin North Am* 1987;16:415-31

13).- Bray GA. Complications of obesity, Ann Intern Med 1985;103(supl 6):1052-62.

14).- Gross T, Sokol RJ, King KC. Obesity in pregnancy:risk and autocomo Obst Gynecol 1980;56:446-50.

15).-Alberto Lifshitz. El Estado prediabético Rev Med IMSS (mex)1995;33:197-205

16).- Kissebath AH. Alfari S. Adams pw, wynn V. Role of insulin resistence, in adipose tissue and liver in the pathogenesis of endogenous hypertriglyceridemia in man. Diabetologia 1976; 12: 563-7.

17).- Kissebaht AH. Vydelingum N, Murray R, et al rlation of body fat distribution to matabolic complications of obesity. J clin Endocrinol metab 1982; 54:60.

18).- Jose D. Mèndez y col. Metabolismo de lipidos y lipoproteinas. Rev Med IMSS (Mèx) 1995;33:101-106.

19).- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Health implications of obesity. Ann Intern Med 1985. 103(supl 6):1073-7.

20) - Kannel WB, Thom TJ. Incidence, prevalence and mortality of cardiovascular diseases. En: Hurst JW, Schlant R. eds, The heart McGraw-Hill: Nueva York, 1990;632-4.

21).- Dustan HP. Obesity and hipertension. Ann Intern Med 1985;103(supl 6):1047-9.

22). Kral JG. Morbid obesity and related health risk. Ann Intern Med 1985;103(supl 6)1043-7

23).- Kopelman PG, Clinical complications of obesity. Clin Endocrinol Metab 1984; 13:613-34.

24).- Bastarrachea J, Hortobagyi GN, Smith TL, Shu-Wan C, Kau C, Bazdar AU. Obesity as an adverse prognostic factor for patients receiving adjuvant chemotherapy for Breast cancer, Ann intern med 1993; 119: 18-25

25).- Hershcopf RJ, Bradlow HL. Obesity, dietendogenous estrogens and the risk of hormone-sensitive cancer, Am J, Clin Nutr 1987; 45:283-9.

26).- Humbert HB, Feinleib M, McNamara PM, Catelli WP, Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26 year follow-up of participants in the Framingham heart study circulation 1983; 67: 698-77

PARAMETROS DIAGNOSTICOS DE OBESIDAD

OBESIDAD

Mujeres estatura (metros)	Peso normal en Kg. incluye sobrepeso máximo normal hasta 9%	Peso en kilogramos				Hombres sobrepeso estatura (metros)	Peso normal en kg. incluye sobrepeso máximo normal hasta 9%	OBESIDAD			
		Grado I 10 a 19% sobrepeso	Grado II 20 a 29% sobrepeso	Grado III 30 a 39% sobrepeso	Grado IV + del 40% sobrepeso			Grado I 10 a 19% sobrepeso	Grado II 20 a 29% sobrepeso	Grado III 30 a 39% sobrepeso	Grado IV + DE 40% sobrepeso

1.47	44-54	55-58	59-63	64-68	+ de 69	1.57	56-64	65-70	71-76	77-82	+ de 83
1.50	46-55	56-60	61-65	66-70	+ de 71	1.60	56-65	66-72	73-78	79-84	+ de 85
1.52	47-57	58-62	63-67	68-72	+ de 73	1.63	57-67	68-74	75-80	81-86	+ de 87
1.55	48-58	59-63	64-68	69-74	+ de 75	1.66	58-69	70-76	77-82	83-88	+ de 89
1.57	50-59	60-65	66-70	71-76	+ de 77	1.68	60-71	72-78	79-84	85-91	+ de 92
1.60	51-61	62-67	68-72	73-78	+ de 79	1.70	62-73	74-80	81-87	88-94	+ de 95
1.63	53-63	64-69	70-75	76-81	+ de 82	1.73	64-75	76-83	84-90	91-97	+ de 98
1.65	54-64	65-70	71-76	77-82	+ de 83	1.75	66-67	78-85	86-92	93-99	+ de 100
1.68	56-66	67-73	74-79	80-85	+ de 86	1.78	68-79	80-87	88-98	96-102	+ de 103
1.70	58-68	69-76	77-81	82-88	+ de 89	1.80	70-81	82-90	91-97	98-104	+ de 105
1.73	59-70	71-77	78-83	84-90	+ de 91	1.83	71-83	84-92	93-100	101-108	+ de 109
1.75	61-72	73-79	80-86	87-92	+ de 93	1.85	73-86	87-94	95-103	104-111	+ de 112
1.78	63-74	75-82	83-88	89-95	+ de 96	1.88	76-88	89-98	99-105	106-114	+ de 115
1.80	65-76	77-84	85-91	92-96	+ de 99	1.90	78-90	91-100	101-108	109-117	+ de 118
1.83	67-78	79-86	87-93	94-101	+ de 102	1.93	79-92	93-102	103-110	111-119	+ de 120

Fuente Tabla del Dr. Gonzalez Barranco INN modifocada por la oficina de detección y control de Enfermedades Crónicas Degenerativas

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL DE LOS

TRABAJADORES DEL ESTADO

NAVOJOA SONORA

TITULO: INCIDENCIA DEL CONOCIMIENTO DE LA OBESIDAD Y SUS
COMPLICACIONES EN FAMILIAS DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA ISSSTE DE
NAVOJOA SON.

ENCUESTA

OCUPACION _____ FAMILIA _____

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

LUGAR QUE USTED OCUPA EN LA FAMILIA _____ TALLA _____ PESO _____

DOMICILIO _____

1) ¿SABE USTED QUE ES LA OBESIDAD? _____ SI () NO ()

2) ¿COMO CONSIDERA USTED A UNA PERSONA OBESA? _____

3) ¿ES USTED OBESO? _____ SI () NO ()

4) ¿ALGUN OTRO MIEMBRO DE SU FAMILIA ES OBESO? SI () NO ()

5) ¿ESPECIFIQUE QUIEN? _____

6) ¿ES OBESO ANTES O DESPUES DEL MATRIMONIO EN CASO DE USTED Y SU
CONYUGE? _____ ANTES () DESPUES ()

7) ¿PORQUE CREE USTED, QUE SON OBESOS? _____

8) ¿CONOCE LAS COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD—SI () NO ()

9) SI LAS CONOCES ¿PUEDES MENCIONARLAS? _____

10) ¿PADECE USTED O ALGUNO DE SUS FAMILIARES, LAS SIGUIENTES
ENFERMEDADES? SI ES ASI SEÑALELAS ENCERRANDOLAS EN UN CIRCULO
DIABETES, HIPERTENSION ARTERIAL, COLESTEROL Y/O TRIGLICERIDOS,
ENFERMEDAD DE LAS ARTICULACIONES, ENFERMEDAD DEL CORAZON.

11) ¿A RECIBIDO ALGUNA INFORMACION DE OBESIDAD?—SI () NO ()

12) ¿DE QUIEN? MEDICO, ENFERMERA, DIETOLOGO, TRABAJO SOCIAL

13) ¿QUE TAN CONSTANTES RECIBE USTED ESTAS PLATICAS? _____

14) SI ES USTED OBESO O UNOS DE SUS FAMILIARES; ¿LE PREOCUPA ES?—
_____ SI () NO ()

15) SI A TENIDO ORIENTACION SOBRE LAS COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD
¿QUE HA HECHO PARA SOLUCIONARLO? _____

16) ES USTED OBESO Y ESTA EN TRATAMIENTO, PODRIA DECIRNOS ¿CUANTO
A GASTADO Y QUE RESULTADOS A OBTENIDO? _____

17) SI RECUERDA EL PESO Y LA TALLA DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE SU
FAMILIA PODRIA ANOTARLOS JUNTO CON LA EDAD Y SEXO

EDAD _____ SEXO _____ PESO _____ TALLA _____

EDAD _____ SEXO _____ PESO _____ TALLA _____

EDAD _____ SEXO _____ PESO _____ TALLA _____