



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

126.2006

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

VARIABLES ASOCIADAS EN
TRANSTORNOS DE LA OBESIDAD EN
MEDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL 1°
DE OCTUBRE.

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

P R E S E N T A :

DR. VALENTIN TEHUINTLE HERNANDEZ
No.Registro 126.2006



MEXICO, D.F.

JUNIO 2006



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.

DR OCTAVIO CURIEL HERNANDEZ PROFESOR TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OTUBRE

M EN C. JOSE VICENTE ROSAS BARRIENTOS
ASESOR DE TESIS
JEFE DE INVESTIGACION
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

DR GERARDO DE JESUS OJEDA VALDES
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

ASESOR DE TESIS

M EN C. JOSE VICENTE ROSAS BARRIENTOS

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

El presente trabajo de investigación se llevo acabo en el Hospital regional 1º de Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado en la Ciudad de México, DF. Bajo la dirección y asesoría del M .C José Vicente Rosas Barrientos

DEDICATORIA

A MI ESPOSA
ROSALBA GUADALUPE

Quien me he ha sabido comprender y me ha dado su apoyo incondicional durante este camino que es la Residencia me ha hecho fuerte en momentos difíciles me ha impulsado y llenado de fortaleza para continuar con este deseo de superación y ser mejor todos los días.

A MI HIJO

OSCAR ENRIQUE

Quien es el principal estímulo para seguir adelante en este arduo camino y poder salir adelante y tratar de ser mejor padre, mejor medico todos los días.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado una gran institución que me dio la oportunidad de formarme como medico especialista

A mis maestros

DR Octavio Curiel Hernández, DR Arturo Serrano López, DR J. Vicente Rosas por sus enseñanzas, por su apoyo que me dieron durante mi formación .las cuales me han hecho crecer como medico y como ser humano

A mis padres

Quien con sus esfuerzos y dedicación lograron hacer de mi persona lo que hoy en día soy

TITULO

“VARIABLES ASOCIADAS EN TRANSTORNOS DE LA OBESIDAD
EN MEDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL 1º DE OCTUBRE.”

INDICE

RESUMEN -----	8
INTRODUCCION-----	10
JUSTIFICACION-----	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	22
OBJETIVOS-----	22
MATERIAL Y METODOS -----	23
RECURSOS Y APOYO LOGISTICO -----	23
ANALISIS ESTADISTICO -----	24
RESULTADOS -----	24
DISCUSION -----	29
CONCLUSIONES-----	31
ANEXOS -----	32
BIBLIOGRAFIA -----	33

Resumen

INTRODUCCION

La Obesidad continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo, y se relaciona directamente con el grado de severidad basado en el IMC, y la de sus factores etiológicos hasta su abordaje y tratamiento, por lo que se investiga la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine esta enfermedad. De los 160 residentes adscritos al hospital 1º de Octubre del ISSSTE, 107 aceptaron contestar el inventario de ansiedad de Beck, además de medir peso, talla, cintura y cadera siendo viables para su análisis en el periodo de un mes.

OBJETIVO:

Reportar las variables psicológicas (ansiedad) asociadas a la obesidad en residentes del Hospital 1º de Octubre Lograr una mejoría del estado psicológico y nutricional disminuyendo el aporte calórico proteico del individuo mediante tratamiento con dieta y educación, para evitar el sobrepeso y la obesidad y las complicaciones asociadas.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio es de prevalencia realizamos un estudio transversal, observación y por el tipo de población estudiada es original en la literatura medica.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 107 residentes de los cuales como resultado fueron 65 del sexo masculino (60.7%) y 42 del sexo femenino (39.3%) de los cuales se realizaron detecciones de obesidad y ansiedad.

Todos los residentes fueron mayores de 18 años con predominio de edad de 23 años a 36 años con 28.1 % del total con una media de 2.22 Se encontraron con obesidad 49 y con ansiedad 30.

Se realizo la evaluación mediante el inventario de Beck a todos los residentes encontrándose que presentaron 30 (28%) con algún grado de ansiedad, siendo la distribución la siguiente: 20 residentes (18.7%) tuvieron ansiedad leve, 9 ansiedad moderada (8.4%), 1 con ansiedad grave (0.9%), Al dicotomizar la variable obesidad y no obeso y compararlo contra ansiedad severa no se encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico ($p = 0.586$) y una razón de momios de 1.265 (0.543 – 2.945).

SUMMARY

INTRODUCTION

OBJECTIVE:

The Obesity continues being one of the principal reasons of mortality in the world, and it relates directly to the degree of severity based on the IMC, and that of his factors etiología up to his boarding and treatment, by what there is investigated the existence of a personality that it predisposes, favor or determine this disease. Of 160 residents assigned to the Hospital 1^o of October of the ISSSTE, 107 agreed to answer the inventory of Beck's anxiety, beside measuring weight, height, waist and hip being viable for his análisis. in the period of one month.

MATERIAL AND METHODS:

To bring(report) the psychological variables (anxiety) associated with the obesity in residents of the Hospital On October 1 To achieve an improvement of the psychological and nutritional condition(state) diminishing the caloric multifaceted contribution of the individual by means of treatment with diet and education, to avoid the overweight and the obesity and the associate complications.

RESULTS:

There were evaluated a whole of 107 residents of which as result they were 65 of the masculine sex (60.7 %) and 42 of the feminine sex (39.3 %) of which there were realized detections of obesity and anxiety. All the residents were bigger of 18 years with predominance of age from 23 years to 36 years with 28.1 % of the whole with an average of 2.22 49 met obesity and anxiety 30. I realize the evaluation by means of Beck's inventory to all the residents finding that presented 30 (28 %) with some degree of anxiety, being the distribution the following one: 20 residents (18.7 %) had slight anxiety, 9 moderate anxiety (8.4 %,) 1 with serious anxiety (0.9 %), To The dicotomizar the changeable obesity and not obese and to compare it against severe anxiety they did not find significant differences from the statistical point of view ($p = 0.586$) and a reason of bargains of 1.265 (0.543 - 2.945).

INTRODUCCIÓN:

Desde hace años el tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares fundamentales: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física; basados en las investigaciones que sugieren que los factores causales asociados al desarrollo de obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios. Este desbalance entre la energía que ingresa y lo que se gasta genera un sobrante de energía que se deposita en forma de grasa en los tejidos del organismo. Aún hoy, son muchos los profesionales de la salud que basan el tratamiento solo en estos principios.

Pero esta es una mirada estrecha y reduccionista, La modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, pero para ser sostenidos en el tiempo es necesario prestar atención a otras variables.

Existen varias bibliografía sobre investigaciones en donde la dieta hipocalórica y el ejercicio producen una disminución inicial en el peso de personas obesas (casi todas bajan al comienzo de los estudios), pero a lo largo de uno, tres o cinco años el casi 90 % recupera el peso con el que habían comenzado el tratamiento, con el agravante de que muchos lo superan.

Aunque muy poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, y por lo general nunca se abordan.^{3,4}

Estos factores psicológicos (depresión, ansiedad. alimentación por atracón, bulimia) precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos (una alimentación excesiva para lo que son las necesidades energéticas personales) y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable. El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo.

Este conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobrealimentación generalmente se presentan en combinaciones más o menos complejas y son diferentes para cada persona. Es tan elevado el número de variables que influyen en una persona, y en concreto en que un determinado ser humano padezca de obesidad, que bien se puede decir que existen tantos casos de obesidad como obesos.^{6,7}

Algunas alteraciones son específicas y pueden encontrarse con relativa frecuencia en individuos obesos, aunque sin ser patognomónicas de la enfermedad. Pero también existen otras que pueden estar presentes y dificultar el tratamiento para quienes intentan adelgazar y mantener un peso adecuado.^{6,7}

Algunos autores consideran los factores psicológicos como causantes de la obesidad, otros creen que es una consecuencia de la discriminación social hacia el obeso. Los cierto es que en mayor o menor medida, están presentes y es

fundamental su conocimiento e identificación para ser abordados si se quiere tener éxito en el tratamiento.

En la actualidad se están realizando investigaciones para determinar si en realidad existe una personalidad del obeso.

Es conocido que la obesidad se presenta como un síndrome conformado por factores etiopatogénicos diversos e interactuantes que se combinan en proporciones individuales de una persona a otra. Hasta el presente se han considerado la herencia genética, el sedentarismo, el comer excesivamente y las disfunciones metabólicas, pero se han descuidado los aspectos psicológicos y sociales.^{9,10}

No debe olvidarse que el ser humano es un ser bio-psico-social, y como tal obliga que todas las terapéuticas sean enfocadas desde esta perspectiva, y el tratamiento de la obesidad no queda excluida. Por tanto el aspecto psicológico de la persona debería ser incluido en el abordaje terapéutico, sobre todo considerando la cronicidad y complejidad de esta problemática.

La presente, si bien analiza y enfatiza el rol de los aspectos psicológicos en la obesidad y su tratamiento, no minimiza ni deja de considerar como determinantes en el desarrollo de la misma los factores genéticos, constitucionales, metabólicos, ambientales y sociales que la generan.^{2,3}

MARCO TEORICO

DEFINICIÓN.

La obesidad es una enfermedad que se caracteriza por un aumento de la masa grasa que se traduce en un incremento del peso corporal. El cuerpo humano consta de tres compartimentos: agua, masa magra y masa grasa. No todo aumento de peso es una obesidad ya que el peso puede verse incrementado por un aumento de la masa magra o masa muscular como sucede en los culturistas o por una excesiva retención de líquidos como sucede en las insuficiencias cardiaca, hepática o renal. En la actualidad se considera como una enfermedad crónica debido a su larga evolución en general y porque no existe ningún fármaco específico que la cure.^{1,2}

Criterios diagnósticos.

La antropometría es el método empleado con más frecuencia en la práctica clínica y con el que se han realizado la mayoría de los estudios epidemiológicos. En esencia es un método que consiste en el hallazgo de una serie de porcentajes mediante la medición de pliegues grasos (habitualmente en abdomen, tríceps, muslo anterior y subescapular). Con el dato obtenido y mediante una serie de operaciones matemáticas es posible hallar el porcentaje graso, magro, óseo y de peso residual del cuerpo, lo que nos permite conocer el porcentaje de grasa o de músculo de un individuo. Comités internacionales de expertos y el consenso para la evaluación de la obesidad elaborado por la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología para el Estudio de la Obesidad, recomiendan el empleo de la antropometría, considerando el peso, la talla, circunferencias corporales y pliegues cutáneos recomienda el empleo del IMC como indicador de la adiposidad corporal en los estudios epidemiológicos realizados en la población adulta entre 20 y 69 años. El cálculo del IMC es muy sencillo. Existen muchas tablas y nomogramas que nos ayudan en la aplicación de la fórmula siguiente:

$$\text{IMC} = \text{Peso en Kilogramos} / (\text{Talla en metros})^2$$

En función de las cifras del IMC se habla de distintos tipos de obesidad.

Cuadro 1. Clasificación para la evaluación de la obesidad. (OMS)

Índice de Masa Corporal (Kg/m ²).	Grado de obesidad
20 – 25	Normalidad
25.1 – 26.9	Estado neutro. Normal si no existe una enfermedad relacionada con la obesidad.
27 – 29.9	Obesidad grado I o sobrepeso.
30 – 34.9	Obesidad grado II.
35 – 39.9	Obesidad grado III.
40	Obesidad grado IV o mórbida.

El cociente cintura/cadera es una determinación sencilla y muy útil que es aceptada como un buen indicador de la obesidad androide.

Dividimos el perímetro de la cintura por el de la cadera. Según datos de estudios epidemiológicos realizados en diversas comunidades autónomas se considerará obesidad androide si la cifra es superior a 0,9 en el caso de la mujer o bien si es superior a 1 en el varón. Se asocia a un mayor riesgo de cardiopatía isquemia y en general con dislipemias, diabetes, enfermedad cardiovascular y mortalidad mayor.^{3,4}

La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en los países industrializados y por género son las mujeres las más afectadas entre los 40 – 50 años de edad.

La prevalencia de obesidad en México entendida como un IMC ≥ 30 Kg./m² es del 13,4%. En concreto la distribución por sexos es 11,5% para varones y 15,3% para mujeres. Estos datos son el resultado de encuestas realizadas en las zonas urbanas, en un intervalo de 5 años y que han sido recogidas en el año 2000.

Este estudio ha puesto de manifiesto también que en la población Mexicana la prevalencia de obesidad aumenta conforme lo hace la edad tanto en hombres como en mujeres.^{2,3}

Factores que influyen en la prevalencia de la obesidad.

La prevalencia es mayor en los colectivos con menor nivel de educación, y en los grupos de renta baja, en ambos casos de manera más acusada en las mujeres. Hasta los 35 años la obesidad es más frecuente en los varones y a partir de esa edad es mayor en las mujeres y de forma predominante en aquellas mujeres con mayor número de hijos.

En cuanto a la distribución geográfica en México, las cifras mayores de obesidad se obtienen en promedio de prevalencia (24.4%) como predominio en los estados del centro del país. A continuación la región norte donde se alcanza una cifra de obesidad del 32.20%, la región centro 23,6% y en el sureste con un porcentaje menor 12.4%.^{2,3}

La obesidad también es más predominante en las personas casadas y en aquellas que practican una serie de hábitos tóxicos. La vida sedentaria, un alto contenido de la alimentación basado en las grasas y la ingesta de alcohol que aporta un número de calorías superfluas, suele ser común entre los obesos. Muchas de estas personas además fuman y cuando se deciden a abandonar el tabaco tienen más problemas para controlar el peso.

En Estados Unidos una de cada tres, personas tienen un IMC 27 y estas proporciones son mayores entre los individuos de raza negra, los hispanos y las mujeres. En general todos los países industrializados asisten a un incremento de la obesidad entre sus habitantes. En muchos de ellos hasta una cuarta parte de la población cumple con los criterios de obesidad.

La tendencia en los países con mayores tasas de obesidad es hacia el crecimiento, en los países en vías de desarrollo la prevalencia de obesidad es más baja, con cifras entre 0 y 3% para los varones en algunos países de Centroamérica y entre el 1 y el 6% para las mujeres. Es destacable que el proceso de urbanización y de modernización de ciertas zonas lleva consigo un aumento de las tasas de obesidad. Así en ciudades con gran prevalencia de desnutrición como Bombay se ha detectado hasta un 53% de varones de nivel socioeconómico elevado con un IMC 25. Fundamentalmente la creciente incidencia de la obesidad a nivel mundial es debida en gran parte a los cambios producidos en la dieta así como en el aumento del nivel de la ingesta con mayor número de calorías.^{4,5}

Distintas tipologías de la obesidad.

Un aspecto muy importante preedictor de complicaciones derivadas de la obesidad es el patrón de distribución de la grasa en el cuerpo. Se ha demostrado que la localización de la grasa representa un mayor riesgo para la salud que la cantidad absoluta de tejido graso. Se habla de dos patrones de distribución distintos o de dos tipos de obesidad:

Obesidad androide o central. El exceso de grasas se localiza de forma preferente en la cara, el tórax y el abdomen. Se asocia a un mayor riesgo de cardiopatía isquémica y en general con dislipemias, diabetes, enfermedad cardiovascular y mortalidad mayor. El cociente cintura/cadera es una determinación sencilla y muy útil que es aceptado como un buen indicador de la obesidad androide. Dividimos el perímetro de la cintura por el de la cadera.

Según datos de estudios epidemiológicos realizados en diversas comunidades autónomas se considerará obesidad androide si la cifra es superior a 0,9 en el caso de la mujer o bien si es superior a 1 en el varón.^{3,4}

Obesidad ginecoide o periférica. La grasa se acumula principalmente en la cadera y los muslos. Esta distribución se relaciona con problemas de retorno venosos en las extremidades inferiores y artrosis de rodilla. En ocasiones la distribución de la grasa no tiene ningún predominio claro y hablamos de obesidad de distribución homogénea.^{3,4}

No hay que olvidar que en algunas ocasiones aunque con poca frecuencia la obesidad puede ser secundaria a una serie de enfermedades endocrinológicas. En las mujeres la causa de obesidad secundaria más frecuente es el síndrome del ovario poliquístico (Síndrome de Stein - Leventhal) en el que se asocian amenorrea o anovulación, hirsutismo y obesidad. Habrá que tener presente la posibilidad de un hipotiroidismo, un síndrome de Cushing o síndromes hipotalámicos que se sospecharán por la clínica.

Causas de obesidad secundarias.

- Síndromes endocrinológicos.
- Hipotiroidismo.
- Síndrome de Cushing.
- Hipogonadismos.
- Insulinoma.
- Ovario poliquístico.
- Síndromes hipotalámicos.
- Tumores
- Traumatismos
- Enfermedades inflamatorias.
- Síndrome de la silla turca vacía.
- Distrofia adiposa genital.

Enfermedades relacionadas con la obesidad.

La obesidad es un factor de riesgo común a muchas enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquemia) y que aumenta la morbimortalidad. La esperanza de vida del individuo obeso disminuye en relación inversa al porcentaje de su sobrepeso. Se estima que viven del orden de 4 años menos para sobrepesos del 25%, con un riesgo de muerte súbita 3 veces mayor al de la población no obesa.

La mortalidad es especialmente elevada cuando se asocia a la obesidad algún otro factor de riesgo como tabaquismo, hiperlipemia, hipertensión arterial o diabetes. Sin embargo por encima de un IMC 35 el riesgo de mortalidad por la propia obesidad es ya suficientemente grande. Cuando el IMC es 35 la mortalidad global se duplica y al alcanzar un sobrepeso del 100% ó IMC 40 la disminución de la esperanza de vida se sitúa en 9,3 años y la muerte súbita es 13 veces más frecuente en las mujeres.²

Enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

El estudio Framingham destaca el papel del peso corporal como factor de riesgo independiente para la cardiopatía isquemia. También queda demostrado que la obesidad favorece la aparición de hipertensión, el aumento de las concentraciones de

triglicéridos y colesterol, y una disminución de HDL y de la tolerancia a la glucosa. El estudio demuestra que el sobrepeso favorece la hipertrofia ventricular izquierda, la hiperuricemia y la elevación de las concentraciones de fibrinógeno. Las asociaciones quedan perfectamente evidenciadas en el estudio, a pesar de tratarse de un estudio observación.

Como hemos comentado anteriormente, otros estudios han demostrado que la distribución androide o central de la grasa corporal predispone con mayor frecuencia la aparición de complicaciones cardiovasculares y metabólicas. El aumento de la grasa corporal profunda se ha relacionado con una mayor frecuencia de hipertensión arterial, hipertrigliceridemia y diabetes mellitus tipo 2. Esta asociación parece tener como substrato etiológico común la resistencia a la insulina y el hiperinsulinismo constituyendo el síndrome x.

La hipertensión arterial es 2,5 veces más frecuente en los obesos que en las personas con normo peso. Hasta en un 10% de los obesos existirá una hipertensión. Según algunos autores, por cada incremento de 10 Kg. de sobrepeso, la tensión sistólica aumenta 3 mm Hg. y la diastólica 2 Mm. Hg. De ahí se deduce también la importancia de adelgazar para favorecer un mejor control tensionado.²

Tumores.

La obesidad aumenta el riesgo de padecer un cáncer de colon, recto y próstata en varones. Diferentes estudios han demostrado una asociación positiva e independiente entre el peso corporal y la adiposidad central con la incidencia de cáncer de endometrio. Esta patología es 5,4 veces más frecuente en obesas y el cáncer de vías biliares también es 3,5 veces más frecuente. No es tan clara la relación entre el cáncer de mama y la obesidad, aunque es defendida por muchos autores.

En las mujeres posmenopáusicas sí está claro para mujeres con sobrepeso (IMC28-30) Sin embargo en las mujeres jóvenes obesas el riesgo de cáncer de mama es de 0,6% con relación a las mujeres delgadas, la obesidad también ha sido asociada con neoplasia de cerviz y ovarios.³

Personalidades del obeso

Como búsqueda de una respuesta al constante enigma que plantea la obesidad, desde sus factores etiológicos hasta su abordaje y tratamiento, es que se ha investigado la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine esta enfermedad.

Ha sido una de las cuestiones discutidas con fervor en el campo psicológico, hoy no se puede definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad. Los hallazgos psicopatológicos en algunos obesos tienen poca relación con la noción popular de una personalidad tipo del obeso. Acorde con esta visión, el obeso puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente y tener una profunda necesidad de ser amado, aunque algunas personas muestran esas características sin ser obesos. Además los esfuerzos por identificar un tipo de personalidad del obeso han llevado

precisamente a hallazgos opuestos, ya que es notable la diversidad de tipos de personalidad entre ellos. Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren, con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos. La obesidad aparece asociada con problemas específicos del peso que pueden afectar adversamente la calidad de vida y obstaculizar el tratamiento, aun si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas. La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal. Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos, a las mejores parejas. Los obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios.

Sumado a todo esto, están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas (como aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad) , de los ciclos de pérdida – recuperación de peso (efecto yo – yo), que los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, logrando conducir al obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo

Las perturbaciones psicológicas como causa de obesidad son frecuentes, influyen sobre el apetito, pueden provocar una tensión nerviosa que se intenta compensar en la alimentación. La ansiedad es una enfermedad mas comunes a las que esta sometida la humanidad,paradójicamente es probable que sea el síntoma que pase inadvertido con mayor frecuencia,y cuando se reconoce, probablemente sea el síntoma simple peor tratado en la practica clinica.son múltiples y complejos los signos y sintomas de la ansiedad en cualquier fase del trastorno, hay tantas fases y problemas diferentes como diversos grupos de edad, su origen puede ser psicológico, social y biológico, dentro de este ultimo hay que tomar en cuenta el origen farmacológico, las neoplasias,las infecciones víricas y su relación con la herencia y los ciclos biológicos.

Los trastornos ansiedad son afectaciones comunes, persistentes y recurrentes en los pacientes del primer nivel de atención, causan un sufrimiento considerable a los pacientes y a sus familias, y se asocian a perdidas de la productividad personal y a un marcado incremento en riesgo de suicidio, además, la presencia de ansiedad pone a las personas con condiciones comorbidas en un riesgo mayor de enfermedad y muerte.las personas con ansiedad gastan mas tiempo con sus médicos, en sus consultas y utilizan

mas los servicios de salud. la importancia de identificar a los pacientes con ansiedad radica en la efectividad de la terapia temprana. el reconocimiento de la ansiedad es la clave en la practica general, ya que si este desorden no es reconocido, no puede ser tratado.

El manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales –IV revisado (Diagnostic Schedule Manual –IV, DSM IV-TR) describe dentro de los trastornos del estado de animo a los episodios afectivos (episodio de ansiedad, episodio depresivo mayor, episodio maniaco.episodio mixtos) que han sido incluidos por separado para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de animo. estos episodios no tiene asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnostico de los trastornos del estado de animo, los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de animo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos, de estos el que nos ocupa en el presente estudio es el Episodio de ansiedad cuyos criterios diagnósticos son: ^{4,5}

- Miedo a ser abandonado: a quedar desvalido, desatendido, olvidado por los seres más cercanos e importantes (padres, cónyuge o hijos)
- Miedo a no controlar los propios impulsos agresivos: ya sea relacionados a determinadas personas, a un pasado violento o a fantasías infantiles de agresión.
- Miedo a no controlar impulsos sexuales: como tendencias homosexuales o deseos inapropiados.
- Miedo a perder la estabilidad laboral y económica: generalmente más frecuente en el sexo masculino debido a la responsabilidad que en el recae.
- Miedo a la despersonalización: si bien se encuentra en estados graves de depresión, puede observarse en personas de estado psicológico normal, sometidas a cambios bruscos en su modo de vivir donde el comer en forma exagerada reduce la ansiedad que ello provoca.
- Miedo a que la vida se deslice por senderos imposibles de controlar: se observa cuando los acontecimientos que afectan a un apersona supera su capacidad de adaptación.
- Miedo a no alcanzar metas personales o estándares sociales.
- Miedo a la repetición de acontecimientos traumáticos.

La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Este tipo de ansiedad al no ser muy elevada, consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer. Al ser constante su presencia y su reducción con el comer se provocan un aumento de peso. Si el comer como recurso antiansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se engordará,

incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador. Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo.^{3,4}

Existen muchos y muy variados instrumentos para evaluar la presencia de ansiedad en el primer nivel de atención. todos los cuestionarios están escritos para un nivel de comprensión sencillo o medio, todos se pueden auto administrar en 5 minutos, todos incluyen preguntas que valoran la anhedonia, la mayoría están dispuestos en otros idiomas aparte de ingles.

El inventario de ansiedad de Beck es uno de los cuestionarios más usados, tradicionalmente desarrollado específicamente para ansiedad, incluye un número similar de preguntas y usan formatos de respuesta que permiten establecer la severidad de los síntomas o clasificar la frecuencia de los mismos.^{5,6}

Dado que los médicos residentes por lo factores precipitantes , principalmente el estrés, presentan muy importantes factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad que se asocia con obesidad durante su formación como medico especialista, consideramos que a pesar de los mecanismos de defensa desarrollados habrá en este grupo de personas una incidencia mayor de ansiedad con obesidad que lo reportado para la población general. Asimismo el grado de ansiedad también será mayor.a mayor carga de trabajo, tanto físico, como mental y emocional,(rango de residencia, tipo de guardia, servicios asignados) se refleja en una mayor prevalencia y gravedad del padecimiento.

Para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad, se trata de un inventario autoaplicado, compuesto por 19 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobré representado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV, cada ítem se puntúa de 0 a 23, correspondiendo ausencia, 24 a 46, a leve, de 47 a 95, moderada, 96 a 190 grave.

DESCRIPCION:

El BAI fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación). Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

INTERPRETACION:

Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como screening en población general.

No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad ni entre depresión y ansiedad. Pero en estudios comparativos se han encontrado unos índices de correlación mayores con aquellas escalas que valoran ansiedad.

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25.7 y en sujetos normales 15.8. Somoza y cols han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico 26 puntos. Según los autores, el inventario debe ser utilizado en clínica e investigación acompañado por otros cuestionarios como el inventario de Depresión de Beck y las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y constituiría una herramienta más para la valoración de la ansiedad. En un análisis comparativo realizado por Piotrowski en 1999 encontró que éste era el tercer test más utilizado para valorar la ansiedad. Se ha mostrado apropiada para valorar cambios tras el tratamiento.

El carecer de punto de corte aceptado para discriminar entre población normal y ansiedad limita su empleo para obtener un diagnóstico de sospecha, así como el no disponer de una versión validada en nuestro medio. Los ítems referidos a síntomas físicos de la ansiedad están sobre representados y la validación del test está realizada en pacientes con trastorno de pánico. No discrimina adecuadamente entre desórdenes de ansiedad y depresiones ansiosas.

PROPIEDADES PSICOMETRICAS:

Fiabilidad: Posee una elevada consistencia interna (alfa de cronbach de 0.90 a 0.94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0.30 y 0.71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0.67 a 0.93 y tras tres semanas de 0.62.

Validez: Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación (r) con la escala de ansiedad de Hamilton es de 0.51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0.47 a 0.58 y con la subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0.81. Por otra parte, los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0.61 y con la Subescala de Depresión SCL-90R de 0.62. Al analizar los elementos del test, BECK en el trabajo original encuentra dos factores principales: Síntomas somáticos, y Síntomas^{5,6}

JUSTIFICACIÓN

Las sociedades modernas, en su mayoría, parecen converger hacia el consumo de dietas de alta densidad calórica, ricas en grasas y azúcares libres y bajas en fibra, que se asocian con una vida cada vez más sedentaria. La inactividad asociada con dietas mal balanceadas de alta densidad calórica se relaciona con condiciones crónicas del adulto, entre ellas, diabetes, hipertensión, trastornos de lípidos, enfermedades cardiovasculares, psicológicas y algunos tipos de cáncer, que aparecen en edad cada vez más temprana.

La obesidad en la niñez no suele ser un trastorno benigno, cuando mayor tiempo ha tenido sobrepeso, más probable es que continúe su estado hasta la adolescencia y la vida adulta.

Se ha observado que la obesidad va a la par con el aumento de riesgo de mortalidad en todas las edades. Cuando el peso es 30 a 40% mayor del promedio, se presenta un 50% más de mortalidad y en personas con 40% más del peso promedio es del 90%.

La masa corporal (índice de masa corporal) promedio de mujeres Mexicanas entre 15 y 49 años fue de 24.5; el 31% tienen sobrepeso (obesidad grado 1) y el 9% obesidad (> 30).

Estudios nacionales y locales en México muestran que la distribución de peso para la talla de PRE y escolares es semejante al patrón de referencia y con un sesgo hacia pesos altos. En varios informes de estudios nacionales y de comunidades se encuentran cifras de más de 15% de la población con peso superior a + 2 desviaciones estándar –DE.

Planteamiento del problema

La Obesidad continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y se relaciona directamente con el grado de severidad basado en el IMC.y la de sus factores etiológicos (ansiedad) hasta su abordaje y tratamiento. Sea notado los altos índices de obesidad dentro del la población Mexicana residentes de este hospital, por lo que consideramos fundamental conocer la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine esta enfermedad. Mediante el inventario de ansiedad de Beck, además de medir peso, talla, cintura y cadera siendo viables para su análisis en caso de conocer la magnitud de este problema, la morbimortalidad y la causas definitivamente se podrían más adelante proponer medidas preventivas y terapéuticas disminuyendo no sólo las tasas de mortalidad de dichos pacientes, sino morbilidad y costos de hospitalización y tratamiento.

HIPOTESIS.

Suponemos que la mayoría de los criterios para pacientes detectados con variables de trastornos de obesidad en este hospital son las mismas que en la literatura, por lo que estableceremos recomendaciones para bajar de peso a través de medidas psicológicas, nutricionales adecuadas, y por lo tanto mejoraremos su condición de vida los pacientes

OBJETIVOS:

Generales

-Lograr una mejoría del estado nutricional disminuyendo el aporte calórico proteico del individuo mediante tratamiento con dieta y educación, para evitar el sobrepeso y la obesidad y las complicaciones asociadas.

-Evaluar cuánto peso esperan perder los pacientes, así como los cambios en la salud o en el estado psicológico que ellos prevén

Particulares.

-Identificar el valor diagnóstico de obesidad y sobrepeso en residentes del Hospital 1º Octubre.

-identificar causas de obesidad y sobrepeso. (Variables psicológicas)

-Valorar la conducta diagnóstica y terapéutica más frecuente.

-Determinar la asociación de la obesidad con otras enfermedades.

-Determinar la tasa de mortalidad en aquellos residentes que cursan con obesidad y comparada con aquellos que no la presentan.

Criterios de inclusión:

- Residentes que cumplan criterios clínicos (depresión, ansiedad) o de laboratorio con obesidad durante su rotación por el hospital.
- Residentes de todas las áreas.
- Residentes con factores de riesgo.
- Obesos sin tratamientos previos

Criterios de exclusión:

- Residentes obesos con tratamiento para bajar de peso.
- Residentes con obesidad en asociación con síndrome metabólico al momento de su ingreso hospital para su rotación.
- Obesos que están recibiendo tratamiento para reducir de peso.
- Residentes de todas las áreas de este hospital.

Criterios de eliminación.

- Residentes que deserten durante su rotación.
- Residentes obesos que ya tuvieron tratamiento sin resultado

MATERIAL Y METODOS:

Diseño del estudio transversal Dado que se trata de un estudio de prevalencia realizamos un estudio transversal, observación y por el tipo de población estudiada es original en la literatura medica.

POBLACION DE ESTUDIO:

Se realiza mediante encuesta y medición de peso, talla, cadera y cintura en todos los residentes que aceptaron.

La encuesta realizada se hizo a través de inventario de ansiedad de Beck el cual es un instrumento de detección específica para ansiedad

Las variables psicológicas a determinar se solicitaron en la misma encuesta son, edad, sexo, especialidad que cursan, año de la especialidad al momento del curso, la población que se estudiara es de 107 residentes adscritos al Hospital de 1º octubre.

El análisis de los resultados se realizo mediante estadísticas descriptivas e inferencial, determinando la distribución de la población, y a través de estos datos determinar si existía significancia estadística, se utilizo el método estadístico ajustado a la distribución de proporciones. de esta misma forma se analizaron las variables psicosociales a estudiar.

Resultados.

De los 160 residentes adscritos al hospital 1º de Octubre del ISSSTE, 107 aceptaron contestar el inventario de ansiedad de Beck, además de medir peso, talla, cintura y cadera siendo viables para su análisis.

Del total de participantes 65 fueron hombres (60.7%) y 42 fueron mujeres (39.3%) con un rango de edades de 23 a los 36 años, con una media de edad de 28.14 años y desviación estándar de 2.22, el resto de los resultados en talla, peso, cadera y cintura se muestran (cuadro 2.)

De acuerdo al grado de residencia que actualmente cursan 29 pertenecían al 1er año (27.1%), 29 al 2º año (27.1%), 24 al 3er año (22.4%), 20 al 4º año (18.7%), 3 al 5º año (2.8%), 2 al 6º año (1.9%) (Ver cuadro 1).

Con respecto al índice de masa corporal (IMC) de los participantes se observa que 58 residentes (54.2%) se encuentran dentro de su peso normal y 32 (29.9%) con sobrepeso y solamente 17(15.9%) con datos de obesidad. Ver cuadro 3.

Y en lo que respecta al índice cadera/cintura se observó en hombres una media de 0.91 con una desviación estándar de ± 0.09 y en mujeres una media de 0.82 y una desviación estándar de ± 0.08 , Interpretándose como obesidad tipo andrógena una relación mayor a 0.9 en mujeres y en hombres mayor o igual a 1. De acuerdo a esto se obtuvieron los siguientes datos: mujeres 13 con obesidad tipo androide y en hombres 11 con obesidad tipo androide.

De acuerdo con la especialidad que cursan se hace notar que el servicio de medicina interna tuvo 20 participantes en el estudio, seguido de los servicios de cirugía, ginecología y ortopedia con 10 residentes cada uno. El resto de resultados se muestran en la tabla 1.

De los encuestados 77(72%) resultaron sin ansiedad y 30 (28%) con algún grado de ansiedad, siendo la distribución la siguiente: 20 residentes (18.7%) tuvieron ansiedad leve, 9 ansiedad moderada (8.4%), 1 con ansiedad grave (0.9%), todo esto de acuerdo con el inventario de Beck. Ver cuadro 4 y grafico 1.

En comparación entre el nivel de ansiedad e IMC se presentaron 58 con IMC normal, de los cuales presentaron ansiedad leve 9, moderada 5 y grave 1, y con sobrepeso eran 32 de los cuales 4 con ansiedad leve, 3 con moderada, y con obesidad eran 17 de los cuales 7 presentaron ansiedad leve y 3 moderada.

Al dicotomizar la variable obesidad y no obeso y compararlo contra ansiedad severa no se encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico ($p = 0.586$) y una razón de momios de 1.265 (0.543 – 2.945).

Dado que cada una de las 19 preguntas del inventario de ansiedad de Beck evalúa un rubro en particular de la dinámica psicosocial del paciente, representando un síndrome general de ansiedad que se puede dividir en tres factores altamente interrelacionados: cognitivas, fisiológicas, motoras esto nos permitió observar cuales son proporcionalmente los rubros que con mayor frecuencia se vieron afectados en los residentes que presentaron ansiedad leve, moderada, severa.

Cuadro 1. Características generales del estudio. (n = 107)

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Sexo:		
Masculino	65	60.7
Femenino	42	39.3
Total	107	100.0

RESIDENTES POR ESPECIALIDAD		
Anestesiología	7	6.5
Maxilofacial	9	8.4
Cirugía general	10	9.3
Cardiología	9	8.4
Medicina interna	20	18.7
Ginecología	10	9.3
Pediatría	8	7.5
Rehabilitación	7	6.5
Radiología	5	4.7
Urgencias adultos	7	6.5
Ortopedia	10	9.3
Terapia intensiva	5	4.7
Total	107	99.8
RESIDENTES POR AÑO DE ESPECIALIDAD		
Primer año	29	27.1
Segundo año	29	27.1
Tercer año	24	22.4
Cuarto año	20	18.7
Quinto año	3	2.8
Sexto año	2	1.9
Total	107	100.0

Cuadro 2. Características antropométricas (promedio y desviación estándar)

Variable	Promedio \pm DE
Edad (años cumplidos)	28.14 \pm 2.22
Peso (kilogramos)	73.86 \pm 16.61
Talla (centímetros)	167 \pm 8.6
Cadera (centímetros)	98 \pm 8.38
Cintura (centímetros)	86.8 \pm 12.8
Índice Cadera / cintura	0.88 \pm .099

Cuadro 3. Índice masa corporal (IMC)

	Frecuencia	Porcentaje
I: 20-25.9 normal	58	54.2%
II: 26 - 29.9 sobrepeso	32	29.9%
III: mas de 30 obesidad	17	15.9%

Cuadro 4 Nivel de ansiedad. De acuerdo al inventario de Beck.

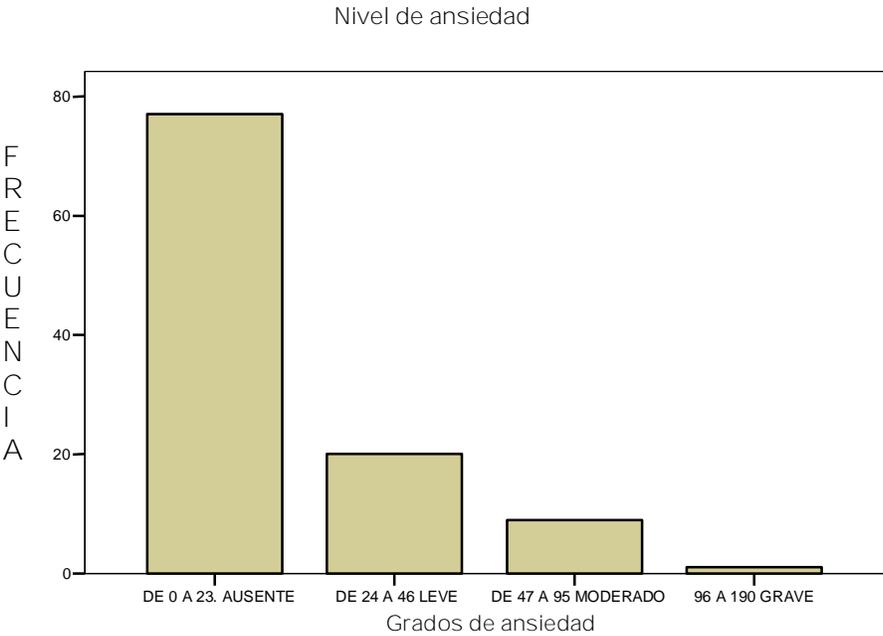
	Frecuencia	Porcentaje
De 0 A 23 puntos.- AUSENTE	77	72.0
De 24 A 46 puntos.- ANSIEDAD LEVE	20	18.7
De 47 A 95 puntos.- ANSIEDAD MODERADA	9	8.4
De 96 A 190 puntos.- ANSIEDAD GRAVE	1	0.9

Cuadro 5. Comparación entre nivel de ansiedad y el IMC

		Nivel ansiedad				Total
		AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	
IMC	20.0 – 25.9	43	9	5	1	58
	26.0 – 29.9	27	4	1	0	32
	30	7	7	3	0	17
	Total	77	20	9	1	107

$p > 0.067$

GRAFICA 1.- Grados de ansiedad. Según inventario de Beck



DISCUSION.

Nuestra metodología parte del supuesto de una prevalencia, de ansiedad relacionada con la obesidad en la población mexicana, ya que hasta el momento no existen en el país, una estadística específica de este rubro. Solo tenemos estadísticas que si bien son un reflejo del problema no la abarcan en su totalidad, o solo representan un aspecto particular del mismo y la mayoría de los estudios representan poblaciones de otros países.^{5,6}

Dentro de los muy variados cuestionarios para identificar ansiedad, en poblaciones abiertas el Inventario de ansiedad de Beck. a sido validado para su uso en la población mexicana, representando este ultimo un síndrome general de ansiedad, que se puede dividir en tres factores: cognitivos fisiológicos, y motores. Teniendo una sensibilidad 80% y una especificidad del 70%, diversas asociaciones no recomiendan estos instrumentos para un uso rutinario, en poblaciones abierto pero definitivamente los recomiendan para aquellos con factores de riesgo.^{5,6}

El empleo de la antropometría, considerando el peso, la talla, circunferencias corporales, se recomienda el empleo del IMC como indicador de la adiposidad corporal, en los estudios epidemiológicos realizados en la población adulta entre 20 y 69 años, el cociente cintura /cadera es una determinación sencilla y muy útil que es aceptado como un buen indicador de la obesidad androide, se asocia a un mayor riesgo de cardiopatía isquemia y en general con dislipemias, diabetes, enfermedad cardiovascular y mortalidad mayor. La utilización de ambos métodos refleja resultados de las mediciones de acuerdo al IMC y Cintura con frecuencia de datos con sobrepeso 29.9% y obesidad 15.9%. Siendo un alto porcentaje en relación con el grupo estudiado en un 45.8% lo que aumenta la morbimortalidad ya que influye directamente con la calificación obtenida de acuerdo a la clasificación de obesidad.^{6,7,8}

Los resultados de nuestro estudio apoyan nuestra hipótesis, sobre una mayor prevalencia de ansiedad (28%) en el grupo de medico residentes del Hospital, respecto a la calculado para población general (10%),sin embargo la proporción de quienes presentaron ansiedad moderada solo fue de 8.4% y hubo un solo caso de ansiedad severa.^{2,3}

La prevalencia del trastorno, de ansiedad con obesidad es mayor en las mujeres que en los varones, lo mismo que el riesgo de desarrollar la enfermedad durante toda la vida, en nuestro medio el comportamiento fue muy bajo, pero puede deberse al rango de edad del estudio,observándose que se presentaban 43 sin ansiedad y peso normales, 34 sin ansiedad y obesidad, reflejando sin ansiedad 77, teniendo con ansiedad 15, peso normal, con ansiedad y obesidad a 15 que reflejaban a 30 participantes con ansiedad. Determinando que la ansiedad no influye como factor de riesgo ya que se obtuvieron resultados de 77 obesos sin ansiedad.^{2,3}

Hasta el momento ningún estudio ha revelado una personalidad del obeso, existen obesos con y sin psicopatías, diferentes perfiles psicológicos, mayor frecuencia de algunas características psicológicas, pero no hay un trastorno propio del obeso.

En aquellos individuos donde la “psicogénesis” predomina por encima de los factores constitucionales, biológicos, existiría un trastorno en la personalidad, no determinando esto una “personalidad del obeso”, sino fallas parciales en distintas personalidades.

Existen alteraciones psicológicas que están vinculadas a la obesidad, unas más frecuentes que otras, las mismas no suelen encontrarse en forma aislada sino interrelacionadas unas con otras y con diferentes matices en cada persona., estas características pueden o no estar presentes en el individuo obeso y no es patognomónico de la obesidad, sin embargo, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad. Un tema de gran debate entre médicos, psiquiatras y psicólogos.

En el tratamiento de la obesidad, la identificación y tratamiento de las características psicológicas es tan fundamental como los demás factores etiopatogénicos, ya sea que éstas se encuentren en la génesis de la obesidad, sean consecuencia de ésta o simplemente estén presentes simultáneamente, haciendo más difícil el abordaje de la misma.^{2,3,4}

CONCLUSIONES.

1.-En nuestro estudio la ansiedad en el paciente con obesidad no influyo directamente como causa sin embargo son de fundamental importancia a la hora de planear un tratamiento, ya que de ser ignoradas podrían dificultar y obstaculizar el tratamiento para adelgazar y / o mantener el peso logrado además de no permitir un compromiso adecuado.

2.-No existe con claridad la etiología de la obesidad, se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la evolución de la obesidad, en sus cognitivas, fisiológicas y motoras, esto debiera traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad, y del sistema ambiental del paciente obeso, que consulta por este problema, la utilización del inventario ansiedad de Beck, es una herramienta fundamental para determinar nivel de ansiedad predecir el pronostico y el riesgo.

3.- No existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad si no la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos, la importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son claros, por lo que se debe proveer de apoyo, información, educación, fortalecimiento y expresión de conflictos por parte del paciente.

4.-En el ambiente más inmediato del paciente, el hogar, orientar con reforzamiento de signos, señales o indicaciones estratégicas que promuevan hábitos de alimentación y actividad saludables. Al mismo tiempo es necesario que se retiren de ese mismo ambiente factores negativos para el tratamiento de la obesidad, tales como el sedentarismo y la sobrealimentación

5.-Los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no sólo la reducción de peso y ansiedad, sino que como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario, integrando activamente el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente.

6.- Debe continuarse el seguimiento del paciente, a través de visitas programadas, una vez que se han logrado metas aceptables parece tener un impacto en los resultados a largo plazo, prolongar por el mayor tiempo posible las estrategias de tratamiento.

INVENTARIO DE ANSIEDAD (adaptado de Beck)-

• Nombre _____

• Edad: : _____

• Fecha: _____

Indique el grado de malestar que le ha provocado cada síntoma de los expuestos a continuación durante los últimos diez días , colocando el número adecuado en el espacio correspondiente. Aplicando un (0) a ninguna tensión y un (10) a la máxima tensión.

Debilidad (sobre todo en las piernas). _____

Incapacidad para relajarme _____

Temores a que suceda una catástrofe _____

Mareos / Vértigos. _____

Aceleración del latido cardiaco _____

Sensación de estar aterrorizado _____

Nerviosismo _____

Desasosiego _____

Sensación de ahogo _____

Temblores de manos generalizados, estremecimientos _____

Miedo a perder el control _____

Miedo a morir. _____

Sensación de irrealidad. _____

Respiración dificultosa y entrecortada _____

Sentirse asustado y atemorizado _____

Malas digestiones, gases nudos en el estómago. _____

Sensación de desmayo _____

Rubor facial. _____

Sudoración, sin que pueda deberse a la temperatura ambiental. _____

Referencias:

- 1.-Zuckerfeld, Rubén. (15 de Marzo 2005). Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín Buenos Aires. (médico psicoanalista, miembro de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP) y profesor del Instituto Psicosomático de Buenos Aires (IPBA).
2. Webb, WW; Phares, R; Abraham, HS; Meixel, SA; Scott, HW; Grdes, JT. (1976) Jejunoileal bypass procedures in morbid obesity: preoperative psychological findings. J. Clin. Psychol. 32: 82 – 5. (Citado por Braguinsky, Jorge. (1999) Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento. Editorial El Ateneo.)
3. Wadden, TA; Stunkard, AJ; Brownell, KD; Day, SC;. (1984) Treatment of obesity by behavior therapy and very-low-calori diet: a pilot investigation. J. Sult. Clin. Psicol.. 52: 692 – 4. (Citado por Braguinsky, Jorge. (1999) Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento. Editorial El Ateneo.)
4. McReynolds, WT; Toward a psychology of obesity: review of research on the role of personality and level of adjustment. (1982) Int. Eating Disorders 2: 37 – 57. Barrash,J; Rodríguez, EM; Scott, DH; Mason, EE. The utility of MMPI subtypes for the prediction of weight loss after bariatric surgery. (1987) Int. J. Obes. 11: 115 – 28. (Citado por Braguinsky, Jorge. (1999) Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento. Editorial El Ateneo.)
5. Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J.: Sinopsis de Psiquiatría, 7° Edición. Editorial Panamericana. Buenos aires, 1996. (Citado por Chandler, Eduardo, Rovira, Bernardo: Actualidad psicológica 2002)
6. Bruch, H.: “Eating disorders: Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Within”. Basic Books, New York, 1973.
7. Chandler, Eduardo, Rovira, Bernardo: Actualidad psicológica 2002.
8. Ravenna, Máximo (2004) Una delgada línea. entre el exceso y la medida. pp 105 – 111.
9. Orlando, Horacio. (Marzo 2005). Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín Buenos Aires. (médico cardiólogo y psicoterapeuta especializado en obesidad, miembro de SAOTA).
10. Panzita, Ma. Teresa. (Marzo 2005). Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín Buenos Aires. (Lic. En psicología especializada en trastornos alimentarios de obesidad del Hospital Durand y la Fundación Favaloro)

11. Halmi, K; Stunkard, A; Masson, E. (1980). Emotional responses to weight reduction by three methods: gastrics bypass, jejunileal bypass, diet. Am J Clin Nutr; 33: 446 – 451 (Citado por Vazquez Velásquez, Verónica; López Alvarenga, Juan Carlos. (Abril – junio 2001) “Psicología y obesidad” revista de endocrinología y nutrición (Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología) vol. 9 N° 2. pp 91 – 96
12. Saldaña, C. (2000). Consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas. Nutrición y obesidad. 3 (2): 81 – 88. (Citado por Vazquez Velásquez, Verónica; López Alvarenga, Juan Carlos. (Abril – junio 2001) “Psicología y obesidad” revista de endocrinología y nutrición (Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología) vol. 9 N° 2. pp 91 – 96.
13. Faccini Monica (2002). Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. Revista Actualidad Psicológica, N° 300 .Agosto 2002. pag28.
14. Diagnostic Statistic Manual IV de la American Psyquiatric Association (1994). Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa- versión electrónica- Masson SA-1995ver pag.
15. Zúñiga, Alfredo (2004). Entrevista sobre comedores compulsivos. Eating Disorders México.
URL: http://www.eatingdisorders.com.mx/la_entrevista.htm
16. Spitzer R, Devlin M Walsh B. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. Int j Disorders 11:191-204, 1992.
17. Curso de posgrado a distancia en obesidad.(2004)Modulo 4-conducta alimetaria. Universidad Favaloro.
18. Kaplan, HI; Kaplan HS.: the psycochosomatic concept of obesity. J nervous and Mental Diseases 1957; 125: 181 – 201
19. Vazquez Velásquez, Verónica; López Alvarenga, Juan Carlos; “Psicología y obesidad” revista de endocrinología y nutrición vol. 9 N° 2. abril – junio 2001 pp 91 – 96)
20. Bruch, H.: “transformation of oral impulses in eating disorders”. Psychiat. Quart, 35, 368, 81.1961