



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 76**

**“COMPARACIÓN EN EL ESTILO DE VIDA ENTRE DOS GRUPOS DE
PACIENTES OBESOS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE DOS
ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DIFERENTES”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DRA. MIROSLAVA GUTIÉRREZ GARCÍA

URUAPAN, MICHOACÁN

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76
URUAPAN, MICHOACÁN**

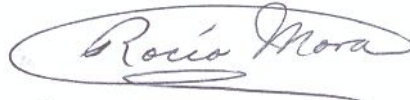
**“COMPARACIÓN EN EL ESTILO DE VIDA ENTRE DOS GRUPOS DE
PACIENTES OBESOS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE DOS
ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DIFERENTES”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

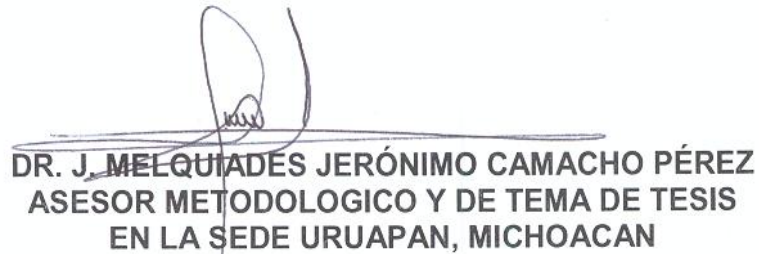
PRESENTA:

DRA. MIROSLAVA GUTIÉRREZ GARCÍA

AUTORIZACIONES



**DRA. MARÍA DEL PILAR ROCIO MORA CONTRERAS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN LA SEDE URUAPAN, MICHOACAN**



**DR. J. MELQUIADES JERÓNIMO CAMACHO PÉREZ
ASESOR METODOLOGICO Y DE TEMA DE TESIS
EN LA SEDE URUAPAN, MICHOACAN**

No. DE REGISTRO DE LA TESIS ANTE EL COMITÉ LOCAL DE

INVESTIGACIÓN: R-2007-1603-4

URUAPAN, MICH.

2007

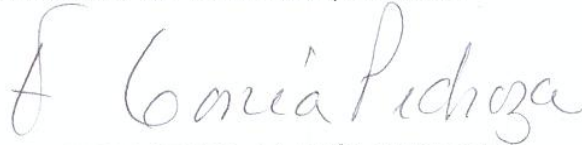
**"COMPARACION EN EL ESTILO DE VIDA ENTRE DOS GRUPOS DE
PACIENTES OBESOS DESPUES DE LA APLICACIÓN DE DOS ESTRATEGIAS
EDUCATIVAS DIFERENTES"**

PRESENTA

GUTIERREZ GARCIA MIROSLAVA

AUTORIZACIONES

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



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

MORELIA, MICH.

2007

RESUMEN

COMPARACIÓN EN EL ESTILO DE VIDA ENTRE DOS GRUPOS DE PACIENTES OBESOS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE DOS ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DIFERENTES. Gutiérrez GM, Camacho PJ. IMSS. UMF No. 76. 2007.

INTRODUCCION: La obesidad se ha convertido en un problema de salud mundial que ha aumentado en forma considerable en las últimas dos décadas. Su tratamiento es difícil y muchas veces refractario. A pesar de las dificultades en su tratamiento es necesario insistir en él, debido a las consecuencias negativas de la obesidad, tanto en la salud biológica como psicológica del obeso. Los cambios de estilo de vida, a través de una educación participativa en el paciente y su familia, son elementos esenciales del programa de manejo, aumentando considerablemente el éxito terapéutico. En el proceso de enseñanza aprendizaje existen dos corrientes psicopedagógicas que se adjudican la fundamentación teórica del mismo. La primera supone que lo que requiere el individuo es información para aprender, y por tanto enfatiza que la docencia debe orientarse a suministrarla, esta es una estrategia pasiva. En contraposición, el otro enfoque sostiene que la acción, la reflexión y la crítica de la experiencia propia es el único recurso capaz de lograr el aprendizaje, y la información es un complemento indispensable en el proceso; ésta se considera una estrategia participativa o promotora de la participación.

OBJETIVO: Evaluar los cambios de estilo de vida en los pacientes con obesidad para mejorar las condiciones de salud antes y después de una estrategia educativa.

MATERIAL Y METODOS: Se compararon dos grupos de 15 pacientes obesos de la UMF No. 76, con dos estrategias educativas diferentes: la primera fue promotora de la participación, llamada "grupo SOHDI", la cual estuvo orientada a lograr que los pacientes fueran reflexivos, críticos propositivos y autónomos sobre su patología, según los lineamientos del propio grupo ya establecidos a nivel institucional. La segunda estrategia educativa fue la tradicional, aplicada a otro grupo de apoyo denominado "normal"; en el cual se revisaron los mismos contenidos, en conferencias expuestas por el grupo multidisciplinario de salud, a la manera tradicional. A ambos grupos se les aplicó un instrumento de evaluación de estilo de vida ya validado, derivado del IMEVID, antes de la aplicación de la estrategia, y tres meses después; para evaluar si hubo diferencia en el impacto. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba T de Student, y el programa estadístico SPSS versión 15.

RESULTADOS: Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la mejoría del estilo de vida que se logró después de la aplicación de cada una de las estrategias educativas a favor de la participativa (p de 0.000 vs. 0.063). Igualmente hubo diferencia significativa en el índice de masa corporal (p de 0.005 vs. 0.050) entre ambos grupos.

CONCLUSION: Los cambios de estilo de vida en los pacientes obesos y la disminución en el índice de masa corporal antes y después de una estrategia educativa, son diferentes si se utiliza una estrategia participativa de la educación que si se utiliza una pasiva.

DEDICATORIA

Con el afecto más profundo dedico esta tesis a la Dra. María del Pilar Rocío Mora Contreras, por su sabiduría y fortaleza que me inspiraron para ser lo mejor que puedo ser, y por compartir todos sus conocimientos para lograr llevar a cabo esta tesis.

A las pacientes que participaron en el grupo SHODi, por su tenacidad y los resultados obtenidos.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. J. Melquiades Jerónimo Camacho Pérez por su participación en los aspectos metodológicos de la investigación, orientación y apoyo en la elaboración de esta tesis.

Al Matemático Carlos Gómez Alonso por su colaboración en el manejo estadístico de los datos.

INDICE

Introducción.....	9
MARCO TEÓRICO.....	10
Planteamiento del Problema.....	24
Justificación.....	25
Hipótesis.....	25
OBJETIVO.....	25
MATERIAL Y METODOS.....	25
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31-37
CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
ANEXOS.....	43

INTRODUCCIÓN:

La formación docente del personal multidisciplinario que labora en el Instituto Mexicano del Seguro Social ha dejado mucho que desear, en el caso de haberse realizado, hasta en los últimos años. Para realizar la educación a los derechohabientes por lo tanto, era lo común improvisar ponentes para exponer conferencias que poco o ningún impacto tenían en las conductas que se deseaba modificar; su fin era más informativo que formativo. También había sido la regla el programar este tipo de actividades educativas sin tomarse la molestia de evaluar los resultados.

A causa de la transición epidemiológica por la que está pasando nuestra población, cada vez se ha hecho más evidente y apremiante la necesidad de anticiparnos a la amenaza del daño que las enfermedades crónico degenerativas producen en la salud, con acciones más eficaces.

La obesidad tiende a ser una pandemia con un futuro ominoso que urge combatir.

Se han implementado grupos de ayuda para combatir la obesidad en los últimos años, pero con una estrategia educativa tradicional pasiva, en la que los derechohabientes han sido sólo receptores de información, sin participar en la elaboración de su propio conocimiento. En el 2004 surgió una nueva propuesta con la integración de los grupos SOHDI; cuyo fundamento es el de buscar la autonomía, con una estrategia promotora de la participación; para ello se capacitó a las trabajadoras sociales, que fungen como guías de estos grupos. Se les hizo énfasis en la necesidad de favorecer la reflexión y la crítica de los derechohabientes.

MARCO TEÓRICO

En el proceso de enseñanza aprendizaje existen numerosas escuelas psicopedagógicas que se adjudican la fundamentación teórica de cómo ocurre dicho proceso (1). El común denominador de todas ellas es la motivación para aprender, la divergencia aparece al considerar la polaridad de la información, acción de dos enfoques distintos. El primero supone que todo lo que requiere el individuo es información para aprender y por tanto enfatiza que la docencia debe orientarse a suministrar, en la mejor forma posible la información requerida. En contraposición a esta premisa el otro enfoque sostiene que la acción es el único recurso capaz de lograr el aprendizaje y, la información es un complemento indispensable en el proceso. En la actualidad no hay duda que este último punto de vista es el acertado, empero esta teoría del aprendizaje lamentablemente parece desconocerse aún en nuestros días en muchos diseños curriculares. Entre los diversos aspectos que abarca un método de enseñanza, destaca en forma relevante el de las experiencias del aprendizaje, en otras palabras, es la oportunidad de realizar determinadas acciones que posibiliten un cambio de conducta más o menos permanente (2). No es casual que la tecnología educacional busque afanosa e incesantemente recursos didácticos que produzcan con la mayor fidelidad, la realidad sin conseguirlo. Ante la imposibilidad de disponer de labores productivas como procedimiento de enseñanza aprendizaje, la realidad no puede sustituirse. Conviene recordar aquí, abundando en lo anterior, que la práctica productiva es inherente al saber científico ya que, constituye la fuente que proporciona la materia prima de todo nuevo conocimiento, es el objetivo de todo conocimiento

al permitir su realización y representa el único criterio de veracidad del conocimiento (3).

Es precisamente en las peculiaridades de la relación médico paciente donde se sustenta la calidad de todo sistema de atención médica. Si las características de una relación médico paciente basado en un conocimiento creciente, son las que impregnan los otros tipos de relaciones, se hablará de predominio de la relación médico paciente sobre las demás, este predominio se manifiesta, entre otras formas por, una atención médica más individualizada, mayor índice de detección de problemas de los pacientes, mayor grado de comunicación entre el médico por una parte y el paciente y sus familiares por otra, etc. Se asiste hoy día, en general, al predominio de las relaciones propias de la esfera administrativa (burocratismo) sobre la atención médica y en particular sobre la relación médico paciente, con la consecuente despersonalización, superficialidad, incomunicación y burocratismo progresivos en la atención médica.

Tomando como base un viejo aforismo de que no existen enfermedades sino enfermos, el enfermo o paciente, es la realidad concreta que el médico pretende conocer para actuar, por tanto, es el origen de todo nuevo conocimiento y al propio tiempo, es el objetivo, mediato o inmediato, de la información, la discusión y aún, de la investigación en sus diversas modalidades. Si los pacientes no son considerados de hecho (lo que importa es lo que se hace no lo que se dice), como el hilo conductor de las actividades hospitalarias, incluidas la asistencia, la enseñanza y la investigación, estas se aíslan, lo que contribuye a distorsionar su repercusión social, la lectura y discusión de la información tiende a la especulación, produciendo un

descentramiento del paciente como eje de interés y lo que es mas grave aún, las actividades clínicas se degradan considerándose un mal necesario que hay que cumplir, o en el mejor de los casos, una actividad de menor jerarquía y por tanto menos motivadora, que otras concomitantes (4).

El concepto de aprendizaje se ha modificado a través del tiempo, de acuerdo con las ideas prevaletes en la pedagogía. De acuerdo con esta definición aprendizaje es una adquisición, algo que se posee, sin alusión a la forma en que aquel se expresa o se pone de manifiesto. Tampoco en el concepto tradicional se hace mención de un propósito o finalidad en el aprendizaje. Con el advenimiento del conductismo como corriente psicológica y su introducción en la pedagogía, la concepción del aprendizaje se modificó: aprendizaje es un cambio de conducta observable. Tal noción representó un gran progreso técnico, al plantear al aprendizaje como manifestación, desentendiéndose, hasta cierto punto, del proceso mismo por el cual se aprende (5). El desarrollo masivo de la tecnología educacional, basada precisamente en el conductismo, se extendió positivamente a todos los ámbitos donde se práctica la docencia. Se particularizaron tres componentes básicos del proceso de enseñanza aprendizaje, objetivos, metodología y evaluación (6).

Podríamos englobar las necesidades que surgen como consecuencia de un problema clínico, dentro de dos tipos, primero la necesidad sentida, cuando se ha hecho consciente el malestar, dicha percepción puede ocurrir en el futuro paciente o en otros integrantes del medio familiar. La necesidad expresada o demandada, es una etapa ulterior de la necesidad sentida que consiste en la solicitud de atención médica. Entre la necesidad sentida y la expresada habitualmente media un lapso de tiempo cuya variabilidad depende

de diversos factores: a) La magnitud del malestar, en general, a mayor magnitud menor el tiempo que transcurre entre la necesidad sentida y la expresada sobre todo si existe la incapacidad para llevar a cabo las funciones habituales dentro del núcleo familiar, escolar, laboral, etc. b) el tipo de concepciones médicas y no médicas predominantes en el paciente y su ambiente familiar: una concepción mágica de la enfermedad puede propiciar que la búsqueda de la atención médica sea el último recurso para una familia, con imposibilidad para un tratamiento curativo, el conocer el recurso de la prevención puede condicionar una pronta solicitud de atención médica y facilitar el diagnóstico precoz de una afección potencialmente curable, etc., c) el lugar que ocupa el individuo afectado dentro de la familia, por ejemplo si es el sostén económico o es dependiente, y d) La disponibilidad de atención médica. En nuestra cultura el papel de paciente lo asigna casi con exclusividad el médico, y exime al paciente de las responsabilidades de su vida social (7).

Con fines de simplificación podemos decir que la atención médica es el conjunto de procedimientos tendientes a la prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de los individuos amenazados, afectados y/o incapacitados por las enfermedades. Cada paciente representa en este contexto un problema clínico para resolver y es esta la función específica del médico en estrecha colaboración con otro tipo de personal (8).

El desarrollo de las capacidades clínicas se relaciona estrictamente con las características de la relación médico paciente, en efecto, del tipo de relación médico paciente depende, a) el grado de conocimiento del paciente, precisión de la información obtenida, amplitud de la información obtenida, b) conseguir la cooperación del paciente para los estudios diagnósticos. c) lograr que el

paciente siga el tratamiento, d) promover la participación activa del paciente para ciertas medidas preventivas o de autoatención, e) promover la participación de la familia para el mejor logro de los objetivos del tratamiento y f) promover o sugerir al paciente y/o sus allegados, modificaciones favorables, en su medio familiar o laboral (9).

Es necesario destacar que en el mundo que nos ha tocado vivir, la información se genera con una profusión sin precedentes que impide cualquier posibilidad de abarcarla, así sea un ámbito muy restringido del conocimiento y de lo que se trata es de promover la enseñanza participativa, que dote a los alumnos de los recursos metodológicos de aprendizaje para enfrentarse a los retos que el conocimiento cambiante les demanda. (10-11).

La educación en general constituye una de las instancias clave en la reproducción de la sociedad, en particular en la esfera ideológica. Esto significa que la escuela dista mucho de ser la institución donde verdaderamente se inician las transformaciones sociales. Por el contrario, su real papel en la sociedad que la contiene es el de perpetuar determinadas formas de ser que oponen tenaz resistencia al cambio, con escasa movilización y participación de la comunidad en la gestión de su propia vida colectiva, retarda la emergencia de los síntomas de malestar social a grado tal que cuando hacen su aparición, es porque la situación es de extrema gravedad y por lo tanto insostenible. Dicha tendencia se expresa en el desarrollo y/o reforzamiento de conductas enmarcadas por la actitud de constante expectativa, de estar en espera de que otros sean los que hagan, opinen, critiquen o dirijan (12).

Es fácil observar que cuando los médicos de unidades de primer nivel de atención realizan actividades educativas, por lo general las lleva a cabo en

forma esporádica y de tipo informativo, desvinculadas de su práctica cotidiana. En este tipo de Unidades las actividades asistenciales consumen prácticamente todo el tiempo disponible, lo que impide o dificulta el desarrollo de actividades de reflexión y análisis. Con el paso del tiempo el médico pierde motivación para reflexionar sobre su quehacer diario o sus necesidades y expectativas de superación, con lo que la práctica médica se va haciendo rutinaria, insuficiente y burda, por lo que uno de los componentes relevantes de la educación es la promoción de las estrategias promotoras de la participación (13).

Entre los propósitos de las escuelas de medicina está el de formar profesionales que participen en la solución de los problemas de salud de la comunidad, cuyo sustrato es la pasividad, el inmovilismo y la apatía. (14).

Tradicionalmente el concepto de conocimiento en la práctica educativa ha sido y es un implícito, que a través de la costumbre nos convence de que todo el mundo tiene claridad respecto a él. Teniendo una idea compartida de que conocimiento es tener mucha información (15). Bajo el enfoque activo participativo se da origen a la educación basada en competencias, la actividad evaluativa precisa que se realice durante todo el proceso de construcción que desarrolla el alumno (16).

En el mundo del consumo de información, que se nos presenta como el único horizonte concebible, son escasas las posibilidades de edificar una postura que dé sentido, coherencia y dirección a la experiencia; además, ante lo cambiante y abrumador de la información, parecería un contrasentido la pretensión de una postura (17).

En el enfoque pasivo, el método de enseñanza es igual para todos los alumnos, el educando debe obedecer determinadas normas y reglas impuestas por las autoridades, para evitar que sean incumplidas, el maestro debe tomar distancia jerárquica de sus alumnos, ya que de acuerdo a este enfoque el es el protagonista en el proceso educativo. El enfoque promotor de la participación esta más allá, donde la información tiene un papel complementario y el eje del auténtico aprendizaje es la experiencia del alumno y éste se convierte en protagonista y deja de ser espectador, participando en la construcción de su propio conocimiento, en un ambiente donde se fomenta la reflexión (18).

En la mayoría de las ocasiones el estudio del paciente esta limitado al ámbito de enfermedad y no al de salud, con un enfoque predominantemente curativo y no preventivo, con un manejo individual y no familiar, abordado solo por el médico y no por el equipo de salud, dando primacía a la atención intramuros, donde se estudia a la enfermedad como un hecho aislado y no como un trastorno psicosocial (19).

A medida que el profesor y el alumno asumen el papel de participantes de un proceso de construcción de conocimiento, es posible ir desarrollando una práctica pedagógica que logre demarcarse claramente de la dominante. Se participa en la medida en que se construye un conocimiento propio, y el conocimiento se construye en la medida en que se ejercita la crítica (20).

En términos generales, las corrientes educativas se agrupan en dos grandes orientaciones, la pasivo receptiva que es la tradicional y la activa participativa. En el enfoque pasivo receptivo, los esfuerzos se dedican a la superación de la enseñanza a través de modificar el quehacer del profesor, haciendo más énfasis en la memoria que en la reflexión y el análisis. En el

enfoque participativo el profesor busca promover la participación del alumno en la elaboración de su conocimiento (21).

La palabra obesidad deriva del latín *obesus* que quiere decir persona que tiene gordura en demasía. Se caracteriza por la acumulación y almacenamiento excesivo de grasa, principalmente en el tejido adiposo, se manifiesta por un incremento de peso mayor al 20% de peso ideal esperado por la edad, la talla y el sexo, la forma más utilizada para determinar sobrepeso y obesidad es el índice de masa corporal (IMC) que es el peso (en kg) dividido por la talla (en m²), establecido por Quetelet en Bélgica en 1835 siendo mayor a 25 kg/m², no aplicable en niños de dos a cinco años donde se calcula al multiplicar la edad en años por dos y sumar ocho (22). La OMS ha adoptado el IMC como parámetro para determinar la obesidad:

Índice de Quetelet: Normal de 18.5 a 24.9, sobrepeso de 25.0 a 29.9, obesidad I de 30.0 a 34.9, obesidad II de 35 a 39.9 y obesidad III > de 40 kg/m².

La distribución segmentaría para determinar obesidad abdominal resulta de dividir la circunferencia de la cintura con la de la cadera, si esta relación es mayor de 0.9 en hombres y de 0.8 en mujeres se hace el diagnóstico de una obesidad de tipo abdominal (23).

Se estima que en el mundo hay más de 500 millones de adultos con sobrepeso y más de 250 millones de obesos y se asocia con 300 mil muertes por año, aproximadamente el 80% de obesos adolescentes seguirán siendo durante el resto de su vida. La obesidad comúnmente inicia entre los 5 y 6 años y durante la adolescencia, donde intervienen factores genéticos, psicológicos, ambientales y socioeconómicos (24).

La obesidad se relaciona con el síndrome metabólico, que es secundario a un incremento en la producción de glucosa por la grasa visceral, que conduce a hiperglucemia e hiperinsulinismo lo que condiciona diabetes mellitus tipo 2, por intolerancia a la glucosa, dislipidemia e hipertensión arterial (25-26). Se relaciona también con un aumento de problemas emocionales, ya que el obeso tiende a tener una autoestima baja, depresión, ansiedad y el desorden obsesivo compulsivo (27). La obesidad se ha convertido en un problema de salud nacional que ha aumentado en forma considerable en las últimas dos décadas, según los Centros de Control de Enfermedades, y paradójicamente la obesidad es muy fácil de diagnosticar pero muy difícil de tratar (28). Su tratamiento es difícil y muchas veces refractario, a pesar de las dificultades en el tratamiento es necesario insistir en él, debido a las consecuencias negativas de la obesidad, tanto en la salud médica como psicológica del obeso, y se debe estar convencido de que el obeso pierda el exceso de grasa y aprenda qué es una alimentación y estilo de vida saludables (29).

Entre los genes que se han propuesto como candidatos a “genes de la obesidad” son la leptina, receptor de la leptina receptor beta 3 adrenérgico, proteína uncoupling-1, Proteínas uncoupling 2 y 3, Receptor de la 4 melacortina, proopiomelancortina, receptor beta 2 adrenérgico, factor de necrosis tumoral, sustrato 1 para el receptor de la insulina y el receptor de glucocorticoides (30).

La discriminación que sufren los obesos desencadena actitudes antisociales, depresión, aislamiento, e inactividad que induce a la ingesta de alimentos, lo que incrementa el sobrepeso o la obesidad (31). Los cambios de estilo de vida, en las costumbres cotidianas del paciente y su familia, son

elementos esenciales del programa de manejo, pero dada la dificultad que entrañan deben intentarse de forma lenta y gradual, aumentando considerablemente el éxito terapéutico probablemente porque ayudan a mantener hábitos de alimentación saludables, la cantidad de ejercicio físico y facilitan el empleo continuo de estrategias psicoeducativas (32).

El exceso de peso por encima del 20 al 40% del peso ideal para el sexo y la edad aumenta la mortalidad en un 50%; el exceso de peso mayor del 40% aumenta la mortalidad en un 90% con respecto a la población no obesa. Se ha observado que los efectos sobre la mortalidad son más pronunciados en personas menores de 50 años. Los efectos más devastadores con las personas obesas están vinculadas a un estigma inocultable, esto conduce *per se* a un aumento de probabilidad de enfermedad de etiología psicológica y social. La mayor parte de las consecuencias de la obesidad se revierten al bajar de peso (33).

Los factores ambientales que provocan obesidad son el sedentarismo y una dieta hipercalórica muy rica en grasas saturadas y azúcares refinados que inducen altos índices de glucemia tras su ingestión, la vida urbana y el desarrollo han aumentado el sedentarismo y la alta disponibilidad de alimentos ricos en azúcares y grasas saturadas que constantemente se anuncian ante un público consumista, con una sociedad de la comida rápida y lista para el uso de coche, con una actividad física mínima (34). Otro factor ambiental que ha provocado un aumento de la obesidad es el ver televisión, que es el factor predictor más importante de obesidad en adolescentes y muestra un efecto dosis respuesta, ya que la televisión anuncia alimentos de alto contenido calórico, donde los personajes muestran unos hábitos alimentarios malos, el

obeso toma estos alimentos mientras ve televisión y esto les limita actividades al aire libre donde consumen mas energía, como los juegos o deportes (35).

Es importante el rol que juegan las personas más allegadas al obeso, habitualmente el cónyuge, los padres, amigos y hermanos, cuando la obsesión por la obesidad de uno de sus miembros, que ocasiona innumerables visitas al médico y preocupados diálogos sobre lo que el obeso consigue o no bajar de peso, lo que puede condicionar desintegración del grupo familiar y eludir la toma de conciencia de un problema mayor (36).

La obesidad es una epidemia global, se considera que el incremento de obesidad entre 1980 y 1990 es del 15 al 30%, por lo que es importante implantar programas de prevención y tratamiento de esta patología y evitar riesgos de enfermedades crónicas (37). Lo más importante es que el porcentaje de obesidad cada vez es mayor, lo que condiciona riesgos para otras patologías y en ocasiones incapacidad para desempeñar las funciones normales en el hogar y población, con la consecuente desestimación social, prejuicios y discriminación, estas influyen en las diferentes clases sociales, con diferentes costos para la sociedad por las complicaciones de la obesidad, que se estiman en 3 billones por año (38). Los centros industriales generalmente no emplean obesos por los riesgos de pensión, por lo que las diferencias sociales con los obesos influyen para su estatus socioeconómico, y estas diferencias inducen múltiples circunstancias negativas teniendo como resultado el incremento de la obesidad (39).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha participado en la Cruzada Nacional por la Calidad de la Atención en el Sector Salud, - en el rubro de la obesidad, - con la integración de grupos de apoyo de pacientes con

sobrepeso u obesidad que acuden a consulta a las unidades de atención primaria y que son derivados a ellos por el personal que los atiende; con ellos ya se ha estado trabajando desde el 2002. No existen grupos semejantes ni en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) ni en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En las diferentes Unidades de Medicina Familiar del país se han formado ya los grupos de apoyo contra el sobrepeso y la obesidad, pero su impacto hasta el momento no ha sido evaluado de manera formal.

Durante los 70 años de la existencia del Instituto Mexicano del Seguro Social ha existido una serie de programas dentro del primer nivel de atención que pretenden mejorar la atención a la población. Últimamente se ha puesto especial énfasis en mejorar la promoción de la salud, pero por lo regular poco se ha logrado con ello, sobre todo debido a que no hay continuidad trans-sexenal de los planes y propósitos, ni una concientización ni preparación homogénea de los trabajadores. En el presente sexenio (2000 – 2006) se ha hablado mucho de la Cruzada Nacional por la Calidad de la Atención en el Sector Salud. Dentro del IMSS, - y con relación a lo anterior,- surgieron los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). Por indicación del Director general, Dr. Santiago Levy Algazy, se tomó en cuenta la necesidad de cambiar el enfoque de los programas, de los tradicionalmente orientados, hacia la prevención de enfermedades.

Dentro de las actividades propuestas en los Programas Integrales de Salud se encuentran cinco componentes a desarrollar por el equipo multidisciplinario: la promoción de la salud, la nutrición, la prevención y el control de enfermedades, la detección de enfermedades y la salud reproductiva. La

promoción de la salud incluye la educación para el cuidado de la salud y la incorporación a grupos de apoyo. Todas estas actividades se desarrollan en cinco grupos de edad: niños, adolescentes, mujeres de 20 a 59 años, hombres de 20 a 59 años, y adultos mayores de 60 años (40).

Para la incorporación a los grupos de apoyo sólo se necesita por parte de los pacientes el tener la voluntad de adherirse a ellos, - una vez que se enteran de su existencia por los medios de difusión de la propia unidad o fuera de ella, - o bien ser derivado de cualquiera de los servicios que se prestan en la unidad, principalmente de los consultorios de medicina familiar. El grupo de apoyo contra el sobrepeso y la obesidad fue de los primeros formados después de la implementación de estos programas en la UMF No. 76. El personal de salud que se desempeña como educador en estos grupos está constituido por dos médicos, dos enfermeras, una nutrióloga, una psicóloga y una trabajadora social, y su desempeño ha sido evaluado de manera informal en reuniones de los responsables de los PREVENIMSS, encontrándolo no satisfactorio.

Los temas que actualmente se revisan en las reuniones de los grupos de apoyo son: Obesidad y complicaciones, Autoestima, Alimentación adecuada, Actividad física, Taller de alimentación, Habilidades para modificar el pensamiento, Estrategias (bajar de peso), Sexualidad y obesidad. Los pacientes acuden en total a ocho reuniones de una hora de duración cada una, después de lo cual son dados de alta, sin que se realice ninguna evaluación posterior ni seguimiento.

El integrar grupos de ayuda tiene sus fundamentos, como el que las enfermedades crónicas requieren esfuerzos para el mantenimiento de los tratamientos que los afectados no pueden realizar sin apoyo, o que las

personas que sufren los mismos problemas, carencias y marginaciones con relación a su salud, tienen más posibilidades de resolverlos si actúan juntos solidariamente, aunando esfuerzos y voluntades (41).

Como respuesta a la poca eficacia observable determinada por la asistencia a los grupos de apoyo contra la obesidad, diabetes e hipertensión de los PREVENIMSS anteriormente integrados; se decidió la implementación de una nueva modalidad de grupos de apoyo, que se encargarán de propiciar el mejoramiento del estilo de vida de los pacientes con las patologías mencionadas, Estos grupos de apoyo denominados SOHDi (sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes) tienen como características diferentes el que están siendo orientados por una trabajadora social previamente capacitada que es la responsable directa de estos grupos, que tienen un enfoque educativo eminentemente participativo. Los pacientes firman una carta compromiso de permanencia en los grupos; aunque solamente acuden a cuatro reuniones de orientación en la UMF de 2 hrs. de duración cada una, realizan reuniones subsiguientes extramuros, en la hora y el sitio que los participantes eligen, dirigidos por un líder entre ellos, elegido por votación, y acuden a recibir apoyo, retroalimentación y evaluación cada tres meses a la Unidad por la trabajadora social responsable hasta completar un año. Los temas que se revisan y refuerzan, en las reuniones, los temas son: 1.-Manejo de emociones, metas, apoyo familiar y trabajo grupal, 2.- Manejo de alimentos, 3.- Ejercicio, 4.- Información de las patologías en base a las guías de practicas clínicas, y 5.- Participación del enfermo y su familia para el autocuidado.

Es por lo que nos interesó comparar los grupos de apoyo contra el sobrepeso y obesidad, denominados “normal” con el grupo SOHDi (sobrepeso,

obesidad, hipertensión y diabetes); para valorar en cual de ellos la educación tiene más impacto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La educación actual es pasiva receptiva, basada en consumo de información sin llegar a la elaboración del propio conocimiento del sujeto a través de la reflexión y la crítica. Con este sistema educativo se manejan los pacientes con obesidad.

La obesidad se ha convertido en un problema de salud nacional que ha aumentado en forma considerable en las últimas dos décadas, - según los Centros de Control de Enfermedades,- y paradójicamente la obesidad es muy fácil de diagnosticar pero muy difícil de tratar.

Los cambios de estilo de vida, a través de una educación participativa en el paciente y su familia, son elementos esenciales del programa de manejo aumentando considerablemente el éxito terapéutico, probablemente porque ayudan a mantener hábitos de alimentación saludables.

Definiendo estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales

¿Existe diferencia entre el impacto de dos estrategias educativas diferentes en el cambio de estilo de vida de los pacientes obesos?

JUSTIFICACIÓN

Desde una orientación participativa en el aprendizaje de la clínica, es considerado como una manera de profundizar en esta problemática de la educación para la salud donde exista la posibilidad de obtener mayor capacidad para mejorar el estilo de vida de los pacientes con obesidad en su ámbito de acción y de orientar las actividades educativas a la superación de las deficiencias detectadas, y la finalidad fue comparar el efecto de dos estrategias educativas, una estrategia tradicional y una estrategia promotora de la participación en los pacientes con obesidad.

HIPÓTESIS

Los pacientes con obesidad logran un mayor cambio en el estilo de vida con una estrategia educativa promotora de la participación, en comparación con una estrategia tradicional.

OBJETIVO

Comparar los cambios en el estilo de vida en los pacientes con obesidad entre las dos estrategias educativas propuestas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo, longitudinal, prospectivo y cuasi-experimental.

Como los lineamientos para la integración y conducción de los grupos SOHDI establecen a nivel institucional que deben estar integrados por un

número de 10 a 20 pacientes, se decidió trabajar con los grupos integrados de la siguiente manera:

GRUPO I. Quince pacientes del grupo de apoyo contra la obesidad en la UMF No 76, con una estrategia educativa promotora de la participación (experimental), llamada “grupo SOHDI”, donde la estrategia estuvo basada en que el paciente sea reflexivo sobre su patología, se nombró un líder del grupo para supervisión del avance del mismo y el profesor fue la trabajadora social; se dieron cuatro sesiones de aula de 2 horas cada una, cada 8 días, con reuniones de seguimiento semanales hasta que se completaron 3 meses.

GRUPO II. Quince pacientes del grupo de apoyo para obesos en la UMF No. 76 como los previamente integrados, a los que se les denominó grupo “normal” y a los que se les sometió a una estrategia educativa tradicional, donde las sesiones, eran basadas en clases de aula, de 2 horas de duración por 4 sesiones, con conferencias expuestas por el grupo multidisciplinario de la Unidad (Médico familiar, Nutrióloga, Enfermera y Trabajadora Social).

En ambas estrategias se revisaron los mismos temas, con el mismo tiempo de sesiones, y en ambos grupos se aplicó la encuesta de evaluación del estilo de vida antes y después de la estrategia. La postevaluación se realizó a los 3 meses del inicio del curso para valorar el impacto.

El instrumento de evaluación, estuvo basado en una encuesta, la cual fue diseñada y validada por Juan Manuel López Carmona, donde se incluyen

25 Ítems con un puntaje de 0, 2 y 4, para un total de 100, donde el valor más alto es para quien tiene un mejor estilo de vida.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes del grupo de apoyo contra la obesidad que aceptaron participar en el estudio, seleccionados al azar.

Pacientes del grupo SODHi que aceptaron participar en el estudio.

Pacientes que se comprometieron a acudir a todas las sesiones educativas, y a la evaluación final del impacto, tres meses después del inicio de las mismas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes con menos del 80% de asistencia a las sesiones.

Pacientes que no cumplieron con más del 80% de las tareas.

Pacientes que no contestaron el instrumento antes y después de la estrategia educativa.

INSTRUMENTO UTILIZADO

El instrumento de evaluación, estuvo constituido por un cuestionario para una evaluación fácil y rápida del estilo de vida, el cual fue diseñado y validado por Juan Manuel López Carmona. Derivado del cuestionario IMEVID, fue modificado mínimamente para ser utilizado en forma sistemática en todos los grupos SOHDi conformados en el país. En él se incluyen 25 Ítems, con un puntaje de 0, 2 y 4, para una sumatoria total de 100; donde el valor más alto, de 75 a 100; es para quien tiene un muy buen estilo de vida; de 50 a 74, bueno, de 25 a 49 regular, y de 0 a 24 mal estilo de vida. Cada ítem consta de enunciados a contestar con las alternativas de: casi siempre, algunas veces y casi nunca.

El instrumento contiene una serie de preguntas estructuradas orientadas a conocer siete aspectos del estilo de vida de los pacientes con obesidad que se consideran sustantivos; que incluyen nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre el padecimiento, emociones y adherencia al tratamiento.

CUESTIONARIO IMEVID

Nombre:
años

Sexo: F M

Edad:

1. ¿Con que frecuencia come verdura?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	

17. ¿A cuántas pláticas del grupo de Autoayuda ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Le es útil la información que le proporcionan en los Grupos de Autoayuda?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Considera que le benefician las reuniones con los demás integrantes del Grupo de Autoayuda, fuera de la clínica?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
20. ¿El trabajo desempeñado por la trabajadora social lo considera?	Bueno	Regular	Malo	
21. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
23. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
24. ¿Tiene metas claras para lograr el control de su enfermedad?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
25. ¿Toma sus medicamentos de acuerdo a la indicación de su médico?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			Total	

Los temas que se revisaron en las sesiones de aula fueron: Obesidad y complicaciones, autoestima, alimentación adecuada, actividad física, taller de alimentación, habilidades para modificar el pensamiento, estrategias para bajar de peso, sexualidad y obesidad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para calcular si hubo diferencia significativa en el estilo de vida de ambos grupos de ayuda, después de terminado el proceso educativo, se utilizó la prueba de T de Student, así mismo para evaluar si hubo impacto en el índice de masa corporal de ambos grupos. Se utilizó para el análisis el programa estadístico SPSS versión 15.

RECURSOS

Por los investigadores.

ASPECTOS ÉTICOS

Se presentó ante el Comité de Investigación del Hospital General de Zona No. 8, para recomendaciones específicas, respetando los códigos de ética de la Secretaria de Salud y Asistencia y el código de ética de Nuremberg.

RESULTADOS

Del grupo SOHDi se les realizó post-evaluación a sólo trece de los quince pacientes que iniciaron la estrategia educativa, es decir, hubo una deserción de 13.33 %; en comparación con el grupo normal, a los que se les logró hacer la post-evaluación a sólo seis del grupo original, hubo entonces una deserción del 60%.

Una vez aplicado el instrumento de evaluación se encontró que se produjo una variación positiva en el estilo de vida de los integrantes del grupo SOHDi, cambiando la calificación de un promedio de 58.80 a 86.61, siendo la

calificación óptima a lograr de 100; según se observa en la tabla 1, lo que resultó ser estadísticamente significativo al aplicar la T de Student, con una p de 0.000, según se observa en la tabla 2.

Tabla 1

Estadísticos de grupo

	Tipo de grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
score de la pre-evaluacion	sohdi	15	58.8000	15.90687	4.10714
	normal	15	66.9333	17.74207	4.58098
scorepost	sohdi	13	86.6154	11.75825	3.26115
	normal	6	75.0000	10.33441	4.21900

Tabla 2

Prueba de muestras relacionadas ^a

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 score de la pre-evaluacion - scorepost	-29.846	14.05849	3.89912	-38.342	-21.351	-7.655	12	.000

^a. Tipo de grupo = sohdi

Este resultado contrastó con el resultado de la evaluación obtenida del grupo normal, cuya puntuación mejoró de 66.93 a 75.00 según se observa en la tabla 1, pero que resultó no tener una diferencia significativa una vez aplicada la T de Student, según se aprecia en la tabla 3 (p de 0.063).

Tabla 3

Prueba de muestras relacionadas ^a

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 score de la pre-evaluacion - scorepost	-13.667	14.05228	5.73682	-28.414	1.08030	-2.382	5	.063

a. Tipo de grupo = normal

Con respecto al índice de masa corporal el grupo SOHDi partió de un promedio de 33.96, y al término del proceso educativo, - en la post-evaluación, - bajó a 32.62, según se observa en la tabla 4, lo que resultó estadísticamente significativo una vez aplicada la T de Student , según puede apreciarse en la tabla 5 (p de 0.005).

Tabla 4

Estadísticos de muestras relacionadas ^a

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 imc	33.9630	13	6.08047	1.68642
imc2	32.6214	13	5.98757	1.66065

a. Tipo de grupo = sohdi

Tabla 5

Prueba de muestras relacionadas ^a

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 imc - imc2	1.34153	1.41959	.39372	.48368	2.19938	3.407	12	.005

a. Tipo de grupo = sohdi

En cambio en el grupo normal, aunque hubo un descenso en el promedio del índice de masa corporal de 28.35 a 28.01 según se aprecia en la tabla 6, este cambio no fue estadísticamente significativo, una vez aplicada la T de Student, según puede apreciarse en la tabla 7 (p de 0.050).

Tabla 6

Estadísticos de muestras relacionadas ^a

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 imc	28.3628	6	1.79169	.73145
imc2	28.0187	6	1.65534	.67579

a. Tipo de grupo = normal

Tabla 7

Prueba de muestras relacionadas ^a

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 imc - imc2	.34408	.32811	.13395	-.00025	.68841	2.569	5	.050

a. Tipo de grupo = normal

Las categorías del estilo de vida se calificaron como malo, regular, bueno y muy bueno. Al hacer la preevaluación en el grupo SOHDi, se encontró que el 6.7% tenía un mal estilo de vida, 20% regular, 66.7% bueno y 6.7 % muy bueno; pero una vez que pasaron por el proceso educativo participativo sus calificaciones variaron a: 15.4 % con buen estilo de vida, y 84.6 con muy bueno; en comparación con el grupo normal, que partiendo de las calificaciones de 13.3% con regular, 60% con bueno y 26.7% con muy buen estilo de vida; llegaron a 50% con buen estilo de vida, y 50% con muy buen estilo de vida.

El IMEVID evalúa siete dominios, que son: nutrición, actividad física, tabaquismo, alcoholismo, información sobre la enfermedad, manejo de emociones y adherencia al tratamiento. En este estudio se utilizó el IMEVID *modificado* debido a que por lineamiento institucional es el que se aplicará a todos los pacientes que se integren a los grupos SOHDi de todo el país para evaluación del impacto.

Después de la estrategia educativa en el grupo SHODi, resultó significativo el cambio en los aspectos de nutrición (p de 0.000), actividad física (p de 0.000), información (p de 0.000) y adherencia al tratamiento (p de 0.000); como se puede observar en la tabla 8.

Tabla 8

Prueba de muestras relacionadas ^a

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Nutrición - Nutrición	-13.385	6.55157	1.81708	-17.344	-9.42554	-7.366	12	.000
Par 2	Actividad física - Actividad física	-4.15385	2.88231	.79941	-5.89561	-2.41209	-5.196	12	.000
Par 3	Tabaco - Tabaco2	-.61538	1.50214	.41662	-1.52312	.29235	-1.477	12	.165
Par 5	Informac - Informac2	-5.69231	3.98716	1.10584	-8.10172	-3.28289	-5.148	12	.000
Par 6	Emociones - Emociones2	-2.61538	4.71767	1.30845	-5.46624	.23547	-1.999	12	.069
Par 7	Adherenciatrat - Adherenciatrat2	-3.38462	2.06311	.57220	-4.63134	-2.13789	-5.915	12	.000

a. Tipo de grupo = sohdi

En cambio en el grupo normal el cambio sólo resultó significativo en el aspecto de la actividad física (p de 0.042), como se muestra en la tabla 9.

Tabla 9

Prueba de muestras relacionadas ^a

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Nutrición - Nutrición	-5.66667	6.74290	2.75278	-12.743	1.40957	-2.059	5	.095
Par 2	Actividad física - Actividad física	-1.66667	1.50555	.61464	-3.24664	-.08669	-2.712	5	.042
Par 3	Tabaco - Tabaco2	-1.00000	2.44949	1.00000	-3.57058	1.57058	-1.000	5	.363
Par 4	Alcoholismo - Alcoholism2	-.66667	2.73252	1.11555	-3.53427	2.20094	-.598	5	.576
Par 5	Informac - Informac2	-2.00000	2.19089	.89443	-4.29920	.29920	-2.236	5	.076
Par 6	Emociones - Emociones2	-1.33333	2.73252	1.11555	-4.20094	1.53427	-1.195	5	.286
Par 7	Adherenciatrat - Adherenciatrat2	-1.33333	2.42212	.98883	-3.87519	1.20853	-1.348	5	.235

a. Tipo de grupo = normal

DISCUSIÓN:

En el grupo SOHDi se logró la permanencia de la mayoría de sus miembros (86.67%) en comparación con el grupo normal, en la que solo perseveró tanto en el proceso educativo como par postevaluación el 40% de sus miembros, esto habla del grado de convencimiento y de autonomía que se logró en el primer grupo, no así en el segundo.

La estrategia educativa participativa utilizada en el grupo SOHDi, demostró ser superior a la pasiva, utilizada en el grupo de apoyo para la obesidad, denominado "normal", tanto en la obtención de un cambio favorable en el estilo de vida, como en la disminución del índice de masa corporal. Se corroboró entonces el impacto positivo esperado al integrar en la educación de los participantes una estrategia, en la que se propició el análisis, la crítica y la reflexión, tanto de los contenidos como de las experiencias de vida de los miembros del grupo. No se apreció mayor impacto en los dominios de consumo de tabaco y alcohol en razón de que la mayoría de los integrantes de ambos grupos no tenían estas adicciones.

No existe antecedente de otros estudios que hayan comparado el impacto de las dos estrategias educativas mencionadas. Sí se han hecho estudios en los que se ha evaluado el impacto en los grupos SOHDi antes y después de aplicada la estrategia, y se comprobó fue positivo. Sin embargo no en todas las unidades se integran estos grupos debido a la dificultad inherente que su guía y motivación implica, a más de no contarse en todas las unidades con personal capacitado para ello. Debido a lo anterior se continúan realizando las sesiones educativas habituales en los grupos de obesos, que en realidad tienen poco o ningún impacto, según se desprende del presente estudio.

CONCLUSIONES

- 1.- La estrategia educativa participativa, ofrece mejor resultado en los procesos educativos dirigidos a los derechohabientes cuando se cuenta con personal capacitado para impartirla.
- 2.- La estrategia tradicional pasiva, no ofrece mayor impacto en el estilo de vida y en el peso de los pacientes obesos, sin embargo se ha insistido en ella durante mucho tiempo, debido a la carencia de personal capacitado en estrategias educativas participativas.
- 3.- Es necesario capacitar al personal multidisciplinario de salud en el desarrollo de estrategias educativas participativas.
- 4.- Estas estrategias educativas pueden ser útiles no solamente en el manejo de pacientes obesos, sino en el de todos aquellos pacientes que requieren cambios en sus hábitos de vida y en sus actitudes, tales como los pacientes hipertensos, diabéticos, nefrópatas, en situaciones de violencia intrafamiliar, etc...
- 5.- La autonomía es una actitud difícilmente adquirida por los pacientes mexicanos, y la estrategia educativa participativa demostró tener también un buen efecto en ésta actitud.
- 6.- En la lucha contra la obesidad la estrategia educativa participativa dirigida a los pacientes tendrá un efecto positivo de extenderse a todas las Unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fernández MB. Teorías del aprendizaje, métodos de enseñanza Vol. 1. Comisión de nuevos métodos de enseñanza UNAM, México 1973.
2. Tyler RW. Métodos de Enseñanza, Vol 1, Comisión de nuevos métodos de enseñanza UNAM, México 1973, Pág. 96.
3. Viniestra LV. Características de la docencia en el Instituto Nacional de la Nutrición, Rev. Invest. Clín. 1976; 28: 201-205.
4. Viniestra LV. La importancia de las modalidades de la relación médico paciente en los sistemas de atención médica, Rev Invest Clín, 1979; 31: 239-244.
5. Viniestra VL. Algunas consideraciones comparativas entre tipo 1 y tipo 2, Rev Inv Clín, 1979; 31: 413-420.
6. Viniestra LV. Hacia un concepto objetivo del aprendizaje clínico, Ed. Médica 1981; 117: 299-301.
7. Viniestra VL. ¿Qué significa la resolución de un problema clínico?, Rev Inv. Clín, 1981; 33: 151-159.
8. Viniestra VL. Lineamientos básicos de un plan general para cursos de especialización médica en disciplinas clínicas, Rev Inv Clín, 1981; 33: 75-89.
9. Viniestra VL. En que consiste la función educativa en una Institución de Salud, Rev Inv. Clín, 1982; 34: 261-267.
10. Pérez PJ. Viniestra VL. Métodos para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen de tipo falso, verdadero y no se, Rev. Inv. Clín, 1989; 41: 375-379.

11. Viniegra VL. Los problemas de la educación permanente en la medicina, Rev Fac Med UNAM, 1989; 32: 246-249.
12. Viniegra VL. Una nueva estrategia para la educación de posgrado, Rev. Inv Clín, 1990; 42: 150-157.
13. Sabido SM. Viniegra VL. Espinosa AP. Nava Ch M. Evaluación de una estrategia educativa para desarrollar la lectura crítica en médicos de primer nivel de atención, Rev. Méd. IMSS, 1997; 35: 49-53.
14. Ramírez BC. Competencia clínica en hipertensión arterial sistémica de alumnos de pregrado de dos escuelas de medicina. Rev Inv Clín 2000,52:132-139.
15. Aguilar ME, Viniegra VL. Atando teoría y práctica en la labor docente. Paidós Educador, 2003, 18-27.
16. Gimeno SJ. Currículo, una reflexión sobre práctica. Madrid, Morata, 1996.
17. Viniegra VL. La crítica y el conocimiento. Rev Inv Clín 2001; 53:181-192.
18. Garza PP, Viniegra VL. Intervención educativa en el desarrollo de una postura ante la educación, Rev Med IMSS 2000; 38: 235-241.
19. Gutiérrez GN; Aguilar ME, Viniegra VL. Validación de un instrumento para evaluar competencia clínica del médico familiar. Rev Med IMSS 1999; 37: 201-210.
20. González CR. Viniegra VL. Comparación de dos intervenciones educativas en la formación de médicos residentes. Rev Inv Clín. 1999; 51: 351-360.
21. Pantoja PM, Barrera MM, Sánchez I. Instrumento para evaluar aptitud clínica en anestesiología, Rev Med IMSS 2003; 41: 15-22.
22. Legth A, Obesity and adolescence, Research Obesity 1994; 24; 123-128.

23. Calzada L, Ruiz R, Revista mexicana de puericultura y Pediatría, 2003; 24: 224-236.
24. John G. Oral, Morbidity of severe obesity, Surg Clin North Am, 2001; 81: 1039-1061.
25. Davinson M. Clinical implications of insulin resistance syndrome, Am J Med 1995; 99: 420-426.
26. Kaplan N. The deadly quartet. Upper body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia and hypertension, Arch Int Med 1989; 149: 1514-1520.
27. Altamirano B. Características metabólicas del paciente pediátrico, Libro de resúmenes del VIII congreso de alimentación Enteral, 1997; 4: 11-14.
28. Marcus L, Baron A. Changing the FACE of child mental health, 2004; 2: 9-13.
29. Fruhbeck G. Childhood Obesity: time for action, not complacency. Br Med J 2000; 320: 328-329.
30. Chagnon YC, Perusse L, Bouchard C. Familial aggregation of obesity, candidate genes and quantitative trait loci, Curr Opin Lipidol 1997, 8: 205-211.
31. Martínez AB, Sánchez PL, Tratamiento Psicológico de la obesidad. En: Foz M, Hormiguera X (ed). Obesidad Harcourt Brace 1999: 151-167.
32. Moreno B. Primer simposium Español-Latinoamericano de Obesidad, Libro de resúmenes, París, 1998.
33. Garrow JS, Treta obesity seriously. A clinical manual, Churchill Livingstone, London 1981.
34. Ayuso JI, Baca E. Trastornos de la conducta alimentaria y alexitimia, Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines 1993; 21: 72-77.4.
35. Webb SA. Aetiology of Obesity British Medical Bulletin, 1997; 53: 264-285.

- 36.** Braguinsky J, y col, *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*, 2° edición, Editorial el Ateneo. Buenos aires, 1999.
- 37.** Flynn MA, McNeil DA. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with best practice recommendations, *Obesity Reviews*, 2006; 7: 57-66.
- 38.** Gortmaker SL. Must A, Perrin JM, et al, Social and economic in young adulthood. Analysis of a British birth cohort, *Arch Pediatric Adolesc Med* 1994; 148: 681-687.
- 39.** Novak M. Ahlgren C, Hammarstrom A. A life course approach in explaining social inequity in obesity among young adult men and women, *Int J Obes*, 2006; 30: 191-200.
- 40.** Grupo de trabajo de los Programas Integrados de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. Proyecto estratégico 2001-2003. Síntesis Ejecutiva. 2002, 24-25.
- 41.-** Salud y enfermedad. Ayuda mutua [página en Internet] [actualizada 27 de septiembre 2004, citada 26 de noviembre 2004]. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad/ciudadano/consejos/saludyenfer/ayudamutua.ht>

CUESTIONARIO IMEVID

ANEXO 1

Nombre:

Sexo: F M

Edad:

años

1. ¿Con que frecuencia come verdura?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas del grupo de Autoayuda ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Le es útil la información que le proporcionan en los Grupos de Autoayuda?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Considera que le benefician las reuniones con los demás integrantes del Grupo de Autoayuda, fuera de la clínica?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
20. ¿El trabajo desempeñado por la trabajadora social lo considera?	Bueno	Regular	Malo	
21. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
23. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
24. ¿Tiene metas claras para lograr el control de su enfermedad?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
25. ¿Toma sus medicamentos de acuerdo a la indicación de su médico?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			Total	

CÓDIGO DE NÜREMBERG**ANEXO 2**

El gran peso de la evidencia ante nosotros demuestra que algunos tipos de experimentos médicos, en humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen -generalmente- la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otro método de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales.

1) El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona envuelta debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; debe estar situada en tal forma que le permita ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier otro elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor posterior para obligar a coercer, y debe tener el suficiente conocimiento y comprensión de los elementos de la materia envuelta para permitirle tomar una decisión correcta. Este último elemento requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto sometible al experimento debe explicársele la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se conducirá, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre la salud o persona que pueden derivarse posiblemente de su participación en el experimento.

El deber y la responsabilidad para determinar la calidad del consentimiento recaen sobre el individuo que inicia, dirige, o toma parte del experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada a otra persona con impunidad.

2) El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad, que no sean procurables mediante otros métodos o maneras de estudio, y no debe ser escogido al azar ni ser de naturaleza innecesaria.

3) El experimento debe ser diseñado y basado en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad u otro problema bajo estudio de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.

4) El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento y daño innecesario sea físico o mental.

5) Ningún experimento debe ser conducido donde hay una razón «a priori» para asumir que puede ocurrir la muerte o daño irreparable: menos, quizás, en aquellos experimentos donde los realizadores del mismo también sirvan como sujetos de experimentación.

6) El grado de riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema a ser resuelto por el experimento.

7) Se deben proveer las precauciones adecuadas y tener facilidades óptimas para proteger al sujeto envuelto de la más remota posibilidad de lesión, incapacidad o muerte.

8) El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. El grado más alto de técnica y cuidado deben ser requeridos durante todas las etapas del experimento, bien de quienes lo conducen así como de los que toman parte de éste.

9) Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la libertad de poner fin a éste, si ha llegado al estado físico o mental donde la continuación del experimento le parece imposible.

10) Durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo en cualquier momento, si tiene razones para creer -en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso- que la continuación del experimento puede resultar en lesión, incapacidad o muerte para el sujeto bajo experimentación