



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CIUDAD UNIVERSITARIA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ALTERACIONES ORGANICAS MAS FRECUENTES EN EL PACIENTE CON OBESIDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DR. JORGE ALBERTO ENRIQUEZ JIMENEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1997

*no entrego
disco*



Universidad Nacional
Autónoma de México

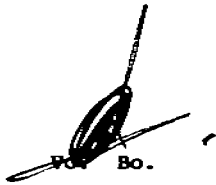


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



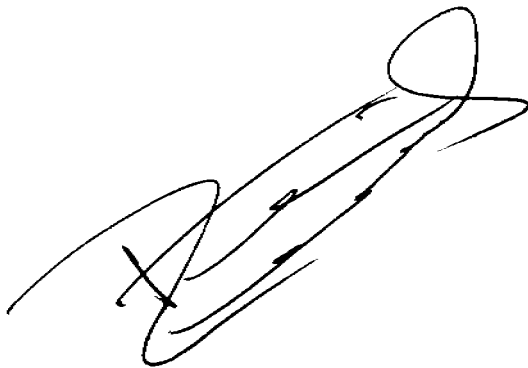
Por Bo.

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
JEFE DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DE LA
UMF No. 33
EL ROSARIO DEL IMSS

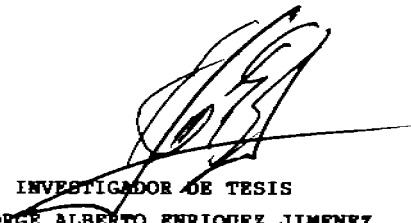


Por Bo.

DRA. LILIA RIVERA JIMENEZ
PROFESOR TITULAR
DE LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR
EN LA UMF No. 33
"EL ROSARIO"
DEL IMSS



ASESOR DE TESIS
DR. ANTONIO REYES HERNANDEZ
CONSULTORIO 11
DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 33
EL ROSARIO DEL IMSS



INVESTIGADOR DE TESIS
DR. JORGE ALBERTO ENRIQUEZ JIMENEZ
MATRICULA 11023864
RESIDENTE DE 2o. AÑO
MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 33 EL ROSARIO
DEL IMSS

• LA MEDICINA FAMILIAR •

El reto actual de la medicina,
luchar contra el dolor del hombre,
se ha visto beneficiada en los últimos años
con la aparición de una nueva rama de la medicina
que además de tratar en forma integral al hombre,
al contemplar sus aspectos: psicológicos, biológicos
y sociales.
También se encarga del estudio de la célula fundamental
de la sociedad.

Y que a su vez es la generadora de las
más grandes disfunciones en los individuos
al tratar los aspectos fundamentales
de éstos y sus familias.

La medicina familiar cumple con
los viejos enunciados de la medicina, al tratar
al hombre en forma integral y humanista
y con los enunciados de la medicina moderna
al tratar esos aspectos bio-psico-sociales de éste
y su familia. -

Y así mismo con los enunciados de la medicina del futuro,
Ya que aborda a los enfermos desde el punto de
vista de la historia natural de la enfermedad
y su gran énfasis en los aspectos preventivos
de todos los padecimientos.

Por lo vertido en los párrafos anteriores
se puede considerar desde mi humilde punto de vista
como la mejor de las especialidades
y donde el médico puede crecer
y este crecimiento dependerá de
su esfuerzo por convertirla en éso.

• LA MEJOR ESPECIALIDAD •

DEDICATORIA

A mi familia de origen
Por mostrarme este camino
y apoyarme para llegar a
la meta.
Por brindarme la confianza
y la comprensión durante
los días difíciles de esta
gran jornada.
" Gracias "

A LA NUEVA FAMILIA QUE FORME

A mi esposa Leticia, mis hijos
Jorge y Lucia.
Con mucho cariño por haber sido -
la luz que guío mis pasos en esas
interminables noches de sosobra -
Compartiendo conmigo las alegrías
del triunfo y las amarguras del -
fracaso.
Hoy que concluye una fase más de -
mi vida y a la vez el inicio de -
mi vida como médico familiar.
" GRACIAS "

A NUESTROS PROFESORES

Un buen profesor no es aquél
que toma en sus manos
al alumno más brillante
o más halagador,
y lo forma
a su imagen y semejanza
rechazando a todo aquel
que se aleja de su ideal
creando así máquinas sin
creatividad.

" Un buen profesor "
es aquél que dándose cuenta
de las debilidades
de sus alumnos
los estimula y guía
hasta lograr que esas debilidades
se transformen en fortalezas
y que sus alumnos lleguen a ser
tan brillantes
como aquéllos otros
creando a diferencia de éstos
un ser único
lleno de creatividad
y que es capaz de servir
a su familia y a su comunidad
en forma digna y responsable

" GRACIAS "

DR. JORGE A. ENRIQUEZ J. RIII MF

I N D I C E

TITULO	1
JUSTIFICACION.....	2
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	3
ANTECEDENTES.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
HIPOTESIS.....	13
DEFINICION DE LAS VARIABLES.....	28
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	35
RESULTADOS	36
CONCLUSIONES.....	81
SUGERENCIAS.....	81
BIBLIOGRAFIA.....	83
ANEXOS	86

T I T U L O

ALTERACIONES ORGANICAS MAS FRECUENTES
EN EL PACIENTE CON OBESIDAD

J U S T I F I C A C I O N

Debido a que los recientes estudios indican que el paciente con obesidad presenta alteraciones orgánicas, el presente estudio pretende determinar cuáles son las más frecuentes, y así poder incidir sobre ellas para prevenir los daños a la salud que ocasionan en nuestra población.

Sobre todo en los pacientes que acuden a la UMF No 33 "el rosario" del I.M.S.S. y sus familias.

Así mismo realizar programas para la prevención de estas, haciendo énfasis en la educación para la salud, informando a nuestros pacientes y en sus familias respecto la obesidad, el sedentarismo, la dieta, el ejercicio adecuado etc.

Para evitar la aparición de daños irreparables en sus diferentes aparatos y sistemas.

OBJETIVO GENERAL**OBJETIVO GENERAL:**

- 1) Identificar las alteraciones orgánicas más frecuentes en el paciente con obesidad en la UMF No 33 "El rosario" del I.M.S.S.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Identificar la frecuencia y grado de obesidad en los pacientes de la UMF No 33 "El rosario" del I.M.S.S.
- 2) Determinar las alteraciones orgánicas más frecuentes en pacientes con obesidad y su distribución por sexo y edad en la UMF No 33 "El rosario" del I.M.S.S.
- 3) Determinar las alteraciones orgánicas más frecuentes en el paciente con obesidad y su distribución por actividad laboral y física.

O B E S I D A D

ANTECEDENTES

INTRODUCCION:

La obesidad es definida como el acumulo exagerado de tejido adiposo -- manifestado como un aumento anormal de peso, es un problema que afecta a un alto porcentaje de la poblacion(hasta 30%) de las sociedades modernas . Al parecer existe una relacion entre el grado de industrializacion y la prevalencia de la obesidad, Por ello la posibilidad de un aumento en la prevalencia de la obesidad en nuestro pais es muy factible conforme el pais se encamina a un tipo de sociedad industrial y las -- areas rurales y semirurales son progresivamente sustituidas por areas urbanas. Estudios morfologicos in vivo e in vitro han demostrado la posibilidad de que la poblacion limitada de adipocitos al nacimiento pueda, bajo circunstancias especiales y estmulos externos o ambientales, aumentar su numero y contribuir al aumento de volumen de tejido -- graso . Aun cuando no se ha determinado con exactitud la alteracion genetica especifica , estudios epidemiologicos apoyan la presencia de factores geneticos o hereditarios en un porcentaje considerable de pacientes obesos. .(1)

Si bien el problema de la obesidad se puede reducir en una forma simplista, a un exceso de aporte o ingesta energetica mayor al consumo de energia en la mayoria de los casos, existen varios factores que deben tomar

se en cuenta : geneticos, familiares, psicologicos, culturales y dieteticos. El consenso para el tratamiento de la obesidad incluye el manejo de un regimen dietetico, aumento de la actividad fisica y terapia -- psicologica o modificacion de de los habitos dieteticos (el conjunto de estos tres componentes es lo que ha dado el mayor porcentaje de exito y mantenimiento de la perdida de peso a largo plazo).

Entre todas las dietas que se han propuesto , las dietas bajas en calorías con aporte nutricional completo son las más aceptadas; deben indicarse junto con un programa de actividad física y terapia de la conducta.(1 y 6)

Existen muchos productos comerciales que que ofrecen diversas alternativas para la dietas bajas en calorías, sin embargo una dieta individualizada puede ser más efectiva que aquellos, aparte de que permite asimilar paulatinamente las modificaciones necesarias de los habitos dieteticos.

La actividad física también debe prescribirse en forma individualizada de acuerdo a la edad, sexo, condición física y estado de salud del sujeto .

Las modificaciones de los hábitos dietéticos incluyen un tratamiento / esfuerzo intensivo de apoyo psicológico, educación nutricional y técnicas conductuales . En casos de obesidad mórbida que no han respondido al tratamiento médico bajo supervisión, puede entonces plantearse la opción de tratamiento quirúrgico, el cual tiene indicaciones precisas así como efectos colaterales graves.

La prevención de la obesidad probablemente sea el reto más importante de este problema, y deberá incluir políticas nacionales que incluyan -- la la educación nutricional de la comunidad. (1)

La obesidad es un problema común en algunas sociedades modernas, con poca frecuencia el gastroenterólogo que atiende a un paciente obeso se hace preguntas como "¿qué grado de obesidad es el que presenta mayor riesgo para el paciente?, ¿cuál es el mejor método para cuantificar la obesidad?, ¿es un problema hereditario?, ¿existe algún tratamiento farmacológico efectivo y seguro?, ¿qué dieta hay que indicar?, ¿cómo evaluar la calidad de los productos dietéticos?, ¿se debe recomendar el ejercicio?, ¿qué tipo de ejercicio?, y en muchos casos, ¿por qué no responde el paciente al tratamiento?". Por lo que en las siguientes hojas se revisara este problema y las alternativas para resolverlo.

Definición :

Desde el punto de vista fisiológico se considera como el almacenamiento excesivo de energía en forma de tejido graso, que afecta la salud y - - sobrevida de las personas.

Otra definición menciona: que es un trastorno complejo que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, con peso de 10 a 40 % o más del que se proporciona en las tablas estandar de peso y talla. (2)

Hay otras definiciones pero la mayoría coinciden con las mencionadas.

Formas de medición:

Las unidades de medida utilizadas más frecuentemente para determinar la presencia y grado de obesidad son el peso corporal, (Kg) y el índice de masa corporal (IMC: KG/m^2) (1-2) En base a estos parámetros y desde el punto de vista epidemiológico, la obesidad se ha definido como el porcentaje de exceso de peso o del índice de masa corporal por arriba de los valores promedio o de percentiles determinados en base a las tablas de pesos normales o tablas de índices de masa corporal, respectivamente (3,4).

De acuerdo a lo anterior se ha clasificado la obesidad en varios grados. En base al peso se ha clasificado en : obesidad de grado I, a un sobrepeso entre el 10 y el 25 %, del peso teórico normal, grado II a un sobrepeso entre el 25 y 40 %, y grado III a más del 40 % (1).

El índice de masa corporal es un parámetro basado en el peso y la estatura de los individuos, que se correlaciona muy significativamente con otras mediciones del acumulo de grasa, y minimiza el efecto de la estatura del sujeto. La fórmula para calcular el IMC es = peso corporal en Kg, dividido dividido por la talla (m^2) (2). En general se considera con sobrepeso a un sujeto con un IMC (con un BMI) mayor de 25 y con obesidad a pacientes con IMC mayor de 27. (3-4)

Pliegues cutáneos: Las mediciones del espesor de pliegues cutáneos tienen varias de las mismas ventajas que posee la medición de peso y talla: los compases son baratos y portátiles; las mediciones son relativamente fáciles de llevar a cabo, y perfectamente aceptables por los pacientes. En un estudio de norteamericanos-mexicanos, se comprobó que la proporción de circunferencia de cintura a cadera y la proporción de pliegue subescapular - a - triceps (indicador de grasa truncal en comparación con la periférica), se acompañaban de una proporción elevada de diabetes sacarina, valores bajos de colesterol de lipoproteína de gran densidad y valores altos de triglicéridos. Los datos de Honolulu Heart program, revelan que el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria es mayor para quienes tienen un pliegue subescapular mayor a cualquier nivel de BMI. Estos estudios ponen de manifiesto que que la distribución corporal central o troncal de la grasa del cuerpo puede ser un factor de riesgo más importante que el total de grasa corporal.

Hay otro tipo de mediciones, pero dado que son muy sofisticadas como la de peso bajo el agua, la determinación por TAC o por resonancia magnética, etc. y no son factibles de realizar en el primer nivel solo se mencionaran. (1 - 5)

EPIDEMIOLOGIA

Si bien la obesidad es un problema que afecta a un porcentaje importante de la población en países industrializados (30 %) también es un problema que afecta a un número cada vez mayor de pacientes mexicanos.

En un estudio realizado en 1967 se encontró que la frecuencia de obesidad en el medio rural era de 5% con grado I en hombres y 10% en las mujeres. En el medio semirural la frecuencia fue de 11% en hombres y de 12% en mujeres, mientras que en el medio urbano la frecuencia fue de 28.5% en hombres y mujeres, con grados más avanzados de obesidad.

De manera similar, los resultados de una encuesta nacional para valorar el estado nutricional en mujeres y niños mexicanos mostró una frecuencia de obesidad y sobrepeso de 24.8% en mujeres de 12 a 49 años, considerando sobrepeso un IMC de 24.9 a 27 y obesidad IMC 27, mientras que la frecuencia de sobrepeso y obesidad en niños fue de 11.3 y 4.4 -- respectivamente (1,7). Esto último es importante ya que se ha encontrado que la obesidad en la adolescencia se relaciona con mayor morbilidad y mortalidad en la edad adulta. (7 y 8)

Desde el punto de vista simplista, la obesidad se podría explicar con base en aspectos socioculturales que afectan a los individuos, caracterizadas, por una vida sedentaria por un lado, y la disminución de trabajo físico por el otro, condicionan un aporte excesivo o mayor ingesta de energéticos, y un consumo o gasto menor de energía, respectivamente. Inclusive el sedentarismo o falta de actividad física de las sociedades industriales se ha relacionado con ver la televisión (10), si a lo anterior agregamos el desarrollo de patrones en la alimentación con una mayor tendencia hacia el consumo de alimentos con una densidad energética elevada v.gr.: chocolates, pasteles, botanas, etc. y un menor consumo de alimentos con fibra y nutrientes, tales como calcio, folacina, y vitamina "C", (6), tenemos como resultado un aumento en la prevalencia de obesidad en las sociedades modernas.

En lo relacionado a los factores socioculturales se ha observado que en lo referente al nivel socioeconómico y lugar de residencia, disminuye la obesidad mientras mayor sea el nivel socioeconómico, en las mujeres y lo opuesto en los hombres.

Probablemente una de las mayores aplicaciones de esas observaciones es que los grupos estudiados pudieran servir como modelos para poder predecir y proveer el resultado de la transformación de nuestra sociedad a una sociedad de tipo industrial.

Ha habido muchos debates con respecto a lo que comen los obesos. En algunos estudios se ha demostrado que los obesos no comen volúmenes en -- demasia, sino en forma desbalanceada, con un aumento de los alimentos con contenido graso o por golosinas de alto contenido calórico (1). Finalmente es importante recordar que importante para desarrollar enfermedades crónico-degenerativas asociadas a la obesidad (cuadro I (2-7,)). Probablemente, el mayor riesgo reside en el desarrollo de padecimientos como cardiopatía coronaria, hipertensión arterial y diabetes mellitus con la consecuente disminución de supervivencia de los obesos.

FACTORES HEREDITARIOS EN LA OBESIDAD

Hace algunos años se discutió sobre los factores genéticos en este problema. Actualmente existe un mayor consenso acerca de que probablemente los genotipos de la obesidad humana, son sistemas multigénicos con redes de interacción de gen a gen y de gen a medio ambiente(1).

Estas a. se basan en 2 argumentos principales : a) tanto la cantidad total como el exceso de grasa corporal resultan de una serie de una serie de causas e interacciones que se suman, que pueden estar relacionadas a variaciones en la secuencia de ADN , pero que también pueden asociarse a tipos de comportamiento y estilos de vida.

b) La obesidad constituye un fenotipo heterogéneo, y cada variante fenotípica es modulada por un tipo diferente de factores causales.

Existen diferentes tipos de evidencias que apoyan la participación de factores hereditarios en la etiología de la obesidad.

1.- Evidencias de estudios realizados en familias donde hasta el 80% de los hijos de dos progenitores obesos también presentan fenotipo obeso -- comparado con una frecuencia de 14% en los hijos de dos progenitores -- con peso normal.

2.- Estudios en gemelos, en donde se han encontrado correlaciones hasta del 97% para gemelos monocigóticos . Aunque en otros estudios de gemelos idénticos criados en el mismo medio ambiente , la variación fue del 1.31% mientras que la variación en gemelos criados en ambientes diferentes fue de 3.6%, lo cual sugiere que si los factores hereditarios tienen un papel importante, también los factores ambientales pueden tener un significado. Aún más, otros autores encontraron poca evidencia hereditaria en cuanto al peso de gemelos en la edad adulta, sugiriendo que el peso corporal del adulto es modificado y afectado por factores tales -- como salud, nutrición, ejercicio y autocontrol.

MORFOLOGIA DEL TEJIDO ADIPOSOS

Las investigaciones actuales han confirmado que el tejido adiposo tiene un papel como otro órgano de la economía con funciones endócrinas, autócrinas e intracrinas. Y recientes estudios han demostrado que en el hombre existe la capacidad de desarrollar nuevas células adiposas a partir de células unipotenciales.(1) .

FACTORES ENDOCRINOS

En lo que respecta al metabolismo basal, se ha reportado que hay aumento en el grado de metabolismo basal y en el gasto diario de energía en los obesos(2). Sin embargo ambos índices tienden a disminuir durante el tratamiento con una dieta hipocalórica.

Otro aspecto importante de la obesidad es su efecto sobre las concentraciones plasmáticas de insulina , las cuales habitualmente se encuentran elevadas en los obesos, tanto en estado de ayuno como después de la estimulación con glucosa.(lo anterior es en parte un reflejo de la resistencia periférica a la insulina.

Se han estudiado diversas anomalías metabólicas en relación a la obesidad pero suelen ser más consecuencias que causas, una excepción de estas es el hiperadrenocortisismo que que tiene como consecuencia refleja la producción excesiva de corticoesteroides suprarrenales y esto a su vez la estimulación de la lipogénesis.

(2 y 6)

FACTORES SOCIALES

Se consideran las determinantes más importantes de la obesidad y hacen -

las influencias endócrinas y psicológicas, parezcan menos significantes.

Por ejemplo la obesidad es de seis veces más frecuente en mujeres de clases bajas que de niveles altos, esta relación entre clase social y obesidad es más que una correlación, también es lineal y la clase social de los padres esta íntimamente ligada a la obesidad de los hijos, así como con la del conyuge, otros factores sociales, en particular étnicos y religiosos también se encuentran ligados a la obesidad. (6 -9)

FACTORES PSICOLOGICOS:

Muchos obesos refieren que comen más cuando tienen problemas emocionales pero ha sido difícil comprender la relación entre las emociones y la obesidad.

Hay otros factores desviados de la alimentación que contribuyen a la obesidad como son: 1) La bulimia (ingestión compulsiva y repentina de gran cantidad de alimento), 2) El síndrome de alimentación nocturna (consiste en anorexia matutina, hiperfagia vespertina e insomnio . (6,9). Por otro lado se ha tratado de establecer el perfil psicológico del obeso ; en este sentido e importante hacer notar que existe un amplio rango de variación en cuanto a la actitud hacia la obesidad, dependiendo de factores de tipo sociocultural, como lo han mencionado algunos autores para algunas sociedades la obesidad es el reflejo del éxito, mientras que para otras, como las industrializadas, se tiene una actitud negativa hacia ella. Dichas actitudes negativas contribuyen a una disminución de la autoestima, y a problemas psicológicos en los pacientes obesos. En cuanto al tipo de personalidad se ha detectado un aumento en la frecuencia de personalidad pasivo dependiente, o pasivo-agresiva en pacientes con obesidad morbida; estos pacientes son obsecados, desafiantes y resistentes a aceptar, ayuda, mostrando en general un patrón de conducta desadaptado. Los pacientes pafivos aún cuando tienen ese tipo de aspecto en realidad expresan hostilidad a través de un comportamiento de aislamiento, obstrucción, procrastinación y bloqueo directo o indirecto a los esfuerzos por ayudarlos. Otros rasgos son la inmadurez y poco control de sus impulsos.(1,2,9).

FACTORES DEL DESARROLLO.

En la niñez es más frecuente que haya obesidad hiperplástica (incremento en el tamaño de las células adiposas) o por lo general un tipo combinado hipertrófico-hiperplástico, (hipertrófico , incremento en el número de células). Y pueden tener hasta cinco veces más células de grasa.

La mayoría de las personas que sufren obesidad en la edad adulta, sufren obesidad hipertrófica.

La frecuencia de obesidad es más del doble en edades de 20 a 50 años.

(También los animales acumulan grasa con la edad) Esto suele atribuirse a una persistencia de una ingestión calorica lata a pesar de disminuir el gasto calorico(1, 6)

OBEIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA OTRAS ENFERMEDADES ORGANICAS

Se pueden enumerar una gran cantidad de enfermedades que empeoran conforme lo hace la obesidad, y mejoran , con la disminución progresiva del exceso de peso, como las siguientes enfermedades: Enfermedad hepática, se ha asociado a la obesidad con la presencia de cambios de tipo infiltración grasa en la morfología del hígado, se ha estudiado más en pacientes con obesidad mórbida sometidos a tratamiento quirúrgico, reportandose una incidencia de alteraciones estructurales del 60 al 90%. En estudios de autopsia también se encontro una correlación con esteatosis hepática y obesidad. (1) . También se ha relacionado la hipótesis de resistencia a la insulina con una alteración en el metabolismo de los acidos grasos (10).

La obesidad causa morbilidad y mortalidad principalmente por las complicaciones cardiovasculares y la muerte súbita. La obesidad mórbida también produce tensiones mecánicas y físicas que predisponen o agravan la osteoartritis, trombosis venosa y embolias, colelitiasis, hipertensión, hipoventilación e hipoxemia. (11).

La hiperinsulinemia, la resistencia a la insulina, la diabetes, la hipertensión y la hiperlipidemia mejoran tras la pérdida de peso. La enfermedad de la vesícula aumenta con el grado de obesidad, También se ha observado un aumento en los pacientes adultos cardiopatas. Algunos pacientes obesos muestran hipoventilación durante la vigilia que es indicativa del síndrome de obesidad hipoventilación (Síndrome de Pickwickian), esto se distingue por la hipoventilación alveolar primaria, por la presencia de obesidad extrema, con las características particulares que son: hipercapnia, hipoxemia y hematócrito elevado. La obesidad exacerba o precipita hipertensión en personas predispuestas - en las que se encuentra un aumento del volumen intravascular, y un gasto adecuadamente alto. La reducción de peso, disminuye la presión arterial.

En el obeso hay varios factores que guardan relación neta con la aterosclerosis acelerada; en recientes estudios científicos se ha observado que la obesidad se relaciona directamente y en forma proporcional con la frecuencia de coronariopatías, y trastornos circulatorios perjudiciales. Y en relación a pacientes cardiopatas se observa que hay mayor frecuencia de obesos.

También se ha encontrado mayor incidencia de alteraciones en el colesterol, triglicéridos y la presencia de aterosclerosis progresiva en el obeso (10-11).

La hipertensión arterial, se presenta con relativa frecuencia en pacientes obesos y se ha definido una correlación aproximada que por cada 10 Kg de aumento de peso hay incremento en las cifras basales de la presión sistólica. En relación a sexos, la hipertensión arterial es el doble en pacientes del sexo femenino, que en pacientes masculinos. Es importante señalar que con la disposición central androide de adiposidad hubo una mayor frecuencia de hipertensión arterial.

También se ha demostrado que hipertensión guarda relación con la obesidad y la edad hasta los 50 años.

Diabetes: en varios estudios se ha demostrado la frecuencia de obesidad en diabetes mellitus (más frecuente la tipo II) y se ha deducido que la frecuencia particular y la magnitud de la tolerancia a la glucemia aumentan con la edad y el grado de sobrepeso. (11-12).

La obesidad en la paciente embarazada aumenta el riesgo de aumento de la presión arterial y la aparición de diabetes gestacional, y eclampsia así como el riesgo para la cirugía y el riesgo de productos macrosómicos, la infección de heridas, y deiscencias de las mismas, y el aumento de la mortalidad prenatal.

Otras alteraciones pueden ser: Incapacidad psicosocial, enfermedad articular degenerativa, algunos cánceres (colon, recto, y próstata en varones), vías biliares, ovario y mama en mujeres), enfermedades del aparato digestivo, (Cálculos vesiculares, esofagitis por reflujo), trastornos de la piel, (presencia de piel seborreica, estrías, etc) Los obesos también tienen mayor peligro de deterioro funcional pulmonar, anomalías endocrinas, proteinuria y aumento de la concentración de la Hb.

El índice de mortalidad aumenta en proporción con el grado de obesidad pesos relativos de 130% se acompañan de un incremento de la mortalidad del 35%, y pesos relativos de 150, del doble de mortalidad.

El paciente con obesidad mórbida (peso relativo 200%) tiene un aumento de la mortalidad por lo general de hasta 10 veces mayor. (12-13).

La importancia del abordaje de esta enfermedad estriba en las múltiples alteraciones y complicaciones, que a menudo son graves y que padecen los obesos y que justifican un tratamiento que muchas veces no tiene éxito. Y que salen de los fines de la presente investigación.

CUADRO I
PADECIMIENTOS ASOCIADOS CON LA OBESIDAD
O DONDE LA OBESIDAD ES UN FACTOR DE RIESGO

- 1) DIABETES MELLITUS
- 2) ATEROESCLEROSIS
- 3) HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA
- 4) LITIASIS VESICULAR
- 5) ARTRITIS DEGENERATIVA
- 6) PADECIMIENTOS RESPIRATORIOS(ENFISEMA_
APNEA DEL SUEÑO).
- 7) Enfermedades renales.
- 8) HIPERLIPIDEMIAS
- 9) OTRAS . (1)

PRECUENCIA DE PACIENTES CON OBESIDAD QUE ACUDEN A CONSULTA, CAPTADOS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA No 33 " EL ROSARIO" DEL IMSS.

TOTAL DE PACIENTES CON OBESIDAD QUE ACUDEN A CONSULTA: 1313.

TOTAL DE PACIENTES CON OBESIDAD DE ACUERDO A SEXOS: FEMENINO 1026.

MASCULINO : 287.

TOTAL DE PACIENTES CON OBESIDAD DE ACUERDO A SU DISTRIBUCION POR LA -
ASISTENCIA A CONSULTA SUBSECUENTE O DE PRIMERA VEZ Y DE ACUERDO A SEXO
PACIENTES DEL SEXO MASCULINO CON OBESIDAD : PRIMERA VEZ 85. SUBSECUEN-
TES 202. PACIENTES FEMENINA CON OBESIDAD : PRIEMRA VEZ 310. SUBSECUEN
TES 716.

PACIENTES DEL SEXO MASCULINO DISTRIBUIDOS POR INTERVALOS DE EDAD. DE-
10 AÑOS, DE ACUERDO A NUESTRO GRUPO DE ESTUDIO, EN RELACION A SU ASIS-
TENCIA A LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE:

EDAD:	15 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años
PRIMERA VEZ:	5	10	16
SUBSECUENTES:	2	12	18
TOTAL	7	22	34
EDAD :	40 a 49 años	50 a 59 años	
PRIMERA VEZ:	10	20	
SUBSECUENTES:	22	64	
TOTAL:	34	84	

PACIENTES DEL SEXO FEMENINO DISTRIBUIDOS POR INTERVALOS DE EADD , DE -
10 AÑOS DE ACUERDO A NUESTRO GRUPO DE ESTUDIO, EN RELACION A SU ASISTEN
CIA A LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE:

EDAD:	15 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años.
PRIMERA VEZ:	13	38	47
SUBSECUENTES :	4	28	63
TOTAL	17	66	110
EDAD:	40 a 49 años	50 a 59 años.	
PRIMERA VEZ	70	79	
SUBSECUENTES:	160	272	
TOTAL:	230	351	

EL TOTAL DE PACIENTES CON OBESIDAD EN LA UMF No 33 SE REFIERE A AMBOS
TURNOS POR LO QUE SE ESTIMA QUE EL 60 % DE ELLOS ACUDEN A LA CONSULTA
MATUTINA POR LO QUE SE TOMARA LA MUESTRA DE ACUERDO A ESTE PORCENTAJE

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuales son las alteraciones orgánicas más frecuentes en el -
paciente con obesidad que acude a consulta a la UMF No 33 del -
I.M.S.S. "El rosario" ?

" HIPOTESIS "

No requiere por ser un estudio descriptivo.

SUJETO MATERIAL Y METODOS

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO

TIPO DE HOSPITAL

LA UMF No 33 "el rosario " del INSS

En esta unidad se da atención de primer nivel, con los siguientes servicios: consulta externa, la aplicación de programas específicos de atención primaria como son: materno infantil, control de enfermedades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cancer) vacunación permanente y en campañas intensivas, atención dental, y sus programas ; con los programas de EMI, medicina preventiva, dietología, laboratorio de analisis clínicos, y radiología de primer nivel.

AREA DE INFLUENCIA

Dentro de esta se encuentran las siguientes colonias:

Jardines de Florida
Las Flores
Diez de Abril
Echegaray

SECTOR I

Estado de México : Bosques del Rincon
La Hacienda de Cristo
Pastores
Rincón del Bosque
Satelite zona poniente
Santa María Nativitas.

SECTOR II

DISTRITO FEDERAL :

Tierra Nueva
Prados del Rosario
Hacienda del Rosario
Unidad Pemex
Rosario CTM
San Martín Kochinahuaca
Unidad Francisco Villa
Rosario INFONAVIT I
Unidad Habitacional C.RO. C.I,II
Unidad Habitacional Manuel Rivera
Mecates.

SECTOR II TLALNEPANTLA : Puente de Vigas
 San Pablo Xálpa
 Bella Vista
 Rancho San José
 Vista Hermosa
 Industrial las Armas
 Plaza la colina
 Residencial del Parque
 Unidad Habitacional C.R.O.C. III
 Rosario Sección II,III.

SECTOR III
DISTRITO FEDERAL : Ahuizotla
 Providencia
 San Pedro Xálpa
 Ejido de San Pedro Xálpa
 Pueblo Santiago Ahuizot.

Población Total:105 339 derechohabientes.

La forma en que los pacientes llegan a la unidad de medicina familiar No 33"el Rosario" es por : sus propios medios, ya sea en vehiculos - privados, en medios colectivos de transporte, o caminado desde su -- domicilio.

La ubicacion de la UMF No 33 es: Aquiles --
 Serdán y avenida de las culturas sin número delegación azcapotzalco-
 estado de México.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Para el presente estudio, se realizará , con la ayuda del departamento de dietología, la captación de todos los pacientes obesos que cubran los criterios de inclusión, y posteriormente se determinará mediante el estudio de su expediente clínico y en base a un cuestionario , que consta de 14 preguntas y que inicialmente se aplicaría directamente a los pacientes con obesidad, sobre las alteraciones orgánicas y otros puntos contenidos en el y que por su factibilidad se aplicará a los expedientes clínicos -- llevando un registro individual de cada uno de ellos para evitar duplicación de la información.

Después de haber realizado la investigación a cada paciente se registrará las conclusiones individuales y posteriormente se elaborarán las conclusiones generales del estudio.

La investigación se desarrollara del mes de septiembre de 1995 al mes de octubre de 1996.

La información obtenida será vaciada, utilizando una sabana para datos -- hecha expreso.

Posteriormente se realizará el conteo de los datos obtenidos .

Y el analisis de los resultados se realizará por medio de estadística -- descriptiva.

Y como ultimo paso se realizarán las conclusiones hechas al estudio de -- los pacientes, dandose por concluido el estudio.

DISEÑO**TIPO DE ESTUDIO****A) OBSERVACIONAL**

Por qué se presencian los fenómenos, sin modificar intencionalmente las variables.

B) RETROSPECTIVO

Por que la recolección de los datos se hace a partir de información previamente recolectada para otros fines , por ejemplo a partir de expedientes clínicos.

C) TRANSVERSAL

Por que no se hace seguimiento, las variables de resultado son medidas una sola vez.

D) DESCRIPTIVO

Por que se estudia solo un grupo, no se hacen comparaciones.

E) ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

De efecto a causa los sujetos se identifican a partir de la enfermedad o efecto y se busca el antecedente de exposición a una posible causa.

De casos prevalentes , ya que se trabajará con casos ya existentes .

F) ABIERTO

El investigador y los sujetos conocen las condiciones de aplicación de las maniobras y las variables de resultado.

GRUPOS DE ESTUDIO

Se estudiará a pacientes con obesidad, de ambos sexos, que acuden a consulta y que serán captados por el departamento de dietología en la UMF No 33 "el rosario" del I.M.S.S. , de cualquier nivel -- socioeconómico y cultural , independientemente también de su actividad física o laboral.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1) Pacientes de la UMF No 33 "El rosario" del I.M.S.S.
- 2) Pacientes captados por el servicio de dietología sin importar su edad.
- 3) Con obesidad de cualquier grado.
- 4) Con cualquier tipo de actividad física.
- 5) De cualquier actividad laboral.
- 6) De cualquier estrato socioeconómico.
- 7) De ambos sexos.
- 8) Pertenecientes al turno matutino.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1) Pacientes no derechohabientes de la UMF No 33 del I.M.S.S.
- 2) Pacientes del turno vespertino
- 3) Pacientes sin obesidad.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1) Pacientes que durante el estudio decidan renunciar a este.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para nuestro estudio se tomará el total de pacientes captados - por el servicio de dietología con el diagnóstico de obesidad - - durante el mes de octubre de 1996, a quienes se les aplicará el cuestionario guía para verificar algunos datos en su expediente clínico, tomando en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación mencionados en este trabajo.

DEFINICION DE LAS VARIABLES**VARIABLE DEPENDIENTE**

a) Las alteraciones orgánicas más frecuentes.

Escala de medición:

Nominal, discreta, finita.

VARIABLE INDEPENDIENTE

b) Pacientes de cualquier edad con obesidad.

Escala de medición:

Nominal, discreta, finita.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES**ALTERACION ORGANICA:**

Se considera al teración orgánica, aquella enfermedad que presenta el individuo, en forma aguda o crónica, y que afecta a uno o varios aparatos o sistemas.

OBESIDAD:

Es el acumulo exagerado de tejido adiposo manifestado como un aumento anormal de peso.

Para su medición se realizan varios metodos, como el indice de masa corporal (IMC= Kg/m² de SC) , pero para nuestro estudio se realizara de acuerdo a la medición de peso y talla de acuerdo a edades y para población mexicana.

Así mismo se determinará el grado de obesidad de acuerdo al grado de sobrepeso siguiente: obesidad de primer grado o grado I, es el sobrepeso entre el 10 y 25 % del peso teórico normal, obesidad de segundo grado o grado II, es el sobrepeso de entre el 25 y 40 % y de tercer grado o grado III a un sobrepeso mayor al 40 %.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El presente estudio es factible en lo que se refiere al universo de trabajo , ya que en la unidad de medicina familiar No 33 "el rosario" se dispone de servicios en los que se pueden presentar los pacientes obesos con las características señaladas para ser incluidos en el presente estudio : tales servicios son los de consulta externa y dietología captados en esta unidad.

A estos pacientes se les pedirá su cooperación para completar los datos que no se encuentren referidos en el expediente clínico, de donde se obtendrá la información de nuestro estudio.

Por lo que se requerirra aplicar las siguientes consideraciones éticas :

CONSIDERACIONES ESTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

Se solicitará la cooperación del paciente explicandole el motivo de la investigación y se dejara fuera del presente estudio a los pacientes que no acepten participar en el.

DE ACUERDO A LA DECLARACION DE HELSINKI

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Este estudio será realizado de acuerdo a las Normas Nacionales e Internacionales, en materia de investigación científica, no siendo necesario el consentimiento por escrito de los sujetos involucrados.

Las normas antes señaladas, son los principios que animan a los elementos enumerados a continuación:

- a) La declaración de Helsinki la cual fué adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial en Finlandia en el año de 1964 y revisada por la XXIX Asamblea Mundial en Tokio Japón en 1975.
- b) El código Internacional de Etica Médica que establece: "Cualquier acto o consejo que pueda debilitar la resistencia física o moral de un ser humano, debe de utilizarse sólo en su beneficio.

c) La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial que establece: "La salud de mi paciente será mi primera consideración".

d) Ley general de Salud de los Estados Unidos Mexicanos que advierte sobre la responsabilidad penal, ética y criminal de quienes se dedican a la investigación y que se encuentra contemplada en el Título quinto, Capítulo único, artículos 90 a 103.

e) Lineamientos Generales para realizar investigación en el I.M.S.S. que al respecto menciona: "Toda investigación realizada en el Instituto, debe poner de manifiesto un profundo respeto hacia la persona, la vida, la seguridad y todos los derechos de quienes participen en ella.

Esta se regirá por las normas institucionales en la materia, por la Ley General de Salud y por las declaraciones internacionales sobre investigación en seres humanos.

RECURSOS HUMANOS

Médico residente de medicina familiar adscrito a la UMF No 33
"el rosario" del I.M.S.S.

RECURSOS MATERIALES EMPLEADOS

Hojas de papel tamaño carta para vaciado de información indivi
dual de los pacientes.

Hojas de papel milimétrico (para graficar resultados).

Lápices.

Bolígrafo.

Calculadora.

Báscula que cuente con estadiómetro.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Costeado por el investigador.

ANALISIS DE LOS DATOS

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Se realizó un estudio de tipo transversal, retrospectivo, observacional descriptivo, de casos y controles y abierto, en base a los pacientes -- captados por el servicio de dietología durante el mes de octubre de 19-96 en la UMF no 33, encontrándose 108 pacientes en dicho registro, de - los cuales 14 tuvieron que eliminarse por no cumplir con los criterios de inclusión, 8 por pertenecer al turno vespertino y 6 por no contar con expediente clínico (datos de baja). Realizándose la investigación con -- los 94 restantes que cumplieron con los criterios de inclusión ; ser pa- cientes de la UMF No 33, captados por el servicio de dietología con P- diagnóstico de obesidad, de cualquier edad, con cualquier tipo de activi- dad física, con obesidad de cualquier grado, sin importar su activida- dad laboral , de cualquier estrato socioeconómico, de ambos sexos, perte- necientes al turno matutino.

Tomando en cuenta los siguientes criterios de exclusión, pacientes no - derechohabientes, de la UMF No 33, pacientes del turno vespertino, pa- cientes sin obesidad, y pacientes sin expediente clínico.

Se tomarón como escala de medición, las de tipo nominal, discreta. fini- ta, para medir las variables.

La información se captó por medio de los pacientes registrados durante el mes de octubre de 1996, por el servicio de dietología de la UMF No - 33, y que contarón con expediente clínico, , para valorar los datos que como guía fuerón tomados de un cuestionario que sería inicialmente apli- cado a los pacientes para captar la información, pero que por no ser -- factible de realizar se utilizó como guía para obtener los datos de los expedientes de los pacientes estudiados, y consistió en 14 preguntas.

Al final se captarón los datos de los 94 pacientes estudiados y la infor- mación se recolectó en una sabana de datos , analizándose los mismos y obteniéndose las conclusiones del estudio, concluyéndose el mismo.

EDAD DEL GRUPO EXPERIMENTAL

En relación a la edad del grupo de estudio se encontró lo siguiente: - edad de 2 a 11 meses con frecuencia de 1 y porcentaje del 1.06%, edad de 1 a 10 años con frecuencia de 7 y porcentaje del 7.44 %, edad de 11 a 20 años con frecuencia de 9 y porcentaje de 9.57%, edad de 21 a 30 años con frecuencia de 22, y porcentaje de 23.4%, en edad de 31 a 40 años -- con frecuencia de 16 y porcentaje de 17.02%, en edad de 41 a 50 años -- con frecuencia de 15 y porcentaje de 15.9%, en edad de 51 a 60 años con frecuencia de 17 y porcentaje de 18.08%, en edad de 61 a 70 años con -- frecuencia de 6 y porcentaje de 7.44%, en edad de 71 a 80 años con frecuencia de 1 y porcentaje del 1.06%.

Además de lo anterior se encontró un rango de 11.5, una media de 36.19- una mediana de 42.5 una moda de 22.5 y 55.5%, y una desviación estandard de 17.3 .

Notandose que la mayor frecuencia de obesos se encuentra entre los 21 a 60 años, encontrandoes una frecuencia similar entre el 7.44% y 9.57% -- para edades mayores de 61 y menores de 20 hasta el año de edad y con un porcentaje muy escaso de los 2 a 11 meses de edad.

Lo anterior nos indica que que en edades menores de 21 años es menos frecuente la obesidad al igual que durante al edad senil. Y que hay dos picos de obesidad en la edad adulta de los 21 a 30 años concervandose con incremento hasta los 60 años de edad casi en forma similar .

EDAD DEL GRUPO EXPERIMENTAL

TABLA 1

INTERVALOS	P. MEDIO	FREC.	F. ACUM.	\bar{X}	$\frac{\sum}{(X-\bar{X})^2}$	$\frac{\sum}{P(X-\bar{X})^2}$
71 - 80	75.5	1	94	39.21	1545.27	1545.27
61 - 70	65.5	6	93	29.31	859.076	5154.45
51 - 60	55.5	17	87	19.31	372.876	6338.89
41 - 50	45.5	15	70	9.31	86.6761	1300.14
31 - 40	35.5	16	55	-0.61	0.4761	7.6176
21 - 30	25.5	22	39	-10.69	114.276	2514.07
11 - 20	15.5	9	17	-20.69	428.076	3852.68
1 - 10	5.5	7	8	-30.69	941.876	7535.00
0 - 11 m	6.5	1	1	-81.469	881.469	20713.1

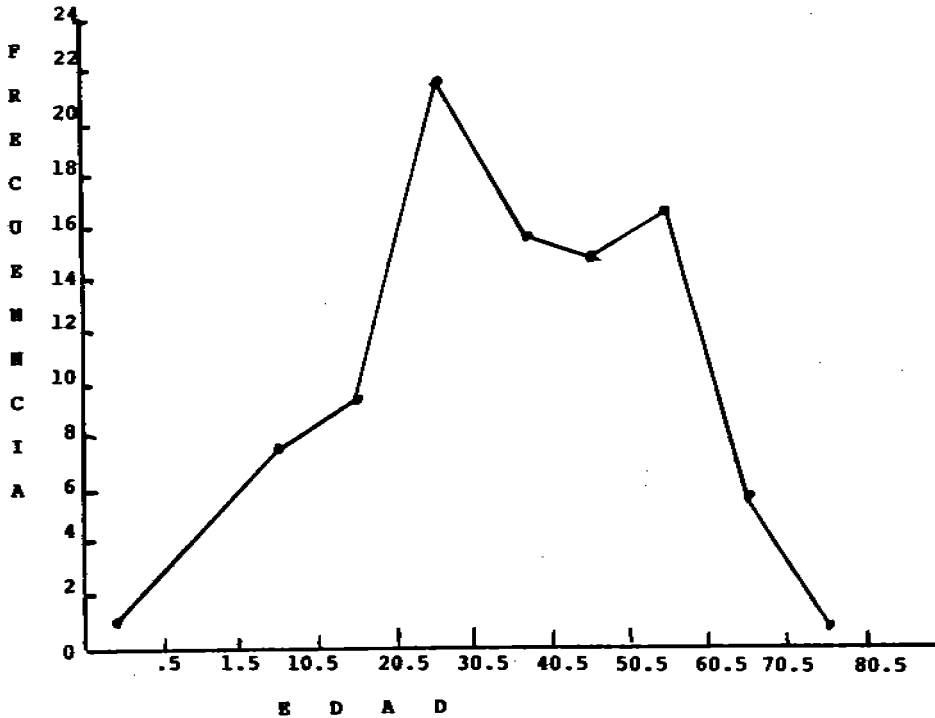
MEDIA = 36.19

MEDIANA=42.15

MODA = 55.5

RANGO = 11.5

D. ESTANDARD = 17.3



FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

DISTRIBUCION POR SEXOS

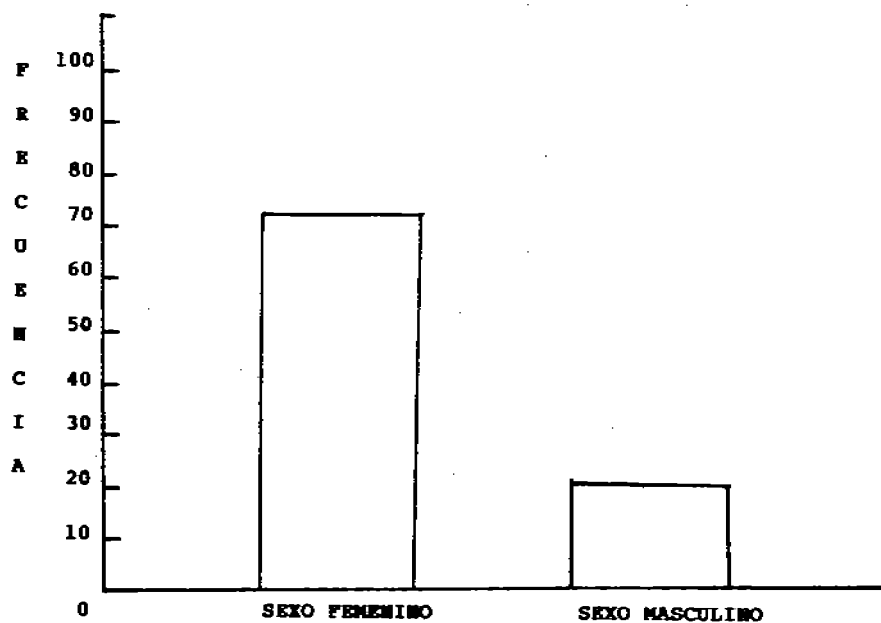
En cuanto a la distribución por sexos del grupo experimental se encontró que el 77.65% de la población correspondió al sexo femenino, y que el 22.34 correspondió al sexo masculino.

Tomando en cuenta que la muestra fué tomada de los registros de los pacientes enviados al servicio de dietología, y en un mes - cualquiera del año resultando octubre, podemos decir que el estudio se realizó en forma correcta y que la paciente del sexo - femenino presenta una gran frecuencia en comparación con los pa - cientes del sexo con una diferencia de casi el 60 % y que esto - se deba probablemente a su actividad laboral, física y a su gra - do de educación, datos que se analizarán posteriormente.

DISTRIBUCION POR SEXOS

TABLA Y GRAFICA 2
DISTRIBUCION POR SEXOS

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	73	77.65 %
MASCULINO	21	22.34 %



FUENTE DE INVESTIGACION : PERSONAL

GRADO DE OBESIDAD PRESENTE EN LOS
DIFERENTES GRUPOS DE EDAD
EN LA UMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996

40

En cuanto a grupos de edad se encontró que los adultos jóvenes de 21 a 30 años presentan mayor frecuencia de obesidad, con una frecuencia de 22 y porcentaje del 23.4%, en seguida encontramos a los grupos de 31 a 40 años con frecuencia de 16 y porcentaje del 17%, y en el grupo de 51 a 60 años con una frecuencia de 17 y un porcentaje del 18%, seguido por el grupo de 41 a 50 años con frecuencia de 15 y porcentaje del 15.9% y por el de 11 a 20 años con una frecuencia de 9 y un porcentaje del 9.5% en seguida encontramos al grupo de 1 a 10 años con frecuencia de 7 y porcentaje del 7.4% y el de 61 a 70 con una frecuencia de 6 y un porcentaje del 6.3%, y por último encontramos a los pacientes de 0 a 11 meses y a los de 71 a 80 años con la misma frecuencia y porcentaje y que correspondió a frecuencia de 1 y porcentaje del 1.06%.

En cuanto al grado de obesidad por grupos de edad se encontraron los siguientes resultados, entre los grados de obesidad, la de **segundo grado** presento mayor frecuencia dentro de todos los grupos de edades con una frecuencia de 41 y un porcentaje del 43%, en segundo lugar encontramos a la obesidad de **lo grado** con una frecuencia de 30 y un porcentaje del 31.9%, y por último encontramos a la obesidad de **3º grado** con una frecuencia de 22 y un porcentaje del 24.4% .

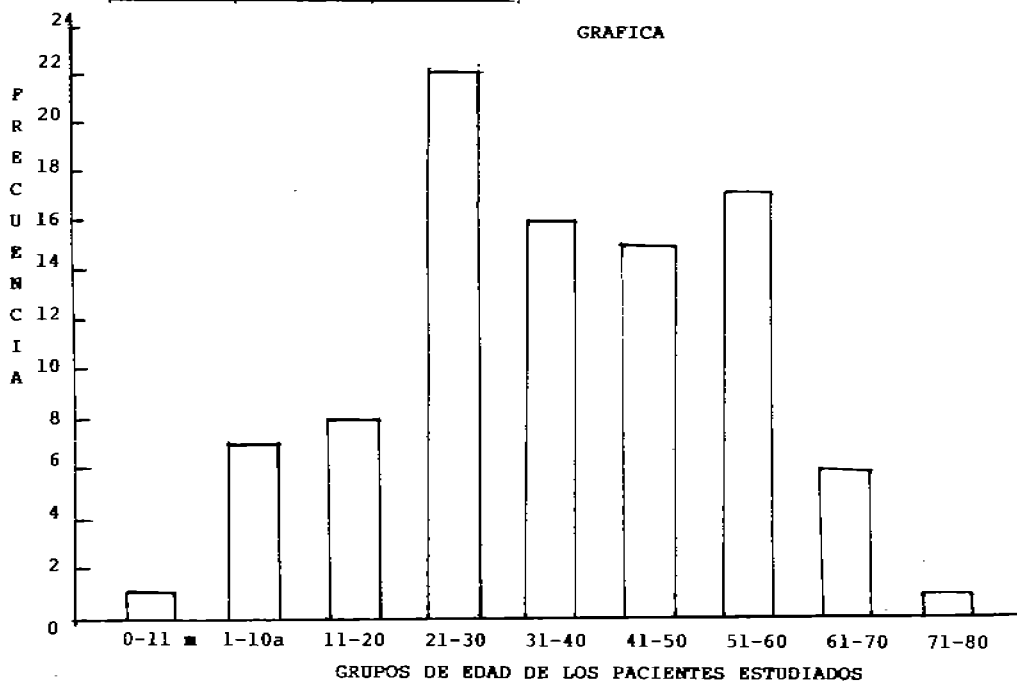
Por lo que podemos inferir de acuerdo a los resultados obtenidos que que la obesidad es más frecuente dentro de los grupos de edad adulta, en el de edad productiva, con una frecuencia media dentro en los pacientes jóvenes y en los pacientes seniles, y con poca frecuencia en los extremos de la vida; en cuanto a los grados de obesidad es importante recalcar que esta correspondió a la de segundo grado seguida por la de primer -- grado por último encontramos a la de tercer grado con un porcentaje correspondiente al de la cuarta parte de nuestra población, por lo que podemos concluir que los pacientes obesos presentan mayor frecuencia de obesidad en al edad y que el grado de obesidad también es mayor en esta edad seguramente por falta de actividad física, cambios hormonales en la mujer dieta etc. y po lo tanto es importante educar a nuestra pobla-

ción respecto a las medidas preventiva como el ejercicio, la dieta y otros factores que influyen en su aparición y conociendo también que el grado de obesidad más frecuente es el de seundo grado, podemos prevenir en ellos la aparición de problemas secundarios a ella y también serias complicaciones - que lo pueden llevar a secuelas que le dejen una mala calidad de vida y - que lo puedan llevar a la muerte .

DISTRIBUCION DE OBESIDAD POR GRUPOS DE EDAD

TABLA 3

OBESIDAD POR GRUPOS DE EDAD		
GRUPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RN - 11m	1	1.06%
1 - 10 a.	7	7.4%
11 - 20	9	9.5%
21 - 30	22	23.4%
31 - 40	16	17.0%
41 - 50	15	15.9%
51 - 60	17	18.0%
61 - 70	6	6.3%
71 - 80	1	1.06%



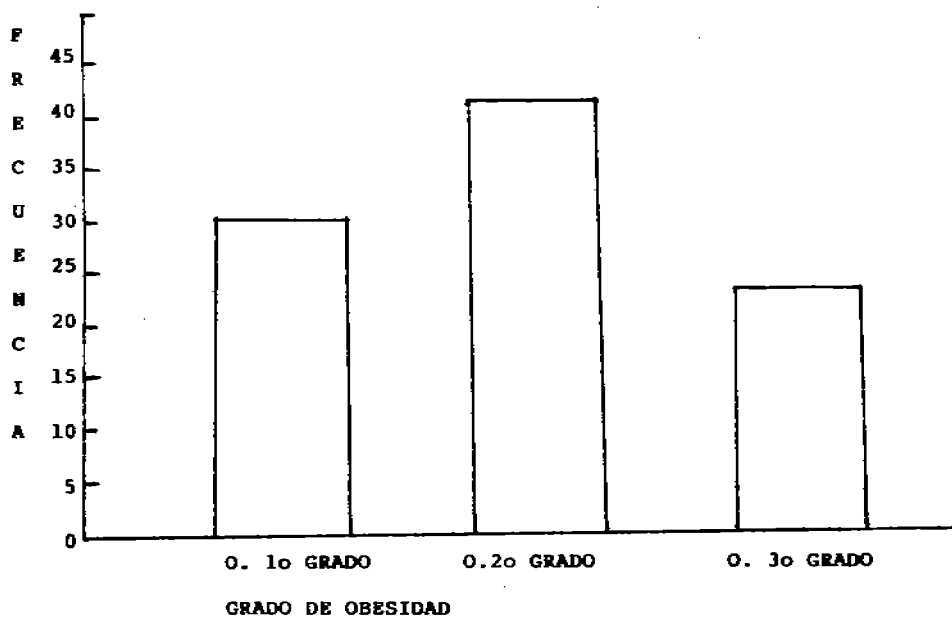
FUENTE DE INVESTIGACION :PERSONAL

FRECUENCIA DE LOS GRADOS DE OBESIDAD
DE LA POBLACION ESTUDIADA

TABLA y GRAFICA 4

GRADOS DE OBESIDAD

GRADO DE O.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1o GRADO	30	31.9%
2o GRADO	41	43.6%
3o GRADO	23	24.4%



FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

TALLA DEL GRUPO EXPERIMENTAL

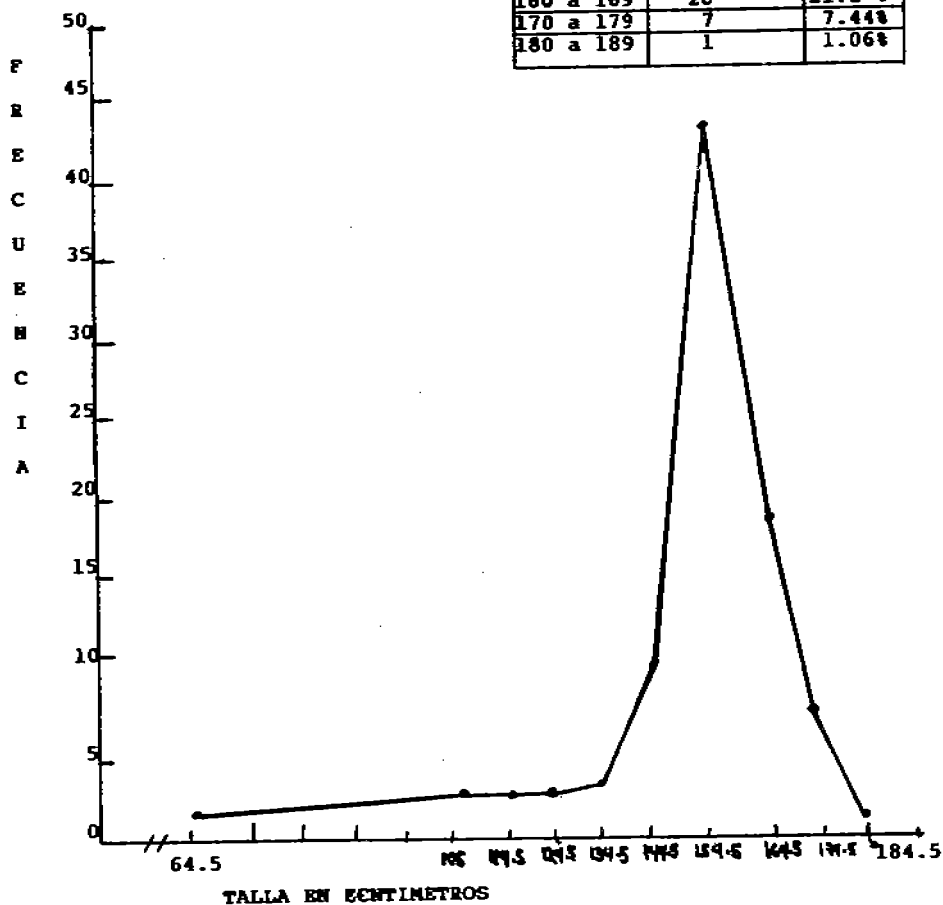
Con respecto a la talla del grupo de estudio se encontro lo siguiente: La estatura del grpo de estudio con mayor frecuencia corresponde a la- de 150 a 159 cms. con una frecuencia de 45 con un porcentaje de 47.8%- seguidos por el grupo de 160 a 169 cms, con una frecuencia de 20 y un- porcentaje del 21.2%, enseguida encontramos al grupo de 140 a 149 cms- con una frecuencia de 11 y un porcentaje del 11.7%, el siguiente es el grupo de 170 a 179 cms con una frecuencia de 7 y un porcentaje del 7.4% los siguientes grupos presentan una frecuencia similar entre si con -- frecuencias de 1 a 3 con porcentaje entre el 1.06% y el 3.1% .

Por los resultados expuestos anteriormente respecto a la talla podemos concluir que los pacientes del grupo estudiado presentan una gran fre- cuencia de baja estatura, esto debido a una mala entendida nutrición - en la que la obesidad esentendida como esta y que lleva a los pacientes a un inadecuado desarrollo, estos resultados también nos hablan de los pacientes incluidos en el grupo de estudio que corresponden a niños y- adolescentes que representan aproximadamente al 10% de esta población- y que no ha concluido aún su etapa de cercimiento. Asi mismo encontra- mos que los pacientes que presentan estaturas entre 170 o más son muy- pocos , por lo que la primera aseveración sigue siendo valida y que -- nuestra población mexicana continua con desnutrición, obesidad y talla baja.

TALLA DEL GRUPO DE ESTUDIO

GRAFICA Y TABLA 5
TALLA DEL GRUPO EXPERIMENTAL

TALLA	FRECUENCIA	%
61 a 70	1	1.06%
100 a 109	2	2.12%
110 a 119	2	2.12%
120 a 129	2	2.12%
130 a 139	3	3.19%
140 a 149	11	11.70%
150 a 159	45	47.8%
160 a 169	20	21.2%
170 a 179	7	7.44%
180 a 189	1	1.06%

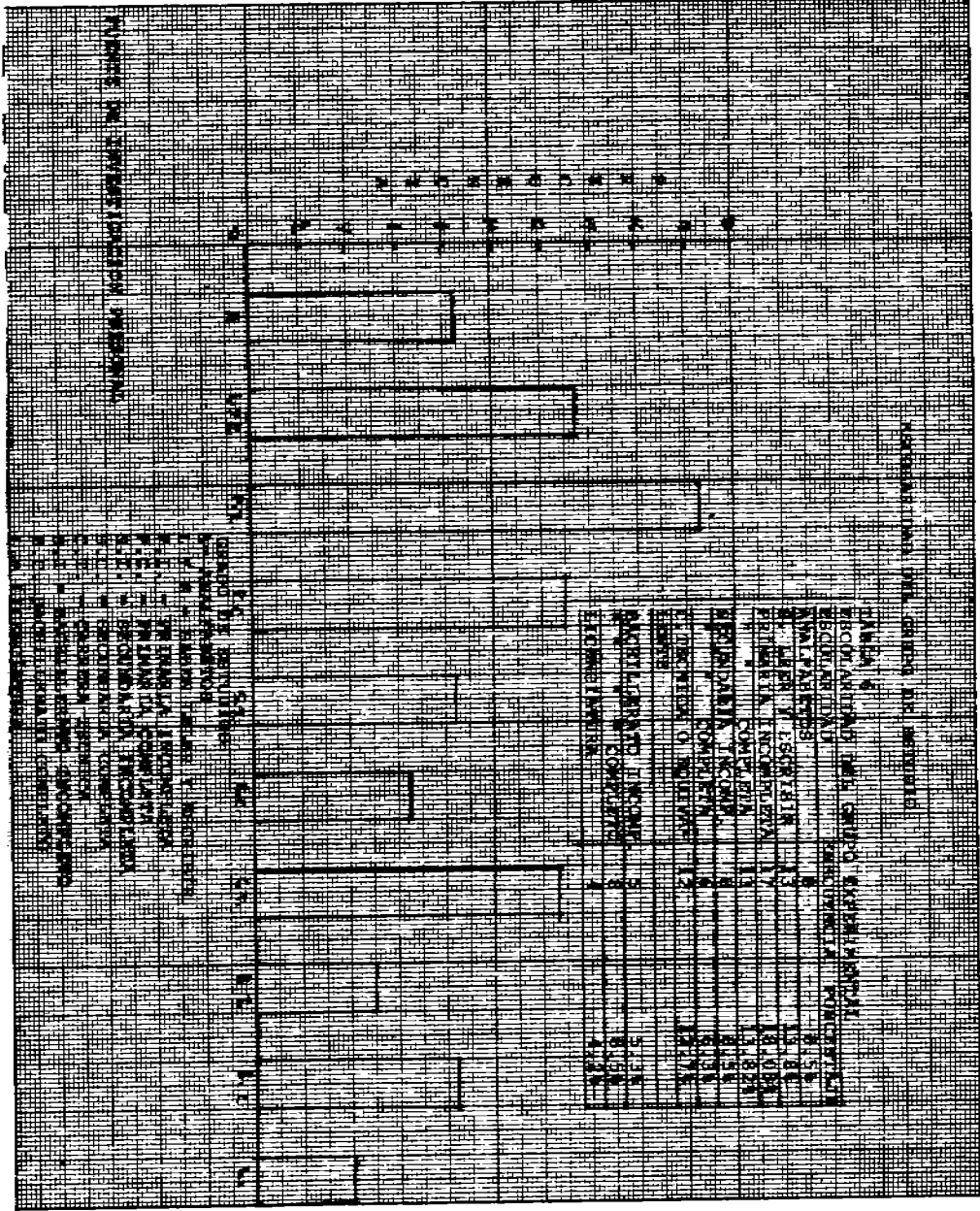


FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

ESCOLARIDAD DEL GRUPO EXPERIMENTAL

En cuanto a la escolaridad del grupo de estudio se encontró que el 18% corresponde a los que tienen primaria incompleta, el 13.8% corresponde a los que tienen primaria completa, el 8.5% son analfabetos, el 13% a los que saben leer y escribir, al 8.5% a los que tienen secundaria incompleta, el 6.3% a los que tienen secundaria completa, el 12.7% a los que tienen una carrera técnica o equivalente, el 5.3% a los que tienen bachillerato completo, el 8.5% a los que tienen bachillerato completo y el 4.2% a los que tienen una licenciatura.

Los resultados de los datos obtenidos en estos pacientes nos indica -- que un gran porcentaje de la población adulta tiene bajo nivel de estudios y que esto puede corresponder en forma directa a padecer la obesidad es decir que a mayor frecuencia de obesidad menor grado de educación.



OCUPACION DEL GRUPO EXPERIMENTAL

En cuanto a la ocupación se encontro que la mayor parte de los pacientes obesos se dedican al hogar, con una frecuencia de 41 y un porcentaje del 43.6%, de los restantes le siguen en frecuencia el grupo de obreros y técnicos con una frecuencia de 18 y un porcentaje del 19.1% - en seguida encontramos al grupo de estudiantes con una frecuencia de 12 y un porcentaje del 12.7%, seguidos por el grupo de pensionados con una frecuencia de 10 y un porcentaje del 10.6%, le siguen en frecuencia los comerciantes con frecuencia de 5 y porcentaje del 5.3 %, en seguida se encuentra los profesionistas con una frecuencia de 3 y porcentaje del 3.1%, con la misma frecuencia y porcentaje encontramos a los preescolares y por ultimo a los desempleados con frecuencia de 2 y porcentaje del 2.12 %.

Por lo expuesto en los resultados obtenidos en nuestro grupo de estudio se puede concluir que la actividad más realizada por nuestro grupo es la del hogar esto esta en correlación directa tambien con el resultado obtenido en cuanto a el sexo femenino que predomino en nuestro estudio y asi mismo se observa que la mujer ha incursionado en todos los ambitos y actividades laborales desde los obreros y técnicos, estudiantes y profesionistas y comerciantes y las encontramos también dentro del grupo de pensionados. Asi mismo se nota como ha afectado la situación económica a nuestra población ya que la mujer tiene actualmente - pese a normas culturales, que salir de sus hogares a realizar otras actividades productivas y que esto se incrementara de acuerdo a nuestra situación económica, también hace notar aunue en forma escasa el desempleo que afecta a la población.

OCUPACION DEL GRUPO DE ESTUDIO

TABLA Y GRAFICA 7

OCUPACION		
OCUPACION	FRECUENCIA	%
A. CASA	41	43.6%
O. Y TECNICOS	18	19.1%
ESTUDIANTES	12	17.7%
PENSIONADOS	10	10.6%
COMERCIANTES	5	5.3%
PREESCOLARES	3	3.1%
PROFESIONISTAS	3	3.1%
DESEMPLEADOS	2	2.1%

GUIA

D. DESEMPLEADOS

P.E. = PREESCOLARES

C. = COMERCIANTES

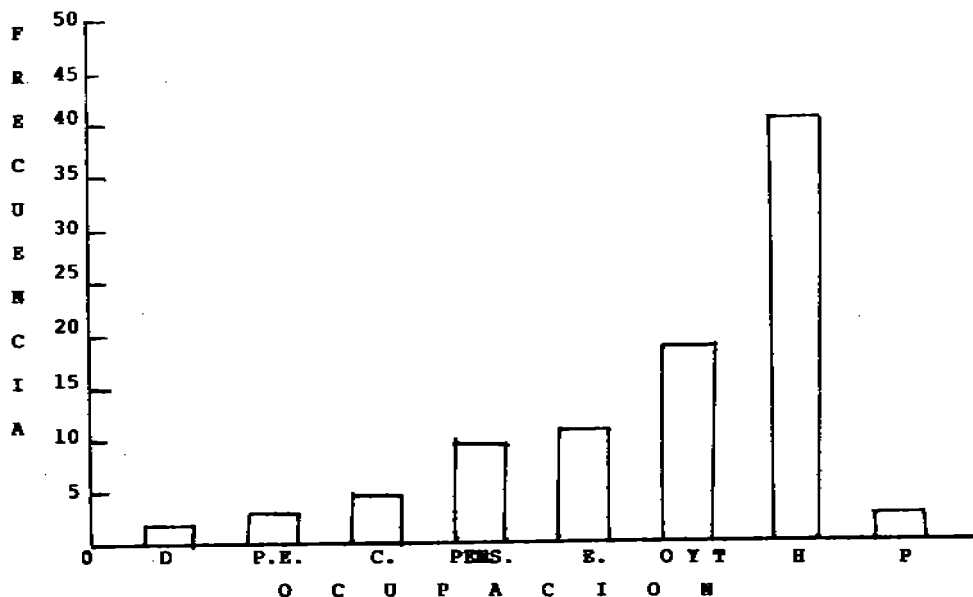
PENS. = PENSIONADOS

E. = ESTUDIANTES

O Y T = OBREROS Y TECNICOS

H. = EL HOGAR

P. = PROFESIONISTAS



FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

ESTADO CIVIL DEL GRUPO EXPERIMENTAL

En lo referente al estado civil del grupo de estudio se encontró lo siguiente, la mayor frecuencia correspondió a los casados con frecuencia de 58 y porcentaje del 61.7%, seguido del grupo de solteros con una frecuencia de 13 y un porcentaje del 13.8%, enseguida encontramos al grupo de viudos con una frecuencia de 12 y un porcentaje del 12.7%, le sigue el grupo de pacientes que viven en union libre con una frecuencia de 4 y un porcentaje del 4.2% similar en frecuencia y porcentaje a los divorciados y por ultimo encontramos al grupo de separados, en que se tiene una frecuencia de 3 y un porcentaje del 3.1%.

Por los resultados obtenidos del estudio de nuestros pacientes podemos concluir que los pacientes casados presentan una mayor frecuencia de obesidad y si correlacionamos esto con la distribución por sexo encontramos que la mayor frecuencia de obesidad se encuentra en la mujer casada. En relación con los otros pacientes encontramos que los viudos y los solteros presentan una frecuencia similar. Y que los separados y divorciados presentan una frecuencia similar.

TABLA 8

ESTADO CIVIL DEL GRUPO EXPERIMENTAL		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADOS	58	61.7%
SOLTEROS	13	13.8%
VIUDOS	12	12.7%
DIVORCIADOS	4	4.2%
UNION LIBRE	4	4.2%
SEPARADOS	3	3.1%

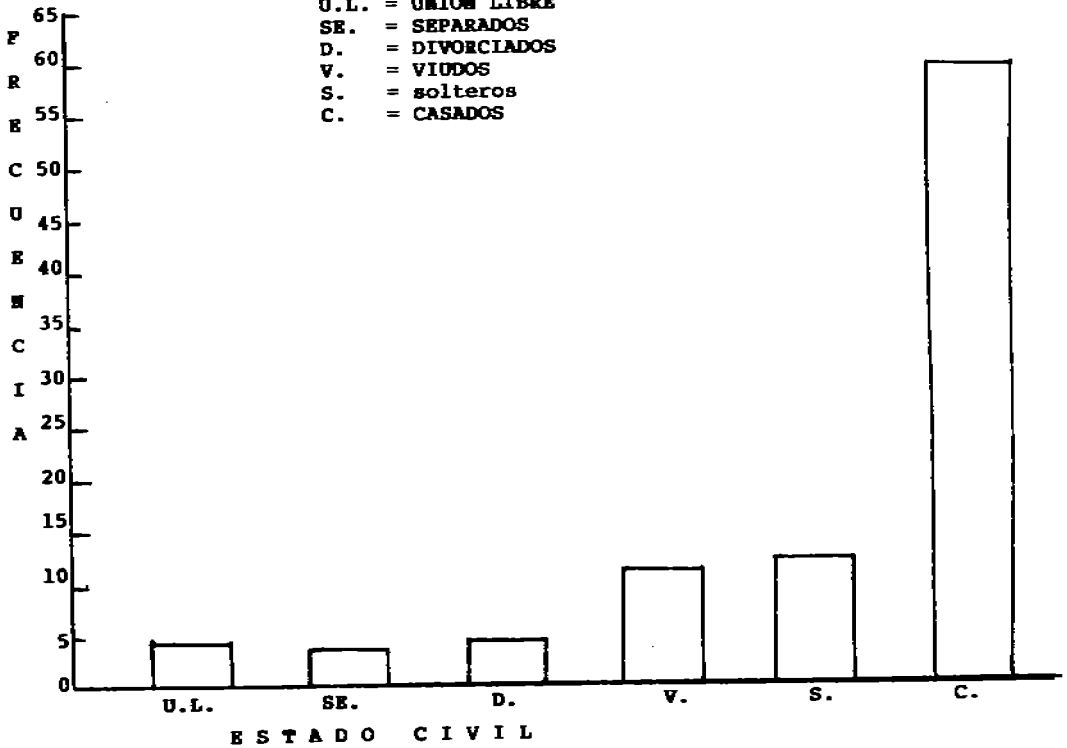
ESTADO CIVIL DEL GRUPO DE ESTUDIO

TABLA Y GRAFICA 8

ESTADO CIVIL DEL GRUPO EXPERIMENTAL		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASDOS	58	61.7%
SOLTEROS	13	13.8%
VIUDOS	12	12.7%
DIVORCIADOS	4	4.2%
UNION LIBRE	4	4.2%
SEPARADOS	3	3.1%

GUIA

U.L. = UNION LIBRE
 SE. = SEPARADOS
 D. = DIVORCIADOS
 V. = VIUDOS
 S. = solteros
 C. = CASADOS



FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

OBESIDAD DEL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996

Ya que la obesidad presente en el grupo de estudio fué uno de los requisitos para su inclusión en el presente trabajo se obtuvo un porcentaje del 100% con respecto a la presencia de esta en el momento de este estudio.

TIEMPO DE PADECER LA OBESIDAD EN EL
PACIENTE DEL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996

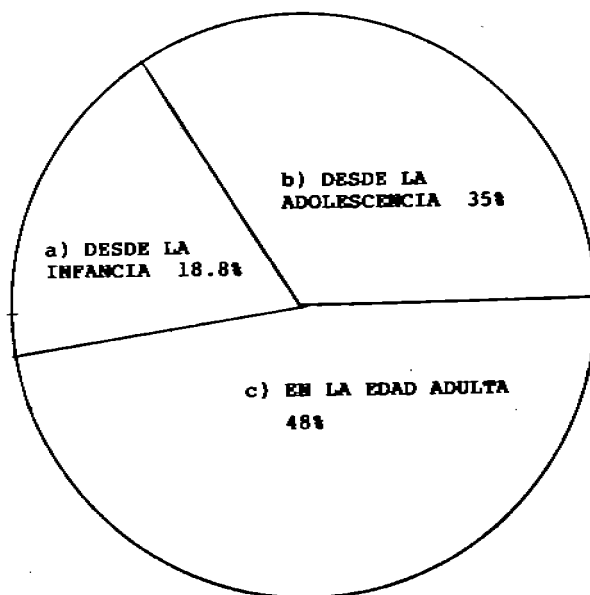
Con respecto al tiempo de padecer la obesidad en los pacientes de la -- UMF No 33 el rosario del IMSS turno matutino, estudiados durante el mes de octubre de 1996 se encontro lo siguiente: El mayor número de pacien - tes del grupo de estudio correspondio a los pacientes que presentan la - obesidad desde la edad adulta con una frecuencia de 46 y un porcentaje - del ~~46.9%~~ en segundo lugar encontramos a los pacientes que inician con - la obesidad desde la adolescencia, presentando en nuestro estudio una - frecuencia de 31 y un porcentaje del ~~37.8%~~ por ultimo encontramos a los - pacientes que iniciaron con la obesidad desde la infancia, presentando - una frecuencia de 17 y un porcentaje del 18.08%.

Por lo expuesto de acuerdo a los resultado obtenidos se puede concluir - que la mayor parte de los pacientes inician con su obesidad desde la - edad adulta o desde la adolescencia, si correlacionamos esto con la dis - tribución por sexos y su grado de escolaridad también podemos decir que - Las pacientes del sexo femenino padecen con mayor frecuencia de obesi -- y que estas son casadas, por lo que esta obesidad puede ser debida a -- varios factores como lo son el de baja escolaridad, los cambios hormona - les durante estos periodos y que al casarse se olvidan del cuidado fisi - co ya que tienen que dedicarse a otras actividades como el cuidado de - los hijos y del hogar.

TIEMPO DE PADECER LA OBESIDAD
EN EL GRUPO DE ESTUDIO

TABLA Y GRAFICA 9

TIEMPO DE PADECER LA OBESIDAD		
TIEMPO DE PADECER O. FRECUENCIA		%
a) INFANCIA	17	18.0%
b) ADOLESCENCIA	31	32.9%
c) ADULTEZ	46	48.9%

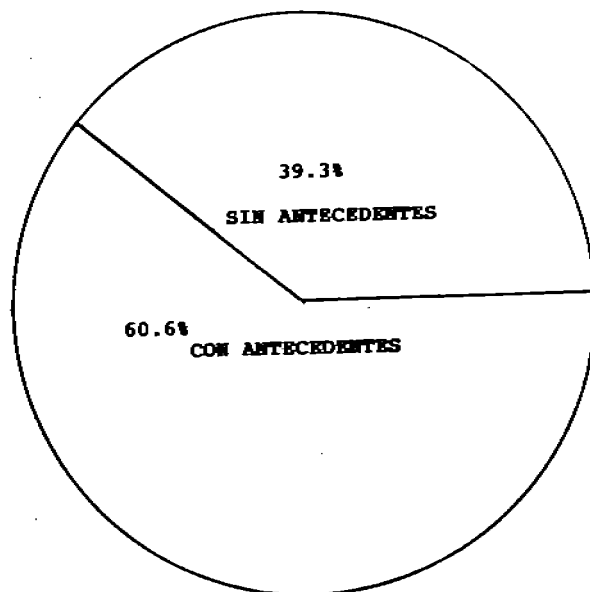


FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

ANTECEDENTES FAMILIARES DE OBESIDAD
EN NUESTRO GRUPO DE ESTUDIO

TABLA Y GRAFICA 10
PERSONAS CON OBESIDAD EN LA FAMILIA

ANTECEDENTES FAMILIARES	FRECUENCIA	%
A) CON ANTECEDENTES	57	60.6%
B) SIN ANTECEDENTES	37	39.3%



FUENTE DE INVESTIGACION : PERSONAL

ANTECEDENTES FAMILIARES DE OBESIDAD EN EL
PACIENTE DEL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996

Con respecto al antecedente familiar de nuestro grupo de estudio de -- acuerdo a la obesidad encontramos lo siguiente: el 60 % de nuestros pa-- cientes tiene antecedentes de obesidad en su familia, y que el 40% no -- tiene antecedente de ~~obesidad~~ en la familia.

Lo anterior nos indica que la familia es determinante para la aparición de la obesidad y que probablemente sus hábitos y costumbres aprendidos en el seno de la familia tales como dieta, actividad física, nivel de -- escolaridad y tomar a la obesidad como un estado de salud, ya que esto es un patrón cultural muy arraigado en nuestra población.

El porcentaje restante y que representa al 40 % sin antecedentes de -- obesidad en la familia, aunque es significativo puede estar equivocado -- ya que en muchas ocasiones los expedientes no cuentan con antecedentes_ familiares.

LA OBESIDAD COMO CAUSANTE O CONTRIBUYENTE DE
ENFERMEDAD EN EL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996

En cuanto a esta cuestión, tenemos que aclarar nuevamente que los datos fueron recolectados de los expedientes de nuestros pacientes encontrando lo siguiente: se demostró que el 6 % de los pacientes presentan un agravamiento de sus enfermedades y también se pudo demostrar que en muchos de estos han aparecido algunas otras enfermedades secundarias que se correlacionan con la obesidad.

En el 34% de los pacientes se encontró que la obesidad no contribuye o agrava a las enfermedades ya presentes. Y en el 4% no se pudo confirmar la pregunta.

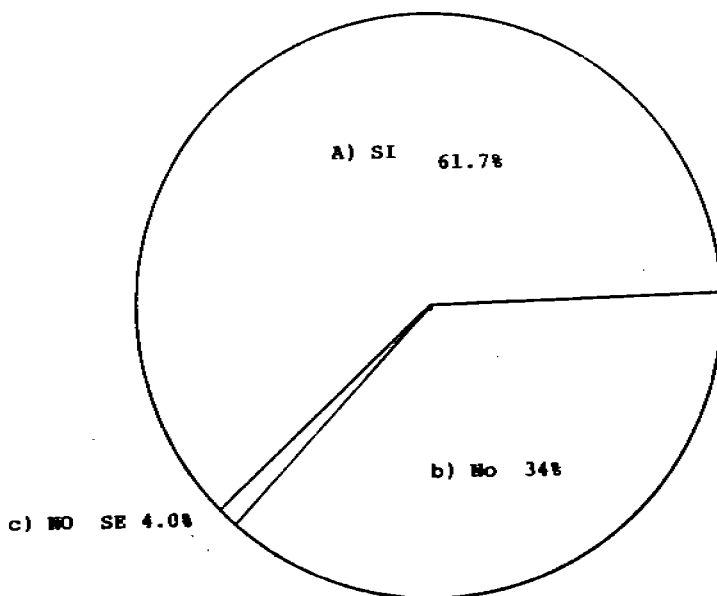
Por lo expuesto en cuanto a los pacientes de nuestro grupo de estudio podemos decir que en la mayor parte de nuestros pacientes, la obesidad si agrava o causa algunas enfermedades y que del porcentaje restante de pacientes, en que no ocurre esto, se puede atribuir esto entre otros factores a falta de información en el expediente clínico, y a que el segundo lugar de frecuencia correspondió a la obesidad de primer grado en la que no se presentan tantas complicaciones.

La obesidad como factor causante o contribuyente de enfermedad en el grupo de estudio

TABLA Y GRAFICA 11

OBESIDAD COMO CAUSANTE O CONTRIBUYENTE DE ENFERMEDAD EN NUESTROS PACIENTES

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A) SI	58	61.7%
B) NO	32	34.0%
C) NO SE	4	4.2%



FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

ACTIVIDAD FISICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996

En cuanto a la práctica deportiva del grupo de estudio nuestra investigación revelo que el 75 % de los pacientes no practican deporte , y que el 24% si lo práctica, y que de este 24 % a su vez más del 60% lo practican una o 2 veces por semana.

Los resultados de esta investigación respecto a la práctica deportiva nos indican pues que el grado de inactividad física es muy alto en el paciente obeso y que esto precisamente es un factor importante en la presencia de obesidad en nuestro grupo de estudio.

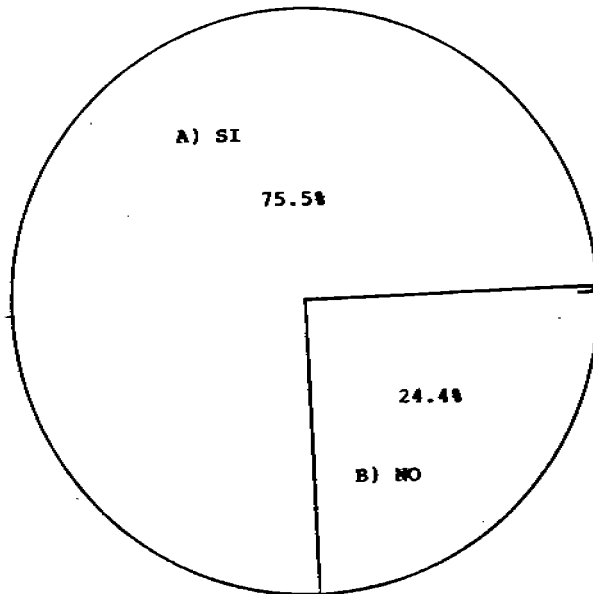
Y a su vez esta muy relacionado con lo comentado en la literatura.

ACTIVIDAD FISICA EN EL GRUPO DE ESTUDIO

TABLA Y GRAFICA 12

ACTIVIDAD FISICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A) SI	71	75.5%
B) NO	23	24.4%



FUENTE DE INVESTOIGACION PERSONAL

**ACTIVIDAD LABORAL SEDENTARIA EN
EL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996**

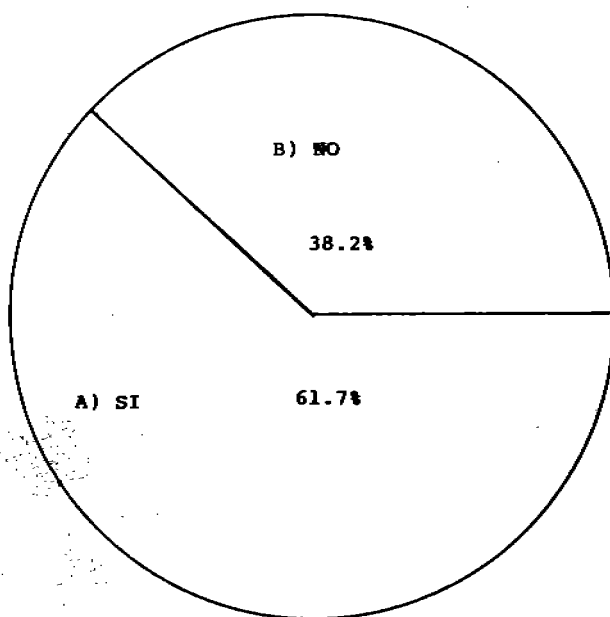
Con respecto a la actividad laboral y el sedentarismo dentro de la misma se obtuvo lo siguiente: el 63% de los pacientes del grupo de estudio - presentan actividades laborales con escasa actividad física y que el 38% realizan actividades en las que la actividad física es mayor, (aunque - debemos de tomar en cuenta que dentro de este grupo se incluyen a los - niños y ancianos que por sus enfermedades o por estar pensionados ya no realizan actividad física laboral .

Por lo tanto podemos concluir en base en lo expuesto aquí que el sedentarismo contribuye también a favorecer la obesidad en forma importante.

ACTIVIDAD LABORAL SEDENTARIA
EN NUESTRO GRUPO DE ESTUDIO

TABLA Y GRAFICA 13

ACTIVIDAD LABORAL SEDENTARIA EN EL GRUPO DE ESTUDIO		
OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A) SI	58	61.7%
B) NO	36	38.2%



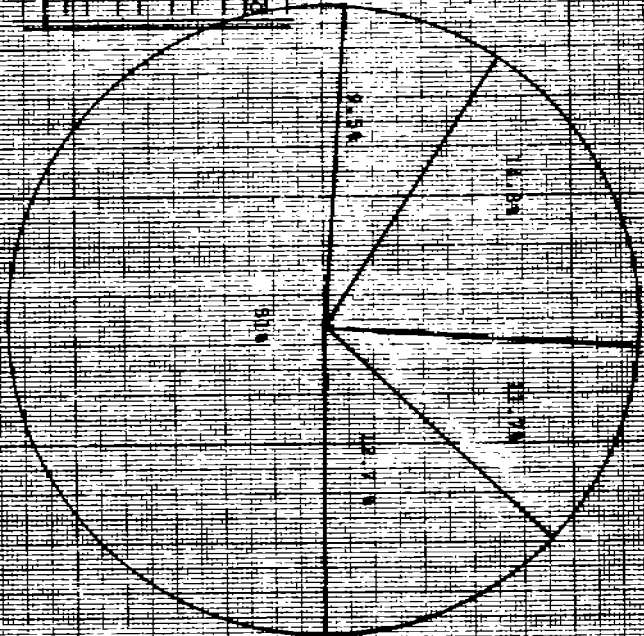
FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

ENFERMEDAD PRESENTE EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO
EN EL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF No 33 " EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996

Los resultados de la investigación con respecto a la presencia de enfermedades en el momento del estudio , en el grupo experimental nos indican que el 100% de los pacientes presentaron alguna enfermedad al momento del estudio.

Esto nos demuestra que el paciente obeso es propenso a padecer más enfermedades que el paciente sin obesidad.

COMUNIDAD DE LA ENFERMEDAD DE LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE



- 1. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 2. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 3. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 4. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 5. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 6. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 7. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 8. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 9. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 10. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 11. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 12. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 13. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 14. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 15. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 16. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 17. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 18. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 19. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE
- 20. EN LA PALMERA DE LOS PAISES TROPICALESE

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES AGROPECUARIAS

**CRONICIDAD DE LA ENFERMEDAD PRESENTE EN EL
MOMENTO DEL ESTUDIO EN EL
GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF NO 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996**

Los resultados obtenidos respecto a la presencia de enfermedad en el grupo experimental se relacionan directamente con este punto y nos indican que la mayor frecuencia corresponde a los pacientes que la padecen en forma crónica, y que de estos el 51 % la padecen desde hace 2 años o más, el 14.5% la padecen desde hace 1 año , y que el 11.7% la padecen desde hace 6 meses. Enseguida encontramos a los pacientes que la padecen en forma aguda o subaguda con un 12.7% para los que la presentan desde hace menos de 15 día y un 9.5% para los que la padecen -- desde hace 16 a 30 días.

Lo anterior nos habla de que la mayor parte de los pacientes del grupo de estudio presentan enfermedades en forma cronica con una frecuencia del 77.6%, y que el 22% las presenta en forma aguda.

En conclusión encontramos que los pacientes obesos presentan enfermedades en forma crónica y que esto se realaciona directamente con su -- obesidad.

RELACION ENTRE ENFERMEDADES Y OBESIDAD
DETERMINADAS POR SU MEDICO
EN EL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996

Con respecto a este punto nuestra investigación revelo que el médico tratante correlaciona en el 100% de los casos a la obesidad con las enfermedades presentadas por lo pacientes ya sea como factor de riesgo para las mismas o como causantes de las mismas. Ya que en los expedientes clínicos -- los médicos refieren haber informado a los pacientes que la obesidad agrava a las mismas y por -- esto estos pacientes ademas de su tratamiento de base para estas enfermedades fueron canalizados -- al servicio de dietología.

**ENFERMEDADES PRESENTES EN LOS PACIENTES
DEL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996**

Con respecto a las enfermedades del grupo de estudio es necesario -- aclarar que para ello se realizo un listado de las enfermedades más -- frecuentes presentes en los pacientes obesos, de acuerdo a la literatura vigente y que inicialmente serian aplicadas a los pacientes, pero al cambiar el desarrollo del estudio estos datos fueron obtenidos directamente de sus expedientes clínicos, anotando la enfermedad principal, obteniendose así los siguientes resultados:

- A) Diabetes, presento una frecuencia de 8 y porcentaje de 8.5%.
- b) Hipertensión arterial con frecuencia de 11 y porcentaje del 11.7%
- c) Enfermedades articulares (artritis y EAD) con frecuencia de 15 y -- porcentaje del 15.9%.
- d) Colitis con frecuencia de 11 y porcentaje del 11.7% .
- e) Hipercolesterolemia, con frecuencia de 7 y un porcentaje del 7.44%.
- f) Cirrosis hepática con frecuencia de 2 y porcentaje del 2.12 %.
- g) Colelitiasis, con frecuencia de 2 y porcentaje del 2.12%.
- h) Cardiopatías, con una frecuencia de 10 y un porcentaje del 10.6 % .
- i) Enfermedades arteriales, con una frecuencia de 5 y porcentaje del -- 5.3% .
- j) Bronquitis crónica, con frecuencia de 4 y porcentaje del 4.25%
- k) Tromboembolia pulmonar, con frecuencia de 2 y un porcentaje del -- 2.12 % .
- l) Varices, con frecuencia de 6 y un porcentaje del 6.38%.
- m) Eclamsia, con frecuencia de 3 y porcentaje del 3.19%.
- n) Mortinatus, con frecuencia de 1 y un porcentaje del 1.06%.
- ñ) Infertilidad., con frecuencia de 2 y porcentaje del 2.12%.
- o) Cesareas 2o a productos macrosomicos, con frecuencia de 5 y porcen -- taje del 5.31%.

De los resultados mostrados en este estudio encontramos que las enfer -- medades más frecuentes encontradas fueron las de tipo articular, segui -- das por la hipertensión y la colitis que presentaron la misma frecuen -- cia , el siguiente sitio es ocupado por las cardiopatías , posterior -- mente encontramos a la diabetes mellitus y a la hipercolesterolemia -- con una frecuencia muy similar , seguidos por las enfermedades arteria -- les y venosas con una frecuencia media y dentro de esta misma frecuen -- cia encontramos también a las cesareas 2o a productos macrosómicos. Por ultimo encontramos las enfermedades con menor frecuencia y que -- corresponden al resto de las patologías mencionadas.

Por lo expuesto en estos resultados podemos concluir que en la pobla -- ción de la UMF se presentan las patologías mencionadas en la literatu -- ra y publicaciones internacionales concordando con ellas.

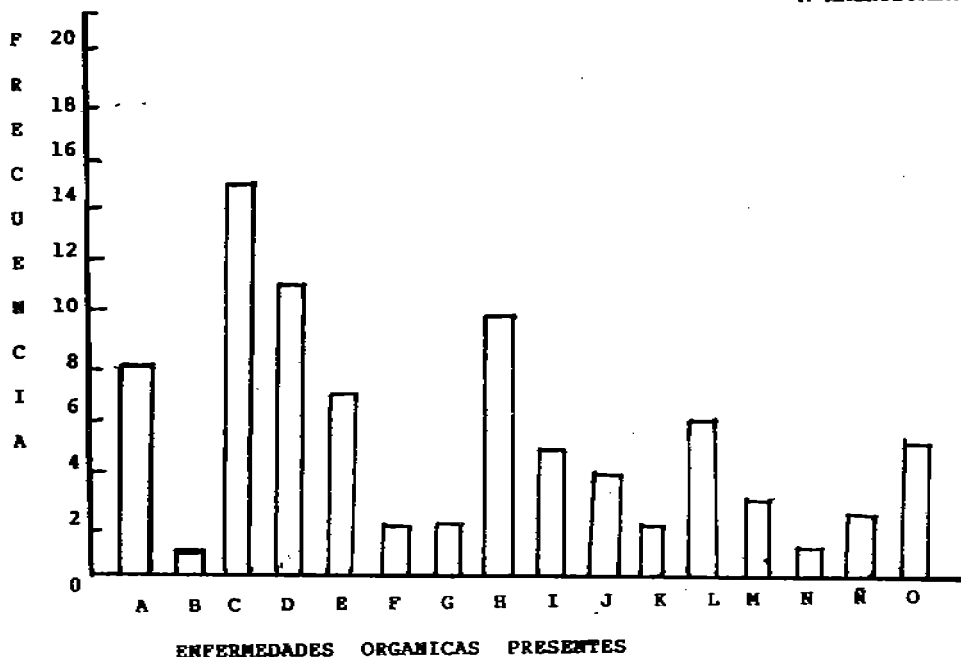
ALTERACIONES ORGANICAS PRESENTES EN EL
GRUPO DE ESTUDIO

GRAFICA y TABLA 15
ENFERMEDADES ORGANICAS PRESENTES EN
EL GRUPO DE ESTUDIO

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	%
A) D. MELLITUS	8	8.5%
B) HAS	11	11.7%
C) AR Y EAD	15	15.9%
D) COLITIS	11	11.7%
E) H. COLEST.	7	7.4%
F) CIRROSIS H.	2	2.1%
G) C. LITIASIS	2	2.1%
H) CARDIOPATIAS	10	10.6%
I) ENF. ARTERIAL	5	5.3%
J) B. C.	4	4.2%
K) T. E. P.	2	2.1%
L) VARICES	6	6.3%
M) ECLAMIA	3	3.1%
N) MORTINATUS	1	1.2%
O) MACROSOMIA F.	5	5.3%

GUIA

- A) DIABETES MELLITUS
- B) HIPERTENSION ART.
- C) ENFERMEDADES ARTICULARES (AR Y EAD)
- D) COLITIS
- E) HIPERCOLESTEROLEMIA
- F) CIRROSIS HEPATICA
- G) COLELITIASIS
- H) CARDIOPATIAS
- I) ENFERMEDADES ARTERIALES
- J) BRONQUITIS CRONICA
- K) TROMBOEMBOLIA PULMONAR
- L) VARICES
- M) ECLAMIA
- N) MORTINATUS
- O) INFERTILIDAD
- O) CESAREA SECUNDARIA A MACROSOMIA FETAL



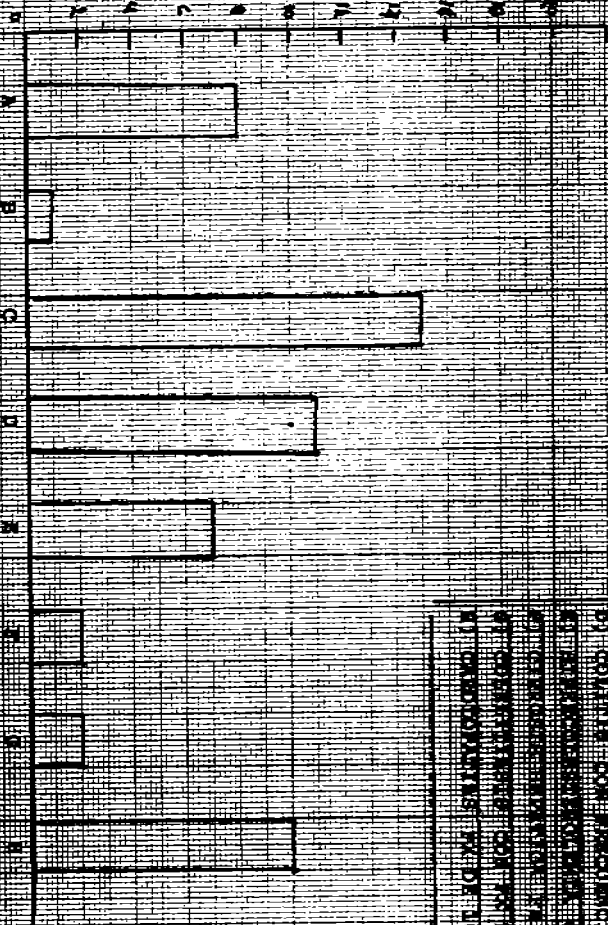
FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

ENTREPRENDIDAS ORGANIZACION EMPRESARIAS EN EL
CAMPO EXPERIMENTAL (1)

Tabla 10

1) VENTURA S. R.L. S. Y SOCIEDAD S. B. 58
2) ORGANIZACION AUTONOMA S. L. Y S. 1.78
3) EMPRESAS DE PARTICIPACION S. Y 15.98
(ADY S. R. L.)
4) COOPERATIVA COM. PRODUCTORA DE L. 1. 1. 78
5) EMPRESAS SOCIOECONOMICAS S. DE S. Y 7.48
6) ORGANIZACIONES DE S. Y 2. 2. 12
7) ORGANIZACIONES S. Y 2. 12
8) ORGANIZACIONES S. Y 10. 6. 8

ENTREPRENDIDAS ORGANIZACION EMPRESARIAS (1)



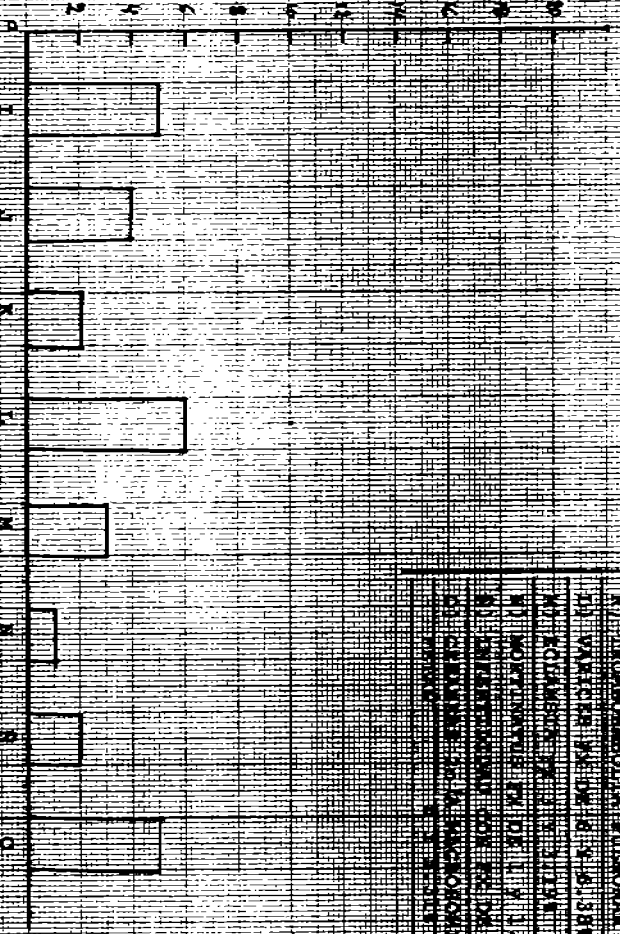
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

ENTRENAMIENTOS ORGANICOS PRESENTES EN EL CASO RUBEN MARIVAL

ANEXO 1 B

1	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
2	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
3	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
4	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
5	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
6	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
7	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
8	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
9	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
10	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
11	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
12	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
13	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
14	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
15	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
16	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
17	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
18	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
19	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
20	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
21	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
22	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
23	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
24	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
25	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
26	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
27	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
28	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
29	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
30	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
31	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
32	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
33	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
34	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
35	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
36	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
37	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
38	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
39	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
40	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
41	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
42	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
43	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
44	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
45	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
46	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
47	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
48	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
49	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
50	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
51	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
52	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
53	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
54	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
55	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
56	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
57	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
58	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
59	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
60	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
61	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
62	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
63	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
64	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
65	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
66	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
67	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
68	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
69	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO
70	ENTRENAMIENTO ORGANICO PRESENTE EN EL CASO

ENTRENAMIENTOS ORGANICOS PRESENTES



A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O

FUENTE DE INVESTIGACION 1 PERSONAL

PRESENCIA DE OTRA ENFERMEDADES EN LOS
PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF N°33 "EL ROSARIO "
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996

En cuanto a la presencia de otras enfermedades -
además de las ya mencionadas, se obtuvieron los -
siguientes resultados: El 98.9% de los pacientes -
presentan otras enfermedades además de las ya - -
mencionadas y solo el 1.1 % no presenta otras - -
enfermedades y corresponde a un lactante de 2 me-
ses de edad.

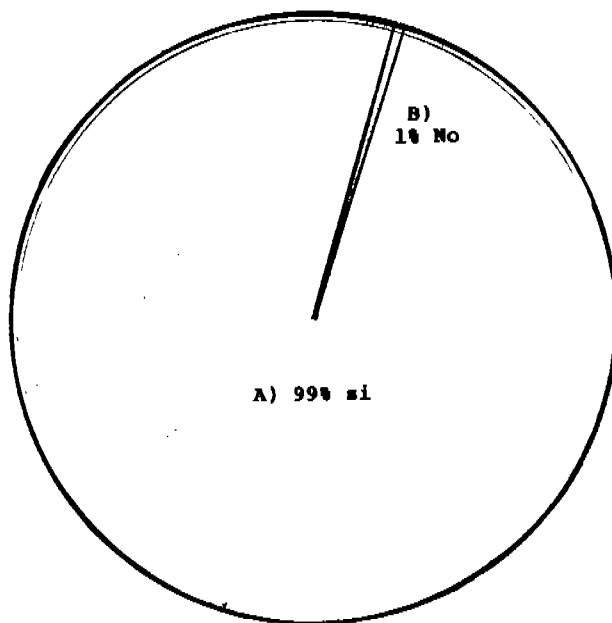
Por lo mencioando en los resultados anteriores -
podemos concluir que casi el 100% de los pacientes
obesos presentan dós o más patologías orgánicas -
además de su obesidad.

PRESENCIA DE OTRAS ENFERMEDADES
ADEMAS DE LAS YA REFERIDAS
EN NUESTRO GRUPO DE ESTUDIO

TABLA Y GRAFICA 16

OTRAS ENFERMEDADES EN NUESTRO GPO.
DE ESTUDIO

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A) SI	93	99%
B) NO	1	1%



FUENTE DE INFORMACION PERSONAL

**OTRAS ENFERMEDADES PRESENTES EN LOS PACIENTES
DEL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA OMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996**

En lo que respecta a otras enfermedades presentes en el paciente obeso de nuestro grupo de estudio, se encontro lo siguiente, de acuerdo a los datos obtenidos de su expediente clínico, ordenando los resultados en forma decreciente de acuerdo a su frecuencia .

- a) Lumbalgias con frecuencia de 10 y porcentaje del 10.6%
- b) Colitis con frecuencia de 9 y porcentaje del 9.5 %
- c) Infección de vias respiratorias altas, con frecuencia de 9 y porcentaje del 9,5%.
- d) hipertensión arterial, con frecuencia de 8 y porcentaje del 8.5% .
- e) Enfermedad articular degenerativa , con frecuencia de 8 y porcentaje del 8.5%.
- f) Constipación con frecuencia de 8 y porcentaje del 8.5%.
- g) Diabetes mellitus, con frecuencia de 6 y porcentaje del 6.3 %.
- h) Cervicovaginitis con frecuencia de 6 y porcentaje del 6.3 %.
- i) Artritis reumatoide, con frecuencia de 6 y porcentaje del 6.3 %
- j) Gastritis con frecuencia de 5 y porcentaje del 5.3%
- k) Infecciones de vias urinarias, con frecuencia de 5 y porcentaje del 5.3 %.
- l) Varices, con frecuencia de 5 y porcentaje del 5.3%.
- m) Parasitosis, con frecuencia de 3 y porcentaje del 3.1%.
- n) Infarto del miocardio con frecuencia de 2 y porcentaje del 2.1%
- ñ) Anemias , con frecuencia de 2 y porcentaje del 2.1%.
- o) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con frecuencia de 1 y porcentaje del 1.06%.

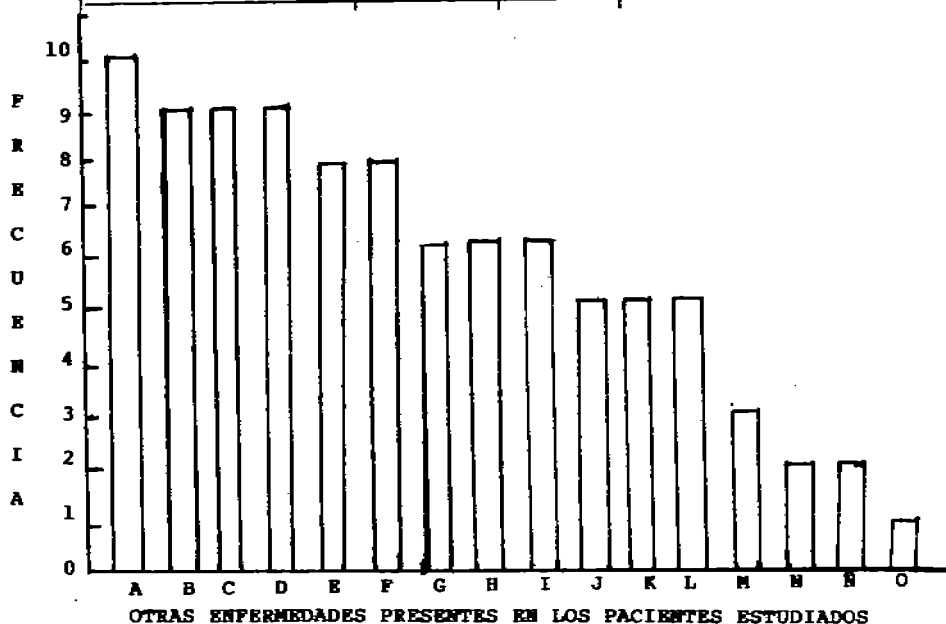
Los resultados obtenidos nos indican que de las patologías más frecuentes además de las mencionadas en la pregunta 10 del cuestionario de la presente investigación encontramos otras muy relacionadas también con el sexo del grupo de estudio, como patologías más frecuentes en el -- sexo femenino, seguida por las patologías de acuerdo al grupo de edad en la que predominaron las alteraciones articulares, las enfermedades crónicas degenerativas , enfermedades gastrointestinales y de vias urinarias, seguidas de las enfermedades vasculares como IAM y varices y en menor frecuencia y en relación al grupo de edades más jóvenes a las parasitosis y anemias.

Por lo que se puede concluir que el paciente obeso presenta frecuentemente varias patologías además de su obesidad y que de acuerdo a su -- grupo de edad y sexo se presenta la determinada frecuencia para cada una de ellas y que la obesidad es un factor predisponente o un factor de riesgo para agravar o para la presentación de estas.

PRESENCIA DE OTRAS ENFERMEDADES ADEMAS DE LAS
ADEMAS DE LAS MENCIONADAS EN LA
GRAFICA Y TABLA 15

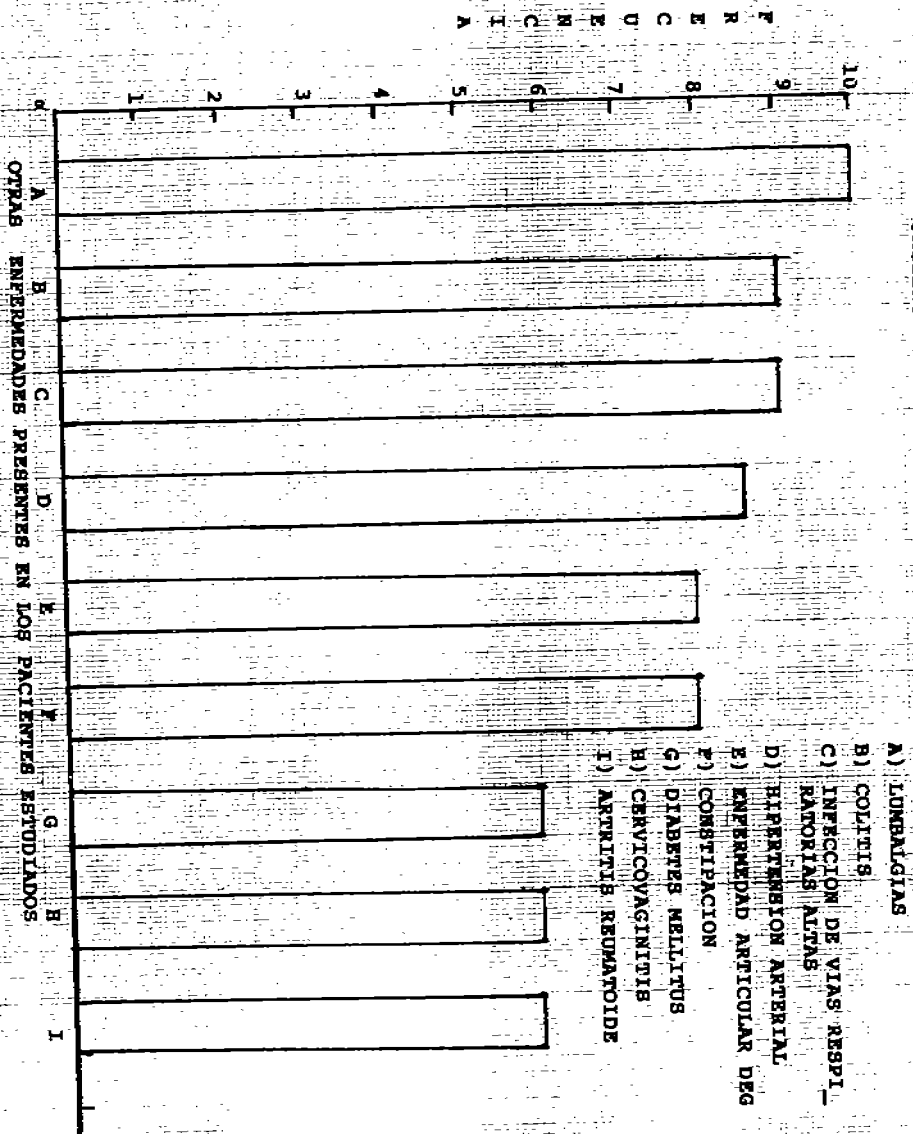
OTRAS ENFERMEDADES PRESENTES EN NUESTRO

GRUPO DE ESTUDIO		
ENFERMEDAD	FRECUENCIA	%
A) LUMBALGIAS	10	10.6%
B) COLITIS	9	9.5%
C) I. V. V.A.	9	9.5%
D) HIPERTENSION ARTERIAL	9	9.5%
E) ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA	8	8.5%
F) CONSTIPACION	8	8.5%
G) DIABETES MELLITUS	6	6.3%
H) CERVICOVAGINITIS	6	6.3%
I) ARTRITIS REUMATOIDE	6	6.3%
J) GASTRITIS	5	5.3%
K) INFECCION DE VIAS URINARIAS	5	5.3%
L) VARICES	5	5.3%
M) PARASITOSIS	3	3.1
N) INFARTO DEL MIOCARDIO	2	2.1%
O) ANEMIAS	2	2.1%
P) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA - CRONICA	1	1.0%



FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

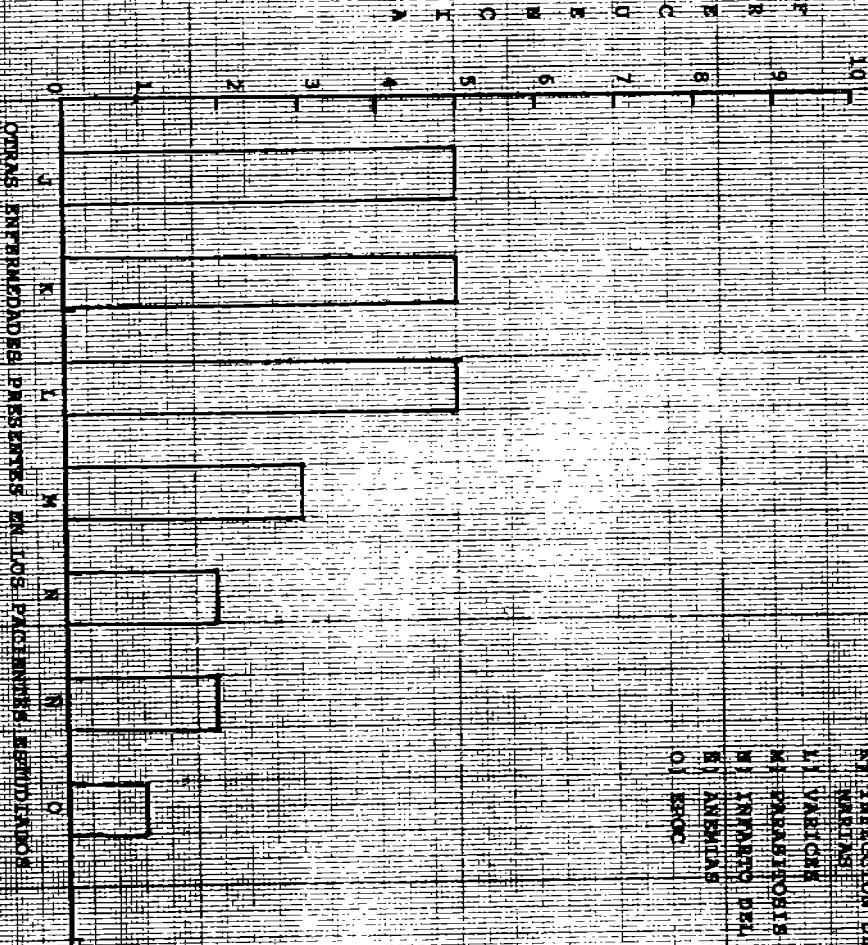
PRESENCIA DE OTRAS ENFERMEDADES PRESENTES EN LOS
PACIENTES DE NUESTRO GRUPO DE ESTUDIO



FUENTE DE INVESTIGACION : PERSONAL

REFERENCIA DE OTRAS ENTIDADES EN RELACION A LOS
ACCIDENTES DE TRÁFICO GRUPO DE CONVIATO

- J) GESTIÓN DE
- K) INTERSECCION DE VIAS DE TRÁFICO
- L) VARIACIONES
- M) CALZADONOS
- N) TRÁFICO DEL MICROCENRO
- O) ANCHURAS
- P) EXCC



OTRAS ENTIDADES PRESENTES EN LOS FACTORES SEÑALADOS

FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

**CRONICIDAD DE LAS OTRAS ENFERMEDADES
PRESENTES EN LOS PACIENTES
DEL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL IMSS
OCTUBRE DE 1996**

Con respecto a la cronicidad de las enfermedades presentes con relación a los resultados del punto anterior se encontro lo siguiente:

El 44 % de los pacientes padecen estas enfermedades en forma crónica con 2 o más años de aparición.

El 18% padecen la enfermedad en forma crónica con aparición de la misma desde hace 1 año.

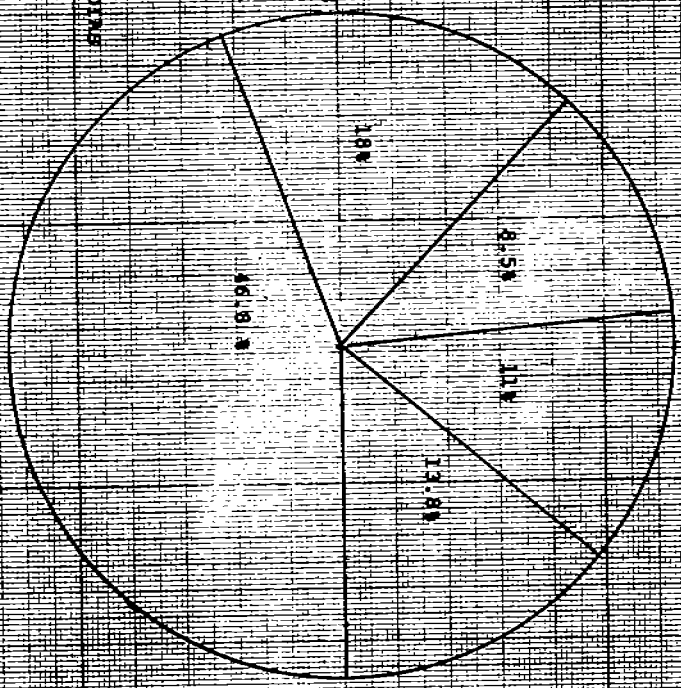
El 13% padecen estas enfermedades desde hace 6 meses .

El 11% las padecen desde hace 16 días a un mes. .

Y el 8.5% las padecen desde hace 15 días.

Los resultados obtenidos nos indican que el 80% de nuestros pacientes padecen de estas enfermedades en forma cronica y solamente un escaso numero las padece en forma aguda o subaguda.

QUANTIDAD DE LAS OTRAS EMPRESAS PARTICIPANTES EN LOS NEGOCIOS
DE NUESTRO GRUPO DE ESTUDIO



46.9 LA PRESENTAN
DESDE HACE 2 AÑOS O MAS
1.8 LA PRESENTAN DESDE
HACE 1 AÑO.
11.1 LA PRESENTAN DESDE
HACE 6 MESES
13.8 LA PRESENTAN DESDE
HACE 3 DIAS A UN MES
8.5 LA PRESENTAN DESDE
HACE 15 DIAS

FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

**CORRELACION DIRECTA ENTRE OBESIDAD
Y LAS ENFERMEDADES DEL PACIENTE
DEL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA UMF No 33 "EL ROSARIO"
DEL INSS
OCTUBRE DE 1996**

Con respecto al último punto de nuestro estudio los resultados obtenidos fueron los siguientes: El 53% de los pacientes de nuestro grupo presentan alguna de estas enfermedades después de la aparición del sobrepeso.

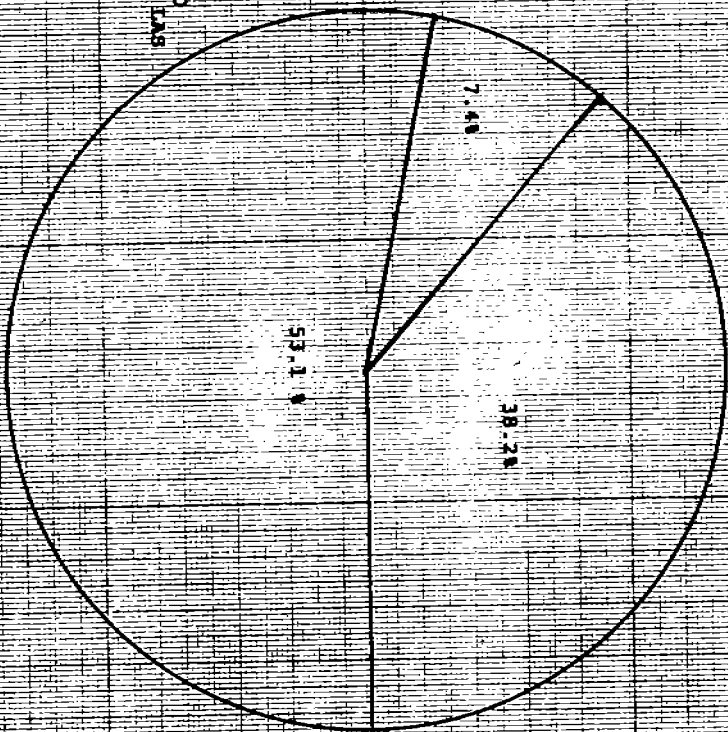
El 38 % de ellos no presentan ninguna de sus enfermedades después de presentar el sobrepeso.

Y en el 7% restante no se pudo corroborar si -- existía correlación con la obesidad y la presencia de otras enfermedades, ya que en algunos casos los expedientes no contenían datos suficientes para ello , ya por haber sido depurados, -- por ser patologías de reciente inicio o por no haber anotaciones clínicas que correlacionen a la obesidad con éstas.

Lo referido para los pacientes en que no se --- correlaciono la obesidad con sus enfermedades - puede ser aplicado a los pacientes que no presentan esta correlación con la obesidad.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que en más del 50% de los pacientes la obesidad (o probablemente más si tomamos en cuenta lo ya mencionado) provoca o es un factor de riesgo pa patologías orgánicas diversas.

CORRELACION ENTRE LAS ENFERMEDADES DE LOS PACIENTES
DE NUESTRO GRUPO DE ESTUDIO
CON LA OSESIDAD QUE PRESENTAN



SE NO PRESENTARON
NINGUNA DE SUS ENFER-
MEDADES EN RELACION
A LA OSESIDAD.
MÁS DE LOS PACIENTES
PRESENTAN UNA CORRE-
LACION DIRECTA ENTRE
SUS ENFERMEDADES Y LA
OSESIDAD
Y EN EL 7% NO SE PUDO
CORROBORAR NINGUNA DE LAS
2 COSAS.

FUENTE DE INVESTIGACION PERSONAL

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir lo siguiente;

- 1) La obesidad afecta con mayor frecuencia al sexo femenino
- 2) Las edades en que se presenta con mayor frecuencia son las de 20 a - 50 años.
- 3) La actividad laboral más afectada por la obesidad es la de amas de casa.
- 4) El grado de obesidad con mayor frecuencia encontrado es el de obesidad de segundo grado.
- 5) La talla de nuestra población corresponde a tallas bajas de 140 a - 159 cms.
- 6) La escolaridad de nuestros pacientes es baja.
- 7) El estado civil más frecuente afectado es el de casados.
- 8) Con respecto a las alteraciones orgánicas más frecuentes presentes como enfermedad de base principales fueron en orden de frecuencia; 1) Enfermedades articulares (AR y EAD), 2) Colitis 3) Cardiopatías 4) La diabetes mellitus 5) Hipercolesterolemia 6) Varices 7) Enfermedades arteriales, 8) Macrosomía fetal, 9) Bronquitis crónica, 10) Eclampsia, 11) la cirrosis hepática, 12) Colelitiasis, 13) Tromboembolia pulmonar 14) Infertilidad, 15) Hipertensión arterial, 16) Mortinatus.
- 9) Con relación a la cronicidad de los padecimientos encontramos que la mayor frecuencia correspondió a la presencia crónica de estas enfermedades con 2 años o más.
- 10) Con relación a otras enfermedades presentes también en nuestros pacientes se encontró en orden de frecuencia lo siguiente: a) lumbalgia b) Colitis, c) Infección de vías respiratorias altas, d) Hipertensión arterial, e) Enfermedad articular degenerativa, f) Constipación, g) Diabetes mellitus, h) Cervicovaginitis, i) Artritis reumatoide, j) Gastritis, k) Infección de vías urinarias l) Varices, m) Parasitosis, n) Infarto del miocardio, ñ) Anemias, o) EPOC.
- 11) Con relación a la presencia de obesidad como factor predisponente para estas enfermedades encontramos que más del 50 % si presentan esta condición y que el 38% no presentan esta condición y en el 7.5% no se pudo investigar por falta de datos.

Por lo mencionado anteriormente podemos concluir que la mujer es la más afectada, y que esto puede atribuirse a su bajo nivel educativo a sus antecedentes familiares, a su actividad laboral y física, y que además presentan talla baja.

Con respecto a las enfermedades principales encontradas podemos concluir que las alteraciones orgánicas más frecuentes son del tipo de las crónicas degenerativas, como la osteoartritis, seguidas por enfermedades vasculares y cardíacas y por último las enfermedades que afectan al sexo femenino iniciando con problemas de tipo infeccioso, y llegando hasta la presencia de productos macrosómicos.

Con respecto a las enfermedades concomitantes el predominio fue para las enfermedades articulares, a las enfermedades del aparato respiratorio, alto, seguidas por las crónicas degenerativas, a las del aparato digestivo, y posteriormente a las causas infecciosas de vías urinarias o parasitosis y una baja frecuencia para otras enfermedades.

Esto puede deberse a la distribución por edades de nuestra población.

SOGERENCIAS

Dado que se encontró que la población más afectada es la del sexo femenino, con baja educación y que las enfermedades encontradas se agravan con la presencia de la obesidad, es necesario realizar medidas tendientes a prevenir la aparición de complicaciones en las personas afectadas tales medidas se pueden realizar en nuestra unidad con ayuda del servicio de fomento para la salud y consistirían en pláticas orientadas a educar a nuestra población, en lo referente a su obesidad, su control adecuado de peso, la utilización de su tiempo libre en actividades deportivas, el llevar su dieta en forma adecuada, y el control adecuado de su enfermedad principal y sus enfermedades concomitantes.

Dicha medidas preventivas ayudarían a reducir la frecuencia de complicaciones y en los tiempos actuales en que los recursos son limitados por la situación económica estas medidas serían las más adecuadas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES ESPECIFICAS	TIEMPO													
	1995		NOV	DIC	ENE.	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	1996
	SEPT	OCT												OCT
DEFINICION DEL TEMA														
RECUPERACION REVISION Y SELECCION DE BIBLIOGRAFIA														
ELABORACION DEL PROTOCOLO														
PLANEACION OPERATIVA ESTUDIOS PILOTO Y ESTANDARIZACION DE TECNICAS														
RECOLECCION DE LA INFORMACION														
REVISION DEL PROTOCOLO POR EL ASESOR Y EL J.E.I.														
ANALISIS DE LOS RESULTADOS														
ENTREGA DEL PROTOCOLO														

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Campos, Rivas Octavio.
Obesidad tratamiento médico y quirúrgico
Revista Gastroenterología Mex. Vol 59 No 1 1994.
p.p.1-40.
- 2.-Tierney,M. Laurence.et al.
Diagnostico clínico y tratamiento.
30 ava edición
Editorial "El manual moderno", 1995
p.p. 969-970,1040-1041, 1100,281.
- 3.-Dallat, Must A.
Rference data for obesity 85th and 95th. percentiles of body mass.
index(Wt/ht²) - a corrección.
AM. J. Clin. 1991:54:773.
- 4.-Cronk,CE. Roche AF.
Reference data for obesity.
AM. J. CLIN. Nutr. 1991:54:953-954.
- 5.- Glay ,S. David.et al.
Obesidad.
Clínicas médicas de norteamérica.
Editorial interamericana vol 5, 1990.
p.p. 1 - 315.
- 6.-Berkow, Robert.
El manual Merk
Novena edición.
Editorial Nueva editorial interamericana, 1991
p.p. 846- 851.
- 7.-Must,A. Jaques et al.
Long- term morbidity and mortality of overweight adolescents.
New Englnd J. Med. 1992;327: p.p. 1350-1355.
- 8.-Chavez,A. D.
Información clínica terapéutica .
Gac. Med. Méx. 1990;126: 413-414.
- 9.- Lopez,Morales Julia.
Tesis recepcional "Factores condicionantes sobre la disposición para
bajar de peso".
UMF 33 El Rosario del IMSS 1989.
- 10.-Andrews,J.W.et al.
Realtión ship of weighth loss to crdiovascular risk factors in -
norvidliobese individuals.
J. AM. Coll. Nutr. 1994 Jun 13(3):256-61.
- 11.-Wilson,D. Jean e al.
Principi s de medicina interna
12ava edición
Editorial Interamericana.Mc Graw Hill.1992.
p.p.823-824.
- 12.-Woodley,Michelle. et al.
Manual de terapéutica médica.
Octava edición
Editorial Masson -salvat -Medicina.1994
p.p. 79.

BIBLIOGRAFIA

- 13.- Campollo ,R.
Obesidad tratamiento médico, quirúrgico.
Gastroenterol Mex. 1994 :59(1) 1-21.

A N E X O S

CUESTIONARIO

Cuestionario de investigación sobre las alteraciones orgánicas más frecuentes en el paciente con obesidad en la " U.M.F. No 33 el Rosario del IMSS", turno matutino.

Instrucciones: El presente cuestionario fué realizado inicialmente para ser aplicado a cada uno de los pacientes seleccionados para el presente estudio, pero dadas las circunstancias de tiempo y de que el servicio de dietología solo funciona hasta las 14:00 hrs, el cuestionario fué tomado como base para la búsqueda de datos en los expedientes clínicos.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Peso _____ Kg. Talla _____ Cas. _____
 Escolaridad _____ Ocupación _____ Estado civil _____

Preguntas:

- 1.- ¿ Presenta actualmente obesidad?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No se
- 2.- Si la presenta ¿Desde cuando la presenta? (sobrepeso).
 - a) Desde la infancia
 - b) Desde la adolescencia
 - c) En edad adulta
- 3.- ¿ En su familia hay otras personas con sobrepeso?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No se
- 4.- ¿ La obesidad ha causado en usted la presencia de alguna enfermedad o contribuido a que se agrave alguna ya presente?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No se
- 5.- ¿ Usted practica algún deporte ?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No se
- 6.- ¿ Su trabajo requiere que usted pase la mayor parte del tiempo, sentado, o con mínima actividad física?
 - a) Si
 - b) No
- 7.- ¿ Padece actualmente alguna enfermedad ?
- 8.- Si padece alguna enfermedad, ¿cuanto tiempo tiene de padecerla?
 - a) Menos de 15 días
 - b) 16 días a un mes
 - c) 6 meses
 - d) Un año
 - e) 2 años o más.
- 9.- ¿ Algún médico le ha mencionado que su enfermedad se relacione con su sobrepeso?
- 10.- De las siguientes enfermedades, marque con una cruz la que usted padezca:
 - a) Diabetes mellitus(Enf. con exceso de azúcar en la sangre).
 - b) Presión alta(Hipertensión arterial).
 - c) Artritis o enfermedad articular degenerativa(Enfermedad con aumento de dolor o inflamación de los huesos).
 - d) Colitis(Inflamación del intestino grueso)
 - e) Hipercolesterolemia,(colesterol sanguíneo alto por examen de laboratorio).
 - f) Cirrosis hepática (enfermedad con daño del hígado DX por el médico).
 - g) Colelitiasis (Piedras en la vesícula biliar).
 - h) Enfermedades del corazón(verificadas por su médico).
 - i) Padece enfermedades de las arterias (verificadas por el médico o por el especialista).
 - j) Enfermedades pulmonares como bronquitis de más de 2 años de evolución
 - k) Ha padecido o padeció embolos en el pulmón, embolia pulmonar (verificada por su médico).

l) Padece enfermedades de las venas (varices, verificadas por su médico.)

En las pacientes del sexo femenino ¿han padecido alguna de las siguientes alteraciones o enfermedades?

m) Aumento de la presión arterial, inchazón de piernas y otras alteraciones aunadas a estas, durante alguno de sus embarazos, Dx por su médico o especialista como eclamsia o preeclamsia.

n) Muerte del producto al nacer

ñ) Dificultad para poder embarazarse.

o) Cesareas, por productos (niños) de gran tamaño.

11.- Además de las enfermedades mencionadas, ¿usted padece de otra enfermedad ? a) Si b) No c) No se

12.- Si padece otra enfermedad junto con la ya mencionada y en forma continua y cronica, ¿Que enfermedad padece?

13.- Si padece otra enfermedad ¿Desde cuando las padece?

a) Menos de 15 días b) 16 días a un mes c) 6 meses d) Un año.
e) 2 años o más.

14.- ¿ Alguna de estas enfermedades aparecio después de que usted comenzo a estar sobrepasado de peso ? (Gordo).

a) Si b) No c) No se.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD	R.N.	A 11 MESES	1 A 10 AÑOS	11 A 20 AÑOS	21 A 30 AÑOS	31 A 40 AÑOS	TOTAL				
	1	7	9	22	16						
41 A 50 AÑOS	15	51 A 60 AÑOS	17	61 A 70 AÑOS	6	71 A 80 AÑOS	1	81 A 90 AÑOS	0	TOTAL	94

SEXO:	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
	21	73	94

PESO: SOBREPESO:
R.N. A 11 MESES 1 A 10 AÑOS 11 A 20 AÑOS 21 A 30 AÑOS 31 A 40 AÑOS TOTAL

OB. 1o grado:	0	1	5	4	5	15
OB. 2o grado:	1	4	3	13	8	29
OB. 3o grado:	0	2	1	5	3	11

41 A 50 AÑOS	51 A 60	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS	TOTAL		
OB. 1o grado:	5	6	3	1	0	15	
OB. 2o grado:	5	7	0	0	0	12	
OB. 3o grado:	5	4	3	0	0	12	94

TALLA: (DE 61 A 70 cms) (71 A 79 cms) (80 a 89 cms) (90 a 99 cms) (DE 100 A 109 cms) TOTAL

	1	0	0	0	2
(DE 110 a 119)	(DE 120 a 129 cms)	(DE 130 a 139 cms)	(de 140 a 149 cms)	TOTAL	
2	2	3	11		

(DE 150 a 159 cms) (DE 160 a 169cms) (DE 170 a 179 cms) (DE 180 a 189 cms) TOTAL

45	20	7	1	94
----	----	---	---	----

ESCOLARIDAD: ANALFABETOS 8 SABEN LEER Y ESCRIBIR 13 PRIMARIA INCOMP. 13 COMP 13 TOTAL 44

SECUNDARIA : INCOMPLETA, COMPLETA	8	6	C. TECNICA O EQUIVALENTE	12	BACHILLERATO : INCOMP. COMP	5	8	TOTAL
LICENCIATURA	0	0	SUBESPECIALIZACION U OTROS SUPERIORES	0				94
OCCUPACION: AMAS DE CASA								
	41	3	PREESCOLARES	12	OBREROS Y TECNICOS	18	5	
PROFESIONISTAS	3	2	DESEMPLEADOS	10	PENSIONADOS	0		TOTAL
								94
ESTADO CIVIL : SOLTERO	13	58	CASADO	4	DIVORCIADO	4	UNION LIBRE	4
							VIUDO	12
							SEPARADOS	3
								TOTAL
								94

PREGUNTAS:

1.-	a)	94	b)	0	c)	0	TOTAL	94
2.-	a)	17	b)	31	c)	46	TOTAL	94
3.-	a)	57	b)	37	c)	0	TOTAL	94
4.-	a)	58	b)	32	c)	4	TOTAL	94
5.-	a)	71	b)	23	c)	0	TOTAL	94
6.-	a)	58	b)	36	c)	0	TOTAL	94
7.-	a)	94	b)	0	c)	0	TOTAL	94

8.-	a) 12	b) 9	c) 11	d) 14	e) 48	TOTAL	94			
9.-	a) 94	b) 0	c) 0	TOTAL	94					
10.-	a) 8	b) 11	c) 15	d) 11	e) 7	f) 2	g) 2	h) 10	TOTAL	94
1) 5	j) 4	k) 2	l) 6	m) 3	n) 1	n) 2	n) 5	TOTAL	94	
11.-	a) 93	b) 1	c) 0	TOTAL	94					
12.-	HAS 8	D.M. 6	EMD 8	AR 6	GASTRITIS 5	VARICES 5	COLITIS 9	IAM 2	TOTAL	93
I. V. RESPIRATORIAS A. CONSTIPACION IVU CERVICOVAGINITIS ANEMIAS EPOC TOTAL										
	9	8	5	6	2	1	TOTAL	93		
ANEMIA LUMBALGIAS 10 PARASITOSIS 3										
13.-	a) 8	b) 11	c) 13	d) 17	e) 44	TOTAL	93			
14.-	a) 50	b) 36	c) 7	TOTAL	93					