



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

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA FAMILIAR 5 DE FEBRERO

**RESULTADOS DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA DE OBESIDAD EN
LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR 5 DE FEBRERO DEL ISSSTE
DEL PERIODO DE 2005 A 2008**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JORGE CRUZ VERA





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**RESULTADOS DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA DE OBESIDAD EN
LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR 5 DE FEBRERO DEL ISSSTE
DEL PERIODO DE 2005 A 2008**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JORGE CRUZ VERA

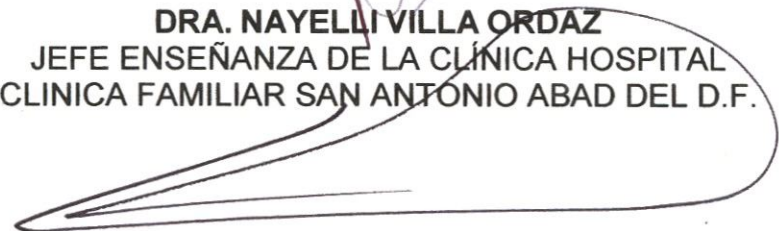
AUTORIZACIONES:



DRA. SONIA ISABEL SANCHEZ RIOS
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL
CLINICA FAMILIAR SAN ANTONIO ABAD DEL D.F.



DRA. NAYELLI VILLA ORDAZ
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
CLINICA FAMILIAR SAN ANTONIO ABAD DEL D.F.



DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

**RESULTADOS DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA DE OBESIDAD EN
LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR 5 DE FEBRERO DEL ISSSTE
DEL PERIODO DE 2005 A 2008**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

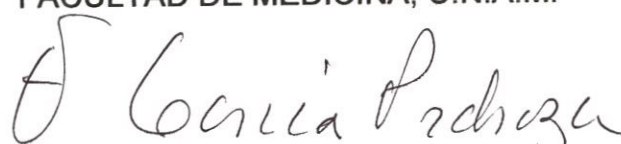
PRESENTA:

DR. JORGE CRUZ VERA


AUTORIZACIONES



DR. CARLOS LAVALLES MONTALVO
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



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

INDICE	PAG
RESUMEN	1
MARCO TEORICO	3
DEFINICION	6
CLASIFICACION	7
EPIDEMIOLOGIA	10
ETIOLOGIA	12
FISIOPATOLOGIA	13
DIAGNOSTICO	17
COMORBILIDADES	17
TRATAMIENTO	22
ATENCION PRIMARIA A LA SALUD	30
PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR	32
GRUPOS DE AYUDA MUTUA	33
BASES TEORICAS Y CONCEPTUALES	35
DESCRIPCION DEL GRUPO DE OBESIDAD	40
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	43
JUSTIFICACION	45
OBJETIVOS	47
MATERIAL Y METODOS	48
TIPO DE ESTUDIO	48
DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO	48
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	49
MUESTRA	49
CRITERIOS DE SELECCIÓN	49

VARIABLES	50
DISEÑO ESTADISTICO	53
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	53
METODO DE RECOLECCION DE DATOS	54
MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGO	54
PROCEDIMIENTO ESTADISTICO	55
CRONOGRAMA	88
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	55
CONSIDERACIONES ETICAS	56
RESULTADOS DEL GRUPO DE AUTO AYUDA	57
EDAD	57
SEXO	58
ESTADO CIVIL	58
OCUPACION	59
NUMERO DE INTEGRANTES	59
CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS	60
DISCUSION	68
CONCLUSIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73
ANEXOS	78

RESUMEN:

OBJETIVO:

Describir la experiencia del grupo de autoayuda de obesidad de la C.M.F. 5 de febrero (ISSSTE).

DISEÑO:

Investigación cualitativa (narrativa histórica del grupo de obesidad) retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio realizado en 2 partes. La primera parte: Investigación cualitativa en la revisión histórica del desarrollo del grupo de obesidad en la C.M.F. 5 de Febrero (ISSSTE) DE 2005 AL 2008.

Segunda parte:

Descripción de la experiencia del grupo de autoayuda de obesidad realizado en la misma unidad de Enero a Agosto del 2008. Se realizó una muestra no probabilística de 11 Pacientes. Se aplicó una encuesta a los pacientes del grupo, orientada hacia aspectos cualitativos de satisfacción y de repercusión en sus vidas personales y que incluyó tres secciones: Consentimiento de participación voluntaria, ficha de identificación y encuesta de educación para el grupo de obesidad.

RESULTADOS:

Cualitativos, en los 3 años de integrarse el grupo se aprecia importantes cambios y mejoras. La mayoría de los pacientes están contentos, su conocimiento ha favorecido a sus familias y según su opinión ha mejorado su estado general de salud.

Cuantitativos:

En los 11 pacientes encuestados el promedio de edad fue de 63 años, el 54.5% son casados, en cuanto a su ocupación el 45.5% son pensionados y el ciclo vital que predominó fue el de retiro en un 54.5%. el 100% señaló que mejoró su estado general de salud, se encontró una repercusión favorable en relación con su familia en un 90.1% y el 100% de los entrevistados se encuentra satisfecho con el conocimiento adquirido en el grupo de obesidad.

CONCLUSIONES:

Es importante continuar con el grupo de autoayuda, ya que responde a las necesidades de educación de los pacientes, control de peso y de sus comorbilidades, además que se favorece el trabajo de equipo y del médico familiar.

PALABRAS CLAVE: Grupo de autoayuda, obesidad, investigación cualitativa, medicina familiar.

RESULTADOS DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA DE OBESIDAD EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR 5 DE FEBRERO DEL ISSSTE DEL PERIODO DE 2005 A 2008

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES OBESIDAD

Desde el inicio de la humanidad ,el hombre ha tenido que alimentarse ,primero tuvo que recolectar alimentos para su nutrición, existentes en la naturaleza, lo que hacía que este tuviera actividad física, sobre todo si nos vamos a la época primitiva, trepaba árboles y caminaba grandes distancias; con esto su consumo principal era de azúcares.

Posteriormente al evolucionar y con el descubrimiento del fuego, inicia otra etapa de consumo diferente, al también utilizar diversos instrumentos para la pesca y caza de algunos animales como el mamut, iniciando aquí la ingesta de proteínas y grasa.

En otras etapas siguientes de esta evolución, el hombre inicia la agricultura y ganadería con lo que ya se genera mayor seguridad en la producción de alimentos; sin embargo esto hace que disminuya la actividad física, así mismo

surge la industrialización lo que con lleva a la elaboración de diferentes alimentos preparados.

Con esto se inicia una alta ingestión de grasas, azúcares y almidones, para lo cual el sistema metabólico del hombre no está diseñado, causando así el inicio de enfermedades crónico -degenerativas, como con la OBESIDAD y sus comorbilidades (diabetes, arterioesclerosis, hipertensión arterial, dislipidemias, etc.)

A partir del siglo XIX, surgen productos de alto contenido en grasa, sal y azúcar, y productos químicos diversos, que alteran en mayor proporción el estado de salud del ser humano.

Los hábitos alimenticios, se estructuran, a través del aprendizaje familiar y social, fuertemente influenciados por tradiciones, disponibilidad alimentaria, estatus social y simbolismos afectivos, por ejemplo en diversos estados de nuestro país como en Yucatán es cotidiano comer grasa y carne de puerco, en Oaxaca se estila el consumo de tamales, mole exceso de tortilla y así en muchos otros predomina este tipo de comidas; también la actividad de cada persona como en el caso de ejecutivos, vendedores, carteros es crucial el tipo de comida que ingieren.

Otro factor que incrementa el consumo de calorías es la ingesta de alcohol que se extiende a todas las clases sociales, así como el consumo indiscriminado de refrescos y jugos industrializados.

En un estudio llevado a cabo en el IMSS en el 2004 se encontró que, en cuanto a los alimentos con riesgo potencial, el porcentaje de niños que ingieren refresco, no aumento, pero el de niños que tomaban jugo industrializado se triplico en cuanto a la frecuencia diaria y semanal y destaco un riesgo potencial por la cantidad de hidratos de carbono simples que poseen los dulces, refresco embotellado y jugos. (1).

El desarrollo de la alta tecnología en nuestro país y a nivel mundial para satisfacer las demandas alimenticias de la población, el transporte y la preparación de alimentos rápidos, crean productos de alto contenido calórico, causando una desproporción en la adecuada ingesta de nutrientes para una buena alimentación.

En el siglo XX la incorporación de la nueva tecnología, sustituye esfuerzos musculares, se utilizan más los automóviles, sistemas computarizados, se ve más televisión, más uso de elevadores, lo que trae menor esfuerzo físico y disminución de ejercicio.

Actualmente en México, también el consumo de comida rápida y la automatización ha favorecido el crecimiento en el número de personas obesas y con sobrepeso.

TRANSICIÓN NUTRICIONAL EN MÉXICO.

Los determinantes de la transición alimentaria y nutricional pueden ser ubicados sobre todo en la organización social y el avance tecnológico de una sociedad y estos a su vez tienen su expresión concreta en indicadores como el crecimiento económico, la urbanización y la distribución del ingreso; la disponibilidad, el

procesamiento, la distribución y las formas de comercialización de los alimentos y los factores que condicionan el acceso a estos satisfactores. (2).

Este cambio tan dramático ha repercutido en el sector salud, ya que hace dos o tres décadas hay mayores esfuerzos en la lucha contra la obesidad y enfermedades concomitantes de un gran número de adultos y en estos últimos años en niños y adolescentes, repercutiendo en su estilo de vida y salud.

DEFINICION

Es una enfermedad crónica multifactorial compleja influida por factores genéticos, fisiológicos, metabólicos, celulares, moleculares, sociales y culturales, y que se caracteriza por el aumento del tejido adiposo. (3) El tejido graso se considera como un marcador biológico. (4)

En base a la Norma Oficial Mexicana es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un IMC mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25-Talla baja es la determinación en la mujer adulta cuando su estatura es menor de 1.50 mts. y para el hombre menor de 1.60 mts. (5). Y según la OMS es una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (6)

CLASIFICACIÓN

Esta puede hacerse desde varios puntos de vista; según el grado y la distribución del tejido adiposo y desde el punto de vista etiológico:

Según Garrow da una clasificación de acuerdo con el grado de obesidad aceptada por la OMS, basada en el Índice de Masa Corporal (IMC o índice de Quetelet) y es el criterio universal para la clasificación y diagnóstico de la Obesidad.

El índice de masa corporal es la relación entre el peso corporal en kg. y la talla en centímetros al cuadrado. La morbilidad aumenta al elevarse los valores del índice por arriba del punto o de corte, por lo que la OMS considera para el diagnóstico de la obesidad un índice de masa corporal mayor a 30 y para un peso normal de 18.5 a 24.9.

Cuadro 1. Clasificación del sobrepeso y obesidad OMS, Ginebra, 1997

Categoría	IMC (kg/talla 2)
Bajo peso	< 18.5
Peso Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25.0-29
Obesidad	
Grado I	30-34.9
Grado II	35-39.9
Grado III	>40.0

OMS.2002 NHLBI, 2003(National Heart, Lung, and Blood Institute).

En el cuadro 2 se muestra la clasificación basada en la Norma Oficial Mexicana

174-SSA 1 -1998, que es ampliamente referida en nuestro medio. (7)

Cuadro 2. Clasificación de sobrepeso y obesidad basada en la NOM-174-SSA1-1998-

Clasificación	IMC (kg/m ²)
Desnutrición	< 18
Peso Normal	18 a 24.9
Sobrepeso	25 a 26.9
Obesidad I	27 a 29.9
Obesidad II	30 a 39.9
Obesidad III	>40

. CIRCUNFERENCIA DE CINTURA.

Es una herramienta de evaluación que complementa al IMC para establecer los riesgos de morbilidad y mortalidad asociados a la obesidad. El exceso de grasa localizada en la región abdominal superior (grasa visceral) se asocia con mayor riesgo que el exceso localizado en otras áreas.

El riesgo elevado esta definido como una CC mayor de 102 cm en el hombre y de 88 cm en la mujer. (8)

La medición recomendada por la OMS, se realiza en el punto medio entre la última costilla y la cresta ilíaca.

ÍNDICE CINTURA–CADERA

Se calcula dividiendo la circunferencia de cintura entre la circunferencia de la cadera. Si el índice obtenido es mayor a 1.0 en hombres y mayor de 0.8 en mujeres se vincula con una tasa más alta de morbilidad y mortalidad.

En el caso de la población mexicana se consideran los siguientes rangos:
Hombres: 0.78 a 0.93, mujeres: 0.71 a 0.93 (8)

Otra clasificación de la obesidad es en relación con la distribución de la grasa corporal, que puede ser Androide o Ginecoide.

Distribución tipo Androide. También se llama de tipo masculino. Se caracteriza porque los depósitos de grasa se centran en la región abdominal, por lo que también se conoce como de tipo central, de la Parte Superior del cuerpo o en forma de manzana.

Distribución tipo Ginecoide o de tipo femenino. El depósito de la grasa es específicamente en la región glúteo-femoral. También se le conoce como de tipo periférico, de la región inferior del cuerpo o en forma de Pera (8)

EPIDEMIOLOGIA

La obesidad es una enfermedad que esta afectando cada día más a la población en general no solo en nuestro país, sino a nivel mundial. Dentro de estos casos tenemos que considerar a la población infantil, la cual esta en creciente y cada vez son mas los niños obesos en nuestro país.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 1.2 millones de personas en el mundo están clasificadas con sobrepeso y 250 millones con obesidad, lo cual refiere que es un problema global.

Con los criterios de la OMS cerca de 22 millones de niños menores de cinco años de edad tienen sobrepeso y éste afecta a por lo menos el 10% de escolares en países industrializados como Japón, Estados Unidos, y algunos de Europa, también afecta a otros países como Argelia Argentina, Chile y otros, y de estos niños obesos el 30% será obeso adulto.

Actualmente la atención se enfoca a problemas de mala alimentación, asociados a un estilo de vida sedentario, así como el consumo de alimentos chatarra y comidas rápidas.

En sus inicios se considero la obesidad como una enfermedad de sector social acomodado y predominante en países ricos, sin embargo actualmente se ve que afecta a la población en general y aún a sectores, más pobres.

La transición epidemiológica ha puesto a la obesidad en un lugar preponderante dentro del perfil de salud de la población mexicana.

En la actualidad nuestra población se encuentra inmersa en el fenómeno denominado transición nutricional, que acompaña a la transición demográfica y define de manera muy importante a la transición epidemiológica. La sustitución de los padecimientos infecciosos como causas de muerte, por los problemas crónico-degenerativos está íntimamente relacionada con la emergencia de la obesidad en el perfil de salud de la población mexicana, dado que es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, Diabetes Mellitus tipo 2 y algunos tumores malignos.

El cambio en el estado nutricional de la población se manifiesta en los resultados de diversas encuestas de Nutrición y salud realizadas en México.

Una encuesta realizada en el IMSS en el 2003 se encontró que la prevalencia de sobrepeso en los niños fue de 7.1% y 7.2% en mujeres y hombres, predominando en las regiones Sur y sureste del país. En los adolescentes fue de 18.6% y 20.4% en mujeres y hombres predominando en ambos sexos en la ciudad de México. En los adultos fue de 38.3% y 46.8% en mujeres y hombres, más del doble en relación con el grupo anterior, predominando en ambos sexos en la región centro. En los adultos mayores fue de 23.8% y 21% en mujeres y hombres, predominando en las regiones centro y sur del país.

La prevalencia de obesidad en los niños fue de 11.1% y 10.4% en mujeres y hombres, predominando en la región centro. En los adolescentes fue similar al grupo anterior: de 11.6% y 13.7% para mujeres y hombres, predominando en las regiones sureste y sur. En los adultos aumento en comparación con el grupo

anterior de 31.5 y de 23.9 % en mujeres y hombres, predominando en ambos sexos, en la región sureste. En los adultos mayores fue mas alta todavía: 38 y 53.2% en mujeres y hombres predominando en la ciudad de México y norte del país. (9)

En la encuesta Nacional de salud y Nutrición del 2006, reportan una prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en población de 5 a11 años de edad de un promedio nacional de 23.6% y en el D.F. de 35.1%, y en la población de 12 a 19 años una prevalencia nacional de 31.9% y en el D.F. de 32.3%, en la población de 20 años o mas un promedio nacional de 69.8%, y en el D.F. de 63%. Mas de un tercio de los niños en edad escolar y de los adolescentes presentan exceso de peso y siete de cada 10 adultos mayores de 20 años de edad en el D.F. presentan exceso de peso y el 75% tienen obesidad abdominal.(10)

Es importante mencionar que la población mexicana tiene características que la distinguen de otras poblaciones, comparadas con las poblaciones anglosajonas, caucásicas, afroamericanas y otras; por ello la población de obesos mexicanos presentan variadas diferencias que es necesario conocer para establecer modelos de estudio y tratamiento, específicamente diseñados y no adaptar necesariamente los de otros países o razas. (11)

ETIOLOGIA

La obesidad parece ser consecuencia principalmente de la vida moderna y el exceso a grandes cantidades de alimentos ricos al paladar y altos en calorías y a una limitada actividad física. (12)

Distintos agentes ambientales que interaccionan con un huésped susceptible han comenzado a ser identificados como responsables del incremento de peso corporal entre la población.

La teoría de la Zona de Establecimiento (Settling Zone Point).

Sugiere que el peso corporal es establecido por el ambiente y no precisamente por el sistema biológico y está identificada al ambiente como un determinante de la ingestión de alimentos. (13)

El gen *ob* es el responsable de la producción de leptina, por lo cual es descrito en varias familias con obesidad temprana. Lo mismo sucede con la mutación del gen *db* responsable de la codificación del receptor de la leptina.

Los gemelos homocigóticos aún cuando crezcan separados, sus pesos siempre son parecidos al de sus padres biológicos, incluso aún cuando hayan sido adoptados y esto apoya el papel de los genes en la etiología de la obesidad. Además, aún cuando la obesidad más frecuente no siga un patrón mendeliano, parece ser que los genes contribuyen hasta en un 30% en el nivel de grasa visceral, no así a la subcutánea, en conclusión la mayoría de los casos la obesidad responde a la interacción de múltiples genes y del ambiente. (14)

FISIOPATOLOGIA

La descripción de tejido adiposo como órgano endocrino ha venido impulsando investigaciones a nivel mundial, con la finalidad de entender la fisiopatología y patogenia de la obesidad; así mismo las consecuencias de la producción y efectos

de las hormonas y citocinas que afectan a nivel sistémico, generando un amplio espectro de complicaciones. (7)

En la actualidad el concepto de un tejido adiposo estático, desde el punto de vista fisiológico, ha cambiado al considerar que esta constituido por células altamente especializadas, que pueden producir una gran cantidad de mediadores neuroendocrinos y de responder cualitativamente y cuantitativamente a estímulos hormonales .(15)

Adiponectina.

Es una proteína esencial y se produce en los adipocitos, su concentración es alta y estable en La población sana y su función es prevenir el desarrollo de cambios vasculares, alteraciones en el metabolismo de glucosa y lípidos que pueden ser inducidos por agentes químicos, físicos e incluso la dieta.

Ácidos Grasos no esterificados. Hay una resistencia a la insulina, la que genera un círculo vicioso con la producción de ácidos grasos libres, lo que lleva a mayor resistencia que genera mayor producción de ácidos grasos y estos ejercen daño directo a las células Beta del páncreas, generando disminución en la secreción de insulina. (7)

Leptina.

En 1994 el grupo de Friedman descubre la leptina (nombre derivado del griego leptos=delgado) La hormona tiene 167 aminoácidos y se produce casi exclusivamente en el tejido adiposo .La leptina actúa a través de un receptor del cual de han identificado cinco isoformas.

La leptina aumenta con el estrés inflamatorio y las endotoxinas lo que sugiere que tiene un papel en la regulación de los procesos inmunológicos. Los efectos de la leptina han sido estudiados ampliamente en el hipotálamo porque existen abundantes receptores, principalmente en los núcleos arcuato, ventromedial y el área lateral .Esto apoya el concepto que la leptina es un modulador importante del metabolismo energético. (16)

Es una proteína sintetizada por los adipocitos, que es inductora de saciedad y estimula el gasto energético.los pacientes obesos poseen niveles elevados de leptina circulante ocasionados por la masa de tejido adiposo, presentando leptino-resistencia e impide que la hiperleptinemia conduzca a obtener una saciedad mas intensa y precoz. (4)

Grelina

Es una hormona producida por el aparato gastrointestinal, que al unirse a receptores localizados en el núcleo arqueado del hipotálamo, origina aumento del apetito. (15)

DIAGNOSTICO

Este se basa en la relación que un individuo tiene entre su peso y talla al cuadrado, calculándose así el IMC. y basándose en la Norma Oficial. Mexicana.

En la reunión de consenso sobre obesidad infantil, realizada en la Academia Nacional de Pediatría con la participación de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica (Marzo 2002) ,la recomendación fue utilizar las gráficas del CNC 2000 de IMC para la edad y la valoración de niños mayores de 2 años de edad y considerar para la población mexicana lo siguiente:

Sobrepeso, valor superior al centil 75

Obesidad, valor por arriba del centil 85

Obesidad grave, valor por arriba del centil 97 (15)

COMORBILIDADES.

La obesidad esta relacionado con diversas enfermedades:

Hipertensión Arterial. La relación entre obesidad y obesidad central e hipertensión esta mas que probada. El obeso tiene mayor riesgo que el sujeto delgado, se calcula que por cada 10 kg. de aumento de peso, la presión sistólica y diastólica aumenta de 2 a 3 mm hg. y hoy se acepta que la grasa visceral, tiene efectos aditivos e independientes. Sobre la tensión arterial. (17)

Aproximadamente el 50% de los individuos hipertensos tienen obesidad. Estudios de interacción han demostrado una asociación entre la pérdida de peso corporal y la disminución de los niveles de presión sistólica y diastólica. (18)

Diabetes. Actualmente se diferencian dos subgrupos de paciente por la ausencia o presencia de obesidad. Los pacientes con diabetes tipo 2 obesos tienen insensibilidad a la insulina endógena. La obesidad generalmente se relaciona con la distribución abdominal de grasa, lo cual produce una relación anormalmente alta de cintura –cadera. Esta obesidad “visceral” se correlaciona con la resistencia a la insulina. (18)

Del 70 al 85% de los sujetos con diabetes son obesos, cuando se diagnostican la diabetes por presencia clínica, la función de las células beta del páncreas ha perdido un 50%.(17)

Los riesgos de sufrir Diabetes tipo 2 e hipertensión arterial en la población mexicana se incrementan a partir de IMC muy bajo, incluso son más bajos que el valor que corresponde a un riesgo moderado de enfermedades crónicas según la OMS

Cuadro No. 3

Comparación de grupos de corte de riesgo para IMC	Inicia	Riesgo
OMS	23	>30
ASIA	23	>25
MÉXICO	22	>27

Fuente: "Epidemiología de la obesidad". Sánchez-Castillo, et.al. Gaceta Médica, México, Vol. 140 Suplemento No.2, 2004 (19)

Dislipidemias.

Se ha descrito que los niños y adolescentes con obesidad, sobre todo aquellos con incremento en la grasa abdominal, pueden tener un perfil sérico de lípidos aterogénico, caracterizado por un incremento de la concentración de colesterol sérico total, triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad y por la disminución de las lipoproteínas de alta densidad; se ha llegado a notificar la presencia de estas alteraciones hasta en 30% de niños y adolescentes con obesidad. (20)

Apnea del sueño.

(SAOS) Dentro de la fisiopatología se encuentra la hipertrofia adenoamigdalina, siendo la mas frecuentemente asociada, otras causas en la infancia incluyen la obesidad, siendo esta un factor de riesgo en los adultos.

Brooks y Col. Encontraron a la obesidad como el predictor primario de disturbios respiratorios. Por su parte Chay y Col. Proponen que a todos los niños con obesidad se le considere como factor de riesgo de SAOS. (21)

La mayoría de los pacientes con apnea obstructiva del sueño o mixta es de varones de edad madura. (22)

Alteraciones articulares. Su presencia aumenta el riesgo de artrosis de los miembros sobre todo de rodillas. (23)

Tumores.

1.-Hormonodependientes.

- a. Endometrio
- b. Ovario
- c. Cuello Útero
- d. Mama y próstata

2.- No Hormono dependientes

- a- Colon y recto
- b- . Vesícula biliar

Esto basado en estudio prospectivo de la sociedad Americana de CA en el que fueron evaluados 750,000 sujetos por 12 años .Se demostró que el riesgo relativo

de morir de CA era de 1.33 y 1.55 en individuos obesos o con sobrepeso ,igual o mayor a 40% fueron hombres y mujeres respectivamente.(17)

La obesidad visceral se ha asociado, con alteraciones endócrinas, en especial en lo que se refiere a la dinámica propia del cortisol, hormona de crecimiento, esteroides sexuales, con impacto profundo en la actividad de esta hormonas en tejidos periféricos o blanco. (24)

La obesidad se relaciona con el Síndrome metabólico, ya que está presente en más de la mitad de las personas mayores de 50 años y en la mayoría de los pacientes con síndromes coronarios agudos.

El criterio de diagnóstico del síndrome metabólico de acuerdo al NCE P-ATP III* se establece al estar presentes tres de los siguientes elementos:

- 1.- Obesidad definida por cintura abdominal. (Mujeres > de 88 centímetros y hombres > de 102 centímetros).
- 2.- Presión arterial mayor de 130/85 mg-Hg o tratamiento antihipertensivo.
- 3.- Hipertrigliceridemia mayor de 150mg/dl.
- 4.- Disminución de colesterol de las HDL (mujeres < de 50mg /dl y hombres < de 40 mg/dl).
- 5.- Glucemia de ayuno alterada (Mayor de 100mg/dl). **

* Siglas en Inglés del tercer panel de expertos de tratamiento del adulto del Programa Nacional de Educación sobre el colesterol de los Estados Unidos.

** El nivel de glucemia de ayuno normal recientemente se ha reducido de menor de 110 a menor de 100 mg/dl, por lo que se ha recomendado aplicar ya este nuevo criterio para el diagnóstico del síndrome metabólico. (25)

TRATAMIENTO

Medidas Dietéticas.

El tratamiento nutricional es una parte esencial en el combate a la obesidad y sobrepeso de toda la población, el peso corporal muestra una plasticidad dependiente del balance de energía, es decir, el paciente bajará de peso corporal si sigue una dieta hipocalórica. La alimentación en el contexto del manejo nutricional debe ser hipocalórica, con la finalidad de inducir un déficit energético para utilizar las reservas de grasa corporal.

Las dietas bajas en grasa tienen menor densidad energética y se asocian con menor ingesta calórica y mayor saciedad.

El simple hecho de establecer tiempos de alimentación en una dieta ofrece la ventaja de que el paciente comerá cierto número de veces y con horarios, lo cual hará que no coma indiscriminadamente a lo largo del día. (26)

Aquellos pacientes con un índice de masa corporal de 27 a 35 deben reducir 300 a 500 calorías totales diariamente, y aquellos con un IMC mayor de 35 deben reducir sus calorías totales de 500 a 1000 diariamente. Estas reducciones

producirán la pérdida de peso recomendada de 500gr a 1 kg por semana, en la mayoría de los pacientes. (27)

Se ha demostrado que pérdida de peso entre 5 y 10% del peso inicial son suficientes para mejorar las complicaciones relacionadas con el peso, incluyendo hipertensión, diabetes tipo 2 y dislipidemias. (28)

Actividad Física.

Se debe evaluar a cada paciente en forma individualizada, llevando a cabo una Historia clínica así como un estudio antropométrico, para así determinar cual es el ejercicio mas adecuado de acuerdo a su estado de salud.

Si no hay contraindicaciones el paciente tendrá que ser convencido del beneficio del ejercicio físico.

El nivel de ejercicio físico recomendado para mejorar la salud por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), así como del Secretario de Salud de los Estados Unidos es de mínimo 30 minutos de moderada intensidad, en la mayoría de los días de la semana. La recomendación típica es de 150 minutos de ejercicio moderado a la semana. Este nivel de ejercicio deberá ser establecido como un nivel inicial en todos los adultos, sin importar su peso, para mejorar su salud e impactar sobre los factores de riesgo relacionados con enfermedades crónicas. El Colegio Americano de Medicina del Deporte, el Instituto de Medicina y la Asociación Internacional del Estudio de la Obesidad recomiendan exceder los

30 minutos por día para lograr un control de peso a largo plazo (se sugiere 60 minutos por día por 5 días) (29)

Los ejercicios recomendados son de tipo aeróbico;

Actividades sostenidas con una frecuencia cardiaca constante: caminata, trote, carrera, natación, andar en bicicleta, campo traviesa y baile aeróbico.

Actividades en las cuales no se mantiene la intensidad continua e incluyen una gran variedad de deportes individuales y de equipo.

Farmacológico.

El amplio interés por el tratamiento farmacológico de la obesidad deriva de los malos resultados obtenidos a largo plazo con la terapia conductual, que incluye la dieta y la actividad física.

El uso racional de medicamentos para apoyar esta estrategia para bajar de peso aumenta la posibilidad del éxito.

Los fármacos empleados para tratar la obesidad puede dividirse en inhibidores el apetito, estimulantes de la termogénesis e inhibidores de la absorción de nutrientes.

En noviembre de 1997 la FDA de Estados Unidos aprobó el uso de un nuevo agente, la Sibutramina, como tratamiento contra la obesidad y en 1998, el manejo con Orlistat. (30)

Sibutramina.

Es una Beta-fenetilamina que inhibe la recaptura de serotonina y norepinefrina, sin liberar monoaminas. La dosis inicial es de 10mg por día y se ajusta disminuyendo o aumentando 5 mg por día dependiendo del efecto y la tolerancia. A nivel del hipotálamo genera disminución en la sensación de hambre y una vez que el individuo come genera saciedad temprana e incrementa la termogénesis.

Orlistat.

Es un inhibidor de la lipasa gastrointestinal, incluyendo la lipasa pancreática con inhibición mínima de la absorción en general. La dosis de 120 mg al día previene la absorción de 30% de grasas por lo que disminuye el aporte de calorías y grasas. Ha sido aprobado por la Secretaría de Salud en México para su uso en el tratamiento del adolescente obeso.

Metformina.

Después de 6 meses de tratamiento diversos estudios han confirmado que este medicamento a dosis de 850mg dos veces al día comparada con sibutramina y orlistat, también redujo significativamente el IMC con mejora del perfil cardiovascular. Está indicada en individuos con sobrepeso y obesidad, que tengan síndrome metabólico o intolerancia a la glucosa y ha probado su efecto cardioprotector. (7)

Quirúrgico.

Debido a que la obesidad ya no es un problema estético, sino una enfermedad que afecta la calidad de vida y conlleva a otras comorbilidades; por lo general los pacientes se someten a diversas dietas, pero solo lo hacen de forma temporal lo cual lleva a que nuevamente recuperan el peso previo y en muchas ocasiones más; esto hace que pacientes sobre todo los de obesidad mórbida necesiten de otros métodos de apoyo para control de la misma.

No todos los pacientes con obesidad mórbida son candidatos a una cirugía bariátrica. Los pacientes que sean considerados para un procedimiento, deberán ser seleccionados cuidadosamente. Independientemente de su estado físico, los pacientes con esta obesidad son considerados como de alto riesgo anestésico, de acuerdo a la Asociación Americana de Anestesia.

En 1991 se realizó una conferencia de consenso en los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos, fijándose entonces los criterios de selección para cirugía en los pacientes obesos los cuales se muestran en el siguiente cuadro.

Criterios de selección de la Conferencia de Consenso en los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de EUA para tratamiento quirúrgico de la obesidad

100% de sobrepeso

IMC >40 kg/m²

IMC > 35 kg/m² con presencia de comorbilidades

Obesidad por más de 5 años

Falla al tratamiento médico

Ausencia de enfermedades endócrinas o metabólicas

Aceptación de los cambios en hábitos alimenticios (28)

Existen diferentes técnicas quirúrgicas entre estas tenemos las que van desde la restrictiva hasta la que produce malabsorción y una combinación de ambas. Un procedimiento restrictivo (por ejemplo, gastroplastia con bandas verticales) reduce el tamaño del estomago, lo que limita la cantidad de alimento que puede ingerirse en un momento dado. Un procedimiento de mala absorción (como la derivación yeyuno-ileal) desvía los alimentos fuera de gran parte del intestino, lo que impide en cierto grado la absorción de nutrientes. El procedimiento que se realiza mas comúnmente hoy en día, la derivación gástrica Roux en Y (DGRY) es una combinación. (31)

Podemos concluir posteriormente a estos tres tratamientos el siguiente cuadro recomendado en base al IMC.

IMC	Clasificación	Tratamiento
18.5	Bajo peso	
18.5 – 24.9	Normal	Mantener estilo de vida
25 - 29.9	Sobrepeso	Dieta, ejercicio y modificación del estilo de vida
30 - 34.9	Obesidad clase 1	Igual al anterior y Considerar el tratamiento Farmacológico
35 – 39.9	Obesidad clase 2	Igual al anterior
40	Obesidad Mórbida	Considerar tx. Quirúrgico

Psicología y Obesidad

El apoyo psicológico es esencial para el éxito de un programa de reducción de peso. El contacto cercano con el terapeuta y la participación de la familia son técnicas útiles para reforzar los cambios en la conducta del paciente y evitar el aislamiento social. Tiene como finalidad identificar cuales son los mecanismos por los que una persona come de una manera inadecuada; que factores del estilo de

vida contribuyen a la obesidad; que factores pueden estar implicados en que la persona utilice la comida como un modo de compensar el estrés, o que factores de tipo emocional pueden estar implicados en comer de manera inadecuada.

Una persona que logre desarrollar un estilo de vida con relaciones afectivas, satisfactorias en el hogar y en el trabajo, actividad física cotidiana y placer en su quehacer ordinario, no necesitará de las grasas u otros medios poco adaptativos para manejar su estrés, habrá conseguido el auto cuidado de la salud.(32)

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

En la conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata, Kazajstán, en 1978, se define como, la asistencia esencial sanitaria, basada en métodos y tecnologías científicamente fundadas y socialmente aceptables ,puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación .Es parte integrante de la mayoría de los sistemas nacionales de salud , de los cuales constituye la función central y el núcleo principal. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad; con el Sistema Nacional de Salud ,llevando lo mas cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.(33)

La Atención Primaria de Salud está dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser tratados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y potenciar al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación comunitaria.

ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

A continuación se describen los elementos principales que la caracterizan:

Integral.

Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial. Las esferas biológica, psicológica y social no son independientes o tangenciales, sino que se interaccionan en los individuos y sus necesidades y problemas de salud.

Integrada.

Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas.

Continuada y Permanente.

A lo largo de la vida de los individuos, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta en las unidad, urgencias, seguimiento hospitalario).

Activa.

Los profesionales de los equipos de salud han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo las necesidades de salud con referencia especial a los campos de la promoción y la prevención.

Accesible.

Los pacientes no deben tener dificultades para contactar con los recursos sanitarios y utilizarlos.

La propuesta estratégica de atención primaria se encuentra estructurada en torno a un trípode: servicio de salud centrada en el nivel primario de atención, acción intersectorial y participación comunitaria. Por los cambios en los problemas de salud de las poblaciones, los sistemas sanitarios han tenido una transformación en la Atención Primaria de Salud y se consideran cuatro aspectos. (33)

Los cambios demográficos y epidemiológicos, como el proceso de envejecimiento de las poblaciones, la cronicidad de las enfermedades y el conocimiento de los factores de riesgo, están haciendo cambiar las características de la demanda asistencial y las oportunidades para la prevención de las enfermedades que originan nuevas necesidades de educación sanitaria individual y poblacional.

La tendencia al incremento de la utilización de los servicios de salud, tanto hospitalarios como de atención primaria, pone de manifiesto una tendencia a la medicalización de la vida en las sociedades avanzadas, lo que no siempre genera posibilidades eficaces de atención médica.

El crecimiento del costo sanitario, por encima de los incrementos anuales de los productos internos brutos, principalmente por los costos de la tecnología necesaria para el proceso asistencial en el ámbito hospitalario.

La evolución reciente de la organización de los sistemas sanitarios a causa de los factores antes mencionados. Se valora más el papel de la atención primaria como el primer contacto al sistema.

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción a la salud, por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario donde la población accede de manera directa y suele respetar los consejos de su médico.

Para desarrollar medidas de promoción de la salud son necesarias nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo de atención primaria, pero sobre todo un nuevo tipo de relación con el paciente: hacer promoción de la salud significa, en definitiva intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.

PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR

Desde los inicios de la Medicina Familiar, se ha definido al médico general o familiar de la siguiente manera (WONCA, 1997).

El médico general o familiar, atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social.

El médico familiar o general es el profesional responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.

El médico familiar es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica psicológica (34)

El médico familiar debe poseer las siguientes cualidades: ser buen clínico, científico, consejero diagonal, asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, empático, sistemático, racional, receptivo. comunicativo, con actitud de búsqueda, con afán de superación, que coordina la asistencia, preocupado por el paciente y por su propia formación.

GRUPOS DE AYUDA MUTUA

DEFINICION

Es un grupo organizado por pacientes con alguna enfermedad o problemática común, que bajo la supervisión y apoyo multidisciplinario, reciben la capacitación necesaria para controlar o prevenir su padecimiento, buscando la madurez del grupo para funcionar con mayor independencia.

Antecedentes Históricos.

En México, el movimiento de los grupos de apoyo y ayuda mutua en personas que padecen enfermedades crónicas surge a partir de la necesidad de los familiares

de reunirse para compartir experiencias afines y manejar dentro de un ambiente de comprensión la desesperanza asociada con los padecimientos crónicos de difícil curación, así como establecer redes comunitarias de apoyo.

En los años setentas aparece en Estados Unidos y Centroeuropa, las asociaciones y los grupos de ayuda mutua como un recurso a una necesidad no cubierta por la atención primaria y derivada de la crisis industrial y económica, siendo la pionera Alcohólicos Anónimos creada en Estados Unidos en el año 1935.

La asamblea mundial de la salud reunida en Alma-ata en 1978 manifestó que la asistencia primaria de salud es el punto donde convergen todos los problemas sanitarios de la comunidad y ese lugar donde se ha desarrollar acciones para resolverlos y poder llegar a la "Salud para todos en el año 2000". La OMS apoyo y crea un centro internacional de información y de apoyo a las asociaciones y grupos de ayuda mutua en Lovaina ,Bélgica., que da información , promoción y formación para la autoayuda o ayuda mutua, así como congresos ,seminarios y documentaciones sobre investigaciones en esta materia, de las distintas organizaciones de la comunidad Europea.

Por los problemas antes mencionados las familias alrededor del mundo han formado grupos de apoyo para compartir sus problemas, dar y recibir apoyo emocional y buscar soluciones a problemas comunes.

BASES TEORICAS Y CONCEPTUALES

Por ser propiedad y responsabilidad para su sostenimiento de sus propios integrantes, los grupos de autoayuda como formas de organización social, privilegian además del

trabajo grupal estructurado, la capacidad de acción autónoma, primero en términos del proyecto conjunto y luego como efecto de subjetivación de lo propios sujetos(35)

La ayuda mutua implica siempre una acción social. Establece una forma de trabajo conjunto, basado en un posicionamiento subjetivo que se define en el momento en que se acude al encuentro de otros en busca de apoyo. La decisión y acción inicial instituye un principio de responsabilidad .Se establece la posibilidad subjetiva de simetría u horizontalidad, para la valoración mutua entre los sujetos, con lo que se transforma el carácter de la socialidad que se establece.

La ayuda mutua es una condición natural del ser humano, buscar contacto con otras personas en quien confiar ante una situación de enfermedad, peligro o ansiedad es una conducta natural de la mayoría de seres vivos incluidas algunas especies de animales.

Estos actos se practican cuando tenemos alguna dificultad, estrés o situación de miedo, las personas necesitan buscar a otros para compartir aquella situación que no se puede resolver y en la medida en que compartimos nuestro estrés y temor el miedo se reduce o se alivia.

En estos grupos, el individualismo deja de ser tan intenso en el momento en que lo compartimos con otros y podemos ver que aunque solo sea hablando o intercambiando información, este solo acto nos puede ayudar. Dentro de este intercambio nace la ayuda mutua, en este proceso de dar y recibir uno de los principios mundiales de ayuda mutua dice:

“El que mas da, mas recibe”

Se establece como inicio fundamental la reciprocidad en la participación, compartiendo experiencias personales como testimonio de la propia experiencia de vida ante el grupo, proceso que se basa en un acuerdo de respeto del secreto interno, establecido como un pacto inconsciente que se produce en la participación.

Conjuntamente se logra un proceso de ayuda en que la forma de interactuar y las nociones que la definen configuran una modalidad de organización social, para el trabajo analítico sobre la propia experiencia personal, germinado y hecho posible por la participación en primera persona.

Es en la escucha de otros que se hace incluso posible la reintegración de los sujetos al lenguaje y a la pertenencia y participaciones sociales, las formas en que se opera el relevo de la palabra, establece tanto el hablar, como el ceder la palabra como un derecho de todos.

Escuchar en situación de igualdad y apertura franca invita a la reciprocidad y permite también autorizarse cada uno para hablar ,precisamente porque la forma de las relaciones intersubjetivas y la circulación del poder ,al interior del medio

social que se configura están siempre marcadas por una simetría ,pero valiosa y significativa en términos simbólicos.

Los nuevos recurso que el participante obtiene , por el carácter de la colaboración grupal que se genera, con base en la específica concepción del intercambio y con el vinculo significativo con otros y con el espacio social, brindan una posibilidad de pertenencia y con ella, la posibilidad de una más positiva valoración subjetiva y fortaleza del yo.

Haciendo posible entrar en una dinámica de acción y participación .Se puede hablar entonces de una forma de adaptación social, pero solamente si se reconoce su potencial activo y crítico para una transición de mayor heteronomía a una mayor autonomía.

Dentro de este contexto se forman los grupos de ayuda mutua, como parte de una red institucional de apoyo a los derechohabientes que sufren de enfermedades crónico -degenerativas o enfermedades que colocan al paciente en una situación de crisis.

Existen estudios que relacionan aspectos de la salud y el bienestar con las diferentes fuentes de apoyo social ,Gottlieb (1988), describe que la intervenciones basadas en el apoyo social han tenido auge en la última década por los efectos positivos que tiene sobre la salud y el bienestar.(35)

Movilizan recursos informales promoviendo la participación.

Promueven la validez ecológica y resultan más accesibles.

Aumenta la capacidad de afrontar situaciones de estrés, aumenta la autorresponsabilidad y competencias personales.

Reciben este tipo de apoyo no solo las personas directamente implicadas, sino que afecta positivamente a las personas relacionadas con ellas (familia).

Están indicadas para una amplia gama de problemas sociales y factores de riesgo físico.

Reduce directamente el impacto de los acontecimientos estresantes.

Las personas que tienen relaciones y vínculos sociales viven más tiempo y tienen mejor salud mental y física que aquellos que no las tienen,

La falta de apoyo social da lugar a las personas y sus familiares a sentimientos de impotencia y falta de control.

Los beneficios que aportan estos grupos de ayuda mutua son muchos, tanto de manera personal como escala social:

Escala Personal

La persona al participar en un grupo de autoayuda y adquirir información, adquiere al mismo tiempo conocimiento y sobre todo habilidades para manejar sus dificultades.

Al descubrir sus propias necesidades pone remedio a los problemas que tenía, y sobre todo le responsabiliza y capacita para afrontar las situaciones.

Ayuda a salir del aislamiento y el hecho de ir al grupo les anima y les da mucha más fuerza.

Al compartir la solidaridad y la participación de sus experiencias positiva en grupos se integran más a la sociedad.

Obtiene más seguridad y fuerza para poder convivir cada día con aquella dificultad que se llega a convertir en un compañero de viaje inseparable.

Escala Social:

La normalización de la enfermedad refuerza y complementa los tratamientos.

Hay estudios de especialistas, sobre todo en América que han comprobado que las personas que participan en los grupos e ayuda mutua mejoran, el sistema inmunológico, disminuye el consumo de fármacos, no se tienen tantas recaídas, disminuyen los reingresos hospitalarios y las bajas laborales.

El grupo proporciona la oportunidad de ser escuchado y de expresarse, obteniendo beneficios para cada uno de sus miembros, ya que mejoran los siguientes aspectos:

Aumento de habilidades para asumir y enfrentarse a los retos diarios.

Mejor conocimiento de los propios sentimientos.

Motivación y estímulo para seguir tratamientos médicos (rehabilitación).

Reducir la sensación de fracaso por que lo que era percibido como un problema personal pasa a ser una experiencia social.

Intercambio de recursos y estrategias para mejorar la situación.

Intercambio de información.

Aprender a organizarse y compartir responsabilidades.

Aprender a convivir como grupo, lo que equivale a ser tolerante con uno y con los demás.

DESCRIPCION DEL GRUPO DE OBESIDAD DE 2005 A 2008 EN LA CMF "5 DE FEBRERO DEL ISSSTE

En Mayo de **2005** este año se inicia la promoción para formar un Módulo de control de peso y complementarlo con capacitación y promoción a la salud por medio de carteles en coordinación con el servicio de Trabajo Social.

En Junio de inicia la capacitación, iniciando con el tema de Obesidad, diagnóstico y tratamiento y se llevaron a cabo un total de 6 temas, relacionados con esta enfermedad, llevándose a cabo cada 15 días, contando con la presencia de 350 derechohabientes, a los cuales de les invito a integrarse a formar un grupo de Autoayuda de Obesidad.

AÑO 2006

Se integra el Grupo de Autoayuda de Obesidad de la Clínica con 17 integrantes ,con los cuales se sesiona cada mes , dando diferentes pláticas entre estas Depresión ,Ansiedad, beneficios del Deporte, Síndrome Metabólico,

Envejecimiento exitoso, farmacoterapia, Trastornos de la alimentación, Andropausia y Menopausia , Cánceres mas comunes , Autoestima.

Durante este año se integra al trabajo de grupo la Psicóloga de la Unidad.

Se aclara que se reducen las sesiones a una por mes debido a que existieron factores de tipo administrativo y debido a la supuesta baja de productividad de la consulta general. Por orden del Director en turno.

AÑO 2007

En este año se continúa con el trabajo de grupo y desisten 4 integrantes, los cuales tuvieron cambio de adscripción, quedando solo 12 de 17. Con estos se llevan a cabo diferentes pláticas como son: farmacoterapia en la tercera edad, trastornos de ansiedad, Orientación alimentaria para enfermedades degenerativas con la participación de Nutrióloga del Hospital 1º. De Octubre ISSSTE,

Síndrome metabólico, Obesidad abdominal, Ejercicio para enfermedades degenerativas con la participación de especialista en Medicina del deporte; así como también se da un taller Tanatológico sobre Duelo y pérdidas con Tanatólogo invitado, Enfermedad vascular cerebral, trastornos de la alimentación y Osteoartritis.

AÑO 2008

En este año se retira un integrante desconociéndose la causa del mismo, a pesar de haberlo buscado por vía telefónica.; quedando un total de 11.

En este año se imparten las siguientes pláticas, una por mes con duración de 2 hrs cada una. Síndrome metabólico, Obesidad abdominal, Sentimientos impartida por la Psicóloga de la Unidad, Obesidad infantil, Vitaminas, Nutrición para enfermedades degenerativas impartida por nutrióloga de la fundación Campo y salud, Diabetes y obesidad e Hipertensión y obesidad. Se lleva a cabo nueva promoción para integrarse al grupo de autoayuda de obesidad a través de carteles y a nivel individual en la consulta externa, con esto se retomaran sesiones cada 15 días, a partir de Septiembre.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad era considerada solo como un factor desencadenante de diversas patologías y actualmente es vista como una entidad patológica con su propia etiopatogenia, de carácter multifactorial y que desde el punto de vista epidemiológica se considera como una pandemia a nivel mundial.

Por otro lado se sabe, que actualmente la obesidad ocupa el primer lugar mundial como causa de enfermedad y que esta asociada a la hipertensión arterial y que aproximadamente el 50% de estos pacientes son obesos y los pacientes diabéticos el 70 al 85% tienen obesidad.

Por lo antes mencionado se hace necesario fortalecer la atención preventiva por el médico familiar como se señala en el plan nacional de salud particularmente en el aspecto de la obesidad; y es aquí en donde los servicios de atención primaria desempeñan un papel importante .Además los costos económicos asociados al tratamiento y complicaciones de la obesidad representan una carga para los servicios de salud y para los pacientes. Esta demostrado que los costos en el cuidado de la obesidad se pueden reducir usando estrategias como capacitación en la salud, cambios en el estilo de vida saludable, ejercicio, orientación alimentaria y grupos de ayuda mutua.

Luego entonces con base a lo anterior es comprensible que un programa para la obesidad redundara en una significativa reducción de la morbilidad, discapacidad y mortalidad.

Desde 2005 se inicia el grupo de obesidad, en la clínica de Medicina Familiar “5 de Febrero” del ISSSTE con la intención de mejorar su educación a la salud y manejar mecanismos educativos con los cuales los propios pacientes hicieran conciencia de su enfermedad y de tal forma que ellos mismos se hicieran autoresponsables de su enfermedad.

Hasta Junio de 2008 se sigue capacitando a los integrantes del grupo de ayuda mutua, a la fecha no se ha evaluado los resultados, no se conoce de que manera fue constituido, cuales eran los contenidos temáticos, que área abarcaban de la educación para la salud, ni cuantos pacientes han participado.

Hay reportes de que los pacientes aceptan este grupo porque es percepción del responsable que es útil, sin embargo no ha habido una descripción o evaluación formal de dicha actividad en la clínica.

Ante este problema de no tener información sistemática, de cómo se ha desarrollado el grupo de obesidad y su evolución se considero necesario abordarlo como un problema de investigación; para conocer, evaluar y tomar decisiones pertinentes una vez que se hayan obtenido los resultados.

JUSTIFICACION

Dentro de las funciones del médico familiar destaca la promoción a la salud y la prevención de las enfermedades y sus complicaciones, entre estas se encuentran los pacientes que padecen obesidad. Y para efectos de la investigación se les debe ver con un enfoque de riesgo así como darles continuidad en su atención, lo que incluye una debida educación para la salud que se refleje en un adecuado cuidado, el cual puede ser proporcionado por ellos mismos.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 se reporta la prevalencia nacional de sobrepeso fue mayor en hombres (42.5%), que en mujeres (37.4%), mientras que la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%) La suma de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en los mayores de 20 años de edad fue de 71.9% para las mujeres (lo que representa 24 910 507 mujeres) y 66.7% de los hombres (16 231 820 hombres).

La prevalencia de sobrepeso mas obesidad en el D.F. fue de 73 % en los adultos mayores de 20 años de edad (69.8% para hombres y 75.4% para mujeres).

Por tanto un programa adecuado para el control de la obesidad puede dar resultados significativos en la reducción de la morbilidad discapacidad y mortalidad.

En base a esto es importante determinar como el grupo de obesidad de la CMF "5 de Febrero" ha influido en la posible modificación de los hábitos alimenticios y estilo de vida.

Debido a que este grupo tiene solo 3 años en forma empírica, es importante describir los resultados para justificar modificaciones y formalizar sus características.

De esto se podrá sugerir con bases mas objetivas cambios, variaciones y experiencias que se deben incluir o eliminar en el grupo; tomando en cuenta a los integrantes del mismo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la experiencias del Grupo de Obesidad en la CMF "5 de Febrero"
ISSSTE

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los principales motivos por los que los pacientes asisten.
2. Identificar los aspectos cualitativos que se presentan en el grupo.
3. Identificar los cambios en los parámetros de los integrantes del grupo (peso, IMC, cintura abdominal, tensión arterial, glucosa, colesterol y triglicéridos).
4. Identificar en nivel de satisfacción de los integrantes del grupo.

MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio cualitativo (narrativa histórica del Grupo de Ayuda Mutua de Obesidad) y cuantitativo de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO

Se tomaron las recomendaciones de la Guía para Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar para realizar este estudio. (36)

El trabajo se dividió en dos partes, en la primera parte se hizo una narrativa histórica del grupo de autoayuda de obesidad de 2005 a Agosto del 2008 y mediante un análisis descriptivo y cualitativo de la información obtenida del coordinador del grupo.

La segunda parte consistió en realizar entrevistas a todos los pacientes integrantes del grupo de obesidad. Se aplicaron encuestas sobre educación para la salud las cuales fueron dirigidas y se llevaron a cabo en el Aula de la Clínica “5 de Febrero “.

Se realizo un análisis descriptivo de los datos.

El diseño del estudio de muestra en la figura No. 1.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Se incluye a todos los pacientes que integran al grupo de autoayuda de obesidad durante los meses de Enero a Agosto del 2008.

MUESTRA

Se considero toda la población adscrita al grupo de autoayuda obesidad n= 11

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de inclusión.

Todos los pacientes, integrantes del grupo obesidad de la Clínica “5 de febrero”

Todos los pacientes que aceptaron responder en forma voluntaria

Criterios de exclusión.

Pacientes no integrantes del grupo de autoayuda obesidad.

Pacientes que no aceptaron contestar el cuestionario de salud.

Criterios de Eliminación.

Se eliminaron aquellas encuestas en las que los pacientes decidieron suspenderla

VARIABLES.

Se incluyeron 26 variables, que conformaron el instrumento dividido en 2 secciones.

Sección 1.- Ficha de identificación y datos de la familia. (14 variables)

Sección 2.- Cuestionario del grupo de autoayuda del grupo de obesidad (12 variables)

En el anexo 1 se especifican las variables, su tipo y la escala de medición; así como las categorías o valores posibles de respuesta.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Las preguntas relacionadas con el grupo de autoayuda de obesidad se evaluaron mediante la percepción de los pacientes hacia los beneficios personales y la información de conocimientos sobre obesidad, la familia, sus hábitos alimenticios, estilo de vida y ejercicio. Operativamente se solicitó una respuesta para cada pregunta, positiva y negativa emitida por cada paciente.

Ciclo vital de la familia.

Consta de las siguientes etapas

Fase de Matrimonio:

Esta etapa inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo.

Fase de expansión:

La llegada del primer hijo determina esta etapa, como dice su nombre en esta fase la familia se expande y o dilata.

Fase de dispersión:

En esta fase el hijo mayor ya asiste a la escuela y ninguno se encuentra trabajando.

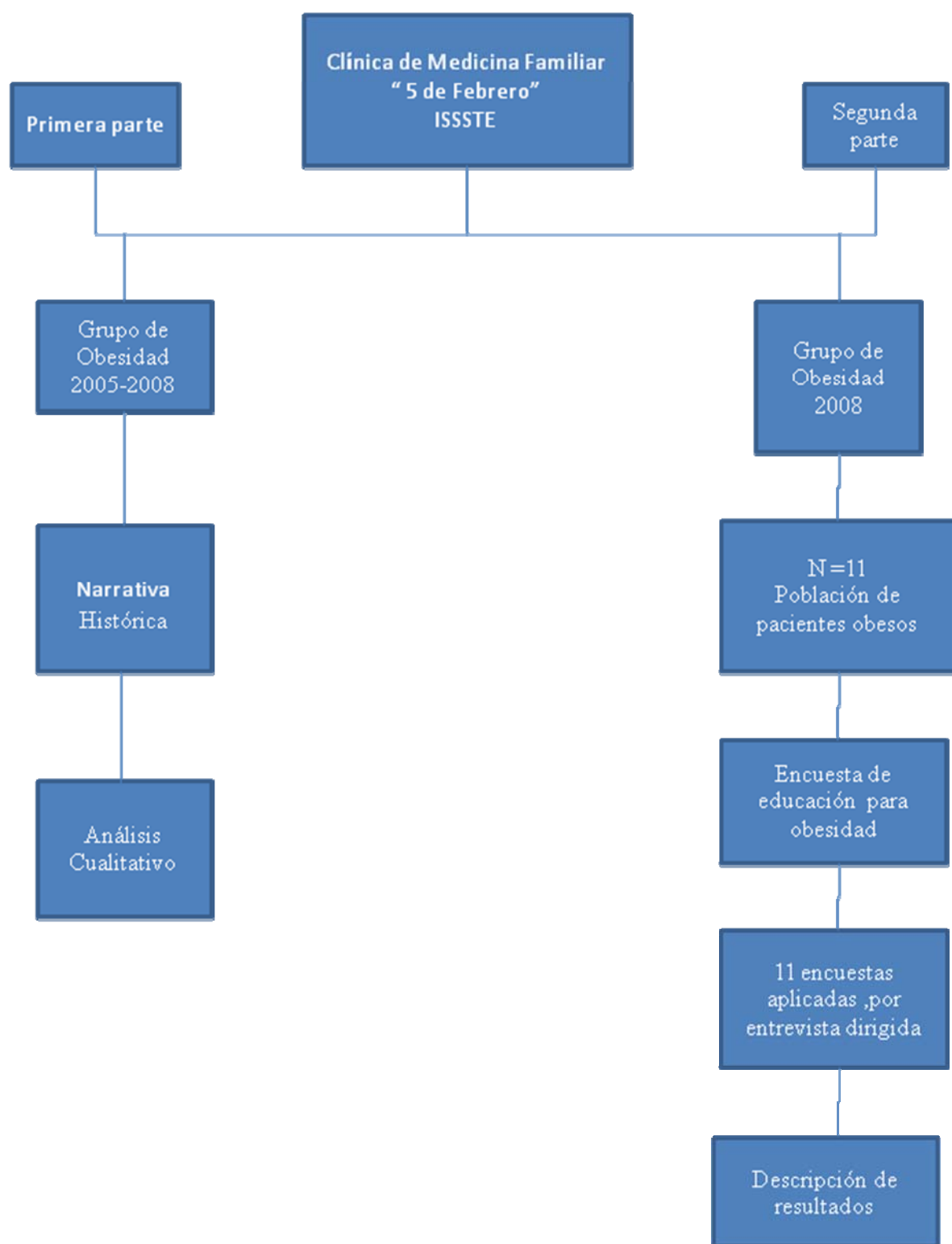
Fase de Independencia:

Esta se caracteriza por la independencia que debe vivir nuevamente la pareja, ya que los hijos han salido de casa, ya no dependen económicamente de los padres o han formado nuevas familias.

Fase de retiro o muerte:

Esta etapa se caracteriza por el desempleo, incapacidad laboral, jubilación y o muerte de alguno de los cónyuges, o en algunos casos el reclutamiento en asilos para ancianos.

Figura 1



DESCRIPCION DEL GRUPO DE AUTOAYUDA DE OBESIDAD

Durante el trabajo con el grupo de Enero a agosto del 2008, participo el coordinador del grupo, una ponente de Nutrición y la Psicóloga de la Clínica.

Se llevaron a cabo 2 sesiones por mes, con un total de 8; con duración de 2hrs. cada una. Las técnicas didácticas que se utilizaron fueron exposiciones verbales, la utilización de materiales impresos y visuales y técnicas grupales.

DISEÑO ESTADISTICO

El propósito estadístico de la investigación es describir el efecto y la repercusión de educación para la salud en los pacientes obesos, derechohabientes de la CMF “5 de Febrero” ISSSTE. Se investigo un solo grupo formado por 11 pacientes, se realizaron dos mediciones en los pacientes estudiados, las variables fueron cuantitativas y cualitativas. La escala de medición fue nominal debido a que eran respuestas cerradas. La distribución de los datos fue de tipo no paramétrico, que es apropiado para las variables cualitativas y no se calculó muestra debido al tamaño de la población en estudio.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

La información cualitativa de este proyecto fue obtenida por el investigador que es el coordinador del grupo de autoayuda de obesidad, mediante la entrevista directa. Se lleva a cabo el control de los pacientes con diferentes variables como son:

peso, IMC, perímetro abdominal, tensión arterial sistólica y diastólica, determinación de niveles de glucosa, colesterol y triglicéridos.

La encuesta para grupo de autoayuda de obesidad, se muestra en el Anexo 2.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS

No se realizó prueba piloto, ni se calculó muestra ya que se trabajó con los 11 pacientes que asisten regularmente, al grupo de obesidad, en el año 2008.

La síntesis histórica es descrita por el propio investigador y haciendo una revisión de los documentos que almacena.

La información cualitativa se obtiene mediante la entrevista realizada a los pacientes en una de las sesiones por medio de un instrumento de medición (encuesta), que se aplicó al inicio de la sesión y cuya duración aproximada fue de 15 minutos. Se aplicaron 11 encuestas utilizando la técnica de entrevista dirigida en la sala de reunión del grupo de la clínica 5 de Febrero ISSSTE. Para la recolección y procesamiento de los datos, se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 10, y se procedió a la realización de un análisis estadístico.

MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGO

Existe un sesgo de selección, ya que la muestra fue no probabilística ni representativa, según criterios estadísticos, sino bajo criterios de estudios cualitativos, es decir intencionada y razonada, el sesgo de información se trató de controlar al pedir a los pacientes que respondieran en forma honesta. Es sesgo

de medición se controló al adaptar a cada tipo de pregunta un tipo específico de respuesta.

Se evitó el sesgo de captura de información revisando que los datos fueran consistentes en la manera como se pensó obtener, haciendo limpieza de la base de datos.

PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

DISEÑO Y CONSTRUCCION DE LA BASE DE DATOS

Se construyó una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS versión 10, para lo cual se realizó una estructura que se presenta en el anexo 3.

CRONOGRAMA

Se realizó un cronograma el cual se presenta en el Anexo 4

RECURSO HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

El estudio fue realizado por el propio investigador. El único recurso humano fue proporcionado por el investigador. Se utilizaron recursos materiales tales como carpetas, fotocopias, lápices, libretas bolígrafos, calculadora y diskettes y computadora personal.

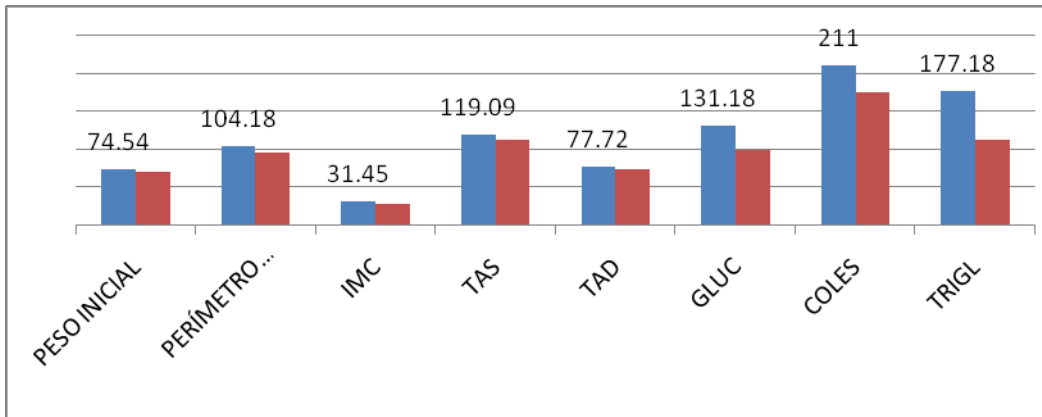
Los recursos físicos utilizados fueron, la sala de reunión del grupo en la clínica 5 de febrero. El financiamiento de la investigación estuvo a cargo del autor.

CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, vigente en nuestro país , el presente trabajo se clasifica como categoría uno, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo, debido a que los individuos participantes en el estudio solamente aportaron datos a través de una entrevista, lo que no provoca daños físicos ni mentales, además la investigación no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial ,enmendada en la 52ª. Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos.

RESULTADOS

VALORES INICIALES Y FINALES DEL GRUPO DE AUTOAYUDA

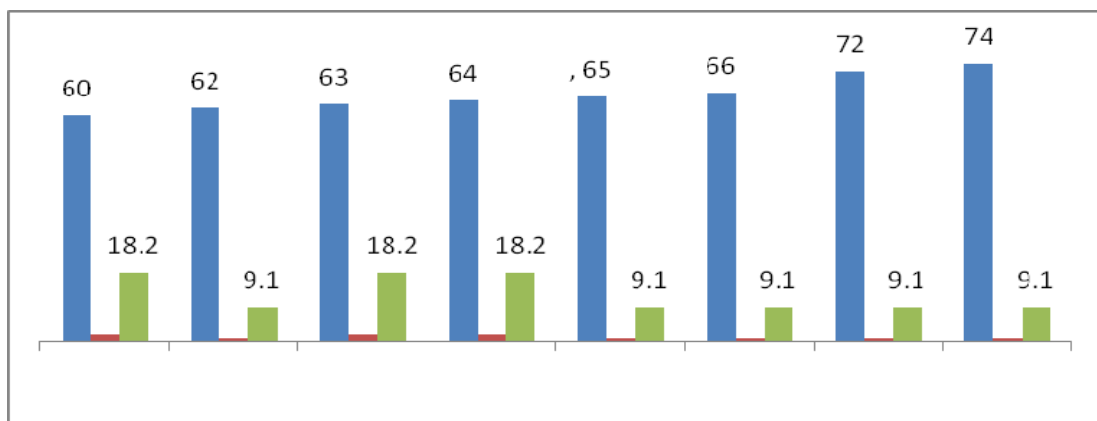


En esta gráfica se muestran los resultados generales de los pacientes del grupo de autoayuda de obesidad

EDAD

La distribución por grupos de edad de los pacientes de la CMF 5 de Febrero ISSSTE se presenta en la siguiente gráfica

FRECUENCIA DE EDAD

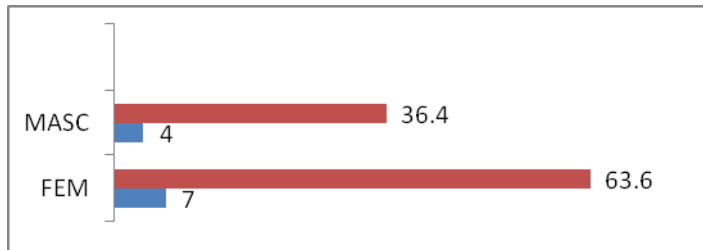


Fuente: Encuesta realizada N=11

SEXO

El sexo que predomina en los pacientes entrevistados es el femenino y se muestra en la siguiente gráfica.

PORCENTAJE DE PACIENTES POR SEXO

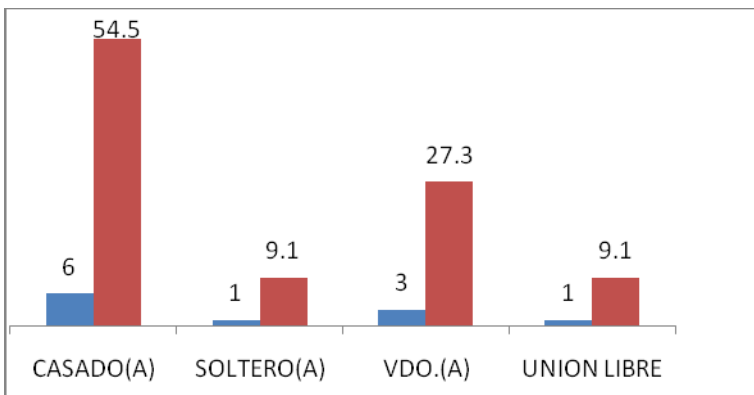


Fuente: Encuesta realizada N=11

ESTADO CIVIL

El estado civil de los pacientes entrevistados de la CMF 5 Febrero se observa en la gráfica siguiente.

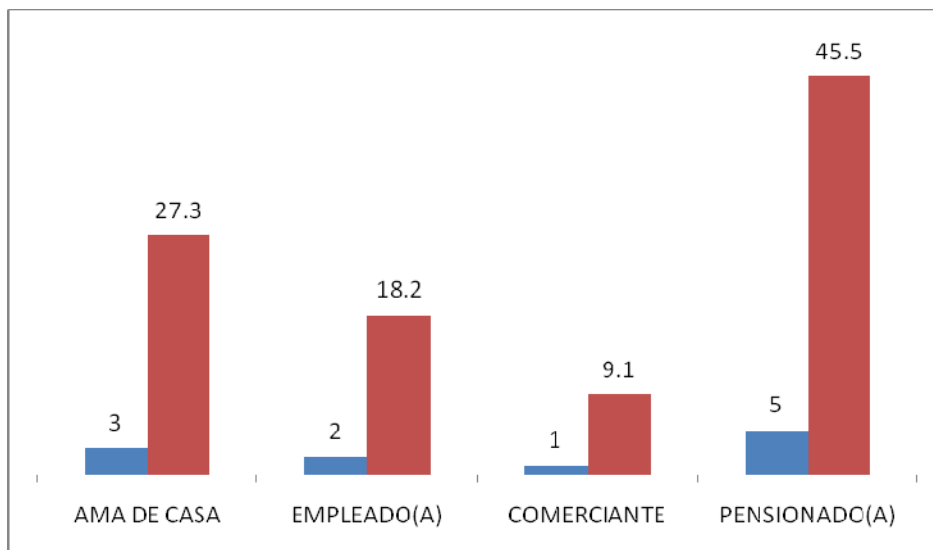
ESTADO CIVIL



Fuente. Encuestas realizadas N=11

OCUPACION

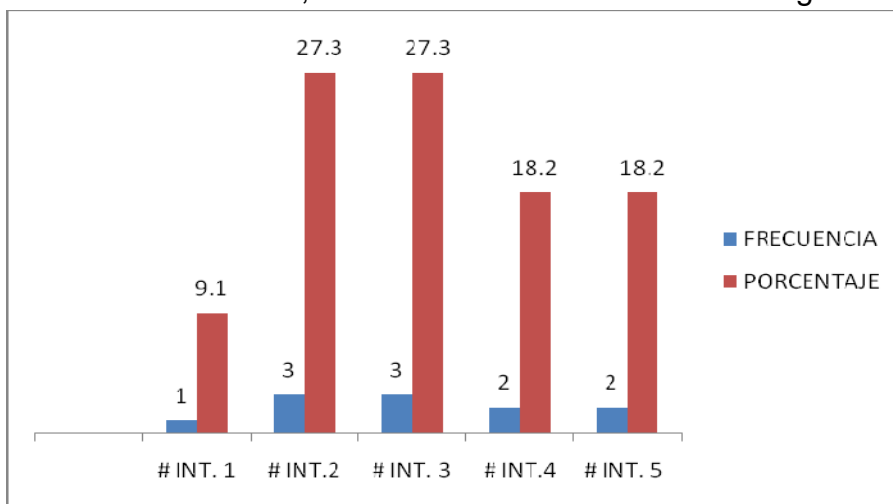
La ocupación de los pacientes entrevistados en su mayoría con pensionados, seguidos por las amas de casa, y los empleados, la frecuencia se muestra en la gráfica.



Fuente. Encuesta realizada N=11

NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA

En cuanto al número de integrantes de la familia que viven en la casa de los pacientes entrevistados, la información se muestra en la siguiente gráfica.



Fuente. Encuestas realizadas N=11

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIAS

Se observa que predomina la etapa de retiro o muerte en las familias de los pacientes entrevistados y se observa en el cuadro siguiente.

Ciclo vital de la familia

	Frecuencia	Porcentaje
expansión	1	9.1
independencia	4	36.4
Retiro o muerte	6	54.5
Total	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

MOTIVO DE ASISTENCIA AL GRUPO

Los motivos por lo que los pacientes entrevistados decidieron asistir al grupo en la CMF 5 de Febrero se muestran en la siguiente cuadro.

Porque motivo decidió asistir al grupo de autoayuda obesidad

	Frecuencia	Porcentaje
Para conocer mas de la enfermedad	2	18.2
Para bajar de peso	9	81.8
Total	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

INFORMACION OBTENIDA

Obtuvo más información sobre su enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

BAJA DE PESO

Se observa que la mayoría de los pacientes del grupo autoayuda bajaron de peso y se muestra en el siguiente cuadro.

Ha logrado bajar de peso

	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	90.9
No	1	9.1
Total	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

MEJORA HABITOS ALIMENTICIOS

Se observa el que el 100 % de los pacientes del grupo de autoayuda mejoraron sus hábitos alimenticios.

Ha mejorado sus hábitos alimenticios

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

SATISFACCION OBTENIDA

Los pacientes del grupo de autoayuda en su totalidad refieren satisfacción de sus conocimientos obtenidos Esta satisfecho con el conocimiento obtenido

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

REPERCUCION EN SU FAMILIA

El 90 % de los pacientes del grupo de autoayuda refieren que si favorece a su familia el conocimiento transmitido por ellos.

Ha favorecido su conocimiento a su familia

	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	90.0
No	1	9.1
Total	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

MEJORAS EN LA SALUD

El 100% de los pacientes del grupo de autoayuda refieren mejoras en su salud.

Ha mejorado su estado general de salud (Hipertensión, niveles de glucosa, colesterol y triglicéridos)

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

IMPACTO DEL GRUPO EN CADA INTEGRANTE

Todos los pacientes entrevistados refieren que el grupo ha tenido un buen impacto en sus personas.

El grupo ha tenido un buen impacto sobre usted

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

CONTINUIDAD DEL GRUPO DE AUTOAYUDA

Todos los pacientes entrevistados están de acuerdo en continuar con este grupo de autoayuda., en la CMF 5 de Febrero.

Le gustaría que se mantuviera este grupo de ayuda

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

ESTILO DE VIDA

Todos los pacientes están de acuerdo en que el grupo les ha ayudado ha mejorar su estilo de vida.

Al asistir al grupo le ha ayudado a mejorar su estilo de vida

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

EJERCICIO

La mayoría de los pacientes entrevistados hacia ejercicio, y solo un porcentaje menor no.

Antes de asistir al grupo caminaba o hacia ejercicio

	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	54.5
no	4	36.4
Poco	1	9-1
Total	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

CONTINUIDAD DEL EJERCICIO

En la actualidad todos los pacientes que integran el grupo de autoayuda hacen ejercicio y predomina de más de 30 minutos por día.

Actualmente cuanto tiempo hace de ejercicio

	Frecuencia	Porcentaje
30 minutos	5	45.5
45 min. a una hora	6	54.5
Total	11	100.0

Fuente. Encuestas realizadas N=11

DISCUSIÓN

Por lo menos desde hace 50 años, se han realizado investigaciones que esclarecen el impacto de la función familiar sobre la salud, que van desde la mortalidad, la adherencia a tratamientos en el caso de las patologías crónico degenerativas. McDaniel y Campbell citan las investigaciones clínicas en las que se probó el efecto de las intervenciones de los médicos sobre familias que presentaban enfermedades físicas. En cinco reportes de casos de obesidad, se encontró que con la intervención y participación del cónyuge como estrategia de intervención se obtuvo mantenimiento en la pérdida de peso. Y como se aprecia en el grupo de autoayuda de obesidad una pareja logra bajar de peso más rápido en relación a los demás integrantes del grupo.

Con la técnica de grupos de apoyo, se han detectado conductas que contribuyeron en mayor medida hacia la adquisición de dieta y ejercicio como una práctica cotidiana en esos pacientes, como lo comenta el Dr. Irigoyen Coria

Actualmente no se ha logrado valorar en su magnitud y trascendencia lo que se realiza en forma cotidiana en las unidades médicas de Medicina Familiar, por lo cual resulta oportuno reevaluar la importancia del trabajo que puede realizar el médico familiar por intermedio del grupo de ayuda de obesidad, ya que es un instrumento invaluable para dar soporte a las intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación que se tiene con los pacientes de patologías crónico degenerativas.

Tener como núcleo de su desempeño la acción anticipatoria por lo que podemos afirmar que además de diagnosticar y previene los eventos que pudieran alterar la salud familiar.

En el caso de la CMF 5 de Febrero del ISSSTE, los resultados fueron positivos en base a que los paciente mejoraron en su estilo de vida, se notan que los niveles de glucosa, colesterol y triglicéridos , disminuyen o se normalizan, así como también las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica mejoraron.

Respecto al peso se observo que la mayoría de los pacientes del grupo bajan el mismo y por tanto su IMC.

Se nota que los que no hacían ejercicio ya lo practican, y los que hacían poco incrementan sus tiempos y otros ha llegado hasta 1 hr. al día, con esto se logra mejor impacto en la salud general de los pacientes integrantes del grupo de autoayuda de obesidad.

También se nota que a través de los integrantes sus familiares han tenido baja de peso y mejor salud por la transmisión de conocimientos adquiridos con su asistencia a las pláticas y dinámicas de grupo.

La ventaja obtenida durante esta investigación fueron que los pacientes tuvieron mas comunicación con el coordinador y de esta manera se favoreció una relación médico paciente, más estrecha y de confianza.

Por otro lado en cuanto a la participación del coordinador lo hace que cada vez este más comprometido con la salud de cada uno de sus integrantes en el grupo

de autoayuda de obesidad, lo que lo conduce a mejor preparación de temas así como superación en conocimientos y tener más liderazgo de grupo.

Es importante señalar que los resultados obtenidos en el presente estudio no se pueden generalizar a otras unidades de salud, ya que las características que se encontraron solo son aplicables en la población estudiada en la CMF 5 de Febrero del ISSSTE.

CONCLUSIONES

En base a la información generada en el presente estudio, se puede constatar que la educación para la salud es esencial en el abordaje terapéutico del paciente obeso, para aceptación de si mismo y de su enfermedad.

Debido a que esta fue una investigación retrospectiva de los años 2005 a 2008, se logra obtener el resultado esperado, en base a los informes obtenidos en los reportes del coordinador de grupo de autoayuda de obesidad.

En cuanto a los objetivos marcados, se logro realizar la reseña del grupo desde sus inicios hasta agosto del 2008.

En base a la encuesta aplicada se encontró el motivo por el cual los pacientes acuden al grupo y este es bajar de peso, tener mayor conocimiento sobre su enfermedad y comorbilidad.

Conforme se revisaron los diferentes parámetros de salud en los pacientes como fueron determinación de glucosa, colesterol, triglicéridos, peso, IMVC y cintura abdominal, se observo como estos se modificaron favorablemente y mejoraron el estado de salud.

En cuanto a la satisfacción de los integrantes del grupo de autoayuda de obesidad se valoro que fue total.

Al término de esta investigación, se pueden hacer varias recomendaciones generales las cuales son:

- 1.- Que se conformen grupos de autoayuda en todas las unidades de salud.
- 2.- Hacer más promoción a los derechohabientes para integrarse y participar activamente en los mismos, por parte de equipo de salud (Médicos, enfermeras y trabajo social)
- 3.-Capacitar en forma continua a los coordinadores de grupos para el manejo adecuado de los mismos a través de técnicas grupales.
- 4.- Estimular en forma permanente a los pacientes para participar en grupo y ser responsables de su enfermedad, concientizarlo cada día más.

En esta investigación se remarcaron las tres actividades fundamentales de la Medicina familiar que son:

- a.- El estudio de la familia que permite el conocimiento del entorno bio-psico-social en el que se desarrolla el individuo.
- b.- Continuidad de la atención que favorece el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo y o naturaleza de la enfermedad.
- c.- Acción anticipatoria basada en el enfoque de riesgo que brinda la oportunidad de planear estrategias de atención y medidas preventivas en la población expuesta.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Flores-Huerta, Acosta-Cazares, Rendón-Macías, Klunder-Gutierrez. ENCOPREVEIMSS 2004. Consumo de alimentos saludables o con riesgo para la salud. Rev. MedInst Mex Seguro Soc 2006 (supl.1): S63-S67.
- 2.- Ortis-Hernandez: Delgado-Sanchez G, y Hernandez-Birones Ana. Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México/Gac Med Mex vol 142 no. 3 2006 pag 182-183.
- 3.- Chavarria Arciniega Sonia. Definición y Criterios de Obesidad. Rev. Nutrición Clínica vol. 5 No.. 4-octubre.diciembre 2002 pag. 237-38.
- 4.- Salvador-Rodríguez J. payeras-Mas F, Silva-Frojan C y Fruhbeck-Martinez G, Obesidad, concepto, clasificación. Implicaciones, fisiopatologías. Complicaciones Asociadas-Valoración Clínica. Rev. Medicina 7ª. Serie sumario Nov 2005, pags 469.
- 5.- Norma Oficial mexicana NOM-174.ssa1-1998 Para el manejo Integral de la Obesidad, pag2-4. 10-4. 11-4. 12.
- 6.- OMS/ Obesidad y Sobrepeso. <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs311/es/index.html>. pag. 1 de 2 citado el 18 de junio 2008.
- 7.- Gonzalez-Chavez A, Lavallo-González F, Rios-Gonzalez J. Síndrome Metabólico y Enfermedad Cardiovascular libro 2 capítulo 9 edit. Intersis temas, impreso en México 2006.

- 8.- Obesidad: Un abordaje integral para el éxito en su control. (1ª. Parte) Curso Monografico tema XVII-revisiones bibliográficas para el médico general, Abril 2003, vol. 8 No.. 2 pag. 19
- 9.- Flores-Huerta S, Acosta-Cazares B, Gutiérrez-Trujillo G. ENCOPREVENIMSS 2003, Prevalencia de peso bajo, Sobrepeso-Obesidad general y obesidad central, Rev. MedInst Seguro Soc 2006, 44(supl. 1): S58-59.
- 10.- Encuesta nacional de Salud y Nutrición 2006 1ª. Edición 2007, México.
- 11.- Dr. González Barranco Jorge-Avances de Obesidad-Epidemiología de la Obesidad: Problema de salud pública, tomo 1. 1ª edición 2003, impreso en México, pag 3.
- 12.- Dávila-Rodríguez M, Cortes-Gutiérrez E, Rivera-Prieto R, Gallegos-Cabriales E y Cerda-Flores R. Epidemiología genética de la obesidad en el Noreste de México. Búsqueda de familias nucleares informativas/GacMedMex vol.141 No.3,2005 Pag.
- 13.- Laguna Camacho Antonio. Determinantes del sobrepeso: Biología, Psicología y ambiente, rev. Endo y nutrición vol. 13, No. 4 octubre/diciembre 2005 pag 200.
- 14.- Rodríguez Scall Lidia Esther, Obesidad, fisiología, etiopatogenia y fisiopatología, rev. Cubana endocrinol 2003,14(2).
- 15.- Calzada León Raúl-obesidad Niños y adolescentes, edit. Editores de textos mexicanos de SA. De C.V, impreso en México, capitulo 1, Prevalencia y etiopatogenia, pag. 14.

16.- Malacara H Juan Manuel. Mecanismo regulatorios de la ingestión de Alimentos ¿Al fin un tratamiento a la vuelta?, rev. De endocrinología y nutrición- vol. 12 No. 4 octubre-diciembre 2004 pag. (192).

17.- Zubiato Mario, La obesidad se relaciona con aumento de la morbimortalidad y diversas patologías, rev. Diagnostico, vol. 46 no. 2-abril junio 2007.<http://www.fihu-diagnostico.org.pe>. revista/nums/2007/abr-jun/ citado el 21 de agosto 2008.

18.- ¿Cuáles son los factores de riesgo que con lleva la obesidad? Rev. Endocrinología Torres Tamayo Margarita. Guía y nutrición, vol. 2 no.4 supl 3 oct. Diciembre 2004.

19.- Gongora Alvarez Jose. La obesidad como factor desencadenante de disfunción familiar en un grupo de pacientes de 25 a 39 años. Tesis.

20.- Romero-Velarde E; Campollo-Rivas O, Celis de la Rosa A, Vásquez Garibay E, Castro-Hernández J. y Cruz-Osorio Rosa. Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad, rev. Salud pública de México/Vo. 49 no. 2, marzo/abril 2007(104).

21.- Eule-Morales M, Mayen-Ramírez G, Robledo-pascual J, N-Porres O, Niebla-Álvarez B, comorbilidad de la obesidad, rev. Inst. nal. Enf. Respe. Mex. Vol 71 (3.2004:173-180)

22.- M. Tierney-J. Mcphee-A. Papadakis-Diagnóstico Clínico y tratamiento,editorial Manual Moderno 2005. (298)

- 23.- Artrosis. [www. Portalfarma.com/pfarma/taxonomía/general/gp0000cittado](http://www.Portalfarma.com/pfarma/taxonomía/general/gp0000cittado)
22/agosto/2008.
- 24.- Godínez- Gutiérrez, Marmolejo-Rozco G, Márquez-Rodríguez E, Siordia-
Vásquez J Baeza-Camacho R. La grasa visceral y su importancia en obesidad,
rev. De endocrinología y nutrición vol. 10 No. 3-julio/septiembre 2003 (121)
- 25.- Fuentes-Barros Carlos Consideraciones acerca de la prevención de la
enfermedad Cardiovascular aterosclerosa, Archivos de Cardiología de México,
vol. 74 supl. 2 60 aniversario abril-junio 2004:S61.
- 26.- Laguna-Camacho Antonio, SOBREPESO. ESTRATEGIAS para mejorar el
manejo nutricio rev. Endocr y nutrición vol. 14. No.2 abril-junio 2006(103)
- 27.- J-Whyte,N-Marting Robert. Como guiar a los pacientes para que dejen las
dietas de moda y se acerquen a una alimentación saludable. Rev. Atención
Medica/ julio 2005: (19)
- 28.- Bolado García V-Brito Cordoba G. Tratamiento alimentario de la obesidad,
Tomo VI, avances en obesidad (193-210) Impreso México, 2003.
- 29.- Cobo Carlos, Guadalupe-Fabiana María, Murcio Moreno. El papel del ejercicio
en el tratamiento de la obesidad. Rev. Media sur, México, vol. 13 No. 4 de octubre-
diciembre 2006: (153-154)
- 30.- Godinez Gutierrez Sergio- Tratamiento farmacológico de la obesidad. Rev.
Nutrición Clínica. Vol 5 No. 4 Octubre-Diciembre : 2002 (251)

- 31.- J. Buynak Robert. El papel de la atención primaria en los procedimientos bariátricos, Rev. Atención Médica. Octubre 2005: (16)
- 32.- Chiprut Roberto, Castellanos-Garibay A, Sánchez-Hernández C, Martínez - García D, Cortez-María Elena, Chiprut Rebeca y col. La obesidad en el siglo XXI. Avances en la etiopatogenia y tratamiento, rev. Camed Méx vol. 137 No. 4, 2001(332)
- 33.- Zurro Martín, Cano-Pérez J, Atención primaria, quinta edición vol. 1, edit. El sevier impreso en España (8)
- 34.- Gallo-Vallejo, Altisent-Trota R, Diez-Espino J, Fernández-Sánchez C. Perfil Profesional del médico de familia, atención Primaria vol. 23 No. 3 15 marzo 1999.
- 35.- Programa Operativo anual del ISSSTE: Reformar la prestación de Servicios integrales de salud. Integración de los Círculos de apoyo para cumplir con el Plan de Desarrollo 2006- pag (20-33-34-35-371)
- 36.- GAFIMF- Guía para la tutoria de proyectos de investigación en Medicina familiar 1ª. Ed. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México, 2003.

ANEXO 1

I.VARIABLES DEL ESTUDIO

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala De Medición	Valores Que Toman Las Variables
Número de folio	Cuantitativa	Continua	Número Consecutivo Del 1 Al 11
II. FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
1. Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
2. sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
3. Estado Civil	Cualitativa	Nominal	1. Casado(a) 2.Soltero(a) 3.Divorciado 4. Viudo(a) 5. Unión libre
4. Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Hogar 2. Técnico 3. Empleado 4. Profesionista 5. Comerciante 6. Pensionado
5. Número de integrantes de la familia	Cuantitativa	Discontinua	Valor del número de integrantes
6. Etapa del ciclo vital	Cualitativa	Nominal	1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia 5. Retiro o muerte

7. Peso	Cuantitativo	Discontinuo	1. Peso inicial 2. Sexta medición
8. Perímetro abdominal	Cuantitativa	Discontinuo	1. Perímetro inicial 2. Sexta medición
9. índice de masa corporal	Cuantitativa	Discontinua	1. Toma inicial 2. sexta medición
10. Presión arterial sistólica	Cualitativa	Discontinua	1. Toma inicial 2. Sexta medición
11. Presión arterial diastólica	Cualitativa	Discontinua	1. Toma inicial 2. Sexta medición
12. Glucosa	Cualitativa	Discontinua	1. Toma inicial 2. Segunda toma
13. Colesterol	Cualitativa	Discontinua	1. Toma inicial 2. Segunda toma
14. Triglicéridos	Cualitativa	Discontinua	1. Toma inicial 2. Segunda toma

Anexo 1-2

Cuestionario del grupo de autoayuda de obesidad			
1. ¿Porque motivo decidió asistir al grupo de autoayuda?	Cualitativa	Nominal	Para conocer más sobre la enfermedad Para llevar un mejor control de la enfermedad Por recomendación Por curiosidad
2. ¿Obtuvo más información sobre su enfermedad?	Cualitativa	Nominal	1.si 2. no
3. ¿Ha logrado bajar de peso?	Cualitativa	Nominal	1.si 2.no
4. ¿Ha mejorado sus hábitos alimenticios?	Cualitativa	Nominal	1.si 2. no
5. ¿Está satisfecho con el conocimiento obtenido?	Cualitativa	Nominal	1.si 2. no
6. ¿Ha favorecido su conocimiento a su familia?	Cualitativa	Nominal	1.si 2. no
7. ¿Ha mejorado su estado general de salud (Hipertensión, niveles de glucosa, de colesterol y triglicéridos)?	Cualitativa	Nominal	1.si 2. no
8. ¿El grupo ha tenido buen impacto en usted?	Cualitativa	Nominal	1.si 2.no
9. ¿Le gustaría que se mantuviera este grupo de autoayuda?	Cualitativa	Nominal	1.si 2. no
10. ¿Al asistir al grupo le ha ayudado a mejorar su estilo de vida?	Cualitativa	Nominal	1.si 2. no

11. ¿Antes de asistir al grupo, caminaba o hacia ejercicio?	Cualitativa	Nominal	1.si 2. no
12. ¿Actualmente cuanto tiempo haces?	Cualitativa	Nominal	1.si 2. no

ENCUESTA PARA GRUPO DE AUTOAYUDA DE OBESIDAD

CLÍNICA 5 DE FEBRERO ISSSTE

NOMBRE
PACIENTE _____

—

RFC. _____

EDAD _____

SEXO _____

EDO. _____

CIVIL _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

NUMERO INTEGRANTES DE SU FAMILIA _____

ETAPA CICLO VITAL _____

PREGUNTAS

¿Porque motivo decidió asistir al grupo de autoayuda?

Para conocer más de la enfermedad.

Para bajar de peso.

Por curiosidad

Para mejorar mis hábitos alimenticios.

¿Obtuvo más información sobre su enfermedad?

si

no

¿Ha logrado bajar de peso?

si

no

¿Ha mejorado sus hábitos alimenticios?

si

no

¿Está satisfecho con el conocimiento obtenido?

si

no

¿Ha favorecido su conocimiento a su familia?

si

no

¿Ha mejorado su estado general de salud (Hipertensión, niveles de glucosa, de colesterol y triglicéridos)?

si

no

¿El grupo ha tenido buen impacto en usted?

si

no

¿Le gustaría que se mantuviera este grupo de autoayuda?

si

no

¿Al asistir al grupo le ha ayudado a mejorar su estilo de vida?

si

no

¿Antes de asistir al grupo, caminaba o hacia ejercicio?

si

no

¿Actualmente cuanto tiempo haces?

30 minutos

45 minutos o 1 hora

ANEXO 3

Diseño de la base de datos.

Nombre de la variable	Tipo	Ancho De columna		Etiqueta	Valores que toma la variable	Escala de medición
1.Folio	N	3	0	Número de folio	Números consecutivos	S
II. FICHA DE IDENTIFICACION						
P1S2	N	3	0	Edad	Números enteros	S
P2S2	N	3	0	Sexo	Femenino Masculino	N
P3S2	N	3	0	Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Separado	N
P4S2	N	3	0	Escolaridad	Número total en años a Partir de la primaria	S
P5S2	N	3	0	Ocupación	Hogar (Ama de casa) Pensionado o jubilado Empleado Técnico Profesional Comerciante	N
P6S2	N	3	0	Número de Integrantes de la familia	Valor del número de integrantes	O

P7S2	N	3	0	Etapa del ciclo vital de la familia	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro o Muerte	N
III.GRUPO DE AUTOAYUDA DE OBESIDAD						
P1S2	N	3	0	¿Por qué motivo decidió asistir al grupo de autoayuda?	1. Para conocer más de la enfermedad. 2. Para bajar de peso. 3. Por curiosidad 4. Para mejorar mis hábitos alimenticios	N
P2S2	N	3	0	¿Obtuvo mas información sobre su enfermedad?	Si No	N
P3S2	N	3	0	¿Ha logrado bajar de peso?	Si No	N
P4S2	N	3	0	¿Ha mejorado sus hábitos alimenticios?	Si No	N
P5S2	N	3	0	¿Está satisfecho con el conocimiento obtenido?	Si No	N
P6S2	N	3	0	¿Ha favorecido su conocimiento a su familia?	Si No	N
P7S2	N	3	0	¿Ha mejorado su estado general de salud (Hipertensión, niveles de glucosa, de colesterol y triglicéridos)?	Si No	N

P8S2	N	3	0	¿El grupo ha tenido buen impacto en usted?	Si No	N
P9S2	N	3	0	¿Le gustaría que se mantuviera este grupo de autoayuda?	Si No	N
P10S2	N	3	0	¿Al asistir al grupo le ha ayudado a mejorar su estilo de vida?	Si No	N
P11S2	N	3	0	¿Antes de asistir al grupo, caminaba o hacia ejercicio?	Si No	N
P12S2	N	3	0	¿Actualmente cuanto tiempo haces?	Si No	N

Anexo 4

Consentimiento Participativo Voluntario.

Consentimiento para participar en la encuesta referente al grupo de obesidad.

El presente cuestionario tiene como propósito obtener información acerca de la utilidad del grupo de obesidad.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su pensamiento y decisión. También si Usted se siente en algún momento herida(o), lastimada(o) o agredida(o) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona ésta Unidad Médica.

Este cuestionario consta de 12 preguntas y se contesta en aproximadamente 15 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? Si _____ No _____

Muchas gracias por su participación.

Anexo 5 Cronograma

Etapas/actividad	MES 05	MES 06	MES 07	MES 08	MES 09	MES 10	MES 11
Etapa de planeación del proyecto	*						
Marco teórico	*						
Material y métodos		*					
Registro y autorización del proyecto			*				
Prueba piloto							
Etapa de ejecución del proyecto				*			
Recolección de datos				*			
Almacenamiento de datos					*		
Análisis de los datos					*		
Descripción de los resultados						*	
Discusión de los resultados						*	
Conclusiones del estudio						*	
Integración y revisión final							*
Reporte final							*
Autorizaciones							*
Impresión de trabajo final							*
Solicitud de examen de tesis							*