



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N 94**



**“CREENCIAS Y PERCEPCIONES DE LAS PERSONAS
OBESAS ACERCA DE LA OBESIDAD”**

TESIS

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

DRA. ANA NALLELY PÉREZ MEJÍA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
ASESOR DE TESIS
DR. JOSÉ RUBÉN QUIROZ PÉREZ

MÉXICO, D.F.

2009

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



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.

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N 94**

**“CREENCIAS Y PERCEPCIONES DE LAS PERSONAS
OBESAS ACERCA DE LA OBESIDAD”**

TESIS

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

DRA. ANA NALLELY PÉREZ MEJÍA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
ASESOR DE TESIS
DR. JOSÉ RUBÉN QUIROZ PÉREZ

MÉXICO, D.F.

2009

Autorizaciones

Proyecto autorizado por el Comité Local de Investigación (3515) de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 con registro institucional R-2008-3515- 06

DRA. AGUSTINA ELENA VILCHIS GUIZAR
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

DRA. YOLANDA SOTO GONZÁLEZ
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

DR. MARCO ANTONIO PAGOLA MARTÍNEZ
Director UMF No 94 del IMSS

DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
Coord. Clínico Educación e Investigación en Salud
Unidad Medicina Familiar No. 94 de IMSS

Agradecimientos

A mi familia

Papá y Mamá.....Como muestra de mi cariño y agradecimiento, por todo el amor y el apoyo brindado y porque hoy veo llegar a su fin una de las principales metas de mi vida, les agradezco la orientación que siempre me han otorgado.

Bere.....Gracias por tu apoyo, comprensión y paciencia, eres mi ejemplo.

Amigos

Jesús, Dulce, Rogelio, Roxana..... mis compañeros de aventuras, mis cómplices, gracias por soportar ausencias, por su comprensión, y por compartir los mejores momentos de mi vida.

Compañeros

Alex G, Mosiah, Virma, César, Mariana, Carmen, Juan..... por compartir estos tres años de aprendizaje, aventuras, desvelos, alegrías y tristezas pero sobre todo por su apoyo.

Profesores

Dra. Paty..... Gracias por su paciencia, tiempo y el apoyo otorgado, sin Usted no podría haber alcanzado mi meta.

Dra. Balderas, Dr. Martínez V, Dra. González, Dr. García L....Gracias por el tiempo que brindaron a mi enseñanza son mi guía y mi mejor ejemplo a seguir.

Índice de contenidos	Página
Introducción	1
Definición del objeto de estudio	2
Marco teórico	4
Antecedentes científicos	21
Planteamiento del problema	23
Objetivos del estudio	25
Supuestos del estudio	25
Categoría de supuestos	26
Diseño del estudio	27
Universo y Población de estudio	27
Muestra del estudio	27
Determinación estadística del tamaño de muestra	27
Tipo de muestreo	27
Criterios de selección de la muestra	28
Procedimiento para integrar la muestra	28
Plan de intervención	28
Análisis estadístico de la información	29
Consideraciones éticas del estudio	29
Resultados	30
Análisis de resultados	50
Conclusiones	53
Alternativas de solución	54
Bibliografía	56
Anexos	58

“Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad”

Ocampo-Barrio P¹, Quiroz- Pérez R², Pérez-Mejía A.³

Objetivo. Describir y analizar las creencias y percepciones acerca de la obesidad en personas obesas derechohabientes de la UMF 94.

Diseño. Estudio cualitativo etnográfico desde la perspectiva del interaccionismo simbólico y análisis tridimensional de ethos.

Lugar de realización del estudio. Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Participantes. La muestra se integro por 8 personas mayores de 18 años con índice de masa corporal mayor de 30, no portadores de patología crónica degenerativa.

Método. La información se obtuvo de 24 entrevistas audiograbadas, transcritas y clasificadas en cada una de las categorías de los supuestos establecidos, lo que permitió determinar su saturación. La información se analizo desde el interaccionismo simbólico y análisis tridimensional del ethos.

Resultados. Participaron 6 mujeres y 2 hombres, presentaron obesidad de primer grado (5), de segundo (2) y de tercero (1). No se perciben como obesos, sin embargo se sienten inconformes con su imagen corporal y no perciben el riesgo que entraña su condición. Socialmente son discriminados y rechazados, sin embargo su contexto social promueve los alimentos como medio de socialización y aceptación.

Conclusiones. La obesidad requiere de un abordaje interdisciplinario que permita considerar los factores biológicos y socioculturales del individuo.

Palabras Clave. Obesidad, Creencias y Percepciones.

Lugar donde se realizó el estudio. Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social

1. Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS
2. Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador de Área de Evaluación, del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM
3. Médico residente del 3º año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS

Introducción

Actualmente, se reconoce que en el mundo existen más de mil millones de adultos con sobrepeso, de los cuales alrededor de 300 millones son obesos. Las estadísticas en salud de nuestro país señalan que más de 50% de la población de adultos presentan sobrepeso u obesidad, porcentaje que estimado en millones de personas estaría hablando de un poco más de 32 671 millones.

El sobrepeso y/u obesidad entraña un mayor riesgo para desarrollar múltiples padecimientos especialmente enfermedad coronaria, diabetes mellitus tipo 2, cáncer y evento vascular cerebral que hoy por hoy son las principales causas de muerte en México.

La obesidad ha sido denominada como la “Epidemia del Siglo XXI”, comportamiento que parece tener relación estrecha con cuestiones de origen cultural, más que con cuestiones biológicas, ya que países que siguen conservando sus patrones de alimentación, como China y Japón, presentan una prevalencia inferior a 5%.

Hubo un tiempo en que el hombre comía para vivir, desafortunadamente hoy en día sucede lo contrario, se vive para comer, lo que ha impactado negativamente sobre el estado nutricional. El tratamiento actual de la obesidad descansa en los siguientes peldaños: dietas hipocalóricas, educación para la salud, promoción de actividad física, apoyo conductual, fármacos y cirugía.

Se sabe que en promedio los obesos consumen alrededor de 2 528 calorías diarias contra un gasto energético promedio de 1 500. Es por ello que el primer pilar del tratamiento sea la dietoterapia, estrategia que pretende modificar los elementos alterados de la nutrición. El segundo escalón del tratamiento es la educación para la salud, ya que toda prescripción de un régimen alimenticio debe ir acompañada de información que permita al paciente ampliar el conocimiento sobre el valor calórico de los alimentos, su composición, acción y manipulación. Sin embargo la sola prescripción de dietas hipocalóricas y educación nutricia, no

suele ser eficaz si no consideramos el sedentarismo, situación que contribuye de manera importante en la génesis de este problema.

La actividad física es el tercer componente importante de los programas de control de peso, ya que favorece la reducción ponderal y previenen las recaídas, que son el gran escollo de la obesidad por su condición de enfermedad crónica. El impacto de la actividad física sobre el peso depende de la capacidad del paciente para adoptar una rutina apropiada y de las barreras psicológicas, sociales y físicas que enfrenta. Estudios en esta área han demostrado que la actividad física permite reducir de manera importante los porcentajes de grasa, independientemente de que los pacientes bajen o no de peso.

La droga ideal para tratar la obesidad aún no existe, en la historia de la clínica existe una larga cadena de fracasos, por lo que esta estrategia debe destinarse como un último recurso. En tanto que la cirugía ha mostrado éxito en obesidad mórbida que no ha respondido a otras estrategias.

Como puede observarse un elemento olvidado dentro de las estrategias terapéuticas, es la vivencia con que los individuos padecen esta patología, condición que motiva la realización de este estudio.

Definición del objeto de estudio

El tropiezo actual de la medicina frente ante diversos problemas que tienen su origen en la sociedad (violencia, depresión, cáncer, enfermedades psicosomáticas, etc.), ha obligado a los científicos a estudiar y validar cuestiones sociales que por siglos fueron olvidadas. Esto explica porque en la actualidad dentro de los debates científicos, las representaciones sociales han adquirido un papel relevante. En este contexto, parece que el conocimiento científico ha perdido su "privilegio" y "poder" para explicar y modificar toda realidad. Convirtiéndose, simplemente en un punto de vista que puede ser ampliado mediante los preceptos de la ciencias sociales, especialmente cuando hablamos de "percepción de riesgos en salud". Resulta importante remarcar que los científicos y ciudadanos en general tienen una percepción diferente sobre los

riesgos en salud. El público no utiliza argumentos científicos o racionales a la hora de adoptar conductas en salud, mientras que los científicos recalcan la necesidad de utilizar la racionalidad científica y la evidencia científica ante las conductas de riesgos practicadas por los individuos.¹

Moscovici (1984) investigador que ha profundizado en el estudio de las denominadas representaciones sociales, señala que estas son imágenes o significados que todas las personas utilizamos, a fin de responder positiva o negativamente a todas las situaciones o hechos que enfrentan durante su vida cotidiana. Las representaciones sociales, a menudo no siguen los preceptos de la racionalidad científica, ya que está moldeada por opiniones y valores socialmente definidos. Como su nombre lo indica se originan en la colectividad social (convivencia grupal y se ve influida por un sin número de condiciones como son: los medios de comunicación, organización política, económica, etc.), expresándose de manera individual como creencia. En el plano personal la creencia se convierte en un modelo mental (conocimiento empírico) que guía las conductas de la persona con el fin de satisfacer sus necesidades, le auxilia en la interpretación de todos los eventos que vive y en la toma de decisiones; las creencias se ubican en el plano donde converge lo psicológico y social.²

Admitiendo estas afirmaciones, resulta importante identificar las creencias y percepciones que las personas obesas tienen sobre la obesidad. Pues a pesar de contar con amplias estrategias de tratamiento para la obesidad, sus resultados no han sido lo suficientemente exitosos, ya que se basan sobre todo en aspectos biológicos y dan escasa la importancia a los factores emocionales y sociales que acompañan a esta patología.

Marco teórico

I. Definición. La obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por almacenamiento en exceso de tejido adiposo en las células del organismo. Condición que promueve la aparición de trastornos generalmente endocrinos, cardiovasculares, ortopédicos, etc.^{3, 4} Con relativa frecuencia los términos “sobrepeso” y “obesidad” se utilizan como sinónimos, por lo que resulta importante hacer una diferenciación entre ellos: en el sobrepeso existe un exceso de peso corporal en relación con la talla, pero aún, no se sobrepasan los estándares establecidos para ser considerada como obesidad; en tanto que en la obesidad, se han rebasado estos.³

II. Epidemiología. Hasta hace no mucho tiempo los ricos eran obesos, los pobres eran delgados y la preocupación era cómo alimentar a los desnutridos. Actualmente, los ricos son obesos y los pobres son además de desnutridos obesos, la preocupación es ahora la obesidad. En el año 1996 se calculó que en el mundo existía más de 1 billón de adultos con sobrepeso y por lo menos 300 millones de éstos eran obesos; situación que originó que la Organización Mundial de la Salud (OMS) etiquetara a la obesidad como una epidemia.⁵ El incremento de obesidad no se restringe a sociedades desarrolladas, de hecho, su aumento es con frecuencia más rápido en los países en vías de desarrollo, quienes enfrentan un doble reto junto con sus problemas de desnutrición.³

En nuestro país, en el año 1988 la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) encontró que el 20% de las mujeres en edad reproductiva presentaban sobrepeso y obesidad el 14.6%. Diez años más tarde, reporta que el 30.6% de esta misma población presenta sobrepeso y obesidad el 21.2%. En el año 2000 esta misma fuente registro sobrepeso en el 36.1% de la población femenina en edad reproductiva y obesidad en el 28.1%. La situación parece comportarse de la misma manera en hombres de 20-59 años donde se encontró sobrepeso (49.9%) y obesidad (18.6%), en esta misma encuesta se identificó esta situación en el resto de los grupos etarios como puede apreciarse en el siguiente cuadro.⁶

Hombres	Sobrepeso	Obesidad	Mujeres	Sobrepeso	Obesidad
----------------	-----------	----------	----------------	-----------	----------

	(%)	(%)		(%)	(%)
20-29 años	34.3	12.0	20-29 años	32.3	17.4
30-39 años	45.7	21.2	30-39 años	38.3	29.9
40-49 años	46.6	24.4	40-49 años	38.5	39.3
50-59 años	43.0	25.6	50-59 años	39.2	40.1
60-69 años	41.3	24.0	60-69 años	37.2	35.9
Todas	41.3	19.4	Todas	36.2	29.0

La ENN en el año 2006 reportó que el 1.5% de la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) presentaba desnutrición, el 39.4% sobrepeso y el 26.1% obesidad. Como puede observarse un hallazgo similar en todos estos reportes nacionales, coinciden en señalar a la mujer con mayor posibilidad de presentar obesidad (30.9%), en comparación con los hombres (21.2%). En tanto que el sobrepeso parece ser más frecuente en el hombre (42.8%) en comparación a las mujeres (36.1%). Esta situación se encuentra relacionada con factores hormonales, genéticos, sociales y psicológicos característicos de la mujer. La localización geográfica, también parece tener influencia sobre este problema, el área más afectada por sobrepeso y obesidad fue el norte del país, así mismo el índice de masa corporal (IMC) parece ser más elevado en personas con menor escolaridad. Con respecto al índice cintura cadera en 83.6% de las mujeres fue >80 cm., mientras que en los hombres en 63.8% fue >90 cm. Otra característica, es que la obesidad, tiende a incrementarse con la edad hasta los 60 años, a partir de este punto tiende a disminuir tanto en hombres como en mujeres.⁷

III. Diagnóstico. Para evaluar el sobrepeso y/u obesidad se suelen utilizar indicadores indirectos de grasa corporal, obtenidos a partir de medidas antropométricas. Es el IMC, el método más utilizado por su sencillez, este es obtenido a través de dividir el peso (kilogramos) sobre la talla (metros cuadrados).^{3,4} Se considera que un individuo adulto presenta sobrepeso si presenta un IMC mayor de 25kg/m² pero menor de 29.9kg/m². Es importante señalar que en individuos con talla baja (mujer con estatura < 1.50mt. y hombre

<1.60), este rango debe ser mayor de 23kg/m² pero menor de 25kg/m². Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un IMC mayor de 29.9kg/m² y en individuos de talla baja mayor de 25kg/m².⁸ Es importante señalar que el IMC no puede diferenciar entre un incremento de peso a causa de grasa corporal, crecimiento muscular y/o retención de líquidos, lo que sitúa como el estándar de oro para el diagnóstico de obesidad a la absorciometría, sin embargo no se encuentra disponible en la mayoría de las unidades de atención médica.

El Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos y La OMS categoriza el peso con base al IMC de la siguiente manera.⁵

Categorización	IMC (kg./m2)
Peso bajo	<18.5
Peso normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad grado I	30-34.9
Obesidad grado II	35-39.9
Obesidad grado III	>40

IV. Clasificación. El National Health Institute clasifica a la obesidad en cuatro fenotipos:^{6, 9,10}

1. Tipo I*. Aumento del contenido graso en el total del organismo.
2. Tipo II*. Aumento del contenido graso en la parte superior del tronco y abdomen.
3. Tipo III. Acumulación del tejido adiposo en la región abdomino visceral, este tipo de obesidad se asocia con enfermedad coronaria, enfermedad cerebro vascular, hipertensión arterial, hiperinsulinemia, insulinoresistencia, diabetes, hipertrigliceridemia y niveles disminuidos de HDL.
4. Tipo IV. Acumulación en la región femoral y glútea.

*Estos dos tipos de obesidad se asocian con dislipidemia, enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina, intolerancia a hidratos de carbono y en la mujer con un mayor riesgo de cáncer de mama y endometrio.

El IMC permite identificar el exceso de grasa, pero no la distribución de esta en el cuerpo humano, es por ello que de manera complementaria al IMC se debe realizar la medición índice cintura/cadera. Para ello se mide la circunferencia de la cintura (cicatriz umbilical) y se divide entre la circunferencia de la cadera (trocánteres mayores). El Índice cintura-cadera (ICC) normal para la mujer es de 0.71-0.85 en mujeres y de 0.78 a 0.94 para el hombre. Los valores por arriba de los parámetros nos hablan del riesgo de contraer diversas enfermedades como Diabetes Mellitus, Cardiopatía isquémica, Hipertensión Arterial. La OMS establece como criterios deseables de circunferencia abdominal de 80cm o menos en mujeres y de 94 cm o menos en hombres.^{5, 6, 10}

V. Etiología. No se conoce el origen exacto de la obesidad, sin embargo a continuación se exponen las teorías más aceptadas.

Factor hereditario. Se ha identificado a la herencia como un factor que interviene hasta en un 56% de los casos de obesidad visceral. Esto ha originado múltiples estudios genéticos al respecto, fue en el año 1994 en que se descubre un gen relacionado con la obesidad, este gen ("G-OB") se expresa en las células adiposas. Se cree que determina la producción de una proteína llamada "leptina", la que tiene acción sobre los receptores hipotalámicos, los que regulan la ingesta de alimentos, modula el estímulo de saciedad y el gasto energético. Cuando este gen muta, produce una "leptina alterada", que no va a tener acción sobre los receptores de hipotálamo y por lo tanto el individuo no tendrá la capacidad de regular la ingesta.^{6, 9}

Desequilibrio entre ingesta y gasto de energía. Esta se produce cuando existe un desequilibrio prolongado entre la calidad y cantidad de alimentos consumidos y la actividad física, intelectual y emocional realizada. Dando como resultado un balance positivo de energía, que tiende a ser almacenada en el tejido graso y consecuentemente produce ganancia de peso. En este punto es pertinente resaltar la influencia que la cultura sobre el problema de la obesidad, el ingreso de la mujer en el mundo laboral, los estándares de vida occidentales, los avances tecnológicos y la publicidad transmitida por los medios masivos de información,

han afectado negativamente los hábitos alimenticios, las comidas rápidas que se han extendido de manera universal, contienen altos niveles de grasas y carbohidratos simples.⁶

Sedentarismo. Esta teoría se encuentra estrechamente relacionada con la anterior, se ha demostrado que el ejercicio físico influye de manera importante en la regulación fisiológica del peso corporal, al incrementar el gasto de energía, mejorar el balance de grasas (aumentando la oxidación de las mismas) y suprimir la sensación de hambre. Desafortunadamente las formas actuales de vida parecen ennoblecer y fomentar el sedentarismo, llegando a ser considerada como un estándar deseable de vida la inmovilidad física. Cuestión que aunada al punto anterior explica las dimensiones epidemiológicas actuales de la obesidad. Se ha reconocido que existe una relación directa entre el sedentarismo y el incremento del IMC, se ha demostrado que los sujetos obesos son menos activos que los delgados.⁶

Cambios hormonales. Se ha comprobado la enorme influencia que el comportamiento hormonal tiene en la regulación del peso. En el período de pubertad es característico encontrar elevaciones hormonales importantes que tiende a desestabilizar el peso. También es conocido que el embarazo aumenta las necesidades energéticas, sin embargo si esto se une a una dieta rica en grasas y azúcares simples el aumento de peso se hace evidente; aumentando el riesgo de presentar diabetes gestacional. Finalmente el climaterio y la menopausia son otro período de alteraciones hormonales relacionadas muy estrechamente con el incremento de peso. En el varón es especialmente importante investigar la presencia de hipogonadismo.⁶

Obesidad secundaria a otras enfermedades. Existe una amplia gama de enfermedades que se acompañan de un incremento en el peso corporal, entre ellas se encuentran: el síndrome de Cushing, Hipotiroidismo.^{4,9}

Abandono del hábito tabáquico. El abandono de este hábito frecuentemente produce un aumento de peso que suele oscilar entre 3 y 10kg. Esto se debe a que el tabaco, particularmente la nicotina tiene poder anorexigénico y estimula la

secreción de adrenalina. Estos dos mecanismos ayudan a regular el peso, a través de una reducción de la ingesta de alimento. Se produce un estado de ansiedad, producido por la privación de la nicotina y por el cambio de hábito que muchas personas intentan aliviar comiendo más.⁶

Factores Psicológicos. Se ha encontrado que de 25% al 30% de los pacientes obesos en tratamiento de reducción de peso presentan depresión, agorafobia, fobia simple, bulimia nerviosa y dependencia del tabaco; se han apreciado trastornos de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, elevada ansiedad, conductas de evasión y agresión. La persona con obesidad y/o sobrepeso puede desarrollar distintas conductas, desde aparentar ser feliz, hasta presentar sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente, tener necesidad de ser amado.¹¹

La OMS señala que la obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y eso desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales o exagerar la valoración subjetiva de las dimensiones corporales. Más recientemente se ha reconocido que el Síndrome de Descontrol Alimentario (o del atracón) se ve influenciado por fuertes sentimientos de culpa, enojo, desesperación y decepción.¹²

VI. Fisiopatología. El exceso de tejido adiposo intraabdominal, produce un exceso de ácidos libres en sangre, como un mecanismo regulador el organismo dirige a estos ácidos grasos hacia el hígado, sin embargo debido a su alta concentración la capacidad hepática se ve rebasada, manteniendo así niveles sanguíneos elevados, lo que paralelamente produce que el páncreas libere mayores concentraciones de insulina. Teniendo como efecto la persistencia de dislipidemia (con el evidente incremento del riesgo cardiovascular) y la aparición de hiperinsulinemia (mayor riesgo de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, síndrome metabólico, etc.). Condiciones que finalmente van a promover el desarrollo de aterosclerosis.⁶

VII. Complicaciones. Con base en su fisiopatología es posible ubicar las complicaciones de la obesidad en las siguientes categorías:^{6, 9, 10}

1. Metabólicas. Síndrome metabólico, resistencia periférica a la insulina, diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica, hipercoagulabilidad, enfermedad cardiovascular, hiperuricemia y gota.
2. Digestivas. La obesidad favorece litiasis biliar, reflujo gastroesofágico, hepatitis grasa no alcohólica, hernias abdominales y cáncer de colon.
3. Respiratorias: La obesidad condiciona dificultad para movilizar el tórax, con la consiguiente reducción del volumen pulmonar, condición relacionada con el síndrome de Pick Wick, roncadores crónicos, apnea del sueño, hipersomnia diurna, cefalea, falta de concentración y en etapas avanzadas Cor pulmonale.
4. Músculos esqueléticos. Osteoartrosis y síndromes lumbares.
5. Psicológicas. Depresión, Estima baja, Bulimia nerviosa, Alteración en la imagen corporal y estigmatización social.
6. Dermatológicas. Pigmentación de extremidades inferiores, linfedema, celulitis, intertrigo, acantosis nigricans y fibromas blandos.
7. Genitourinarias. Incontinencia urinaria y glomerulopatía.

VIII. Evaluación clínica. Como primer paso se debe determinar del grado de obesidad del individuo, los factores que contribuyen al desarrollo de la misma y la presencia de complicaciones. Para ello es indispensable realizar una historia clínica completa, con énfasis en los hábitos de alimentación, las características de la actividad física, tratamientos recibidos previamente y resultados obtenidos. Como resultado de los datos obtenidos en la historia clínica, se estará en posibilidad de elegir entre una amplia gama de estudios de laboratorio que nos ayuden a precisar la etiología de la obesidad, así como las complicaciones de la misma.

Son propósitos de la evaluación del paciente obeso los siguientes tres aspectos fundamentales: 1) Determinar grado de obesidad y distribución de la grasa, 2) Determinar el tratamiento más seguro y 3) Determinar motivación del paciente.

Ahora bien los pacientes que se encuentren con un índice de masa corporal superior a $30\text{kg}/\text{m}^2$, deben ser candidatos inmediatos para recibir tratamiento

independientemente de su motivación, igual circunstancia sucede en individuos con IMC normal, pero con una circunferencia de cintura mayor de 94cm en hombres y 80cm en mujeres.⁶

VIII Tratamiento. El tratamiento de la obesidad resulta prioritario, ya que estudios previos en esta materia han demostrado que la pérdida moderada y sostenida de peso, contribuye con la disminución de complicaciones asociadas a obesidad. Los programas hasta utilizados para el manejo de la obesidad se fundamentan en los siguientes aspectos:

Plan alimentario. Para establecer el cálculo dietético, primeramente hay que calcular el peso recomendable de acuerdo a edad, talla, sexo y actividad realizada. Una vez calculado el peso recomendable, se calculan las necesidades energéticas. Una forma para el cálculo de requerimientos calóricos para adultos es el basado en el peso corporal actual y actividad física

20kcal/kg peso Obesos y personas inactivas.

25kcal/kg peso Personas mayores de 55 años, hombres sedentarios y mujeres inactivas.

30kcal/kg peso Hombres activos y mujeres muy activas.

40kcal/kg peso Hombres muy activos o atletas.

Otra forma es mediante la ecuación de Harris- Benedict: mujeres = $655 + (9.6 \times \text{kg}) + (1.8 \times \text{cm}) - (4.7 \times \text{años de edad})$ y hombres = $66.0 + (13.7 \times \text{kg}) + (5.0 \times \text{cm}) - (6.8 \times \text{años de edad})$ + acción dinámica específica = 10% x Actividad física: sedentarismo: sólo actividades de la vida diaria (1.3), moderado: caminar, levantar pesas (poco peso), nadar (1.5) e intenso: construcción, atletas, levantar pesas mucho peso (1.7).

Otra forma de comenzar un plan dietético es el plan hipocalórico consiste en una reducción de 500 Kcal. al requerimiento actual del paciente; manteniendo el siguiente balance: 55 a 60% de carbohidratos, 20 a 25% de grasa y 10 a 15% de proteína.¹⁰ Durante las primeras 2 semanas de régimen alimenticio se espera una disminución de peso más rápida debido a una mayor pérdida de agua y

electrólitos, cuando hablamos de pacientes con obesidad de segundo o tercer grado la dieta debe irse modificando ya que el organismo tiende a hacer una adaptación a la misma y se llegará al momento en que la pérdida de peso es nula.^{13, 14,15}

Ejercicio físico. Todo plan alimentario debe acompañarse de una actividad física adecuada para la edad y condiciones clínicas del individuo. De manera general se dice que los obesos deben realizar una actividad física diaria progresiva (debe iniciarse por períodos de 5 minutos con incremento semanal de 5 minutos más hasta alcanzar un mínimo de 30 minutos diarios) y moderada (el ejercicio aeróbico es el más recomendado), de manera preferente este debe realizarse todos los días de la semana. El médico debe explicar al paciente que la actividad física es complemento indispensable del plan de alimentación. Además ayuda a controlar el apetito, disminuye el estrés y la ansiedad que en ocasiones genera la dieta, mejora el bienestar general y permite un mejor descanso. La intensidad del ejercicio aeróbico puede ser determinada evaluando la frecuencia cardiaca máxima alcanzada por el individuo, que generalmente es de 220 menos la edad. El ejercicio debe ser ejecutado a una intensidad que produzca una frecuencia cardiaca de por lo menos 70% de este máximo.^{6, 16}

Tratamiento farmacológico. Este manejo está indicado cuando el médico ha intentado la reducción de peso de su paciente a través de tratamiento dietético y físico sin obtener resultados. O en pacientes que presentan IMC $>30\text{kg/m}^2$ sin factores de riesgo adicional, IMC $>27\text{kg/m}^2$ con dos o más factores de riesgo adicional. Es importante señalar que el empleo de fármacos no excluye los dos manejos antes señalados (dieta y ejercicio).^{10, 17}

Conforme pasa el tiempo los tratamientos farmacológicos para la obesidad han ido evolucionando sobre todo en la última década. Los primeros intentos para tratar la obesidad ocurrieron a inicios de los 80s con extractos de tiroides, lo que provocaba desarrollo de síntomas de hipertiroidismo. Otro grupo muy popular de medicamentos por los efectos adversos que provocan, son las anfetaminas las cuáles crean adicción y han originado un número importante de muertes.¹⁸

Los fármacos que actualmente se encuentran aprobados FDA son los siguientes:

Medicamentos anorexigénicos^{5, 19}

- **Noradrenérgicos:** Fentermina, Mazindol e Hidrocloro de dietilpropión
- **Serotoninérgicos:** Fenfluramina, Dexenfluramina e Hidrocloro de fluoxetina
- **Inhibidores noradrenérgicos-serotoninérgicos:** Sibutramina.
- **Antagonista del receptor canabinoideo:** Rimonabant.

Medicamentos que disminuyen la absorción intestinal^{5, 20}

- **Inhibidor de la lipasa pancreática.** Reduce la absorción de grasa hasta en un 30%: Orlistat, Metformina, Acarbosa.
- **Análogos de GLP-1.** Considerados como el tratamiento de futuro de la Diabetes Mellitus tipo 2 asociada a obesidad ya que a la vez que mejoran la captación de glucosa por los tejidos periféricos, mantienen la plasticidad celular del islote pancreático y provocan sensación de plenitud gástrica con pérdida de apetito. Este último efecto ha sido explorado por algunos laboratorios farmacéuticos con la idea de modificar las características de la molécula y lograr un efecto anti-obesidad más potente. Alguna molécula ha demostrado no sólo un efecto periférico sobre el control de la saciedad sino también probablemente central.
- **Dianas para la adiponectina.** Sólo es eficaz en aquellos pacientes que presentan un defecto de la misma.
- **PPAR-gamma.** Son una de las sorpresas terapéuticas del último decenio del pasado siglo, son capaces de mejorar la resistencia a la insulina y modular la generación de nuevos adipositos: Rosiglitazona y Pioglitazona.
- **Inhibidores de fosfatasas.** Han demostrado ser útiles en el tratamiento de la obesidad experimental, al aumentar la termogénesis lo que produce pérdida del apetito a nivel central.

No cabe duda que el control de la obesidad se ha convertido en un campo fértil para la investigación científica y empírica, así como un campo fructífero para la

comercialización de un sin fin de medicamentos, aparatos, dietas, etc., que prometen la solución al problema cada vez más creciente de obesidad. Se ha demostrado a través de diversos estudios la eficacia que diferentes agentes farmacológicos tienen sobre la disminución del sobrepeso y la obesidad, sin embargo ninguno de ellos ha demostrado ser inocuo y su prescripción debe ser cuidadosa.

Tratamiento quirúrgico. Esta es una opción en pacientes cuidadosamente seleccionados, que presentan obesidad clínica severa (IMC de $>40\text{kg/m}^2$ ó de $>35\text{kg/m}^2$ con otros problemas de salud agregados). Los procedimientos utilizados actualmente son: gastroplastía, colocación gástrica de banda ajustable y derivaciones gástricas.⁵

Hasta la fecha no se ha demostrado un aumento en la supervivencia de pacientes obesos tratados quirúrgicamente. Se ha calculado una pérdida entre el 50 y 60% del exceso de peso y disminución del índice de masa corporal de 10kg/m^2 en los primeros 12 a 24 meses después de la cirugía, los que se mantienen en el seguimiento a largo plazo. La cirugía bariátrica laparoscópica ha mostrado una recuperación temprana y baja morbilidad perioperatoria y postoperatoria, pero se ve afectada en alteraciones en la función ventilatoria, la alta presión intraabdominal y el engrosamiento de la pared abdominal.⁵

Aspectos socioculturales ligados a la obesidad.

Como puede apreciarse las estrategias de tratamiento de la obesidad, se basan sobre todo en aspectos biológicos, sin embargo es escasa la importancia que se da a los factores emocionales y sociales que acompañan a esta patología, situación comprensible si consideramos la problemática que entraña identificar sentimientos, valores, creencias o percepciones relacionadas con la obesidad. Es importante reconocer la importancia que tiene la vivencia personal de los obesos, condición que permitirá determinar el verdadero significado personal y cultural de la obesidad. Lo que permitirá tener una información complementaria que establezca estrategias de acción más eficaces y pertinentes.²

Moscovici (1984) señala que las creencias provienen de las representaciones sociales, es decir de las imágenes o significados que las personas que viven en sociedad utilizan durante su convivencia diaria. Estas, generalmente no siguen los preceptos de la racionalidad científica, ya que está moldeada por opiniones y valores socialmente definidos. Como su nombre lo indica se originan en la colectividad social (convivencia grupal y se ve influida por un sin número de condiciones como son: los medios de comunicación, organización política, económica, etc.), expresándose de manera individual como creencia. En el plano personal la creencia se convierte en un modelo mental (conocimiento empírico) que guía las conductas de la persona con el fin de satisfacer sus necesidades, le auxilia en la interpretación de todos los eventos que vive y en la toma de decisiones; las creencias se ubican en el plano donde converge lo psicológico y social.²

En México socialmente la imagen aceptable del hombre actual, es la del deportista y musculoso, en tanto que la imagen de la mujer pondera una figura delgada y torneada. Garner y Garfinkel (1980) exaltaron la contribución que los aspectos biológicos, familiares y psicológicos han tenido sobre la aparición de los trastornos alimentarios, principalmente en la población femenina, donde los medios de publicidad tienen una responsabilidad importante "por su impacto potencial de establecer modelos identificatorios." Con respecto al estudio sobre la influencia de los medios masivos de comunicación en los trastornos alimentarios hasta el momento no se han encontrado trabajos realizados en México; sin embargo el bombardeo de productos light en nuestro país se ha incrementado, distintas marcas se han encargado de crear lo que ellas llaman alimentos "sanos", y es a partir de un buen marketing y sobre todo publicidad efectiva, que la nueva cultura de productos light ha tenido gran auge.²¹ Considerando lo anterior, parece ser que las creencias de las personas juegan un papel muy importante en la génesis y control de la obesidad, lo que remite irremediabilmente a reconocer cuáles son las creencias relacionadas con el sobre peso y la obesidad.

La percepción se define como cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos; un conocimiento.

La percepción constituye el último proceso de una cadena de comunicación con un receptor humano, y permite al organismo extraer elementos del entorno (formas de las representaciones o conocimientos), utilizables de modo universal para elaborar conductas. La percepción sigue a la sensación para originar formas mentales en el cerebro; creencias, ideas, en la comunicación por signos y por la palabra; las imágenes, en la comunicación visual; las formas sonoras, en la música, etc. La percepción es, la construcción de imágenes reconocibles, a partir de un conjunto de elementos correctamente recibidos por separado.

La percepción también puede clasificarse en consciente e inconsciente. La percepción consciente es la acogida de información controlada por nosotros mismos, sin embargo una buena parte considerable de la percepción discurre de forma inconsciente.

Es el elemento básico para el acto terapéutico de enseñar a cuidarse, y está influenciada por la estructura de la personalidad y las creencias en salud. Una persona sólo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos que implicaría el no asumir este cambio de vida o restricción.²²

El Modelo de Creencias en Salud (MCS), se propone como el más idóneo para el estudio de las creencias relacionadas con la salud. Fue en la década de los 50's, Mayhew Derriberry y cols., desarrollaron la arquitectura y descripción de este modelo, teniendo como referencia la investigación realizada por Hochbaum, quien a comienzos de 1952 estudió la disposición de las personas a someterse a rayos X como parte del programa de lucha contra la tuberculosis. Sus resultados destacan que esta disposición era producto de las creencias individuales que los hacían no sentirse susceptibles a contraer esta enfermedad, por ende no consideraban beneficio invertir un tiempo en algo que no les aportaría ningún beneficios. Estos investigadores, también consideraron la teoría de Kurt Lewin que

plantea que el comportamiento de los individuos depende de dos dimensiones: el valor dado por el individuo a un hecho en particular y la estimación que realiza el individuo sobre la probabilidad de que una acción determinada produzca cierto resultado. Finalmente ellos expresan en el MCS, que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer tres cosas:

- a) Que es susceptible de sufrir la enfermedad. *La susceptibilidad* depende de la percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud (TBC, cáncer, caries dental). Un elemento indispensable para que la persona tenga percepción de susceptibilidad general, es haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar el evento. Esta percepción puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad.
- b) Que la enfermedad puede tener una severidad en su vida. *La severidad* se relaciona con la percepción individual de cuán severa es la enfermedad; diversos estudios clasifican esta dimensión en dos apartados: severidad física producida por la enfermedad y complicaciones socioculturales de la misma.
- c) Que su participación activa puede reducir la susceptibilidad o su severidad de la enfermedad. *La participación* ha sido atribuida al hecho que ésta sólo se establece en individuos que presentan alguna de las siguientes condiciones: son sintomáticos, presentan amenazas inminentes para su salud o son condiciones médicas frente a las que se tiene algún tipo de experiencia.

En los años 70 el MCS es utilizado sistemáticamente en diversos países para respalda investigaciones e intervenciones en salud, aplicadas al comportamiento.²³

Es importante además destacar que el MCS se encuentra sustentado en el Interaccionismo Simbólico (IS), corriente teórica que ofrece un modelo que permite identificar como se construyen los significados que guían los comportamientos en

salud. George Herbert Mead es considerado uno de los principales representantes de esta corriente teórica, su tesis principal señala que el grupo social es anterior al individuo, con ello se resalta que el ser humano es un ser social, que se forma y transforma a través de los estímulos recibidos de la sociedad. Su unidad de análisis se centra en la interacción entre el actor (individuo) y el universo (sociedad). Los argumentos que sustentan la construcción de las creencias se fundamentan básicamente en lo que el denomino acto (relación intrapersonal) y acto social (relación interpersonal). En el análisis del acto, es cuando esta corriente teórica presentan su mayor aproximación con el enfoque conductista, sin embargo a diferencia de este, no se interesa exclusivamente por los aspectos descubiertos de la relación estímulo- respuesta, sino por lo contrario se interesa por los aspectos encubiertos es decir que sucede dentro del individuo entre la llegada del estímulo y la respuesta que se emite.²⁴ Vistas así las cosas el acto es un proceso intrapersonal que consta de 4 fases dialécticas estrechamente relacionadas entre sí.

1. *Impulso*, es la primera fase, se inicia cuando el individuo recibe un estímulo sensorial, la calidad de percepción va a depender de las experiencias pasadas y sus posibles consecuencias.
2. *Percepción*, implica el discernimiento entre los estímulos recibidos y las imágenes mentales que se construyen.
3. *Manipulación*, una vez que se ha recibido el impulso y se han construido imágenes mentales, el siguiente paso hace referencia al análisis que realiza sobre la implicación de su respuesta, valorando sus ventajas y desventajas.
4. *Consumación*, equivale a emprender la acción que satisfaga el impulso inicial.

Para Mead, el acto social, es un proceso interpersonal que se da a través del gesto, el que se constituye en el mecanismo básico del acto social. Este autor considera al gesto como los movimientos realizados por un emisor que provocan un estímulo en el receptor, este último está en posibilidad de dar una respuesta a este gesto de manera inconsciente o consciente. Con base a esto, se dice que los gestos pueden ser:

- a. Conscientes, cuando involucran la reflexión y por lo tanto se consideran como gestos significativos.
- b. Inconscientes, cuando no involucran a la reflexión, se denominan gestos no significativos.
- c. Vocales, cuando se expresan por medio del lenguaje oral ó escrito. Es importante señalar que el lenguaje implica la comunicación tanto de gestos como de sus significados.
- d. Físicos, cuando se utiliza la expresión corporal, estos pueden ser gestos significativos, sin embargo presentan la dificultad de que las personas no tienen la facilidad para observar sus propias conductas.

Mead considera que los gestos significativos se convierten en símbolos significantes, y su significado es construido de manera conjunta entre emisor y receptor. Para él las relaciones humanas, no son otra cosa, más que una interacción dialéctica de símbolos significantes establecidos entre individuos. Además señala que los procesos mentales (pensamiento, inteligencia, razón, etc.) no dependen de las características estructurales del cerebro, sino de los símbolos significantes que recibe el individuo de su entorno social. Finalmente un argumento más ofrecido por el IS es la capacidad de elección que brinda a los individuos, al señalar que estos no necesariamente aceptan los significados y símbolos que les son enviados de la sociedad, sino que a partir de su propia interpretación son capaces de formar nuevas líneas de significados. Tal vez este es uno de los argumentos menos esclarecedores de esta corriente, pues no profundiza en él como el individuo puede escapar de la influencia que ejerce sobre él la sociedad.²⁵ Como puede observarse la influencia social es patente en la construcción de las creencias y percepciones que dirigen los estilos de vida. Para Christian Lalive D'Épinay es importante situar los relatos que el individuo hace de su vida en dos áreas importante de vida:

- a) Área de desarrollo socio cultural donde se encuentre el individuo e involucra aspectos económicos, familiares, relacionales sociales y profesionales, cultura, emociones, etc.

b) Área de relación entre comportamiento y acción social, ubica los relatos de vida dentro de modelos culturales en que vive el individuo.

De tal manera que un relato de vida, es un intento por conocer como el sujeto entiende su vida, teniendo como característica central su propia subjetividad. El análisis del relato es insertado en un espacio tridimensional: dimensión temporal- dimensión social- dimensión espacial. Dimensiones que son interdependientes e inseparables.

En la dimensión temporal, se distingue:²⁶

Relación del tiempo de su vida: la fase del ciclo de vida en la cual el sujeto se sitúa, su orientación temporal, etc.

- La historicidad o el tiempo de la sociedad, es decir la percepción temporal de la sociedad.
- La inserción del sujeto en la historicidad: la manera en que la persona percibe la articulación entre el flujo histórico y su propia vida, sus intereses por aquello que pasa a su alrededor, su modo de participación, su percepción del cambio y de su relación con él.

La dimensión espacial se subdivide en:

- Los espacios familiares: aquellos en los que el sujeto se siente en su casa y se muestra cómodo.
- Los espacios atravesados: los itinerarios o avenidas que sigue la persona para realizar las actividades que el espacio separa (domicilio y trabajo, domicilio y residencia secundaria, domicilio o trabajo y ciertos espacios recreativos, etc.)
- Los espacios prohibidos: aquellos que son propiedad de otros y donde se siente extraño
- Los espacios imaginarios.

La dimensión social distingue:

- La relación consigo mismo y con su cuerpo (Yo-yo)
- La relación con los otros, con quienes entable una relación directa (Yo-tu)
- La relación con aquellos de los que se diferencia (Nosotros-ellos).

Antecedentes científicos

Investigadores de la Universidad de Nuevo León, en el año 2002, realizaron una investigación cualitativa fenomenológica sobre el problema de obesidad a partir de las experiencias vividas por 26 participantes de dos diferentes países que comparten la misma cultura: Mexicanos y México-Americanos. Esta investigación arrojó como resultados que la obesidad se relaciona con eventos de vida estresantes, de tal manera que la comida es un refugio para compensar frustraciones, tristeza, insatisfacción y temor. Además se encontró que los patrones alimenticios personales y familiares fueron factores importantes para el surgimiento de la obesidad. Se encontró que ciertas etapas de la vida (adolescencia, matrimonio y reproducción) obligan a cambios en los estilos de vida el estilo de vida que parecen también propiciar obesidad. ²

Schilder (1989) señala que la imagen corporal es un proceso en constante ajuste que sintetiza el desarrollo de todas las áreas del individuo. De tal manera que a través de la imagen corporal se tiene conciencia del sí mismo, al integrar aspectos físicos, fisiológicos, estructurales, emocionales y socioculturales. Por ello los estilos de crianza, la dinámica familiar, las formas de autoridad, el significado de maternidad, el privilegio de ciertas relaciones jerárquicas, etc., determinan la imagen corporal asignada al individuo. ²⁷

George y Krondl (1983) en estudios de alimentación realizados en mujeres confirmaron el fuerte deseo que tiene por estar delgadas, incluso aquellas que tenían peso normal. Algunas de ellas señalaron que el tener un cuerpo obeso implica vivir en un mundo de incomodidades, para otras es un castigo divino, otras piensan que es un instrumento de placer. Lo que finalmente les lleva a no tener cuidado de su cuerpo. ²⁸

Un estudio nacional realizado por la Escuela Nacional de Antropología e Historia en el año 1995, señala que los pacientes obesos bajo un régimen dietético con frecuencia abandonan este régimen en época invernales, debido a que socialmente es la estación del año que mayor número de convivencias familiares y sociales se realizan. En este mismo estudio se identificó que la inmigración de las

ciudades pequeñas a las grandes urbes incrementa el riesgo de presentar sobrepeso u obesidad. Así mismo la inclusión de la mujer en la vida laboral ha producido cambios sobre los patrones de alimentación, incrementándose el consumo de alimentos preparados.

Las creencias que en este mismo estudio se identificaron sobre el origen de la obesidad fueron: el matrimonio, el estrés crónico, los embarazos, la extracción de sangre y las preferencias de las parejas. Las causas de la obesidad referidas para el sexo masculino fueron: exceso y tipo de trabajo y estrés crónico.²⁸

En la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF94) desafortunadamente, parece existir subregistro de los casos de sobrepeso y obesidad, sin embargo a través de la evaluación de la congruencia clínica diagnóstica terapéutica en Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial, la obesidad es reportada en casi el 75% de todos estos pacientes. El año pasado se registraron 1107 pacientes de primera vez en consulta por obesidad y 9551 consultas subsecuentes, tan sólo en lo que va del año se han registrado 768 pacientes de primera vez en consulta por obesidad, y sus principales complicaciones que son la hipertensión que ocupa de las primeras causas de consulta en la unidad se registró 20 pacientes por primera vez en el último mes y consultas subsecuentes 4172, en cuanto a Diabetes Mellitus se registraron 20 pacientes de primera vez y 6191 consultas subsecuentes.²⁹

Planteamiento problema

Justificación. Aún cuando la literatura médica científica y empírica ofrece diferentes estrategias de manejo para el control y prevención de la obesidad, esta continúa siendo una patología que presenta un comportamiento persistentemente ascendente, igual situación guarda el impacto que tiene sobre la salud y la precipitación de otras enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, hipertensión arterial y cardiopatías.

No cabe duda que la pérdida de peso representa un reto no solo para el paciente, sino para el equipo interdisciplinario encargado del cuidado de la salud. Científicamente se ha determinado que existen diversos factores que explican la etiología de la obesidad, entre los que se encuentran factores hereditarios, desequilibrio entre ingesta y gasto energético, sedentarismo, desequilibrio hormonal, y la obesidad secundaria a otras enfermedades.

A partir de esto se han desarrollado diferentes estrategias de manejo terapéutico que van desde el control nutricional hasta el tratamiento quirúrgico. Sin embargo ninguno de estos métodos terapéuticos ha mostrado una eficacia adecuada ya que en su mayoría las estrategias de tratamiento de la obesidad, se basan sobre todo en aspectos biológicos y se da escasa la importancia a los factores emocionales y sociales que acompañan a esta patología, situación comprensible si consideramos la problemática que entraña identificar sentimientos, valores, creencias o percepciones relacionados con la obesidad. Tal vez esto explique porque las diversas estrategias establecidas para combatir el sobrepeso y la obesidad, por la Secretaria de Salud junto con otras organizaciones gubernamentales, como es el caso del Programa PREVENIMSS del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la mayoría de los casos hayan quedado como proyectos inconclusos, ya sea por falta de recursos o falta de interés por parte de los pacientes.

Pregunta de investigación. Las sociedades modernas se sustentan en una cultura ambivalente por una parte fomentan la inmovilidad y el consumismo; por otra parte se promueve una vida saludable a través de una figura esbelta,

condición que sin duda alguna ha generado los actuales problemas nutricios, ya sea de sobrepeso y/u obesidad, anorexia y bulimia. La aplicación del Programa PREVENIMSS, dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, ha permitido observar empíricamente que los derechohabientes se resisten a la detección del estado nutricio y cuando se les informa que presentan problemas de sobrepeso muestran diversas actitudes que van de indiferencia, fastidio, enojo, rechazo y ofensa.

Por lo que resulta importante reconocer el significado personal que otorgan a la obesidad, ya que esto permitirá tener una información más amplia y valiosa que complementa las distintas estrategias establecidas para la reducción de peso.

Considerando la factibilidad física, humana y disciplinaria pretendimos emplear la metodología cualitativa para identificar los aspectos no biológicos presentes en las personas obesas derechohabientes de esta Unidad, a través de responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad?

Objetivos del estudio

General

Describir y analizar las creencias y percepciones acerca de la obesidad en personas obesas derechohabientes de la UMF 94

Específicos

1. Identificar las creencias y percepciones de las personas obesas acerca del origen de su obesidad
2. Identificar las creencias y percepciones de las personas obesas acerca del riesgo que su obesidad tiene para su salud
3. Identificar la percepción que las personas obesas tienen acerca de su imagen corporal
4. Identificar las creencias y percepciones que las personas obesas tienen acerca de su aceptación social
5. Identificar las creencias y percepciones que las personas obesas tienen acerca de los tratamientos reductivos

Supuestos del estudio

- I. Las personas obesas derechohabientes de la UMF 94 no perciben su imagen corporal como obesa.
- II. La obesidad en derechohabientes obesos de la UMF 94 no es percibida como factor de riesgo para su salud.
- III. Las personas obesas derechohabientes de la UMF 94 se perciben y viven como socialmente rechazadas.
- IV. La creencia y percepción que las personas obesas derechohabientes de la UMF 94 dan a los tratamientos reductivos es de baja eficacia.

Categorías de supuestos

1. *Supuesto*

- a) Negadora
- b) Desafiante
- c) Status y Atractivo social
- d) Disminuye angustia y depresión
- e) Incrementa la vitalidad y disfrute de las relaciones sociales

2. *Supuesto*

- a) Subestimación del daño
- b) Causa enfermedades metabólicas
- c) Causa enfermedades vasculares y ortopédicas

3. *Supuesto*

- a) Grupo social de convivencia
- b) Actividades familiares en torno a la comida
- c) Actividades de pareja en torno a la comida
- d) Actitud de grupo social ante las personas delgadas

4. *Supuesto*

- a) He pensado bajar de peso por decisión propia
- b) He pensado bajar de peso por presión familiar
- c) He pensado bajar de peso por presión social
- d) He pensado bajar de peso por prescripción médica
- e) Me es imposible bajar de peso
- f) Los tratamientos para bajar de peso producen daño
- g) Se requiere dinero para llevar a cabo un tratamiento
- h) Es muy fácil recaer

Sin embargo se dará posibilidad de abrir nuevas categorías de acuerdo al discurso de los participantes

Diseño del estudio

Estudio cualitativo, observacional, analítico y transversal desde la perspectiva del interaccionismo simbólico

Universo de estudio

Personas portadoras de obesidad.

Población de estudio

Personas portadoras de obesidad derechohabientes de la UMF 94.

Muestra de estudio

Personas portadoras de obesidad derechohabientes de la UMF 94 que asistan a esta unidad durante el período de integración de la muestra.

Determinación estadística del tamaño de muestra

No se determinó estadísticamente tamaño de muestra, esta se conformo con 8 personas que cubrieron los criterios de selección.

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección de la muestra

Inclusión:

1. Hombres y mujeres mayores de 18 años derechohabientes de la UMF 94.

2. De ambos turnos.
3. Que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento por escrito
4. Con IMC mayor a 30kg/m^2 .
5. No portadores de enfermedad crónica degenerativa ni psiquiátrica.
6. Sin problemas de audición y lenguaje.

No inclusión: No aplican

Procedimiento para integrar la muestra

De febrero a marzo del año 2008, el investigador responsable recorrió las salas de espera de la Unidad de Medicina Familiar. Identifico 12 personas que cumplían con los criterios de selección establecidos, mediante consentimiento informado se les invito a participar en el estudio, resaltando que su participación consistiría en participar en entrevistas audio grabadas, que versarán en torno a la obesidad; solo 8 personas aceptaron participar en el estudio.

Plan de intervención

Las entrevistas se realizaron de manera individual, su duración aproximada fue de 90 minutos. El investigador guió la entrevista a través de preguntas abiertas que permitieron la libre expresión de la opinión de los participantes (anexo 1). Todas las entrevistas fueron audiograbadas y posteriormente fueron transcritas. Los enunciados fueron clasificados con base a las categorías de los supuestos del estudio anteriormente establecidos. Se alcanzo el punto de saturación en la tercera entrevista.

Análisis estadístico y discursivo de la información

Para el análisis de las variables biológicas de la muestra se utilizo estadística descriptiva. Para el análisis de los relatos tras la transcripción textual de la información, los enunciados fueron clasificados y de acuerdo a cada una de las

categorías previamente establecidas para cada uno de los supuestos del estudio. El análisis de la información estuvo guiado por la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico y teoría del ethos.

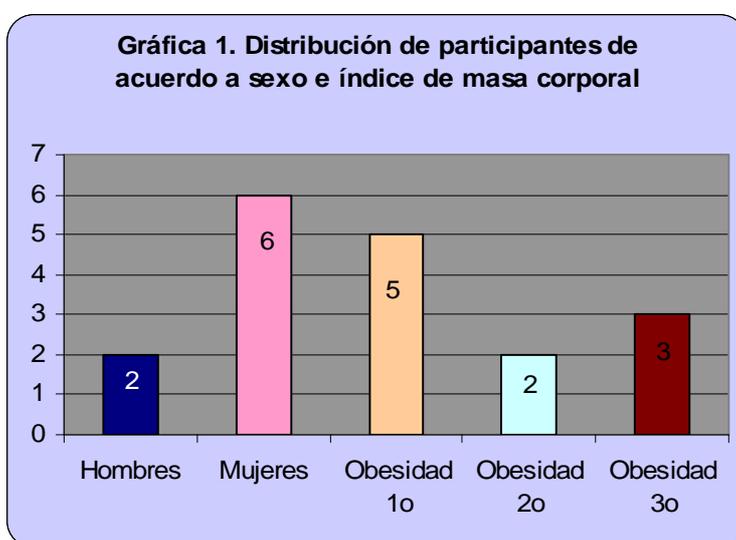
Consideraciones éticas

Nuestra investigación tomo en consideración la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos leyes y los lineamientos del Instituto Mexicano del Seguro Social en material de investigación.

Así como los principios éticos de respeto, justicia y beneficencia expresados en la carta de consentimiento informado. ^{Anexo 2}

Resultados

La muestra se conformo por 8 personas con edad promedio de 41.8 años (rango de 28 a 56 años). Como puede apreciarse en la gráfica I, se tuvo una participación de 2 (25%) hombres y 6 (75%) mujeres. Referente al estado nutricional determinado a través de índice de masa corporal se encontraron 5(62.5%) personas con obesidad de primer grado, 2 (50%) con obesidad de segundo grado y 1(12.5%) con obesidad de tercer grado.



La información se obtuvo de un total de 24 entrevistas audiograbadas que fueron transcritas textualmente para su análisis. La que posteriormente se clasificó de acuerdo a cada una de las categorías de los supuestos establecidos en el estudio.

Supuesto No. I. Las personas obesas derechohabientes de la UMF 94 no perciben su imagen corporal como obesa.

⇒ **Categoría Negadora**

“Me siento muy mal porque..... yo quiero bajar de peso para que mi ropa me quede”
Mujer de 56 años con IMC 37.67

“No siempre se tienen todas las cualidades” **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Mi autoestima es adecuada.... Lo que hace que me acepte como soy”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Una amiga... por eso le deje de hablar porque me dijo que yo era una gorda” **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“La gente que aprecio me estima por otros valores y no por mi apariencia”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Las personas delgadas se mantienen en forma por vanidad”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Pienso que así ya es mi constitución..... Gordas y que no voy a bajar de peso aunque haga dieta o ejercicio”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

⇒ **Categoría Desafiante**

“En la noche ya cuando me siento me dan ganas de cenar... luego yo me hago mis palomitas de maíz... me pongo a ver la televisión con mis palomitas y mis chicharrones.... Me caliento tortillas me las como solas... luego me hago huevos... tomo bastante refresco”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“El día domingo hay que hacer de comer.... nos ponemos a comer pero con grasa.... todo con grasa”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Como mucho.... me siento llena y me acuesto a dormir así y eso es lo que a uno le engorda.... no me siento mal porque lo disfruto”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Soy feliz porque me acuesto llenita y cumplo mis antojos”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“No lo puedo controlar y siempre pienso que será el único día de la semana que lo haré”. **Hombre 28 años con IMC 33.0**

“La hora de la comida de acuerdo a las actividades propias consumo algo que este al alcance comida rápida y en la noche al llegar a mi casa mi mamá siempre nos recibe con una cena bastante copiosa”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Yo me la pasaba en la casa y como no tuve hijos pronto puessss me la pasaba echando flojera”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“Acostumbro hacer visitas en fin de semana.... Donde siempre va de entrada las comidas en exceso”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

“Yo desde chiquitos a mis hijos les enseñe a cocinar con mucha grasa”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Después de que deje de trabajar, porque ya no tenía ninguna actividad..... Después empecé a comer y comer”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Está uno más en la casa y es como uno empieza a comer de más”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Estoy en la tarde sola..... Veo mucha televisión como muchos dulces y mucha comida chatarra”. **Mujer 49 años con IMC 32.63**

“Después de un gran atracón siento la sensación fisiológica lógica.... un gran placer.....Sobre todo si la comida fue muy agradable.... al paladar”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

“Estoy haciendo nada.... que estoy en la casa....Que digamos termino hacer el quehacer....Que me pongo a ver la tele.... pues ya voy que me hago un cafecito, pan tostado, que un taquito”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“Cuando llegamos a coincidir en algún día de asueto o fin de semana tratamos de comer algo que nos agrada a todos”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Es cierto que uno puede elegir que comer pero entre el hambre, las prisas y el antojo, uno acaba comiendo tortas, tacos, quesadillas”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

⇒ **Categoría Status y atractivo social**

“Una persona sana y exitosa debe ser.....no muy delgada ni muy gordita, y alta”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Pues hay personas que son obesas y son muy inteligentes”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Aunque eso si.... A mí me gustan las personas delgaditas, porque siento que los hombres se ven mal todos panzones y gordos”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Le he dicho a mi pareja que no se deje crecer el estómago porque se ve mal”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Ya no salgo ni a fiestas porque me da flojera, porque me ven y me dicen “hay estás bien gorda”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

“Pues si yo siento que me veo mal, y... e inclusive mis hijas me dicen: hay ya estás muy gordita... si pesaras menos se vería bien esto”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“No de mi marido hacia mí.. sino que de mi hacia mi marido como que no ya no, para mí si, si ha repercutido porque digo : hay estoy bien gorda o se me cuelga esto, se me cuelga el otro”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“Hay mucha infidelidad y para que eso no suceda es conveniente el verse bien..... vestirse y el estar saludable”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Me quería ver mucho mejor y esa era mi motivación y aparte pues siempre para que uno como pareja pues esté uno bien, al menos que no lo vean a uno como gordito”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Me gustaría pesar 60kg para poderme arreglar con ropa bonita, me da envidia ver a la gente delgada que usa ropa bonita y se le ve bien hasta salen con short se ven bonitas y no tienen lonjasquisiera verme así”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Yo quisiera estar delgada porque me dicen mis amigas es que tu eres muy guapa y te ves muy bien, no se te nota la edad que tienes y me gustaría estar delgada para verme bien”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“Luego le digo a mi esposo “hay estoy bien gorda hazte para allá”, porque no..... o sea..... no quiero ni que me toque.... el se acerca pero yo no quiero por lo mismo que yo me siento muy gorda”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

⇒ **Categoría Disminuye angustia y depresión**

“Mi necesidad de comer alimentos es cuando uno está tranquilo..... veo la tele y no tengo nada que hacer..... esa es mi ansiedad y me da por comer churros chocolates cacahuates”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Yo estoy nerviosa.... ando viendo que me como ando viendo que.... si estoy muy nerviosa como y siento que no me lleno cuando tengo una preocupación o apuración sí, es cuando como más”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“Cuando me siento nerviosa..... o que estoy de malas y en lugar de salirme a caminar digo: me voy a comer un pan”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“Como más pues..... cuando estoy nerviosa”. **Mujer de 39 años con IMC 36.4**

“Si..... cuando tengo un problema entre dientes.... generalmente me desquito con el alimento”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

“Cuando estoy sola o estoy muy nerviosa”. **Mujer de 35 años con IMC 30.84**

“Lo que pasa es que soy muy nerviosa..... y cuando estoy nerviosa como tortas, pan de dulce así.... Pues cosas que no me nutren”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

⇒ **Categoría Incrementa vitalidad y disfrute de las relaciones sociales**

“No me canso porque tengo flexibilidad, puedo estar saltando y no me agito, puedo correr, puedo andar en bicicleta y no me canso”. **Mujer de 56 años con IMC de 37.67**

“Con mis amigas si es de degustar algo porque nos reunimos para comer precisamente”. **Mujer de 53 con IMC de 37.67**

“Hasta en la noche es cuando nos vemos en la casa y nos ponemos a ver la televisión y a comer o platicar. Los fines de semana están conmigo..... les hago adobo, arroz carne asada, garnachas, spaguettí, les hago sopes”. **Mujer de 56 años con IMC de 36.67**

Supuesto No. II

La obesidad en derechohabientes obesos de la UMF 94 no es percibida como factor de riesgo para su salud.

⇒ **Categoría Subestimación del daño**

“Pienso que... así ya es mi constitución gorda.... y que no voy a bajar de peso aunque haga dieta o ejercicio”. **Mujer de 55 años con IMC 37.7**

“No,... no ha cambiado mi vida, con mi gordura”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Al comer uno no se da cuenta de que.. que nos hace daño, sólo me compraba tallas más grandes de ropa”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Si me siento mal... ¡pero enferma!... ¡enferma! No me considero”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“Noooo, no fíjese que no, no me considero enferma”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“Aparte de que no le dan a uno ganas.... y como que se vuelve uno.... muy flojo, no hay porque hacer ejercicio”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Al probar nuevamente los alimentos que se consideran dañinos.... de plano se deja uno de preocupar por lo sano”. **Hombre 28 años IMC 33.0**

“Pues nada, no me siento mal”. **Mujer de 35 años con IMC 30.84**

“Todos me dicen gorda y no me decían así...pero me lo dicen de cariño”. **Mujer de 35 años con IMC 30.84**

“Después de un gran atracón siento la sensación fisiológica... lógica de un... gran placer , sobre todo si la comida fue muy agradable”. **Hombre 28 años con IMC de 36.4**

“Es cierto que conocemos el riesgo, que es el estar obeso pero nos habituamos a nuestra mala alimentación, a nuestra imagen, autosugestionándonos que no es mucho”. **Hombre de 28 años con IMC de 36.4**

⇒ **Categoría Causa enfermedades metabólicas**

“No puedo ni caminar o correr porque me agita.... mi corazón” **Mujer de 56 años con IMC 36.67**

“Sobre todo para mi corazón...ya que siento que trabaja más que cuando era delgada... ya que cuando realizó Mis actividades me agito y tengo palpitaciones...” **Mujer de 56 años con IMC 36.67**

“Por tener simplemente la obesidad viene el colesterol alto... después viene un infarto cerebral y que... Hay mucha grasa en las venas... y que se van tapando” **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Me puede dar una embolia o un paro cardíaco.. Todo por tener sobrepeso”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“Padecimientos relacionados con el corazón, las arterias y las hormonas del cuerpo”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

“Un infarto es a lo que me da miedo.....mmmmmmmm no estoy muy informada pero es a lo que le temo yo, a un infarto”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

“Hipertensión o paros cardíacos... colesterol... Triglicéridos... pero hay no, yo no tengo nada de eso”. **Mujer de 35 años con IMC 30.84**

“Al aumentar de peso.... y sobre todo a niveles de obesidad, favorece descontrol a nivel metabólico, además de que condiciona daño vascular”. **Hombre de 28 años con IMC de 36.4**

“Favorece Diabetes.... Hipertensión.... Ateroesclerosis.... entre muchas otras”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Hipertensión..... diabetes.... este infartos... mmm lesiones en los huesos ya a mi edad perjudica mucho a los huesos” **Mujer de 53 años con IMC de 32.90**

“De repente gorda me puede afectar el corazón... el colesterol.... la verdad no me he puesto a ver qué”. **Mujer de 35 años con IMC 30.84**

“El colesterol... y la diabetes” **Mujer de 56 años con IMC de 37.67**

⇒ **Categoría Causa enfermedades vasculares y ortopédicas**

“Se me duermen las manos..... me duelen los huesitos..... la costilla.... la espalda”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“..... Lesiones en los huesos y a mi edad perjudica mucho a los huesos”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“Pero eso si me duelen las rodillas y la espalda porque me siento muy pesada”. **Mujer de 35 años con IMC 30.84**

“Me siento muy pesada, muy cansada, con dolor de piernas”. **Mujer de 56 años con IMC de 37.67**

“Siiii ya no puedo caminar me duelen las piernas.... se me hinchan.... y las siento pesadas”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

Supuesto No. III Las personas obesas derechohabientes de la UMF 94 se perciben y viven como socialmente rechazadas.

⇒ **Categoría Grupo social de convivencia**

“Hay muchas empresas que dicen este púesssss....es que como tienes sobrepeso pues no la podemos contratar porque le puede pasar algo aquí”. **Mujer de 53 años con IMC 32.9**

“Quizá he llegado a comer de mas al estar en alguna reunión al estar festejando..... o por el simple hecho de reunirme con algunos amigos”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Mis amigos son de múltiples complexiones..... sin predominar alguno en especial, pero quizá algo que compartimos es el gusto por un rico platillo”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Mi grupo de amigos es muy glotón..... acabábamos yendo a comer donde se nos antojara..... esto con el tiempo se fue haciendo cotidiano, y sin darme en primera instancia tiempo fui aumentando de peso”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Nos citemos para festejar o celebrar algún acontecimiento importante yendo algún lugar especial donde lo principal sea una comida rica”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Ahorita en el trabajo comemos todos juntos.... Bromeamos..... reímos.... todo”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“En la tarde como en mi trabajo lo que preparo ya sea pollo, carne, huevo o verduras como muchas tortillas 3 o 4 antes me comía como 8”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

⇒ **Categoría Actividades familiares en torno a la comida**

“Mi hija..... está gordita pues come mucha grasa, uno de mis hijos igual”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Tengo 5 hermanas están gorditas..... todas somos gorditas”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“Yo desde chiquitos a mis hijos les enseñe a cocinar con mucha grasa”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“Los fines de semana están conmigo les hago adobo..... arroz.... carne asada... garnachas.... Spaguetti... Les hago sopes y tomamos refresco”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Mis hijos me dicen que me cuide..... ellos me compran mis alimentos para que me cuide.... no me dejan comer grasa”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Con mi familia pues es reunirse los fines de semana.... Preparar algún platillo especial y salir a visitar algún lugar”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Tratamos de comer algo que nos agrada a todos y regularmente es comprada o planeada previamente”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Si convivo pero no mucho casi me la paso en mi casa con mis hijos..... y no salimos solo vemos la tele”. **Mujer de 35 años con IMC 30.84**

“Mi hija no encuentra trabajo por gordita..... por eso no le quieren dar trabajo”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Mi hija porque me dice que me veo mal y que necesito bajar de peso por mi salud.... me lo dice para que yo esté mejor”. **Mujer de 49 años IMC 32.63**

“Pues los de la comida nada más.... porque el desayuno cada quien desayuna como puede y a las 2 de la tarde comemos todos que es lo que se hace de comer en la casa que es el guisado y los frijoles y si acaso una sopa”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Mi esposa es delgada.... Mis familiares..... padres y suegros son gorditos.... Mis amigos y hermano son delgados”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

“Con mi familia son grandes los deseos de comer fuera del hogar para salir de la “rutina”.... Con el resto de familiares acostumbro hacer visitas en fin de semana, donde siempre va de entrada las comidas en exceso”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

“En la cena a todos nos gustan mucho las palomitas..... ellos nunca me quieren comprar hamburguesas que me gustan”. **Mujer de 35 años con IMC 30.84**

“Como eso de las 10 de la mañana..... a veces desayuno y a veces no y cuando ya va a ser la comida ya se me pega la anaconda al estómago”. **Mujer de 39 años IMC 42.69**

“Comemos harinas, carnes, y no sabemos combinarlos, luego comemos harinas y más harina y más harina y luego se nos hace grasa en el estómago”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

⇒ **Categoría Actividades en pareja en torno a la comida**

“Acabamos en muchas de las veces comiendo lo que se nos antoje en el momento” **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Tengo un marido que no es muy estable en la casa que siempre me anda invitando a comer..... Entonces pues es por eso.... yo tengo muchos obstáculos para bajar de peso pero voy a tratar”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“Mi pareja tiene similares hábitos alimenticios”. **Hombre de 28 años IMC 36.4**

⇒ **Categoría Actitud en grupo en relación con las personas delgadas**

“Las personas delgadas están y se ven muy bien y que sigan así como van..... Nada más que se alimenten y no dejen de comer”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“A mí me gustan las personas delgaditas.... porque siento que los hombres se ven mal todos panzones y gordos”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“A pues yo las admiro porque digo yo quisiera estar así o les digo como le haces tú para estar delgada”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“Hay personas delgadas que no tienen nada de inteligencia”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“A veces envidia..... y a veces no porque también es una enfermedad el estar muy delgada”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Me gustaría ser como ellos..... pienso que andan muy ocupadas para comer por su actividad laboral o social y que esta a su vez les satisface”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

“En mi trabajo cuando vamos a un lugar a cobrar o eso..... dicen hay esa no porque está gordita o mira a la gordita y yo salgo en defensa de ellas..... cuando ellas no se dan cuenta porque a mi si me molesta que se expresen así de la gente”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

Supuesto No. IV La creencia y percepción que las personas obesas derechohabientes de la UMF 94 dan a los tratamientos reductivos es de baja eficacia.

⇒ **Categoría He pensado bajar de peso por decisión propia**

“Yo quiero bajar de peso para que mi ropa me quede..... ahorita ya me empieza a quedar mi ropa y me siento muy feliz”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Quisiera estar delgadita porque yo era delgadita.....yo era talla 28”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

“Ahorita si quisiera bajar de peso.....porque siento que ya estoy en la madurez..... casi 40 años y siento que tengo que bajar de peso..... más que nada por mi edad..... que ya tengo..... ya me pesa”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

“Mi salud.... Mi trabajo..... y el deseo por mejorar mi condición física”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Quiero recuperar mi figura.....lucir esbelto”. **Hombre de 28 años con IMC 33.**

⇒ **Categoría He pensado bajar de peso por presión familiar**

“Mi pareja me dice que debo bajar de peso por mi salud”. **Mujer de 56 años con IMC 36.67**

“Desafortunadamente nunca me había sentido tan preocupado por mi salud como al ver lo que comienza a suceder en mi familia apareciendo padecimientos crónicos” **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Mis hijos me dicen que me cuide..... ellos me compran mis alimentos para que me cuide.... No me dejan comer grasa.... Ni café ni nada”. **Mujer de 56 años con IMC 36.67**

“Ahora quiero bajar de peso porque mi pareja me ha motivado a hacerlo por mi salud”. **Mujer de 56 años con IMC de 36.67**

“Pues siempre para que uno como pareja pues esté uno bien.... Al menos que no lo vean a uno como gordito”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Verme bien..... verme delgada.... porque mi marido andaba con otras personas”. **Mujer de 56 años con IMC 36.67**

“Mi pareja me ha dicho que me veo mejor así gordita que delgada,..... Aunque mi pareja me dice que debo bajar de peso por mi salud pero poco a poco”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“Mi hija me recomendó que tomara agua de Jamaica..... sin azúcar para bajar de peso.... me dijo que me la tomara todo el día como agua de uso y en las mañanas caliente porque ayudaba más a quemar la grasa pero me aburría porque no sabía a nada”. **Mujer de 56 años con IMC de 36.67**

“Pues sí.... La que influyo mucho en esto fue mi hija.... Fue mi hija porque ella ya me veía muy gordita”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“Mis hijas me dicen: hay ya estás muy gordita, si pesaras menos se vería bien esto”. **Mujer de 53 años con IMC 52.90**

“Más que nada por la familia de mi esposo, porque la familia de mi esposo tienden así ser unas personas ummm..... más las mujeres..... Más que nada las mujeres.... De cuidarse su físico.... Porque no creo que su salud..... porque pues ya que se van a hacer la lipo..... se van a hacer varias cosas en el cuerpo.... No creo que coman sano..... luego dicen... Hay si estuvieras delgada se te vería bien esto..... o si estuvieras delgada te quedaría esto”. **Mujer de 53 años con IMC 52.90**

⇒ **Categoría He pensado bajar de peso por presión social**

“Una vez me recomendaron unos huesitos que vendían en el mercado de sonora me dijeron que eran para bajar de peso mi hija los probó y se desmayó por eso ya no los probé”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Mis amigos lógicamente se preocupan por mi y por mi salud motivándome a bajar de peso”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Porque me ven y me dicen hay estás bien gorda”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

“A mi me dicen que pastillas me compre o así ..., pero no me las compro..... o luego mis amigos me invitan a hacer ejercicio y yo les digo no pues nunca puedo por el tiempo que lo tengo muy limitado”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

“Yo oía a la gente que el tratamiento de Herbalife era bueno, ayudaba a la gente a bajar de peso, y yo por sentirme bien pues adelante me lo tome.....me lo recomendaron las personas que lo venden me dijeron que en una semana iba yo a bajar uno o dos kilos pero los baje en dos meses”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Cuando te regalan ropa es humillante que te digan apenas te queda o de plano no te quedo”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

“Yo quisiera estar delgada porque me dicen mis amigas es que tu eres muy guapa y te ves muy bien”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

⇒ **Categoría He pensado bajar de peso por prescripción médica**

“Me enviaron a nutrición pero la dieta tenía más cosas de lo que yo comía normalmente”. **Mujer de 35 años con IMC 30.84**

“Hasta que me comencé a sentir mal de hecho siempre me he sentido mal hasta que entre en el trabajo que estoy ahorita y empecé a venir al médico”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“De hecho me dieron unas hojas aquí en trabajo social para nutrición, pero ya no vine porque dos meses me quede sin seguro hasta ahorita ya tengo otra vez”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

⇒ **Categoría Me es imposible bajar de peso**

“No creo que baje con el ejercicio solo pienso que es solo para sentirme bien y no tener enfermedades”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“A que he hecho mucha desidia, a no ponerle interés de querer bajar de peso”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“Muy difícil, se tiene que tener una gran voluntad..... y una disciplina constante”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Porque me desmotivo muy rápido, uno quisiera ver resultados inmediatos..... me preocupa odiar la comida que se considera como dieta sana”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

“Pues yo pienso que no es difícil”. **Mujer de 35 años IMC 30.84**

“A lo mejor me hace falta fuerza de voluntad..... Fuerza para ejercicio.....lo que pasa es que yo siempre pongo de pretexto mi trabajo”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“Si se me hace difícil bajar aunque lleve yo alguna dieta, pienso que así ya es mi constitución gorda y que no voy a bajar de peso aunque haga dieta o ejercicio”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“Me hace muy difícil más que nada yo digo que por mi edad, por mi menopausia”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“Mucho, me motivo por muy pocos días”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

“Sabe... si pueda bajar no creo....necesito mucha fuerza de voluntad mucha mucha mucha”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

“Porque no he seguido un tratamiento.....o por falta de voluntad”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“Hay yo pienso que si es difícil porque yo he querido hacerlo, me he puesto mis propias dietas pero no he podido lograrlo, si es difícil”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

⇒ **Categoría Los tratamientos para bajar de peso producen daño**

“Si intente bajar de peso con el tratamiento de Herbalife pero no baje de peso sólo me mareaba mucho y yo sentía que me hacía daño por eso lo suspendí”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“He intentado, he hecho dietas como poco, pero subo, creo que más me descompensaba y me mareaba y mejor lo dejé”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

“Hace un mes y logre bajar como 4 kilos, era el licuado de piña, apio, nopal lo que tenía que hacer era tomar mucha agua y con unas pastillas y licuado, pero me sentí mal y lo dejé”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

⇒ **Categoría Se requiere tener dinero para llevar a cabo un tratamiento**

“Antes sí porque no había dinero uno compartía las comidas ahora trabajo para mí y no creo que intervenga en mi economía llevar una dieta”. **Mujer de 56 años con IMC 37.67**

“No porque el costo no es elevado”. **Hombre de 28 años con IMC 36.4**

“Probablemente, creo que todo lo que beneficia tiene siempre un costo extra”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

“Ummm yo creo que sí porque hay que comprar, ahorita las verduras están por las nubes, ya casi cuesta lo mismo la verdura y la carne”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

“Pues si yo pienso que sí porque hay unos medicamentos que son muy caros”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“Si repercute luego uno no tiene dinero para comprar esos y ya no lo hacemos, eso es el problema”. **Mujer de 39 años con IMC 42.69**

“No tanto llevar una dieta no repercute... en mi no”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“De dieta a lo mejor sí porque el sueldo que entra a la casa es el sueldo de mi esposo..... entonces no puedo comprarme mis cosas como antes que tenía yo todo lo light..... todo lo de mi dieta entonces si repercute en la economía de la casa”. **Mujer de 53 años con IMC 32.90**

“Ahorita no tengo dinero para algún tratamiento ahorita sólo me cuido en mis alimentos”. **Mujer de 35 años con IMC 30.84**

“No, o sea si puedo ir a hacer ejercicio, ir al gimnasio y puedo bajar de peso, no es limitación para mí”. **Mujer de 35 años con IMC 30.84**

“Creo que una estabilidad económica mmm.....para poder empapar a la persona que te prepara los alimentos en casa de la variación y múltiples presentaciones de alimentos evitando así la rutina”. **Hombre de 28 años con IMC 33.0**

⇒ **Categoría Es muy fácil recaer**

“Que es una disciplina que para nosotros es difícil por el mal ritmo y disciplina alimentaría que hemos llevado por años, además que al intentar bajar no siempre uno es persistente”. **Hombre 28 años con IMC 36.4**

“Pues ya es psicológico si baje pero me sentí mal en la acupuntura en mis manos sentía calambres lo rechacé y ya no quise ir”. **Mujer de 49 años con IMC 32.63**

“No lo seguí porque hace 13 años que deje todo eso porque yo era pura dieta, yo no puedo estar comiendo porque subo muy rápido de peso, hace 13 años que me fui a mi casa dije ya! Fuera dietas, fuera todo y dejé todo, no me he puesto como estaba antes nunca, pero si estoy obesa”. **Mujer 53 años con IMC 32.90**

“Cuando me propongo bajar, lo puedo hacer sin problemas, pero fracaso en un lapso menor a una semana”. **Hombre 28 años con IMC 33.0**

“Me compre unas fajas pero me dijeron que evitaba la circulación de la sangre y me sentía muy sofocada y me dolía la cabeza, y las dejé de usar, si me ayudó un poco ya tenía cintura pero como me sentía mal las dejé y las tengo guardadas”. **Mujer de 47 años con IMC 32.5**

“Conozco a gente que hace mucho ejercicio y luego rebotan”. **Mujer 35 años con IMC 30.84**

A continuación con base a la teoría del ethos se ubicaron los relatos expresados en tres dimensiones: Tiempo de vida en que inician con problemas de peso, Espacios geográficos que propician el sobre consumo de alimentos y Relaciones intrapersonales e interpersonales que promueven el consumo de alimentos.

		Dimensión Temporal			Dimensión Espacial			Dimensión Social		
Paciente	Edad	Tiempo de vida	Historicidad	Inserción Social	Familiar	Atravesados	Prohibidos	Yo-yo	Yo-tú	Nosotros-Ellos
S. V. H. R. ♂	28ª IMC 33.0 OBGI	“Cuando me case..... a los 19 años ”	“Mi alimentación cambio rotundamente....de hacer 1 comida al día cuando era soltera.....a hacer 3 cuando me case”	“Cuando tengo un problema entre dientes.... generalmente me desquito con el alimento”	“Me ofrecen alimentos hasta saciarme”. “Al convivir con mis hijos.....me cuesta trabajo aguantarles el ritmo”.	“Siempre se cae en los antojos de la calle”		“Me decepciono de mi mismo..no lo puedo controlar”. “Cuando me propongo bajarpero recupero el peso perdido en un lapso menor a una semana”	“Sentirme fatigado y jadear me ha traído desconfianza en mi mismo.... me cuesta trabajo ser más concreto en mi relación”	“Cuando te regalan ropa es humillante que te digan.....apenas te queda o de plano no te queda “ “Me gustaría ser como ellos.... pienso que andan muy ocupadas para comer por su actividad laboral o social y que ésta a su vez les satisface”

		Dimensión Temporal			Dimensión Espacial			Dimensión Social		
Paciente	Edad	Tiempo de Vida	Historicidad	Inserción Social	Familiar	Atravesados	Prohibidos	Yo-yo	Yo-tú	Nosotros-Ellos
S. A. P. C. ♀	56 ^a IMC 37.67 OB GII	“Ya tiene..... como 2 años que subí de peso”	“Me enseñaron a cocinar... con mucha grasa y yo a mis hijos les enseñe a cocinar”. “Hay que hacer de comer... pero con grasa... todo con grasa ” “Antes no nos decían nada de hacer ejercicio”	“Los fines de semana está mi familia conmigo les hago adobo... arroz carne asada... garnachas.... Spaguettí... les hago sopos”.	“En la nochenos ponemos a ver la televisión y a comer”. “El día domingo hay que hacer de comer.... nos ponemos a comer pero con grasa”		“En mi trabajo... cociné alimentos con mucha grasa y me gustaba”	“Subí de peso y me sentí muy mal”. “Me siento muy pesada, con dolor de piernas...me agito mucho”. “Así ya es mi constitución ... no voy a bajar de peso”.	“Mi pareja me ha dicho que me veo mejor así gordita que delgada” “ Mi pareja me dice que debo bajar de peso por mi salud pero poco a poco”	“Una amiga le deje de hablar porque me dijo que yo era una gorda”. “Las personas delgadas están y se ven muy bien...nada más que se alimenten y no dejen de comer”.

		<i>Dimensión Temporal</i>			<i>Dimensión Espacial</i>			<i>Dimensión Social</i>		
Pte	Edad	Tiempo de Vida	Historicidad	Inserción Social	Familiar	Atravesados	Prohibidos	Yo-yo	Yo-tú	Nosotros-Ellos
S.	47 ^a	"Desde... mm tiene como 4 años que note que ya no me quedaba la ropa"	"Mi esposo cuando era soltero era muy delgado..... ahorita ya engordo mis hermanos son robustos..... mi papá era delgado.... mi mamá si era gordita".	"Me han dicho mis amigas... si bajas de peso se te quitan todos los malestares"	"Si sigo en mi casa vuelvo a comer de nuevo"		"Me he sentido mal hasta que entre en el trabajo que estoy ahorita y empecé a venir al médico".	"Si me siento malpero ¡enferma! ... ¡enferma!... No me considero"	"Les digo como le haces tú para estar delgada"	"Mis amigas hay unas que son exageradamente gorditas".
O.	IMC									
H.	32.5									
E.	OB									
♀	GI									
							"En el trabajo comemos todos juntos.....bromeamos... reímos"	"Me gustaría estar delgada para verme bien"		
							"En mi trabajo cuando vamos a un lugar a cobrar o eso.... dicen hay esa no porque está gordita o mira a la gordita y yo salgo en defensa de ellas"	"Yo pienso que lo principal sería estar bien de salud..."		

		<i>Dimensión Temporal</i>			<i>Dimensión Espacial</i>			<i>Dimensión Social</i>		
Pte	Edad	Tiempo de Vida	Historicidad	Inserción Social	Familiar	Atravesados	Prohibidos	Yo-yo	Yo-tú	Nosotros-Ellos
S. J. C. C. ♀	35ª IMC 30.84 OB GI	“Hace como 5 años, cuando tuve a mi segundo hijo”.	“No.... Pero no me gusta estar gorda antes pensaba 45 o 50kg por lo mucho 52kg”. “Mis hijos son delgados como su papá.....mis papás y mis hermanos son delgados”		“En la cena a todos nos gustan mucho las palomitas..... ellos nunca me quieren comprar hamburguesas que me gustan”.	“En la calle compré palomitas, chicharrones... que es lo que más me gusta”	“En mi trabajo con mis compañeros solemos llevar de comer antojos y convivimos en la hora de comida”			“Pues todos me dicen gorda y no me decían así” “Pues siempre me dicen que baje, pero saben que no lo puedo hacer así nada más”

Análisis de Resultados

Primer supuesto: *“Las personas obesas derechohabientes de la UMF 94 no perciben su imagen corporal como obesa”*.

Los entrevistados no se perciben como obesos, sin embargo expresaron sentirse inconformes con su imagen corporal, ya que socialmente se valoran como deseables los cuerpos delgados.

No se sienten atractivos, debido a que la imagen social que se tiene del obeso más que relacionarse con el atractivo físico se relaciona con el gordito feliz, rebotante de salud y bien adaptado a su medio. Condición ambivalente porque socialmente la obesidad también adquiere un significado vergonzoso, al ser considerado como un sinónimo de abandono, de dejarse llevar por placeres, falta de voluntad”, etc.

En estos puntos nuestros resultados coinciden con los estudios realizados por Zukerfeld ¹¹ al señalar que las personas obesas no se encuentran satisfechas con su apariencia física, lo que les lleva a subestimarse y percibir su cuerpo de manera inferior al de otras personas.

Otro aspecto identificado fue la insatisfacción que experimenta el obeso ante el constante reproche social de su imagen corporal y los innumerables consejos que reciben para bajar de peso.

Ello les lleva a adoptar una conducta desafiante, que se expresa a través de enorgullecerse de sus hábitos alimenticios, retando así los hábitos de las personas con peso normal. De tal manera que sus satisfactores personales más que estar puestos en sus relaciones interpersonales son depositados en el consumo de alimentos.

Punto que ha sido estudiado por Stunkard y Wadden, quienes señalan que es frecuente que las personas obesas se encuentren insatisfechas, manera que tal que esto les lleve al deterioro de su calidad de vida o al desarrollo de patologías crónicas. Hilde Bruch, enfatiza la dificultad que tiene el obeso para identificar sus emociones, lo que expresa con una ingesta copiosa de comida. ¹²

Finalmente es importante señalar que ninguno de nuestros entrevistados relacionó la imagen corporal obesa con un determinado nivel socioeconómico. Resultado no acorde a las investigaciones realizadas por Gran y Clark, que han demostrado que las mujeres con mejor nivel económico son más propensas a desarrollar obesidad. Sin embargo otros estudios sugieren que la obesidad puede conducir a un bajo estado socioeconómico, aunque un bajo estado socioeconómico también puede conducir a obesidad.²⁹

Segundo supuesto: *“La obesidad en derechohabientes obesos de la UMF 94 no es percibida como factor de riesgo para su salud”*.

Nuestros resultados señalan que los entrevistados ubican a la obesidad solo como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades sobre todo cardiovasculares (infarto), tal vez ello sea resultado de la educación para la salud promovida por el Programa PREVENIMSS y Campañas de Comunicación Masiva realizadas al respecto.

Sin embargo un hallazgo contradictorio es la baja frecuencia con nuestros entrevistados relacionaron a la obesidad como precipitante de otras patologías crónicas tales como la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y alteraciones músculo esqueléticas.

Otro aspecto importante de mencionar es que nuestros consultados no consideraron a la obesidad como una enfermedad, tal vez por ello el riesgo que ella entraña es subestimado, ante la satisfacción o placer que obtienen al consumir alimentos.

Tercer supuesto: *“Las personas obesas derechohabientes de la UMF 94 se perciben y viven como socialmente rechazadas”*.

El entorno cultural donde se desenvuelven nuestros entrevistados es ambivalente, ya que aún cuando se le critica por su imagen, la ingesta de alimentos es un requisito insalvable para la convivencia familiar y social, de tal manera que cuando ellos deciden iniciar un régimen alimenticio son rechazados por familiares, amigos y compañeros al estar fuera de las reglas sociales de convivencia que marca como elemento fundamental el compartir los alimentos. Situación que los mete en

una encrucijada, pero que finalmente a fin de sentirse aceptados terminan por romper el régimen de alimentación, siendo posteriormente discriminados por su apariencia.

Solo dos de nuestros entrevistados, señalaron haber sido rechazados por su pareja por presentar obesidad, lo cual ha repercutido en su desempeño sexual y estimación personal, ya que consideran que “mantener una figura delgada es importante para evitar infidelidades”. De tal manera que nuestros entrevistados admiran a las personas delgadas: Estos resultados son acordes a lo señalado por Maximino Raven, quien afirma que los factores socioculturales promueven la conducta adictiva en el obeso, que con el tiempo le lleva a negar su condición auto engañándose y minimizando el daño que produce su obesidad.^{11,12}

Cuarto supuesto: “La creencia y percepción que las personas obesas derechohabientes de la UMF 94 dan a los tratamientos reductivos es de baja eficacia”.

La gran mayoría de entrevistados han intentado bajar de peso sobre todo por presión de familiares y amigos, llama la atención que el personaje que en menor proporción promovió la pérdida de peso fue el médico. Expresaron tener poca confianza en los tratamientos para el control de peso. Ya que en su experiencia es difícil mantener una adherencia a los mismo y por lo frecuente y grave de los efectos adversos. Los entrevistados consideraron que un requisito indispensable para llevar un tratamiento para perder peso es el poseer un nivel socioeconómico alto. Así mismo consideraron que es difícil someterse a estos tratamientos debido a la laboriosidad que implica la preparación de alimento y del escaso tiempo disponible para cocina o comer los alimentos.

En relación a los aspectos tridimensionales en que ubicamos los relatos de vida de nuestros entrevistados, encontramos lo siguiente:

Los problemas de peso se relacionan con cambios importantes en los estilos de vida (alimentación y actividad física) posterior al matrimonio, la reproducción, el trabajo, conflictos interpersonales que general estrés o insatisfacción, etc.

Los padres y familiares más cercanos fueron las figuras que modelaron la adquisición de hábitos alimenticios y físicos dañinos.

La comida parece facilitarles su integración y aceptación social, ya que de manera personal les relaja y hace sentir seguros. Tal vez por ello el sobre consumo de alimentos es confinado a los espacios familiares; los espacios que les ofrece el mayor riesgo para el consumo de antojos son los trayectos a escuelas o centros laborales. Es importante señalar que si bien la familia les invita a bajar de peso, esto no sucede con el seguimiento o apego al tratamiento prescrito, ya que la familia se convierte en su mayor obstáculo para respetar dietas o rutinas de ejercicio.

La relación que establecen consigo mismos es ambivalente, por un lado su fuente de placer y satisfacción la encuentran en los alimentos y por otro lado los atracones les hacen sentir una enorme culpa, fracaso e incluso depresión.

Los consejos que les ofrecen los otros parecen tener un efecto contrario, pues más que motivarlos para perder peso, les hace sentirse agredidos, criticados e incomprendidos, lo que les crea la necesidad de consumir más alimento.

Nuestros hallazgos son similares al reporte emitido en 2006 por Cabello L., quien reconoce que en la génesis del sobrepeso u obesidad participan factores culturales y sociales que promueven determinados estilos de vida. ²

Conclusiones

Los derechohabientes de la UMF 94 portadores de obesidad:

1. Se sienten inconformes con su imagen corporal.
2. No perciben el riesgo que entraña su obesidad.
3. Conocen que la obesidad es una condición de riesgo para desarrollar sobre todo Cardiopatía isquémica.
4. No perciben su condición como enfermedad.
5. Se sienten discriminados y rechazados por su grupo social
6. Sus comportamientos alimenticios están influenciados por factores sociales y culturales.
7. Sus familias parecen promover la reducción de peso, sin embargo en la práctica diaria se convierten en un obstáculo para el éxito de cualquier tratamiento reductivo.
8. Adquirieron su obesidad posterior al matrimonio, reproducción, ingreso a la vida laboral y etapas de crisis no superadas.
9. Tienen poca confianza en los tratamientos para reducir peso.

Alternativas de solución

1. Realizar evaluación antropométrica integral a los derechohabientes de la UMF 94 portadores de sobrepeso u obesidad y explicar el significado del mismo.
2. Proporcionar educación para la salud destacando los riesgos que entraña su condición actual.
3. Establecer plan alimenticio y rutina física personalizada considerando sus actividades y gustos personales.

4. Que el personal de atención a la salud reconozca a la obesidad como una patología de etiología multifactorial, que va a controlarse con medidas terapéuticas específicas y no con el mero reproche de su situación
5. Que el plan alimenticio y rutina física personalizada involucre a la familia y amigos más cercanos.
6. Incluir dentro de los grupos educativos contenidos que abarque las crisis normativas y paranormativas por las que cruza el individuo y su familia
7. Establecer dentro de la Unidad de Medicina Familiar líneas de recorridos que permitan a los derechohabientes caminar mientras esperan ser atendidos.
8. Tener espacios destinados para colocación de rotafolios que promuevan el plato del buen comer.

Bibliografía

1. Lorenzet A, Nerezini F. "Ciencia, riesgo y representación social" Disponible en URL : <http://www.jrc.es/home/report/spanish/articles/vol82/SCI2S826.htm>
2. Cabello L. Estudio Cualitativo-fenomenológico sobre la obesidad. Génesis y reacciones a la misma. Disponible en URL : <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2006/ee-05-2006/carteles/otros.htm>
3. Claudia P. Sánchez-Castillo, Edgar Pichardo-Ontiveros, Patricia López-R. "Epidemiología de la obesidad". Disponible en URL: http://www.anmm.org.mx/descargas/gaceta/suplementos/Gmm_v140_s2/internet/PDF/2004-140-SUP2-3-20.pdf
4. Moreno AL, Olivera JE. "Obesidad" Disponible en URL: <http://www.aeped.es/protocolos/nutricion/7.pdf>
5. García A. Tratamiento de la obesidad en el síndrome metabólico. En: González A, Lavalle FJ, Ríos JJ. Editores. Síndrome Metabólico y Enfermedad Cardiovascular. México, Intersistemas, 2004: 301-305
6. Tapia R. Obesidad. En Tapia R., editor . El Manual de Salud Pública. México. Intersistemas, 2006: 643-686.
7. Rivera J. Cuevas L. Shamah T. Vilalpando S. Avila MA, Jiménez A. Nutrición. En: Nagore G. Reveles JF. Domínguez DA. Reyes S. Voghel S. editores. ENS 2006. México. Instituto Nacional de Salud Pública. 2006. p 83-132.
8. Norma Oficial Mexicana (NOM-174-SSAI-1998) para el manejo integral de la obesidad. Rev Med IMSS 2000; 38(5): 397-403
9. Ventriglia I. Obesidad. En: Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, Rubinstein E, Carrete P. Editores. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. Buenos Aires, Panamericana, 2001: 1009-1019.
10. Méndez T. Obesidad y trastornos de la alimentación. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 71, (Supl. 1), 2006:10-13.
11. Rovira L. Obesidad y Psicopatología Disponible en URL: <http://www.ama-med.org.ar/obesidad/CAP-12-OBESIDAD-PSICOPATOLOGIA.pdf>
12. Silvestri E, Stavile A. Aspectos psicológicos de la obesidad. Disponible en URL: <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>
13. Marques L. Russolillo G, López R, Bressan J. Dietas Adelgazantes. Anales Sis. San Navarra 2002; 25 (Supl. 1): 163-173.
14. Cervera P. Clapés J. Rigolfas R. Alimentación y Dietoterapia, 4ta edición, Madrid, Mc Graw- Hill-Interamericana de España, 2004: 275-298.
15. Marenda M. 100 Mitos y verdades sobre los alimentos. Disponible en URL: http://www.adscweb.com.ar/pdf/2.50_mitos.pdf.
16. López P. Mitos y creencias erróneas sobre la actividad física y el deporte. Disponible en URL: <http://www.larrabea.com/archivos/fisioterapeuta/52.pdf>
17. Hernán- Daza C. La obesidad: Un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. Colombia Médica. 2002; 33(2): 73-80
18. Mancillas L, Morales G. Tratamiento Farmacológico de la Obesidad. Gac Méd Méx Vol.140, Suplemento No. 2, 2004: 91-95.

19. Informe público europeo de evaluación. Acomplia. Disponible en URL: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/acomplia/H-666-es1.pdf>
20. Gómis- B. Tratamiento farmacológico de la obesidad. Rev. Med. Univ. Navarra.2004; 48 (2): 63-65.
21. Toledo Cal y Mayor C, García S. Influencia de la publicidad de productos light en jóvenes universitarios. Disponible en URL : <http://www.coneicc.org.mx/investigacion/toledo-garcia.html>
22. Vargas LM. Sobre el concepto de percepción Disponible en URL: <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>
23. Becker M, (editor). The health belief model and persona I health behavior. Health Education Monographs 1974; 2(4):234 - 508.
24. Cabrera AG, Jorge TG, Lucumi D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo "health beliefs: history, conceptual models and contributions. Revista Facultad Nacional de Salud Pública.2001.vol 19.n1.p91-101.
25. Ritzer G. Interaccionismo simbólico. En: Ritzer G. editor. Teoría Sociológica Contemporánea. 3ra ed. México. Mc-Graw-Hill.1997:213-262.
26. Lalive C. Relato de vida, ethos y comportamiento por una exegesis sociológica. Disponible en URL : www.dialogica.com.ar/unr/comaud1/archives/cat8-investigación.php
27. Aguado JC. Informe final para obtener el grado de: Doctor en Antropología: Cuerpo humano, ideología e imagen corporal en el México contemporáneo. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS. Instituto de Investigaciones antropológicas. UNAM MEXICO.1998. Texto no publicado.
28. Cortés JC, Chávez LE. Informe final para obtener el título de Licenciado en Antropología Física: Obesidad, un seguimiento Antropológico. ESCUELA NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA.SEP. México. 1995. Texto no publicado.
29. Arimac. Diagnóstico de Salud 2006. IMSS UMF 94.

ANEXOS

ANEXO 1 Preguntas detonantes utilizadas durante la entrevista

Percepción personal acerca de la obesidad

1. ¿Se siente conforme con su apariencia física actual?
2. ¿Cuénteme como el sobrepeso ha modificado su vida?
3. ¿Platíqueme en que momentos tiene mayor necesidad de consumir alimentos?
4. ¿Platíqueme como acostumbra convivir con sus amigos o familiares?
5. ¿Cuénteme para Usted que características debe tener una persona sana y exitosa?
6. ¿Cuénteme si alguna vez por su estado de ánimo ha tenido necesidad de comer?
7. ¿Platíqueme que sentimientos experimenta después de un gran atracón?

Percepción de la obesidad como factor de riesgo para la salud

1. ¿Platíqueme cuando fue que Usted noto que empezó a subir de peso?
2. ¿A que le achaca que Usted haya subido de peso?
3. ¿A que le achaca que Usted no pueda bajar de peso?
4. ¿Se considera enferma por tener unos kilos de más?
5. ¿Qué limitaciones físicas considera que pueden causar unos kilos de más?
6. ¿Considera usted que su peso como un riesgo para su salud?
7. ¿Qué enfermedades produce el tener unos kilos de más?

Percepción social acerca de la obesidad

1. ¿Platíqueme como es la constitución física de sus familiares y amigos?
2. ¿Platíqueme si algunas vez se ha sentido discriminada o ofendida por su peso?
3. ¿Qué opina de las personas que son delgadas?
4. ¿Platíqueme sobre sus alimentos que gusta compartir con su familia?
5. ¿Considera que su condición física ha repercutido en sus relaciones como pareja?
6. ¿Su familia o sus amigos lo han motivado para que baje de peso?
7. ¿Usted considera que la condición física se encuentra relacionada para obtener algún tipo de empleo?

Percepción sobre los tratamientos reductivos

1. ¿Ha estado sometido a algún tipo de tratamiento para bajar de peso? ¿Lo ha seguido?
2. ¿Cuáles han sido las causas que lo han motivado a bajar de peso?
3. ¿Qué tratamiento considera usted el ideal para bajar de peso?
4. (Si no ha obtenido un resultado favorable) ¿Porque cree usted que no ha logrado bajar de peso?
5. ¿Qué opina acerca de los productos que son publicados en los medios de comunicación para bajar de peso?
6. ¿Qué tan difícil cree que pueda ser que usted baje algunos kilos?
7. ¿Usted considera que llevar algún tratamiento para bajar de peso causaría una repercusión en su estabilidad económica?

Anexo 2

Carta de consentimiento informado



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94**



MEXICO DF, A ____ DE _____ DEL _____

Por medio de la presente acepto participar de manera voluntaria e informada en el proyecto de investigación titulado: "Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad"

Se me ha informado que este proyecto ha sido revisado y aprobado ante el Comité Local de Investigación en Salud número: 3515 con sede en esta Unidad. El objetivo del estudio es: Describir y analizar las creencias y percepciones acerca de la obesidad en personas obesas derechohabientes de la UMF 94.

Se me ha explicado que mi participación será confidencial y consiste en asistir a 3 entrevistas audiograbadas con duración de 90 minutos, en las cuales me realizarán preguntas referentes a las creencias y percepciones que tengo sobre la obesidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Posibles riesgos: ninguno

Inconvenientes: disponer de 90 minutos por 3 sesiones.

Molestias: invertir tiempo en las sesiones.

Beneficios: posible cambio de hábitos y reconocimiento de falla de tratamiento.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque se pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el misma

Nombre firma del paciente

ATENTAMENTE: Dra. Ana Nallely Pérez Mejía 99366325

Residente del curso de especialización en Medicina Familiar

