

11226  
29.54



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
Hospital General de Zona Aragón No. 29  
Instituto Mexicano del Seguro Social

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE PREDISPONEN  
Y PERPETUAN A LA OBESIDAD**

**T E S I S**

Para obtener el TITULO de  
Especialista en Medicina Familiar

**P R E S E N T A**

**Dr. Marco Antonio Gómez Pérez**

México, D. F. Febrero de 1987.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

## **I N D I C E**

**Pag.**

### **AGRADECIMIENTOS**

### **INDICE**

#### **CAPITULO**

<b>I.</b>	<b>PROLOGO</b>	<b>6</b>
<b>II.</b>	<b>ANTECEDENTES CIENTIFICOS</b>	<b>8</b>
<b>III.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>33</b>
<b>IV.</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>34</b>
<b>V.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>36</b>
<b>VI.</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>33</b>
<b>VII.</b>	<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>37</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANALISIS ESTADISTICO</b>	<b>49</b>
	<b>-CUADROS Y GRAFICAS</b>	
<b>IX.</b>	<b>RESUMEN DE RESULTADOS</b>	<b>60</b>
<b>X.</b>	<b>COMENTARIO</b>	<b>63</b>
<b>XI.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>65</b>

**P R O L O G O**

La Medicina Familiar es una disciplina médica que puede considerarse joven y aún en una etapa de desarrollo, la cual ha sufrido una serie de cambios metodológicos en su estructura, resultado lógico del crecimiento que la misma ha sufrido a lo largo de este período.

En México, el origen y desarrollo de la Medicina Familiar ha pasado por dos etapas: la primera de ellas, con características un tanto oscuras, poco precisas, sin definición en cuanto a lo que era el Médico Familiar, qué debería hacer, qué debería saber y qué debería ser; superada ésta, clasificado el perfil se pasa en forma gradual a la segunda etapa, ésta, podría decir muy reciente, cuando ya definido el perfil profesional del Médico Familiar se empieza el estudio, la atención del núcleo familiar con un enfoque integral, totalizador, considerando a la familia como una unidad, un todo articulado, con su estructura, su desarrollo o cambio a través del tiempo, su función, sus alteraciones estructurales y funcionales, su tratamiento o alternativas de solución y por último, su pronóstico.

Partiendo de un hecho universal, plenamente aceptado, de considerar al hombre como un ente biológico, psicológico y social, coexistiendo siempre el mismo tiempo y en cualquier lugar, circunstanciado por su medio, por su grupo, en donde la expresión de enfermedad afecta no sólo el órgano sino que involucra sus áreas social y psicológica, y él como enfermo, afecta a otros miembros de su grupo familiar al mismo tiempo.

Por lo tanto, cuando tuve que elegir un tema de estudio para la elaboración de mi tesis para el reconocimiento de postgrado de la especialización en Medicina Familiar, me decidí por el tema de "Obesidad y los Factores Psicosociales que la Perpetúan", ya que es un padecimiento frecuente, que tiene cierta influencia familiar y del medio ambiente y que, habitualmente no se le da la importancia debida.

No se pretende agotar el estudio de la obesidad como entidad nosológica, sino que se trata de investigar en este trabajo la influencia de los factores psicológico, cultural y el nivel económico en su génesis y su persistencia.

## MARCO TEORICO

### HISTORIA.

La obesidad es la alteración metabólica más frecuente en los seres humanos y también una de las metabolopatías de la que se conserva uno de los documentos históricos más antiguos. La Venus de Willerdof es la estatuilla de piedra caliza cuya antigüedad se remonta a la edad de piedra, unos 10,000 años antes del advenimiento de la agricultura y que seguramente es el ejemplo más antiguo de obesidad. Aunque prehistórica, la Venus representa la figura de una mujer obesa de mediana edad, totalmente compatible con el fenotipo actual. También se han encontrado evidencias históricas similares en momias egipcias y esculturas griegas. Aunque esta enfermedad ha existido a través de los siglos hasta nuestros días y ha estado influenciada por todo tipo de hábitos dietéticos y factores ambientales, hoy en día ha adquirido una gran importancia dado las repercusiones sistémicas y sociales concomitantes por lo que se intenta ofrecer una solución al problema actuando desde el origen, como son los factores psicológicos y sociales que la inician y perpetúan posteriormente.

## DEFINICION.

Actualmente no existe un consenso acerca de la definición de obesidad, sin estar claro el que sea una enfermedad o bien las manifestaciones clínicas de una serie de alteraciones muy frecuentes. Dicha definición es aún más sencilla si consideramos la influencia de la obesidad en la aparición de la morbi-mortalidad. La definición de obesidad a veces es un tanto arbitraria pues se relaciona el peso corporal con la mayor o menor cantidad de grasa subcutánea, sin existir clara diferenciación entre personas obesas con las que sólo tienen sobrepeso. Al relacionar el peso con la talla, de acuerdo a sexo y edad, obtenemos un índice de obesidad más aproximado y se puede definir a la obesidad como un exceso de peso corporal superior al 20% del peso ideal, y si se observa incremento entre el 10% al 20% se considera sobrepeso

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Una determinada cantidad de grasa o tejido adiposo es necesaria para la vida, de tal forma que entre las funciones primordiales del adipocito están las de ser soporte fundamental de

la formación, almacenamiento y liberación de energía.

Aunque en un principio el tejido adiposo fué considerado como un compartimiento inactivo, actualmente se le reconoce un importante grado de actividad metabólica con la intervención de gran número de enzimas específicas que, a su vez, responden a estímulos humorales, neurales y hormonales. Este hecho complica a priori, el conocimiento de los trastornos de este compartimiento del cuerpo humano, entre los que se sitúa a la cabeza, por orden de frecuencia, la obesidad. Muchos han sido los intentos de definir la obesidad y todos ellos lo han hecho desde diferentes aspectos (sociales, etiológicos, epidemiológicos, etc.); sin embargo, a pesar de sus defectos, todos coinciden en un principio genérico que, en suma, es el que define a la obesidad como un exceso de tejido adiposo y que siempre se manifiesta por una elevación del peso corporal. Esta elevación del peso corporal no debe confundirse con el concepto de sobrepeso, situación que viene determinada por un incremento de otros compartimientos diferentes del tejido adiposo. Tal es el caso de los atletas que tienen un exceso de peso, comparado con el resto de la población del mismo sexo, edad y talla, pero a expensas del tejido muscular y óseo.

A la hora de definir la obesidad, hay que tener en cuenta que la cantidad de grasa corporal varía según el sexo,



la edad y grado de actividad física, de tal manera que conforme el individuo envejece y el hábito sedentario se hace más acusado, la composición del organismo varía de una forma fisiológica, aumentando la proporción de tejido adiposo y disminuyendo la grasa magra corporal (constituida por músculo y hueso). Todos estos cambios se producen sin que se modifique el peso corporal, a pesar de lo cual es raro que éste varíe con la edad. Se ha demostrado que la tendencia natural de la población general está dirigida al incremento de peso a lo largo de la vida, con una meseta entre los 45 y 50 años para el varón y entre 50 y 60 años para la mujer, a partir de los cuales se produce una estabilización e incluso se tiende al descenso. 2, 7, 8.

#### EPIDEMIOLOGIA.

La obesidad es, con gran diferencia, el trastorno metabólico más frecuente. En los países desarrollados se estima que afecta hasta una cuarta parte de la población. Utilizando como índice de obesidad un incremento del 20% sobre el peso ideal, en los Estados Unidos un 24% de las mujeres y un 14% de los hombres de edades comprendidas entre 17 y 70 años son obesos, lo cual supone un total de 24.8 millones

de americanos obesos.

La obesidad infantil también supone un grave problema de salud pública, sirve constatar como ejemplo que un 3% de los niños americanos son obesos.

La incidencia de obesidad varía significativamente respecto a dos factores: nivel socioeconómico y medio ambiente. Así, la obesidad es mucho más frecuente en individuos con niveles socio-económicos más bajos (probablemente por un predominio en su dieta a base de hidratos de carbono) y es más frecuente en el medio urbano que en el rural, por el sedentarismo, el aumento de ingesta calórica que se podría asociar también al stress.

Uno de los mayores problemas que plantea la obesidad es su frecuencia de asociación con: diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperlipoproteinemias, aterosclerosis coronaria, gota, artrosis, litiasis biliar e insuficiencia respiratoria. De todas estas alteraciones asociadas a la obesidad o favorecidas por ella, quizá las más graves sean las cuatro primeras, sobre todo porque de un modo habitual, bien por separado, bien en conjunto constituyen los principales factores de riesgo de la sociedad moderna para padecer aterosclerosis en general y cardiopatía isquémica en particular.

Según el estudio de Framingham, no siendo la obesidad por sí sola un factor de riesgo independiente para la aterosclerosis coronaria, sí lo es desde el momento en que se asocia a hipertensión, hipercolesterolemia y/o diabetes.

La hipertensión arterial es el factor de riesgo más frecuente en los obesos, siendo un incremento real (en contra de lo que se pensaba hace años), sea cual sea el perímetro del brazo en el que se efectúa la medición.

Las alteraciones en el metabolismo de los lípidos en el obeso se caracteriza fundamentalmente por la elevación de las VLDL (lipoproteínas de muy baja densidad) y disminución de las HDL (lipoproteínas de alta densidad), por último se sabe que aproximadamente el 70% de los individuos diagnosticados de diabetes a partir de los 45 años son obesos.

Las estadísticas derivadas de las investigaciones realizadas por compañías de seguros de vida indican que la obesidad supone un factor importante en la reducción de las expectativas de vida y así lo indican también numerosas investigaciones científicas como las de Bonati et al, que se muestran en la siguiente tabla. 8, 9.

Exceso ponderal sobre el peso ideal	Acortamiento de la vida en años
15%	3.3
30% a 49%	5.1
50% a 99%	7.2
100%	9.1

#### CLASIFICACION

Habitualmente, las clasificaciones de la obesidad carecen de una auténtica base fisiopatológica y deben, por tanto, ser abandonadas (endógena-exógena, androide-ginecoide, cefálica-torácica, etc.). En cualquiera de los casos sí es importante, a efectos prácticos, utilizar una clasificación que diferencie, dependiendo de la etiología, el tipo de obesidad, puesto que a la hora del tratamiento las pautas serán radicalmente diferentes. Es por ello que cabe separar a la obesidad en dos grandes grupos: la simple y la secundaria.

La obesidad simple constituye el trastorno metabólico más frecuente (casi 99%), y las obesidades secundarias a otros trastornos (hipofisarios, hipotalámicos y atrógenos, etc.)

suponen menos del 1% de las causas de obesidad, tal como lo vemos en la siguiente tabla de clasificación.

#### CLASIFICACION DE LA OBESIDAD

Obesidad simple o por cebamiento (99% o más).

- Discreta: 15% de exceso sobre el peso ideal.
- Moderada: 15-25% de exceso sobre el peso ideal
- Grave: 25-50% de exceso sobre el peso ideal.
- Morbida: Más del 50% de exceso sobre el peso ideal

Obesidad secundaria.

- Trastornos endócrinos (cushing, insulínoma, hipotiroidismo)
- Trastornos hipotalámicos (tumores, traumatismos, enfermedades inflamatorias, etc.).
- Trastornos genéticos (Síndrome de Laurence-Moon-Biedl, Síndrome de Prader-Willi, etc.).
- Yatrogenia (fármacos antidepresivos, tricíclicos, fenotiacinas, ciproheptadina, etc.).

En esta ocasión nos ocuparemos exclusivamente de la obesidad simple, de su patogenia y posibilidades terapéuticas.

## OBESIDAD SIMPLE

Dentro de la obesidad simple y mediante el estudio del adipocito podríamos diferenciar dos tipos:

1. Obesidad Simple Hiperplástica.- Caracterizada por un incremento del número y tamaño de los adipocitos.
2. Obesidad Simple Hipertrófica.- Es aquella que cursa con un aumento del tamaño, pero no del número de adipocitos.

Esta diferenciación de la obesidad simple es hiperplástica e hipertrófica tiene extraordinario interés por cuanto nos va a dar un índice pronóstico en respuesta al tratamiento. Dicho de otra manera, siendo la obesidad hiperplástica la caracterizada por su comienzo en la primera infancia y la hipertrófica la de inicio en el adulto (siempre con excepciones), y como quiera que la primera se acompaña de un aumento del número de adipocitos, su respuesta al tratamiento es mucho más pobre, puesto que aún logrando una disminución del tamaño de la célula grasa, no se puede conseguir un descenso de su número. 2, 10

## ETIOPATOGENIA.

Indiscutiblemente la obesidad no puede ser el fruto de un solo factor, sino que supone el resultado de la interacción de numerosos eventos hoy todavía no bien conocidos; por ello, la cuestión de ¿Cómo y porqué el individuo llega a ser obeso?, que trataremos de contestar en la medida de lo posible.

- Factor Psicológico. La obesidad se ha interpretado en gran parte como un aumento en el impulso coercitivo que lleva al individuo a comer. Se ha tratado de elucidar el origen de tal impulso patológico, tanto por medio de estudios fisiológicos como por medio de estudios psicológicos. Cohen ha mostrado que el almacenamiento de lípidos aumenta cuando se fuerza al individuo a ingerir alimento en grandes porciones intermitentes. Algunas veces se ha dado mucha atención a los procesos que favorecen al comer excesivo, y demasiado poco a los procesos que influyen sobre la pauta en los hábitos de comer. En la mayoría de los pacientes, dichas influencias son probablemente los principales factores que determinan el síndrome de obesidad. Si no se reconoce ni se toma en cuenta el papel de los padres, el tratamiento del individuo con obesidad a menudo falla y algunas veces produce graves alteraciones en el funcionamiento de la personalidad. Algunos individuos logran conservar curvas

de peso cercanas a lo normal, pero sólo cuando tienen en la vida un propósito, que se fija al hecho de tratar de conservar la cifra ponderal por medio de una dieta, recurso que para ellos es anormal. En estos casos, tan importante como el peso mismo es el estudio de los cambios ponderales en relación con el funcionamiento de todos los aspectos de la personalidad, lo cual incluye una apreciación de si el paciente experimenta una sensación de bienestar o no, y de si se siente apto o no para desempeñar las actividades propias de los distintos medios en que se mueve. La estabilidad en el peso es una buena guía para estimar si la persona obesa se adapta bien o no a las experiencias de su vida. Esto es especialmente cierto durante la niñez y la adolescencia. En estos períodos se presenta cierto sobrepeso estable, que sólo se vuelve angustiante si el individuo que está creciendo se ve envuelto en una lucha constante debido a presiones culturales y familiares.

La obesidad es seis veces más frecuente entre las personas de clase baja. Es más, se vio que la probabilidad de encontrar obesidad era menor en familias que estaban mejorando su nivel socio-económico. En algunas familias y culturas la obesidad se acepta e incluso se acepta al individuo para que aumente de peso, alentándolo. La mayor parte de los estudios psiquiátricos y psicoanalíticos realizados en grupos de obesos se han hecho en individuos de clase media,



que se habían dado cuenta de ciertos problemas en su personalidad ligados a su trastorno somático.

El desarrollo de la obesidad suele ocurrir en un marco familiar en que los padres compensan las propias frustraciones de su vida a través de su devoción por el niño. En la mayoría de las veces la madre es el miembro dominante de la familia y trata al niño o niños obesos con una sobreprotección angustiada, que incluye forzarlos a que coman. La apariencia del niño y el adulto obesos es casi siempre la de un individuo sumiso y no agresivo, la realidad es otra. Dentro del marco familiar sus exigencias se satisfacen gracias al equilibrio que proporciona la comida como expresión de amor y satisfacción. El adulto obeso a menudo no percibe la presencia de contracciones de hambre, ni aprecia al igual que otras personas la cantidad de comida que consume. Bruch considera que esta distorsión perceptual es crucial para comprender el desarrollo de la obesidad.

Cuando la persona obesa se ve expuesta a frustraciones sociales, con el consecuente surgimiento de hostilidad busca satisfacción comiendo demasiado; simultáneamente expresa así su agresión, como si la comida representara para el paciente la demostración de que él es a quien más quieren. Al pasar el tiempo, la imagen del cuerpo obeso llega a tener un gran significado emocional para el paciente,

ya que suele representar el deseo de ser fuerte y poderoso, y en la vida real, proporciona satisfacción.

La pérdida de peso se vuelve difícil no sólo debido a la incapacidad para encarar la incomodidad física del hambre, sino también debido a que la pérdida simbólica del amor es compensada con la venganza que proporciona el hecho de comer, y posteriormente debido al miedo a perder el poder simbólico que representa la figura obesa. En algunos casos, conforme los individuos iban perdiendo peso y después de haberlo perdido, aparecían síntomas de angustia y depresión y actos agresivos u hostiles se presentaron sólo mientras el paciente se vio privado de calorías. También en este período aumentaron la psicopatología sexual, los sueños y las fantasías de alimentos o de comer.

Para tratar con éxito a la persona obesa es necesario conocer toda su personalidad, de modo que el objetivo del tratamiento vaya más allá de la mera reducción de peso. Es frecuente que la psicoterapia no tenga éxito en los individuos para quienes el hecho de comer constituye a falta de otras, la mayor de las satisfacciones en su vida.

- Factor Ambiental (social, económico). Estudios realizados con gemelos univitelinos, entre los que se encuentra el ya clásico de Newman en 1937, hacen pensar que el individuo

obeso, aún presentando una tendencia genéticamente determina, alcanza su incremento de peso por una serie de factores ambientales, entre los que destacan la sobrealimentación y el sedentarismo. Como se ha comentado anteriormente, el nivel socio-económico del medi influye notablemente sobre el desarrollo de obesidad en relación con la calidad de los nutrientes (mayor ingesta de hidratos de carbono), así como el medio urbano (la sobrealimentación y el sedentarismo son más propios en la ciudad). Por otro lado, el aprendizaje de los hábitos dietéticos durante la infancia dentro del ambito familiar puede ser muy importante y de hecho condiciona determinadas actitudes psicológicas frente a la comida (premio, consuelo, etc.), que perduran en el adulto. Afortunadamente el concepto erróneo vigente aún en la actualidad de que todo niño gordito es un niño sano, ha empezado a desaparecer. Se ha demostrado la existencia de una correlación significativa entre el exceso de peso en los primeros años de la vida y la aparición de obesidad en el adulto.

El adipocito posee características morfológicas y metabólicas únicas. La masa del mismo está constituida fundamentalmente por triglicéridos. Sin lípidos, el adipocito es morfológicamente similar a las células convencionales. Con la acumulación de triglicéridos el tamaño de la célula puede aumentar enormemente, hasta 10 veces de diámetro, 100 veces de áreas

y 1000 veces de volúmen. Estos cambios morfológicos tan drásticos tienen importantes consecuencias sobre el volúmen del tejido adiposo.

En la obesidad, el compartimiento adiposo está aumentado por definición. Este incremento puede ocurrir en principio por aumento en el tamaño del adipocito, por aumento del número o por ambos mecanismos. En términos descriptivos estos dos mecanismos conducen a la obesidad hipertrófica (aumento de tamaño) y obesidad hiperplásica (aumento del número). Este concepto no sólo implica diferencias metabólicas y morfológicas de ambos tipos de obesidad, sino también en sus correlaciones clínicas. La obesidad hiperplásica se considera como la obesidad de larga duración, iniciada habitualmente en la infancia, con sus excepciones, y de tratamiento decepcionante. La obesidad hipertrófica se encuentra a menudo en la diabetes mellitus tipo II y la hipertrigliceridemia endógena, y su pronóstico es mejor.

- **Factor Genético.** Algunas formas de obesidad han podido ser catalogadas como genéticamente condicionadas. Nadie probablemente duda de que los factores genéticos desempeñan un papel en la obesidad, sin embargo, la obesidad genética cuyo tipo de transmisión se conoce, se asocia generalmente a malformaciones múltiples (debilidad, ceguera, etc.) y forma parte de síndromes poco frecuentes, hoy bien conocidos.

Estos hechos inducen a pensar que, dejando aparte los raros tipos de obesidad antes mencionados, sólo cabe hacer mención por el momento de la tendencia familiar a la obesidad. Se ha comprobado que cuando los dos progenitores son obesos el 80% de su descendencia también lo es, mientras que sólo se encuentra en un 10% la obesidad en los descendientes de padres delgados.

- Factor Ingesta-Gasto (equilibrio energético). En teoría, para que el hombre viviera sin cambios ponderales patológicos, el total de las calorías ingeridas por los alimentos debería ser igual al total de calorías consumidas de diferentes formas. Si el organismo ingresa más calorías de las que consume, el exceso de calorías se almacena como grasa, condicionada paulatinamente a un estado de obesidad.

- Alteraciones en la regulación de la ingesta calórica. La ingesta de alimentos es un acto voluntario que el individuo efectúa cuando manifiesta la sensación de apetito. Hoy se sabe que la ingesta alimentaria está regulada por mecanismos neurohormonales dirigidos por el sistema nervioso central. Muchos trabajos experimentales han permitido establecer la llamada hipótesis hipotalámica de la regulación del apetito, según la cual existen dos centros, el núcleo ventromedial o centro de la saciedad y el núcleo lateral o centro del hambre. La destrucción experimental del centro ventromedial provoca hiperfagia y obesidad, mientras que

su estímulo condiciona una disminución de la ingesta. Por otro lado, cuando se destruye el núcleo lateral o del hambre, aparece afagia y adelgazamiento.

Independientemente de las causas que la desencadenan existen dos factores básicos para que produzca la obesidad.

1. Ingesta excesiva.
2. Disminución del gasto calórico.

Habitualmente ambos se encuentran íntimamente relacionados.

Los factores que regulan la ingesta de alimentos son: factores sociales, psicológicos educativos, económicos, fisiológicos y geográficos. Dentro de los factores sociales consideramos; disponibilidad y accesibilidad de los alimentos, ocupación y propaganda. Dentro de los factores psicológicos se encuentran: neurosis, ansiedad, etc. En los factores culturales: costumbre, tradición, tabúes, educación, etc. En los económicos: producción, distribución y comercialización. Dentro de los factores geográficos se consideran las condiciones climatológicas y algunas otras situaciones que puedan afectar las situaciones prevaescentes. 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 23.

## TRATAMIENTO.

La meta a alcanzar en el tratamiento del paciente obeso es conseguir el peso teórico ideal, para prevenir la aparición de los factores de riesgo vitales inherentes a la obesidad y mejorar la calidad de vida del individuo. Así pues, la actitud del médico no puede ser la misma si se enfrenta a obesidades mínimas, que no afectan el estado general del paciente, al igual que ante obesidades mórbidas.

Antes de determinar cual debe ser el tratamiento adecuado para un determinado paciente, es necesario llevar a cabo una exhaustiva valoración del obeso para conocer en detalle el grado de obesidad y posibles alteraciones psicofísicas, la urgencia del tratamiento y las posibilidades del mismo. Para ello, es necesario prestar una adecuada atención a la historia clínica y exploración física, poniendo especial énfasis en los siguientes aspectos:

1. Profesión.
2. Nivel económico y cultural.
3. Edad de aparición y forma de instauración.
4. Conflictos psicológicos.
5. Ingesta de fármacos

6. Antecedentes personales y familiares
7. Tratamientos previos
8. Encuesta dietética
9. Motivación
10. Exploración
11. Estudios complementarios (laboratorio y gabinete) 8, 13, 20.

El tratamiento de la obesidad se basará en la aplicación combinada de las siguientes medidas.

-Reducción de la ingesta calórica. Es necesariamente el primer paso a seguir cuando se pretende tratar al paciente obeso y se lleva a cabo con la instauración de dietas hipocalóricas que consigan establecer un balance energético negativo. Con ello se intenta poner en marcha los mecanismos fisiológicos mediante los cuales se inicia la utilización de los depósitos de grasa. En la actualidad un hecho fundamental es generalmente aceptado: las dietas hipocalóricas utilizadas deben ser necesariamente equilibradas, incluyendo en mayor o menor proporción los tres principios inmediatos como son proteínas 20%, hidratos de carbono 50% y grasas 30%. 1, 2, 8, 6, 7.



a) Dietas hipocalóricas. Para la mayoría de los pacientes con obesidades leves o moderadas, la reducción del aporte calórico se logra con dietas que contienen 1,000 a 1,500 kcal/día, recomendables para individuos con actividad física moderada y/o -- régimen ambulatorio. Debe instruirse al paciente de que no debe restringir el agua ni la sal (salvo la existencia de hipertensión, insuficiencia cardíaca, edema, etc.). Pero si que es imprescindible la restricción de alcohol y bebidas edulcoradas. Es importante que el paciente respete el horario de comidas, de tal forma que haga preferentemente 5 tomas, puesto que se ha comprobado que los periodos de ayuno prolongado o la acumulación del total de calorías a ingerir diariamente en una o dos tomas favorece la lipogénesis, comprometiendo el resultado del tratamiento.

Durante las primeras fases del tratamiento la vigilancia ponderal deberá ser periódica (al menos cada mes); con ello podemos percatarnos de si el obeso sigue o no la dieta, cuales son los problemas que le plantea, si ha comprendido bien el contenido de la dieta y en todo caso prestar el suficiente apoyo -- psicológico para perseverar en el objetivo terapéutico. Por lo general, durante el primer mes se pierden de 4 a 6 kg, reduciéndose la pérdida ponderal a 2 o 4 hg en los meses siguientes.

b) Dietas de muy bajo contenido calórico. Cuando nos enfrentamos a obesidades de mayor calibre, como son los sobrepesos superiores al 30% sobre el peso ideal, y obesidades mórbidas, se hace necesario prescribir dietas de muy bajo contenido calóric

(VLCD: very low calorie diet). En los últimos años las VLCD, - que aportan entre 500 y 800 kcals/día, han sido utilizadas indiscriminadamente, la mayoría de las veces sin la adecuada supervisión médica, originando en algunos pacientes graves trastornos, inclusive la muerte. Mencionaremos someramente las características de una de estas dietas: Proteínas de alto valor biológico como son; proteína animal (carne, pescado), proteína líquida (leche, huevos), aportándole 40/60 gr por día o 1gr/kg de peso ideal, además de cápsulas multivitamínicas, sal, potasio, calcio y agua o té sin azúcar (1 a 2 lts/día).

El gran reto de este tratamiento consiste sobre todo en el mantenimiento de la reducción temporal. Desgraciadamente es un hecho muy conocido que la mayoría de los pacientes restablecen el peso previo al inicio del tratamiento en un espacio de tiempo relativamente corto. Ello es debido por lo general, a que el propio paciente vuelve a sus hábitos dietéticos anteriores; así, la motivación del obeso sigue siendo el pilar fundamental del tratamiento. Una vez conseguido el peso deseado, debe instaurarse una dieta adecuada menos rigurosa advirtiéndole al paciente que debe vigilar estrechamente al menos cada 20 días su peso, para que en el caso de observar una ganancia ponderal --reanude por un determinado espacio de tiempo la dieta hipocalórica

- Aumento del gasto energético. La única forma de aumentar el gasto de energía a voluntad la constituye el ejercicio físico. Debemos dejar claro, sin embargo, que el incremento de la actividad física de forma aislada no es eficaz para tratar la obesidad. Es cierto que se consigue favorecer la pérdida de grasa, pero resulta totalmente ineficaz si no se asocia al consumo de dietas hipocalóricas. (1,000 a 1,500 calorías). 16, 17, 18, 19

Con el ejercicio se logra consumir más calorías y mejorar el tono muscular. Es obvio que no se puede someter a todos los obesos al mismo tipo de ejercicio físico, y éste deberá ser elegido por el propio médico de acuerdo al grado de obesidad, edad, existencia a complicaciones (artropatía, cardiopatía isquémica, etc.).

Por regla general, hay que convencer al obeso de que abandone su sedentarismo, modificando sus hábitos diarios, haciendo que ande lo más posible e indicándole la práctica regular de algún deporte, así como aconsejándole que haga ejercicio de gimnasia en vías de fortalecer la musculatura abdominal y paravertebral; con estas medidas se logra un consumo de energía nada despreciable cuando se une al consumo de dietas hipocalóricas.

- **Psicoterapia.** Muchas veces el tratamiento de la obesidad exige una estrecha colaboración entre el Médico y el Psicólogo en vías de estimular la motivación del obeso y modificar su actitud frente a la comida.

Por otro lado, la determinación de un perfil psicológico del paciente nos informará acerca de cuáles serán los resultados del tratamiento y de la necesidad de instaurar una u otra estrategia terapéutica. 1, 2, 3, 4, 6, 23.

- **Fármacos.**

#### 1. **Fármacos Anorexiantes.**

- Anfetaminas
- Metanfetamina
- Fenmetracina
- Mazindol
- Fenfluramina

#### 2. **Fármacos Calorígenos**

- Hormona tiroidea
- Hormona del crecimiento

- Dinitrofenol

### 3. Fármacos Movilizadores de Grasas.

- Gonadotroofina coriónica humana

### 4. Fármacos que bloquean la absorción intestinal.

- Biguanida

- Neomicina

- Colestiramina

### 5. Fármacos que producen bloqueo metabólico.

- Hidroxicitrato

- **Fármacos Anorexiantes.** Están representados por las anfetam<sup>i</sup>nas y sus derivados y actúan en el SNC a nivel de las transmisiones sinápticas adrenérgicas o serotoninérgicas. Su efectividad, referida a pérdidas ponderales, está ampliamente demostrada. No obstante sus efectos secundarios son muy numerosos (agitación psicomotriz, insomnio, cefalea, astenia, depresión, palpitación, sequedad de boca, diarrea y la más importante que es adicional. En algunos países su utilización está prohibida.

2. **Fármacos Calorígenos.** Su mecanismo de acción se basaría en un incremento del catabolismo. Las hormonas tiroideas fueron utilizadas por primera vez por Baron en 1983; no obstante, su uso en la actualidad es controvertido, aunque finalmente desaconsejable.

3. **Fármacos Movilizadores de Grasa.** El uso de las gonadotropinas coriónicas humanas como agente capaz de aumentar la lipólisis y reducir el apetito está hoy abandonado.

4. **Fármacos que bloquean la absorción intestinal.** Tanto las biguanidas (hipoglucemiante eficaz en el tratamiento del diabético obeso), como la neomicina y la colestiramina (útiles en la terapéutica de niveles hiperlipoproteinemias) no son eficaces ni útiles como tratamiento exclusivo de la obesidad.

5. **Fármacos que producen bloqueo metabólico.** La utilización del hidroxicitrato (en animales reduce la síntesis de ácidos grasos y disminuye la ingesta) pertenece al campo experimental y aunque abre una vía de esperanza, todavía no es utilizable en el hombre. 1, 2, 16, 17, 20.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el primer y segundo año de la residencia en la especialidad de Medicina Familiar, durante mi rotación por la consulta externa de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona #29 / Aragón, pude observar la problemática existente en relación a la dificultad para la reducción y/o estabilización del peso corporal en los pacientes obesos; aún cuando se encuentran bajo un régimen dietético y en control periódico por su Médico Familiar, además de asistir a reuniones habitualmente en el Club de Obesos de esta ciudad. Por lo tanto, se realiza el siguiente cuestionamiento: ¿La neurósis, la cultura y el nivel económico influyen para perpetuar la obesidad?

## HIPOTESIS GENERAL

La neurósis, la cultura y el nivel económico influyen para perpetuar la obesidad.

**JUSTIFICACION:**

El hecho de saber que la obesidad es una alteración frecuente en nuestro país y que constantemente el médico atiende tanto en la consulta privada como a nivel institucional un buen porcentaje de pacientes obesos que desafortunadamente en su mayoría ya cuenta con alteraciones agregadas como son la Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, etc., en este caso nos interesan en particular los pacientes que se atienden en el Hospital General de Zona #29 / Aragón del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En la actualidad se trata de hacer consciencia en el médico tanto como en el paciente acerca de la importancia que tiene el diagnosticar en forma temprana la obesidad; y no cuando ya ha alcanzado grados mayores acompañándose de complicaciones que ya conocemos. Todo esto principalmente en beneficio del paciente derecho-habiente que en caso de conservarse sano se sentirá facultado para desarrollar cualquier actividad física que le sea requerida tanto en su empleo como en su hogar, con lo que al menos en ese aspecto se notará un equilibrio mental del individuo.

Entendemos que no existen suficientes estudios acerca de las causas psico-sociales que intervienen para el ini-



cio o perpetuidad de la obesidad. Por lo que se justifica la elaboración del presente estudio.

## O B J E T I V O S

### OBJETIVO GENERAL

1. Determinar en los pacientes obesos adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona #29, si dentro del núcleo familiar se encuentran factores que pueden predisponer o favorecer al desarrollo de la obesidad en alguno de sus integrantes.

### OBJETIVOS INMEDIATOS.

- 1.1. Demostrar si existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de obesidad con la neurosis, la cultura y el nivel económico.
- 1.2. Demostrar qué factores influyen más en la persistencia de la obesidad.
- 1.3. Determinar si el paciente obeso considera a la obesidad una enfermedad, o si por el contrario tiene el concepto de salud.

## MATERIAL Y METODO

Se trata de un estudio que por sus características de elaboración se clasifica como prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

### DEFINICION DE LA POBLACION Y AMBITO GEOGRAFICO.

- Pacientes obesos adultos adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona #29 / Aragón.

### SELECCION DE LA MUESTRA.

- Pacientes obesos adultos que asistieron a la consulta externa de Medicina Familiar durante el periodo comprendido entre el 5 de agosto al 5 de noviembre de 1986.
- Se seleccionaron al azar 40 pacientes obesos que acudieron a la Consulta Externa de Medicina Familiar y que a su vez fueron canalizados al Club de Obesos.

### CAPTACION DE LA INFORMACION.

Los datos se obtendrán por el método de entrevista cerrada

realizándose un cuestionario a cada uno de los pacientes incluidos en el estudio. El cuestionario incluye preguntas en las cuales se investigan las variables consideradas para el estudio de acuerdo a los objetivos.

Se captarán los resultados en cuadros específicos y se representarán a través de Diagramas de Barras y en Gráfica Sectorial.

### CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes obesos de uno y otro sexo que cuentan con edades comprendidas entre los 20 y 45 años, que asistan a la consulta externa durante el periodo de realización de este estudio.
- 1.1. Se considera como paciente obeso a aquél que sobrepasa el 20% del peso ideal, basándonos en las tablas de peso y talla por sexo y edad que se manejan dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 1.2. Pacientes que acepten ser incluidos en este estudio.
- 1.3. Pacientes obesos adultos que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona #29 / Aragón.

### CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes con sobrepeso menor al 20% del peso ideal.
- 1.1. Pacientes obesos con edades menores a los 20 años y mayores a los 45 años.

- 1.2. **Pacientes cuya obesidad sea secundaria a otros trastornos (hipofisarios, hipotalámicos, genéticos, etc.).**

## ESPECIFICACION DE VARIABLES

Los factores o variables que se investigan en base a los objetivos del estudio son los siguientes:

### VARIABLES INDEPENDIENTES

#### I. ASPECTOS SOCIO-CULTURALES.

1. **Cultura.** La podemos definir como el conjunto de ideas, habilidades, costumbres que ha adquirido un grupo humano y transmitiendo de generación en generación; o dicho de una manera más extensa, es la herencia social de los humanos o la transmisión de las pautas de conducta y comportamiento, lenguaje, adquisición de conocimientos que conlleva a transferir y conservar la cultura de cualquier complejidad que dan al hombre una vida social organizada, que le sirve para adoptar un lugar en la sociedad y en su ambiente natural.
- 1.1. **Hábitos Alimenticios.** Son las costumbres que la familia transmite a sus miembros en relación a la calidad, cantidad, preparación o ingesta de los alimentos.

1.2. **Actividad Física.** Se refiere a las labores que se desarrollan diariamente en el desempeño de las ocupaciones cotidianas como son: trabajo, ejercicio, estudio, recreación, descanso, etc., para poder determinar si existe o no sedentarismo.

1.3. **Educación.** Se refiere al nivel de estudios alcanzado en relación a la edad que posee el individuo.

## II. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

1. **Psiconurosis (enfermedad nerviosa).** Término general que engloba las alteraciones o afecciones funcionales del sistema nervioso sin lesión actualmente demostrable y de menor gravedad que la neurosis. Esta comprende un grupo de trastornos de la personalidad, que suelen describirse como alteraciones intermedias, o que forman un eslabón entre los diversos recursos adaptativos que inconscientemente utiliza la mente común. Los trastornos surgen del esfuerzo que el individuo hace para manejar problemas psicológicos internos, privados y específicos, y situaciones que provocan stress, que el paciente mismo es incapaz de dominar sin tensión o sin recursos psicológicos inquietantes,



cuya causa es la angustia que trata de contrarrestar por medio de defensas como conversión, disociación, desplazamiento, formación de fobias o pensamientos y actos repetitivos.

### III. ASPECTOS ECONOMICOS.

1. Nivel Económico. Grado de bienestar, principalmente material, alcanzado por la generalidad de los habitantes de un país, los componentes de una clase social o individuos que ejercen una cierta profesión.

1.1. Economía doméstica. Ciencia y arte de la administración del hogar y las relaciones de la familia con la comunidad; comprende la tarea y práctica de la alimentación (elección y preparación de alimentos), el vestido, condiciones de vida, el mejor aprovechamiento y distribución del ingreso familiar en el cuidado y educación de los hijos, etc.

**VARIABLES DEPENDIENTES****I OBESIDAD**

1. **Obesidad.** Una alteración de las más frecuentes en el ser humano definido simplemente como un exceso de tejido adiposo y manifestado por un aumento del peso corporal en un --- 20 % en relación al peso ideal.

## CUESTIONARIO

1. NOMBRE \_\_\_\_\_
2. SEXO: FEMENINO \_\_\_\_\_ MASCULINO \_\_\_\_\_
3. EDAD \_\_\_\_\_
4. TALLA \_\_\_\_\_
5. PESO ACTUAL \_\_\_\_\_ PESO IDEAL \_\_\_\_\_  
SOBRE-PESO \_\_\_\_\_ KGS. \_\_\_\_\_ %
6. ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_
7. RELIGION \_\_\_\_\_
8. ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_
9. OCUPACION \_\_\_\_\_
10. ¿A QUE DEDICA SU TIEMPO LIBRE?  
a) PRACTICA DEPORTE \_\_\_\_\_ b) REALIZA CAMINATA \_\_\_\_\_  
c) ESTUDIA \_\_\_\_\_ d) DUERME \_\_\_\_\_
11. CUANTAS HORAS DUERME DURANTE LA NOCHE:  
a) 6 HRS. \_\_\_\_\_ b) 8 HRS. \_\_\_\_\_ c) 10 HRS. \_\_\_\_\_
12. CUANTAS HORAS DUERME DURANTE EL DIA:  
a) 1 HORA \_\_\_\_\_ b) 2 HORAS \_\_\_\_\_ c) 3 HORAS \_\_\_\_\_
13. CUANTAS COMIDAS REALIZA DURANTE EL DIA:  
a) 3 COMIDAS \_\_\_\_\_ b) 4 COMIDAS \_\_\_\_\_ c) 5 COMIDAS \_\_\_\_\_
14. REPITE PLATILLOS DURANTE LAS COMIDAS:  
a) OCASIONALMENTE \_\_\_\_\_ b) FRECUENTEMENTE \_\_\_\_\_ c) SIEMPRE \_\_\_\_\_
15. INGIERE ALGUNOS ALIMENTOS ENTRE LAS COMIDAS:  
a) OCASIONALMENTE \_\_\_\_\_ b) FRECUENTEMENTE \_\_\_\_\_ c) SIEMPRE \_\_\_\_\_
16. CONSERVA SIEMPRE EN SU HOGAR ALGUNOS DE ESTOS ALIMENTOS:

- a) GALLETAS \_\_\_\_\_ b) PASTELILLOS \_\_\_\_\_ c) CHOCOLATES \_\_\_\_\_  
 d) DULCES \_\_\_\_\_ e) FRUTAS \_\_\_\_\_
17. TIENE CONOCIMIENTO DE LAS PROPIEDADES NUTRIENTES DE LOS ALIMENTOS: a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
18. A QUE ATRIBUYE SU OBESIDAD:  
 a) ESCESO DE ALIMENTACION \_\_\_\_\_ b) FALTA DE EJERCICIO \_\_\_\_\_  
 c) HEREDITARIO \_\_\_\_\_ d) LO DESCONOCE \_\_\_\_\_
19. CONSIDERA QUE LA OBESIDAD SIGNIFICA:  
 a) ESTAR SANO \_\_\_\_\_ b) ESTAR ENFERMO \_\_\_\_\_ c) LO DESCONOCE \_\_\_\_\_
20. CONOCE CUALES SON LAS COMPLICACIONES QUE SE DEBEN A LA OBESIDAD: a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
21. RECIBE APOYO DE SU FAMILIA PARA QUE BAJE DE PESO:  
 a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
22. EN SU FAMILIA SE HA UTILIZADO LA ALIMENTACION COMO CASTIGO O RECOMPENSA: a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
23. DESDE QUE ES OBESO, HA SUFRIDO ALGUN TRASTORNO DE TIPO EMOCIONAL: a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
24. HA NOTADO SI DESDE QUE ES OBESO HA TENIDO ALGUN CAMBIO EN SU CARACTER: a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
25. SE HA SENTIDO ANSIOSO O DEPRIMIDO POR NO PODER BAJAR DE PESO: a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
26. SI ESTA INACTIVO, HA OBSERVADO QUE CONSECUENTEMENTE DESEA COMER: a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
27. HA TENIDO PROBLEMAS CON ALGUNAS PERSONAS POR SU OBESIDAD: a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
28. HA CONSULTADO ANTERIORMENTE AL MEDICO POR SU OBESIDAD:  
 a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
29. HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTERIORMENTE PARA LA OBESIDAD:

- a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
30. SE SIENTE BIEN SIENDO UNA PERSONA OBESA:
- a) SI \_\_\_\_\_ b) NO \_\_\_\_\_
31. A QUE EDAD INICIO SU OBESIDAD: \_\_\_\_\_
32. INGRESO ECONOMICO: \$ \_\_\_\_\_ PER CAPITA \_\_\_\_\_

## DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORIZACION
DEPENDIENTES	////////////////////	////////////////////
I. OBESIDAD	2, 3, 4, 5	Aumento de peso corporal en 20%
INDEPENDIENTES	////////////////////	////////////////////
I. CULTURA	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	Influye 8-14 No influye 0-7
II. NEUROSIS	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30	Existe 6-9 No existe 0-5
III. NIVEL ECONOMICO	32	Bajo Medio Alto

## ANALISIS ESTADISTICO

1.  $O_i$  = Número de casos observados, clasificados en la categoría de "i".  
 $E_i$  = Número de casos esperados en la categoría de "i", -- conforme a la hipótesis nula (  $H_0$  ).  
 $O_i = 40$
2. Hipótesis. La neurosis, la cultura y el nivel económico influyen para perpetuar la obesidad.
3. - $H_0$ . La neurosis = obesidad (  $X = Y$  )  
 - $H_a$ . La neurosis  $\neq$  obesidad (  $X \neq Y$  )  
 - $H_0$ . La cultura = obesidad (  $X = Y$  )  
 - $H_a$ . La cultura  $\neq$  obesidad (  $X \neq Y$  )  
 - $H_0$ . Nivel económico = obesidad (  $X = Y$  )  
 - $H_a$ . Nivel económico  $\neq$  obesidad (  $X \neq Y$  )
4. Tipo de estudio. Unilateral con región de rechazo a la - derecha.
5. Nivel de significancia.  $\alpha = 0.05$
6. Prueba estadística:
  - a) La muestra es mayor de 20.
  - b) Variables nominales.
  - c) Número de grupos. uno
  - d) Número de categorías. Dos - Tres.
  - e) Grados de libertad. Uno - Dos.
  - f) Prueba estadística.  $\chi^2$  para una muestra.

- g) Coeficiente de confianza.  $\chi^2$  .
- h) Valor crítico de  $\chi^2$  es igual a. 2.71 y 4.60
- i) Criterios de rechazo. Si  $\chi^2$  experimental es igual o -  
menor de 2.71 y 4.60 se rechaza  $H_0$ .

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

CUADRO No. 1

No.	C U L T U R A		TOTAL
	INFLUYE	NO INFLUYE	
DE	20	20	
CASOS	27	13	40
40			

$$\chi^2 \text{ exp.} = 4.9$$



CUADRO No. 2

No.	NEUROSIS		TOTAL
	EXISTE	NO EXISTE	
DE	20	20	
CASOS	28	12	40
40			

$$\chi^2 \text{ exp.} = 6.4$$

CUADRO No. 3

No.	NIVEL ECONOMICO			TOTAL
	BAJO	MEDIO	ALTO	
DE	13.3	13.3	13.3	
CASOS	24	13	3	40
40				

$$\chi^2 \text{ exp.} = 16.5$$

## CUADRO No. 1

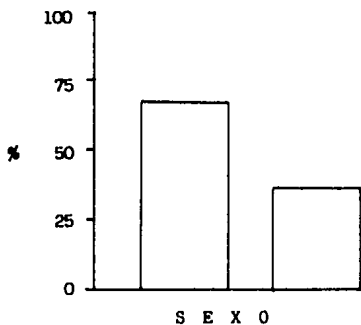
Frecuencia por sexo y porcentaje de obesidad en 40 pacientes ---  
 adultos de la consulta externa de Medicina Familiar del H.G.Z. -  
 No. 29 "Aragón" (del 15 de Agosto al 15 de Noviembre de 1986).

OBESIDAD	SEXO		TOTAL	%
	Fem.	Masc.		
20 %	13	5	18	45.0
Más 25 %	13	9	22	55.0
TOTAL	26	14	40	100.0

FUENTE: Encuesta directa.

## GRAFICA No. 1

Porcentaje de acuerdo al sexo de los 40 obesos adultos de la --- consulta externa de Medicina Familiar en el H.G.Z No. 29 , que participaron en el estudio (del 15 de Agosto al 15 de Noviembre de 1986).



FUENTE: Cuadro número 1.

sexo femenino

sexo masculino

CUADRO No. 2

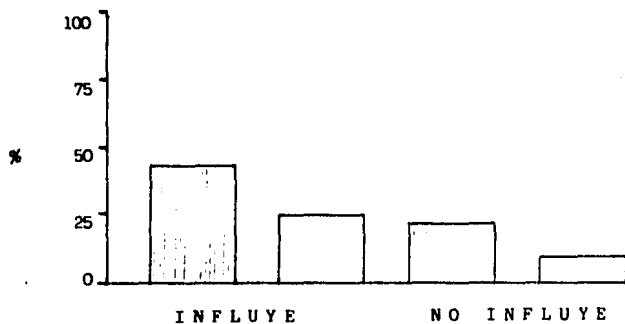
Relación entre la cultura y la obesidad en 40 pacientes adultos de la consulta externa de Medicina Familiar en el H.G.Z. No. 29 "Aragón" (del 15 de Agosto al 15 de Noviembre de 1986).

CULTURA GRADO OBESIDAD	INFLUYE				NO INFLUYE			
	F	%	M	%	F	%	M	%
20 %	7	17.5	5	12.5	6	15.0	1	2.5
MÁS 25 %	10	25.0	5	12.5	3	7.5	3	7.5
TOTAL	17	42.5	10	25.0	9	22.5	4	10.0


FUENTE: Encuesta directa.


## GRAFICA No. 2

Relación entre la cultura y la obesidad en 40 pacientes adultos de la consulta externa de Medicina Familiar en el H.G.Z. No. 29 (del 15 de Agosto al 15 de Noviembre de 1986).



FUENTE: Cuadro No. 2

 sexo femenino

 sexo masculino

CUADRO No. 3

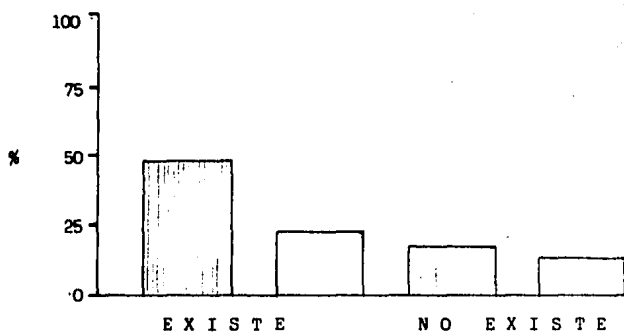
Relación entre la neurosis y obesidad en 40 pacientes adultos de la consulta externa de Medicina Familiar en el H.G.Z. No. 29 --- "Aragón" (del 15 de Agosto al 15 de Noviembre de 1986).

NEUROSIS GRADO OBESIDAD	EXISTE				NO EXISTE			
	F	%	M	%	F	%	M	%
20 %	9	22.5	3	7.5	5	12.5	4	10.0
Más 25 %	12	30.0	4	10.0	2	5.0	1	2.5
TOTAL	21	52.5	7	17.5	7	17.5	5	12.5

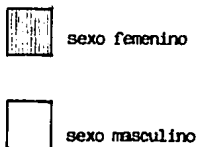
FUENTE: Encuesta directa.

## GRAFICA No. 3

Relación entre la neurosis y obesidad en 40 pacientes adultos de la consulta externa de Medicina Familiar en el H.G.Z. No. 29 --- (del 15 de Agosto al 15 de Noviembre de 1986).



FUENTE: Cuadro No. 3



## CUADRO No. 4

Relación entre el nivel económico y obesidad en 40 pacientes ---  
adultos de la consulta externa de Medicina Familiar en el H.G.Z.  
No. 29 "Aragón" (del 15 de Agosto al 15 de Noviembre de 1986).

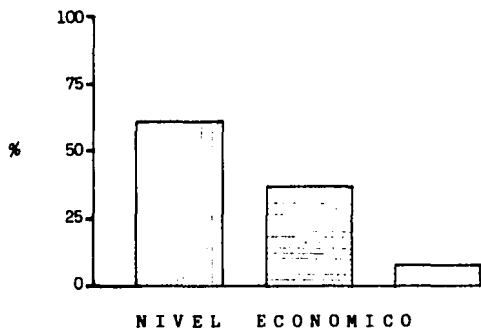
NIVEL ECONOMICO GRADO OBESIDAD	BAJO				MEDIO				ALTO			
	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%
20 %	6	15.0	3	7.5	3	7.5	1	2.5	1	2.5	2	5
Más 25 %	9	22.5	6	15.0	5	12.5	4	10.0	0	0.0	0	0.
TOTAL	15	37.5	9	22.5	8	20.0	5	12.5	1	2.5	2	5

FUENTE: Encuesta directa.



GRAFICA No. 4

Relación entre el nivel económico y la obesidad en 40 pacientes adultos de la consulta externa de Medicina Familiar en el H.G.Z. No. 29 (del 15 de Agosto al 15 de Noviembre de 1986).



FUENTE: Cuadro No. 4

 bajo

 medio

 alto

## RESUMEN DE RESULTADOS.

De acuerdo a los datos recopilados de cada una de las encuestas realizadas, encontramos los siguientes resultados: haciendo antes que nada la observación al inicio de cada uno de los capítulos de cuales fueron los parámetros que se tomaron para la clasificación de la cultura y el nivel económico

I. En cuanto a la cultura, hacemos la observación de que independientemente de las otras respuestas proporcionadas por los pacientes se consideró con nivel escolar bajo a quienes sólo cursaron la primaria o menos, encontrándose 17 casos (42.5%) de nivel escolar medio a quienes cursaron la secundaria y el bachillerato, siendo 14 pacientes (35%) los considerados en este grupo. Finalmente encontramos 9 casos (22.5%) de pacientes que refirieron haber cursado parcial o totalmente una carrera profesional considerándolos con un nivel académico alto

Por lo demás; en los hábitos alimenticios se encontró que sólo 11 pacientes (27.5%) tuvieron una alimentación que se puede considerar adecuada, y en los 29 restantes (72.5) se detectó sobre alimentación (en su mayoría a base de hidratos de carbono). En la actividad física -- sólo en 14 pacientes (35%) se reportó apropiada y en los

otros 26 (65%) se mostraron con hábitos de sedentarismo. Relacionado con el concepto de salud o enfermedad que tienen los pacientes de la obesidad, según la encuesta sólo en 7 casos (17.5%) no aceptaron conocer que era una enfermedad todos ellos englobados en los de más baja escolaridad; y los 33 restantes (82.5%), la reconocieron como una enfermedad que podía tener factores de riesgo para otros padecimientos.

Para finalizar se detectó que la cultura tiene una influencia en 27 pacientes (67.5%) en relación con la obesidad y en los otros 11 (32.5%) no se acumularon los puntos suficientes para considerarlos en el grupo de influencia.

(cuadro No. 2 y gráfica No. 2)

- II. La neurósis es un padecimiento que el individuo difícilmente reconoce o acepta en su persona, por lo tanto es un poco más difícil evaluarla pero según la encuesta se presentaron los siguientes resultados: Existe en 28 pacientes (70%) la neurosis como factor que perpetúa la obesidad de los cuales 21 (52.5%) son del sexo femenino y 7 (17.5%) son del sexo masculino, lo que da una relación de 3:1 sin dejar de considerar que en el estudio participaron 26 mujeres y 14 hombres

lo que nos hace tener esta relación con cierta reserva dado que lo ideal hubiera sido tomar 20 pacientes de cada sexo.— En los otros 12 pacientes (30%) no se demostró existencia — de neurosis en relación con la obesidad. (cuadro No. 3 y — gráfica No. 3).

- III. En función del nivel económico y su relación con obesidad — me permito aclarar que ante la dificultad para establecer— un verdadero nivel económico se tomó como parámetro si se— quiere un tanto arbitrario, el considerar de nivel económi— co bajo a quienes tuvieron un ingreso familiar mensual me— nor a los \$150,000.00; de nivel económico medio aquellos — cuyo ingreso está entre \$150,000.00; y \$300,000.00; final— mente de nivel económico alto a quienes aludieron más de — \$300,000.00 como ingreso mensual.

Citada la anterior observación encontramos que 24 pacientes (60%) son de nivel económico bajo; 13 pacientes (32.5%) son de nivel económico medio y que sólo 3 (7.5%) fueron conside— rados de nivel económico alto. De lo que deducimos que hay un inadecuado balance para la adquisición de alimentos nu— trientes, con una inclinación a la aceptación de los alimen— tos con alto contenido de hidratos de carbono y que son rela— tivamente más fáciles de obtener con el ingreso bajo que tie— nen la mayoría de estos pacientes y su familia (cuadro No. 4 y gráfica No. 4).

## COMENTARIO

De los resultados obtenidos en este estudio deducimos que los factores psicosociales son determinantes en la predisposición y en la persistencia de la obesidad.

Desde que el niño crece en un hogar donde se le enseña a tener ciertos hábitos y costumbres, además de que en determinadas circunstancias se ejerce una presión de tipo emocional que van acentuando el mensaje que se trasmite por la familia; y si agregamos que en su núcleo familiar se tiene un raquítrico poder adquisitivo; ésto hace que se vaya forjando una cultura que más tarde es casi imposible de modificar. Si durante su desarrollo persiste con éstos hábitos culturales deficientes llegará a ser un adulto que continuará ejerciendolos y los transmitirá a su descendencia continuando éste problema de generación en generación. Refiriendonos específicamente a la obesidad, el niño que crece con hábitos alimenticios deficientes, seña un adulto obeso con todas las complicaciones que esto puede acarrear y lógicamente las acciones cotidianas limitadas y su influencia en el ambito familiar.

Desafortunadamente en nuestro país existe ésta problemática de carencias en cuanto a la orientación dietética, y cuando la hay no se cuenta con los medios económicos suficientes, por lo que la obesidad de tipo simple socialmente es reflejo de cultura y capacidad económica.

La obesidad en nuestro medio se encuentra devaluada como entidad patológica, tanto por el paciente como por el médico mismo, re-

quiriendo una constancia por parte de todos para un mejor control desde la raíz de ésta enfermedad o sea actuando sobre los factores predisponentes en el individuo y en su familia.

El alto número de fracasos en el tratamiento de la obesidad nos obliga a hacer válido el aforismo médico "más vale prevenir que curar". Por ello somos partidarios de una amplia campaña de educación en materia de alimentación y nutrición, que debe comenzar en los primeros años de la escolaridad, unida a un fomento en la práctica del deporte. Solo comentamos estos puntos porque sería fantasioso el creer que se va a mejorar el problema económico en nuestro país, en donde los de abajo están cada vez más en el fondo, agravando sus carencias y limitaciones.

## BIBLIOGRAFIA

1. William R. H., TRATADO DE ENDOCRINOLOGIA. Ed. Interamericana Quinta Edición; 990-1003.
2. Harrison, PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. Ed. Mc Graw Hill, 10a. Edición 1986; 608-616.
3. Craddock, OBESIDAD. Ed. Marín, S.A. 1979; 13-120.
4. Jínich H., ASPECTOS PSICOSOMATICOS DE LA OBESIDAD. Gac. Méd. de Méx.; 1975; 110:35
5. Llamas R., LAS BASES METABOLICAS Y FISIOLOGICAS DE LA OBESIDAD, Gac. Méd. de Méx., 1978; 114:561
6. Fredd S. Ch., PSICHIC FACTOR IN THE DEVELOPMENT AND TREATMENT OF OBESITY. J.A.M.A., 1967; 133:369.
7. Bray GA., OBESITY IN AMERICA. Bray GA Ed. Washington DC DHEW Publ. No. (NIH), 1979; 4; 79-359
8. Bonati B., ASPETTI GENERALI DE L'OBESITA. Cairella J. Jacobelli A., Ed. Obesità Roma; 1980; 9-31.
9. Carmena R., CHANGES IN PLASMA HIGH-DENSITY LIPOPROTEINS AFTER BODY WEIGHT REDUCTION IN OBESE WOMEN. Int J. Obesity, 1984 8:135-140.
10. Bray GA., DEFINITION, MEASUREMENT AND CLASSIFICATION OF THE SYNDROMES OF OBESITY, Obesity, Londres, John Libbey, 1979; 1-14.
11. Editorial, METABOLIC OBESITY. Br. Med J., 1981; 282; 172-173
12. Horton E., ENERGY METABOLISM AND OBESITY. Baltimore, William and Wilkins. 1982; 29; 261-268.

13. **Carmena R., OBESIDAD, CLASIFICACION, DIAGNOSTICO Y MECANISMO PATOLOGICOS. Medicine (Madrid). 1981; 18; 37-50.**
14. **Newsholme EA. A POSIBLE METABOLIC BASIS FOR DE CONTROL OF BODY WEIGHT, N. Engl J Med, 1980; 302; 400-405.**
15. **Himms-Hagen J. THERMOGENESIS IN BROWN ADIPOSE TISSUE AS AN ENERGY BUFFER. IMPLICATIONS FOR OBESITY. N Engl J Med 1984; 311:1; 549-558.**
16. **Carmena R. TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD. Medicine (Madrid) 1981; 53-67**
17. **Tébar Massó FJ. LA OBESIDAD Y SU TRATAMIENTO. Madrid. Ed. Wander; 1984.**
18. **Wadden T. VERY LOW CALORIES DIETS: THEIR EFFICACY, SAFETY AND FUTURE. Ann Intern Med, 1983; 99; 675-684.**
19. **Howard AN. THE HISTORICAL DEVELOPMENT, EFFICACY AND SAFETY OF VERY LOW CALORIC DIETS. In J Obes, 1981; 18; 168-195**
20. **Bray GA. LA OBESIDAD II. TRATAMIENTO DM, 1980; 1-3**
21. **Méndez R.I. et al., EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION: LINEAMIENTOS GENERALES PARA SU ELABORACION Y ANALISIS. 1a. Ed. 1984.**
22. **Portilla E. Ch., ESTADISTICA. 1a. Ed. 1980. Nueva Editorial Interamericana.**
23. **L.C. Kolb. TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS VISCERALES Y DEL SNC. Obesidad. Ed. La Prensa Médica Mexicana; 6a. /Edición; 565-569.**
24. **Ramón García-Pelayo. Diccionario Ilustrado Larousse Ed. Larousse. 6a. Edición 1985.**