

11226

125



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
 GENERACION 1979 - 1981  
 HERMOSILLO, SON

TESIS RECEPCIONAL  
 PERFIL DEL PACIENTE OBESO

*Vebo*  
 Dr. José Felipe Carrillo Martínez  
 Clave: CS-1358

SUSTENTAN:

DR. CARLOS BENJAMIN MIER PECINA

DR. FRANCISCO JOSE ALATORRE HUERTA

DR RICARDO PAREDES DORAME

DR GONZALO GUTIERREZ BARRAGAN

Dpto. de Enseñanza I. M. S. S.  
 Hermosillo, Sonora

2002

*R. Ortiz*  
 DR. AUSENCIO ROGELIO ORTIZ AGOSTA

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



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.



U N I V E R S I D A D N A C I O N A L  
A U T O N O M A D E M E X I C O

I N S T I T U T O M E X I C A N O D E L S E G U R O S O C I A L

R E S I D E N C I A D E M E D I C I N A F A M I L I A R  
G E N E R A C I O N 1 9 7 9 - 1 9 8 1

" P E R F I L D E L P A C I E N T E O B E S O "

T E S I S R E C E P C I O N A L , P A R A O B T E N E R E L  
G R A D O D E E S P E C I A L I D A D E N M E D I C I N A  
F A M I L I A R :

S U S T E N T A N

D r . C A R L O S B E N J A M I N M I E R P E C I N A  
D r . G O N Z A L O G U T I E R R E Z B A R R A G A N  
D r . R I C A R D O P A R E D E S D O R A M E  
D r . F R A N C I S C O J O S E A L A T O R R E H U E R T A

A S E S O R :

D R . J O S E F E L I P E C A R R I L L O M A R T I N E Z  
J E F E D E E N S E Ñ A N Z A E I N V E S T I G A C I O N  
C . H . T 1 - 2 H E R M O S I L L O , S O N O R A .

Al momento de dedicar, nos olvidamos de alguien muy importante: Nuestros pacientes, a ellos con respeto.

CARLOS BENJAMIN MIER PECINA.

A mi esposa que con su confianza y cariño, me ha brindado gran ayuda.

RICARDO PAREDES DORAME.

A mis padres que con su ejemplo han sido la luz de mi camino, a mi esposa e hijo que son ahora la razón para seguir en él.

FRANCISCO JOSÉ ALATORRE HUERTA.

A Rosenda y Gonzalo, pilares de mi existencia, a mis padres, Guillermo y Rosa Maria que siempre confiaron en mí, A mi tío Gonza, Cata y Cristi, a mis padrinos Tofio y Neto y a mis hermanos que me apoyaron siempre.

GONZALO GUTIERREZ BARRAGAN.

## I N D I C E

INTRODUCCION .....	1
OBJETIVOS .....	5
MATERIAL Y METODOS .....	6
RESULTADOS .....	14-A
DISCUSION .....	38
CONCLUSIONES .....	44
RECOMENDACIONES .....	46
BIBLIOGRAFIA .....	47

## I N T R O D U C C I O N

Mientras hay millones de seres humanos del tercer mundo que mueren de hambre, otros millones de los países occidentales comen de - demasiado realizan muy poco ejercicio físico y se exponen a una muerte más temprana que la que en realidad les correspondería, a causa de las enfermedades producidas directa o indirectamente por la obesidad.

Existen múltiples definiciones de obesidad, pero en la actualidad una de las más aceptadas es que, hay obesidad cuando el peso del paciente excede de un 10% de su peso teórico ideal para su talla. Las Metropolitan Life Insurance Tables, señalan que, el diagnóstico clínico de obesidad raras veces se presta a dudas cuando el sobrepeso excede a la cifra antes mencionada.

La obesidad suele ser principalmente de las clases opulentas, donde existe una importante ingestión de alimentos refinados principalmente a base de hidratos de carbono y grasas procedentes de animales obesos y al mismo tiempo con escaso ejercicio físico.

Las presiones sociales condicionan que la obesidad sea más frecuente entre los ricos de las naciones pobres y en los pobres de las naciones ricas. No sólo los hábitos sociales de la civilización occidental condicionan a las personas ya desde su nacimiento a comer alimentos manufacturados y refinados más como placer, que para satisfacer el hambre, ya que estos alimentos se dan como premio o se niegan como castigo en los primeros años de la vida, de modo que, el hábito de comer por placer se inicia desde la primera infancia. Mullins en 1958, encontró que la mitad de los adultos obesos afirmaban que su obesidad se inicio en la primera etapa de la vida.

Existen tendencias familiares indiscutibles, pues en varias series de

pacientes obesos se observó una mayor incidencia de obesidad en las madres, padres y hermanos en comparación con testigos normales.

Existen multiplicidad de factores que nos conducen hacia la obesidad y entre ellos los que nos parecen más sobresalientes entre otros, son los sociales como lo ilustra Goldblatt y Colbs. en 1965, en un estudio en el Distrito Central de Manhattan N.Y., encontraron el 5% de mujeres de la clase alta y el 30% de la clase baja eran obesas, las tendencias en los hombres eran similares pero no tan notables.

En cuanto a hábitos alimentarios, la mayoría de las personas en su vida cotidiana comen a unas horas regulares y no cuando sienten hambre, los obesos exageran este hábito potencializados por la propaganda comercial que estimula el consumo de alimentos más como placer que por necesidad.

Los no fumadores pesan más que los fumadores y éstos últimos cuando dejan de fumar aumentan el peso. Khosla y Lowe en 1971, estudiaron más de 10,000 metalúrgicos Galeses y observaron que los hombres de más de 40 años que nunca habían fumado pesaban, por término medio, 5.9 Kg. más que los fumadores, y que los ex-fumadores que habían dejado de fumar unos ocho años antes se aproximaban en peso corporal a los no fumadores de la misma edad.

La mayoría de las personas obesas no presentan ningún factor psicológico evidente que influya sobre su tendencia a la obesidad, muchas de ellas, comen más en condiciones de insignificantes estados de stress propios de la vida cotidiana, del mismo modo que otras personas o ellas mismas, en semejantes circunstancias, fuman, beben alcohol o té o se muerden las uñas.

Los obesos suelen ser personas hipersensibles, cuya reacción ante la vida es más pasiva que activa, presentan una tendencia genética a aumentar fácilmente de peso, muchas de estas personas no se toman la molestia por diversas razones, de consultar con su médico sobre el problema del exceso de peso, pues no se encuentran disgustadas por su obesidad ni se preocupan demasiado por su aspecto para someterse a un severo régimen dietético, sino que, comen con exceso en lugar de sentirse deprimidas o neuróticas, y esto constituye para ellas un compromiso, hasta cierto punto lógico.

Actitud del obeso ante la obesidad; hay pocos obesos que hablan libremente a los demás acerca de sus propios sentimientos sobre el exceso de peso, Stunkard observó, que varios obesos consideraban asqueroso su cuerpo, y que las demás personas sentían hacia ellos hostilidad y desprecio, muchos temen que nadie les hará caso como compañero sexual, todo esto, es favorecido por las burlas de otras personas que toman al obeso como una figura cómica, perezoso o glotón.

Por otro lado, desde el punto de vista médico, el paciente obeso tiene grandes dificultades tanto de diagnóstico como de tratamiento (la exploración física es más difícil, impide lograr una buena interpretación de las placas radiográficas, en el tratamiento quirúrgico y/o obstétrico aumenta el grado de dificultad, y así podemos enumerar una infinidad de detalles más).

En Londres, Solvestone en 1969, pesó y midió el 77% de un grupo que representaba la quinta parte de adultos que acudían a dos consultorios, encontrando que el 52% de los hombres y el 50% de las mujeres, presentaban un exceso de peso de más del 19%, por otra parte, Beard y cols. en un estudio de 1334 personas habitantes de Richmond Inglaterra,

en 1974, encontró un exceso de peso en el 37% de los hombres y el 36% de las mujeres, lo cual representaba, en conjunto, el 36% de un décimo de los pacientes visitados en 19 consultorios.

En nuestra Clínica no tenemos cifras confiables de la incidencia de pacientes obesos que acuden a consulta, éstos generalmente no acuden por su obesidad, sino por otra causa que, en su mayoría, son padecimientos que pudieron ser condicionados por la obesidad misma. El médico por lo general le indica una dieta y otras medidas tendientes a reducir de peso, y aún, los que acuden por la obesidad y son tratados de manera conjunta con el especialista (endocrinólogo), en un alto porcentaje abandonan el tratamiento, y es frecuente observar un incremento ponderal en las visitas de control.

En resumen, existen multiplicidad de factores condicionantes y etiológicos que dan como resultado la obesidad, lo que nos llama más la atención, es que, a pesar de conocer perfectamente que es un condicionante muy eficaz para la instalación de un sinnúmero de patologías (cardiovasculares, endócrinas, musculoesqueléticas, etc.) que acortan la expectativa de vida y mientras la tengan, soporten una amplia variedad de sintomatología ocasionada por el sobrepeso y/o por las patologías agregadas, además de las dificultades para su desarrollo en su medio familiar y social, no existen en la actualidad medios suficientes y adecuados para hacer algo al respecto.

Por lo anterior, creemos necesario mostrar algunos factores económicos, sociales y médicos de los pacientes obesos que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la Clínica Hospital T1-2 de Hermosillo Soñora, para tener un elemento más en el difícil manejo del paciente obeso.

## O B J E T I V O S

- 1.- Conocer la incidencia de pacientes obesos que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la Clínica Hospital T1-2 de Hermosillo, Sonora..
  
- 2.- Conocer algunas de las características más importantes des de el punto de vista socioeconómico y cultural de dichos pacientes..
  
- 3.- Conocer las causas más frecuentes por lo que acuden a consulta los pacientes obesos.
  
- 4.- Conocer las enfermedades concomitantes de los pacientes obesos que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La investigación se efectuó en la Clínica Hospital T1-2 de Hermosillo Sonora, en un estudio tipo descriptivo, se seleccionaron al azar cuatro consultorios de consulta externa de Medicina Familiar, donde los cuatro investigadores midieron y pesaron todos los pacientes que acudieron a consulta, tomando para el estudio aquéllos que según la fórmula de Lorentz, presentaban un sobrepeso mayor al 10% con relación al peso ideal, aplicándoles un cuestionario dirigido por los investigadores. (ver apéndice).

## Criterios de inclusión:

- Ambos sexos
- Mayores de 15 años
- Obesidad exógena (descartándola clínicamente de endocrinopatías, en las que generalmente van acompañadas de otros síntomas como Mxedema, atrofia muscular etc.)

## Criterios de exclusión:

- Obesidad endógena
- Embarazo
- Todos aquéllos pacientes que presenten más del 10% del peso corporal y que clínicamente sea debido a edema ó a Hipertrofia muscular.

1.- EDAD

2.- SEXO

3.- OBESIDAD: Existe obesidad cuando, el peso excede del 10% calculado como normal para la talla, a expensas del tejido adiposo.

Indicadores:

Peso.- Se medirá con el mínimo de ropa posible y sin zapatos, se expresará en gramos.

Talla.- Se medirá sin zapatos, se expresará en centímetros. (El peso ideal se calcula según la fórmula de Lorentz):

$$\text{Peso ideal} = a \text{ Talla} - 100 - \frac{\text{Talla} - 150}{4}$$

Unidades de medida:

Obesidad Grado I.- Cuando excede del 10-19% del peso ideal.

Obesidad Grado II.- Cuando excede del 20-29% del peso ideal.

Obesidad Grado III.- Cuando excede del 30-39% del peso ideal.

Obesidad Grado IV.- Cuando excede del 40% y + del peso ideal.

4.. TENSION ARTERIAL .-

Indicadores:

Toma de la Tensión Arterial por método auscultatorio con esfigmomanómetro, con el paciente sentado, registrando la primera y la quinta fase de los ruidos de Korotkóff; correspondientes a la Tensión Arterial sistolo-diastólica.

Unidades de medida:

Grado 0.- Tensión diastólica por abajo de 90 mm Hg.

Grado I.- Tensión diastólica de 91 a 100 mm Hg.

Grado II.- Tensión diastólica de 101 a 110 mm Hg.

Grado III.- Tensión diastólica de 110 y + ..

5.- ESTADO CIVIL.- Condición de un individuo en lo que toca en sus relaciones con la sociedad

Indicadores:

Soltero.- Cuando no está unido legalmente.

Casado.- Cuando está unido legalmente.

Viudo.- Cuando uno de los dos cónyuge ha muerto.

Divorciado.- Cuando ha estado casado y se ha separado legalmente.

Unión libre.- Cuando viven unidos pero no legalmente.

Separados.- Cuando están unidos legalmente pero no viven juntos.

6.- ESCOLARIDAD.- Procedimiento mediante el cual el individuo adquiere enseñanza o instrucción académica.

Indicadores:

Analfabeta.

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta.

Secundaria completa.

Preparatoria o equivalente incompleta

Preparatoria o equivalente completa.

Profesional incompleta

Profesional completa.

7.- OCUPACION:- Actividad racional del hombre encaminada a la incorporación de utilidades a su casa.

## Indicadores

Sedentaria.- Actividad física mínima.

Moderadamente activa.- Actividad física moderada.

Dinámica.- Que desarrolla gran actividad física.

8.- INGRESO MENSUAL PER CAPITA: Total del ingreso familiar mensual dividido entre el número de sus miembros.

## Indicadores:

Menos de \$ 1000.

De \$ 1001 a 2000.

De \$ 2001 a 3000.

De \$ 3001 y más .

9.- TRANSPORTE: Modo por el cual el sujeto se desplaza de un lugar a otro.

## Indicadores:

Automóvil propio.

Motocicleta.

Bicicleta.

Transporte urbano.

Taxi.

A Pié.

Otros.

10.- MEDIO AMBIENTE: Característica geográficas en relación a las fuentes de abastecimiento, accesibilidad a los alimentos y medios de conservación.

Indicadores:

-Lugar de residencia.

Unidades de medida:

Urbana.

Sub-urbana

Rural.

-Elemento de conservación..

Unidad de medida:

Refrigerador..

11.-DEPORTE: Ejercicio físico sometido a ciertas reglas, que por lo general es al aire libre.

Indicadores:

Tipo de Deporte.

12.-ALCOHOLISMO: Es una enfermedad crónica, caracterizada por la ingestión repetida y excesiva de alcohol, que interfiere con todos los aspectos de la vida del bebedor.

Indicadores:

Frecuencia y cantidad..

Unidades de medida:

+ toma ocasionalmente

++ toma una o varias copas diariamente y/o ocasionalmente llega a la embriaguez.

+++ se intoxica frecuentemente (una vez o más por semana)

++++ Dependencia.

## 13.- TABAQUISMO.-

Indicadores:

Cantidad.- Número de cigarrillos fumados al día.

Unidades de medida:

+ De 1 a 9 cigarrillos por día.

++ De 10 a 19 cigarrillos por día.

+++ De 20 a 39 cigarrillos por día.

++++ 40 y más cigarrillos por día.

14.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE OBESIDAD: Los familiares del paciente obeso, que a su juicio (subjetivo), tomándose en cuenta a sí mismo, ó la talla del familiar (como referente empírico), sean obesos.

Indicadores:

Antecedentes familiares primarios. Abuelos, Padres, Hermanos e Hijos.

Antecedentes familiares secundarios. Tíos, primos, etc.

Antecedentes familiares mixtos. Ambos.

15.- ANTECEDENTES PERSONALES DE OBESIDAD: Cuando el paciente ha tenido antecedentes previos de obesidad.

Indicadores:

Antecedente personal de obesidad.

Edad de inicio de obesidad.

## 16.- ALIMENTACION.--

Indicadores:

- Dieta Semanal. Se toma como referencia la alimentación de los 7 días anteriores al día de la encuesta, si no existiera sucesos extraordinarios en ella.

Unidades de medida:

Carnes.

Leche y/o huevos.

Harinas.

Verduras.

Azúcares refinados.

Granos.

- Grasa usada para cocinar.

Unidades de medida:

Vegetal.

Animal.

- Número de comidas al día.- Número de comidas formales que realiza una persona al día.

- Ingesta de alimentos entre comidas.

Unidades de medida.

SI

NO

Siempre

Ocasionalmente

- 17.- RELACION MEDICO PACIENTE: Se refiere a la participación del médico como indicador del problema que representa

la obesidad, practicando a la vez, un examen clínico integral y otorgando un manejo.

Indicadores:

- Información.- Consiste en dar a conocer, por parte del médico a su paciente obeso, en que consiste la obesidad y las consecuencias de ésta.

Unidades de Medida:

Orientación.

Comprensión.

- Manejo.- El médico en base a un estudio practicado, en forma individual, decide el tratamiento a seguir.

Unidades de medida:

Dieta individual.

Dieta General.

Fármacos.

Otros medios.

Ejercicio.

Manejo conjunto con especialista.

- Continuidad.- Básicamente, es el control subsecuente del paciente obeso, mediante un período de tiempo establecido.

Unidades de medida:

Sin citas .

Citas en menos de 30 días de intervalo.

Citas en más de 30 días de intervalo.

18.- ACTITUD ANTE LA OBESIDAD: Concepción propia del paciente ante su padecimiento.

Indicadores:

Conceptualización de obesidad como enfermedad.

*Conocimiento de obesidad como condicionante de enfermedades.*

Problémática ocasionada por el exceso de peso.

Interés en bajar de peso.

Constancia en las indicaciones médica.

19.- APOYO FAMILIAR: Disposición familiar, para el apoyo de las indicaciones dietéticas, sea mediante la elaboración de los alimentos bajo el régimen dietético indicado o mediante la vigilancia y reforzamiento de los logros.

Indicador:

Apoyo familiar.

20.- CAUSAS DE CONSULTA.-

21.- ENFERMEDADES CONCOMITANTES.-

UNIVERSO DE TRABAJO.  
C.H.T1-2, HERMOSILLO SON. 1980..

Consultas otorgadas	No.	%
Menores de 15 años	434	35.39
Embarazadas	159	12.96
Obesidad Endogena	6	.48
No aceptaron	8	.65
Obesos encuestados	180	14.68
Repetidos	50	4.07
Mayores de 15 años normales	389	31.72
TOTAL	1226	99.95

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 1 y 2

EDAD Y SEXO

C.H. T1-2 HERMOSILLO, Son.

1980

EDAD	FEMENINOS		MASCULINOS	
	No.	%	No.	%
15-24	11	8.46	4	8.0
25-34	36	27.69	15	30.0
35-44	26	20.0	15	30.0
45-54	26	20.0	5	10.0
55 y +	31	23.84	11	22.0
TOTALES	130	99.99	50	100.0

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 3

OBESIDAD  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON.  
1980

GRADO	No.	%
GRADO I	34	18.8%
GRADO II	42	23.3%
GRADO III	31	17.2%
GRADO IV	73	40.5%
T O T A L	180	99.8%

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 4

TENSION ARTERIAL  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON.  
1980

GRADO	No.	%
GRADO 0	127	70.55%
GRADO I	31	17.22%
GRADO II	18	10.00%
GRADO III	4	2.22%
T O T A L	180	99.99%

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 5  
ESTADO CIVIL  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON.  
1980

ESTADO CIVIL	No.	%
SOLTEROS	20	11.11 %
CASADOS	137	75.11 %
VIUDOS	10	5.55 %
DIVORCIADOS	1	0.55 %
UNION LIBRE	12	6.66 %
SEPARADOS	0	0.00 %
T O T A L	180	99.98 %

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 6

## ESCOLARIDAD

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON.

1980

ESCOLARIDAD	No.	%
ANALFABETA	16	8.88
PRIMARIA INC.	70	38.88
PRIMARIA COMP.	39	21.65
SECUNDARIA INC.	16	8.88
SECUNDARIA COM.	24	13.33
PREPARATORIA INC.	5	2.77
PREPARATORIA COM.	1	0.55
PROFESIONAL INC.	2	1.11
PROFESIONAL COM.	7	3.88
T O T A L	180	99.94

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 7

## OCUPACION

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON.

1980

OCUPACION	No.	%
SEDENTARIA	50	27.77
MODERADAMENTE ACTIVA	109	60.55
DINAMICA	21	11.66
T O T A L	180	99.98

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 8

## INGRESO PERCAPITA MENSUAL

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON.

1980

INGRESO PER-CAPITA	No.	%
MENOS DE \$ 1000	75	41.66
DE \$ 1001 a 2000	48	26.66
DE \$ 2001 a 3000	28	15.55
MAS DE \$ 3000	29	16.11
T O T A L	180	99.98

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 9

## TRANSPORTE

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON.

1980

MEDIO	No.	%
CARRO PROPIO	35	19.44
MOTOCICLETA	5	2.77
BICICLETA	0	0
TRANSP. URBANO	129	71.66
TAXI	1	0.55
A PIE	9	5
OTROS	1	0.55
T O T A L	180	99.97

FUENTE: Encuesta directa.

MEDIO AMBIENTE  
 C.H. T1- 2 HERMOSILLO, SON.  
 1980

Fig. 10 (A)  
 LUGAR DE RESIDENCIA

RESIDENCIA	No.	%
URBANA	157	87.22
SUB-URBANA	19	10.55
RURAL	4	2.22
T O T A L	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 10 (B)  
 MEDIO DE CONSERVACION DE ALIMENTOS

REFRIGERADOR	No.	%
SI	164	91.1
NO	16	8.8
T O T A L	180	99.9

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 11  
DEPORTE  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON.  
1980

DEPORTE	No .	%
SI	16	8.80
NO	164	91.11
T O T A L	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 12 (A)

## ALCOHOLISMO

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON.

1980

ALCOHOLISMO	No.	%
SI	46	25.55
NO	134	74.44
T O T A L	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 12 (B)

INTENSIDAD	No.	%
+	29	63.05
++	13	28.26
+++	4	8.69
++++	0	0
T O T A L	46	100

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 13 (A)

## TABAQUISMO

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON.

1990

TABAQUISMO	No.	%
SI	46	25.56
NO	134	74.44
T O T A L	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 13 (B)

INTENSIDAD	No.	%
+	28	60.86
++	11	23.91
+++	6	13.04
++++	1	2.17
T O T A L	46	99.98

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 14 (A)

ANTECEDENTES FAMILIARES DE OBESIDAD  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

ANT. FAMILIARES	No.	%
SI	146	81.11
NO	34	18.88
T O T A L	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 14 (B)

TIPO	No.	%
PRIMARIO	98	67.12
SECUNDARIO	16	10.95
MIXTOS	32	21.91
T O T A L	146	99.98

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 15 (A)

ANTECEDENTES PERSONALES DE OBESIDAD  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

ANT. PERSONAL	No.	%
SI	82	45.55
NO	98	54.44
T O T A L	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 15 (B)

EDAD DE INICIO DE OBESIDAD  
CON RELACION AL SEXO  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

EDAD EN AÑOS	FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%
0 a 9	30	23.07	15	30
10 a 19	16	12.30	4	8
20 a 29	47	36.15	14	28
30 a 39	13	10	11	22
40 a 49	20	15.38	4	8
50 a 59	4	3.07	0	0
60 y Más	0	0	2	4
T O T A L	130	99.97	50	100

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 16 (A)  
 DISTRIBUCION DEL CONSUMO  
 ALIMENTARIO SEMANAL  
 C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

TIPO DE ALIMENTO	DIAS DE LA SEMANA								TOTAL
	0	1	2	3	4	5	6	7	
CARNES	7	11	47	34	30	8	3	40	180
%	3.8	5.5	26.1	18.8	16.6	4.4	1.6	22.2	99.4
LECHE Y/O HUEVOS	4	0	5	9	6	2	3	151	180
%	2.2	0	2.7	5	6.3	1.1	1.6	83.8	99.9
HARINAS	2	1	5	3	3	0	6	160	180
%	1.1	.5	2.5	1.6	1.6	0	3.3	88.8	99.6
VERDURAS	6	19	13	36	23	14	6	63	180
%	3.3	10.5	7.2	20	12.7	7.7	3.3	35	99.4
AZUCARES REFINADOS	12	2	6	6	6	0	0	148	180
%	6.6	1.1	3.3	3.3	3.3	0	0	82.2	99.9
GRANOS	10	5	5	4	4	8	19	125	180
%	5.5	2.7	2.7	2.2	2.2	4.4	10.5	69.6	99.9

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 16(B)

TIPO DE GRASA UTILIZADA EN LA  
PREPARACION DE LOS ALIMENTOS.

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

TIPO	No.	%
VEGETAL	130	72.22
ANIMAL	50	27.77
TOTAL	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 16 (C)

NUMERO DE COMIDAS AL DIA

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON

1980

No. COMIDAS	No.	%
1	10	5.55
2	19	10.55
3	151	83.88
TOTAL	180	99.98

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 16 (D)

RELACION Y FRECUENCIA DE  
INGESTA DE ALIMENTOS ENTRE  
COMIDAS.

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

COMEN ENTRE COMIDAS	No.	%
SI	125	69.44
NO	55	30.55
TOTAL	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 16(E)

FRECUENCIA	No.	%
SIEMPRE	79	63.20
OCASIONAL	46	36.80
TOTAL	125	100

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 17 (A)

ORIENTACION MEDICA SOBRE EL  
PROBLEMA DE LA OBESIDAD.

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

ORIENTACION	No.	%
SI	77	42.77
NO	103	57.22
TOTAL	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 17 (B)

COMPRESION DE LA ORIENTACION  
MEDICA POR EL ENCUESTADO

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

COMPRESION	No.	%
CLARA	40	51.94
DUDDSA	19	24.67
INCOMPRESIBLE	18	23.37
TOTAL	77	99.98

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 17(C)

MANEJO DIETETICO DEL PACIENTE OBESO

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

DIETA	No.	%
SI	87	48.33
NO	93	51.66
TOTAL	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 17 (D)

INDIVIDUALIZACION EN EL MANEJO

DIETETICO DEL PACIENTE OBESO

C.H.T1-2 HERMOSILLO, SON 1980

MANEJO DIETETICO	No..	%
INDIVIDUAL\	17	19.54
GENERAL	70	80.45
TOTAL	87	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 17 (E)

MANEJO DEL PACIENTE OBESO

MEDIANTE FARMACOS.

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

MANEJO	No.	%
SI	6	7.79
NO	71	92.20
TOTAL	77	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 17 (F)

OTRAS MEDIDAS PARA REDUCCION

DE PESO.

C.H.T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

MEDIOS	No.	%
SI	5	5.74
NO	82	94.25
TOTAL	87	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 17 (G)

MANEJO DEL PACIENTE OBESO EN  
FORMA CONJUNTA CON ESPECIALISTA.  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980.

MANEJO CONJUNTO	No.	%
SI	15	19.48
NO	62	80.51
TOTAL	77	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 17 (H)

CONTINUIDAD EN EL MANEJO DEL  
PACIENTE OBESO.  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

CITAS	No.	%
NO CITADO	59	67.81
CITA - 30 DIAS	8	9.19
CITA + 30 DIAS	20	22.98
TOTAL	87	99.98

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 18 (A)

## CONCEPTUALIZACION DE OBESIDAD

## COMO ENFERMEDAD

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980.

CONCEPTO	No.	%
SI	96	53.33
NO	84	46.66
TOTAL	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 18 (B)

## CONOCIMIENTO DE OBESIDAD COMO

## CONDICIONANTE DE ENFERMEDAD

C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

CONOCIMIENTO	No.	%
SI	118	65.55
NO	62	34.44
TOTAL	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 18 (C)

PROBLEMAS EN LA ACTIVIDAD DIARIA  
OCASIONADA POR EL EXCESO DE PESO.  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980.

PROBLEMAS	No.	%
SI	76	42.22
NO	74	41.11
OCASIONALES	30	16.66
TOTAL	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 18 (D)

INTERES EN BAJAR DE PESO  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980

INTERES	No.	%
SI	146	81.11
NO	34	18.88
TOTAL	180	99.99

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 18 (E)

RESPONSABILIDAD Y CONCIENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES MEDICAS.  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980.

CUMPLIMIENTO	No.	%
SI	20	22.98
NO	29	33.33
OCASIONAL	38	43.67
TOTAL	87	99.98

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 19

APOYO FAMILIAR PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES MEDICAS.  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980.

APOYO	No.	%
SI	20	22.98
NO	67	77.00
TOTAL	87	99.98

FUENTE: Encuesta directa.

Fig. 20

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980.

ENFERMEDADES	No.
CIRCULATORIO	40
MUSCULOESQUELETICO	34
DIGESTIVO	21
INFECCIONES	18
ENDOCRINAS	16

FUENTE: Encuesta directa.

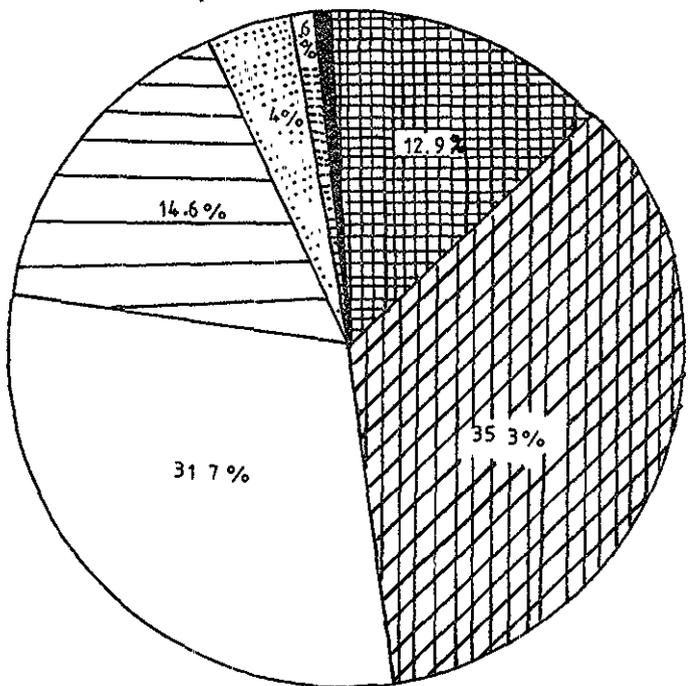
Fig. 21

PRINCIPALES ENFERMEDADES CONCOMITANTES  
C.H. T1-2 HERMOSILLO, SON. 1980.

ENFERMEDADES	No.
HIPERTENSION ARTERIAL	45
DIABETES MELLITUS	22
ARTICULARES DEGENERATIVAS	21
ANGOR PECTORIS	9
ARTERIOESCLEROSIS	5

FUENTE: Encuesta directa.

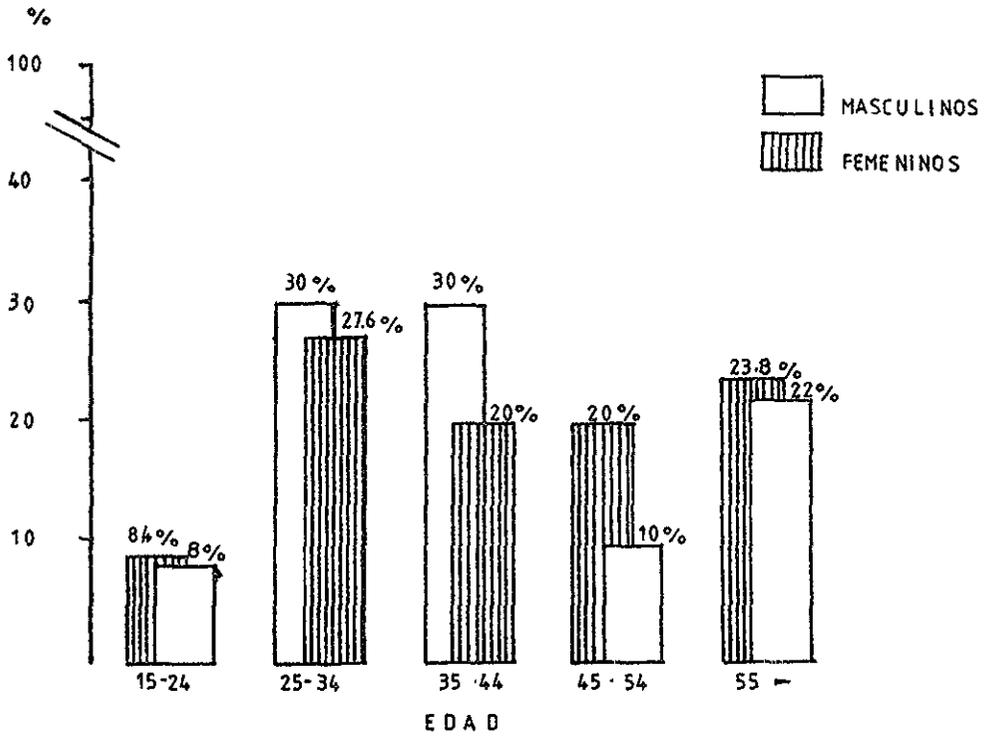
UNIVERSO DE TRABAJO  
C H T 1-2 HERMOSILLO SON



-  - 15 AÑOS
-  EMBARAZADAS
-  OBESIDAD ENDOGENA
-  NO ACEPTARON
-  REPETIDOS
-  ENCUESTADOS
- 

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

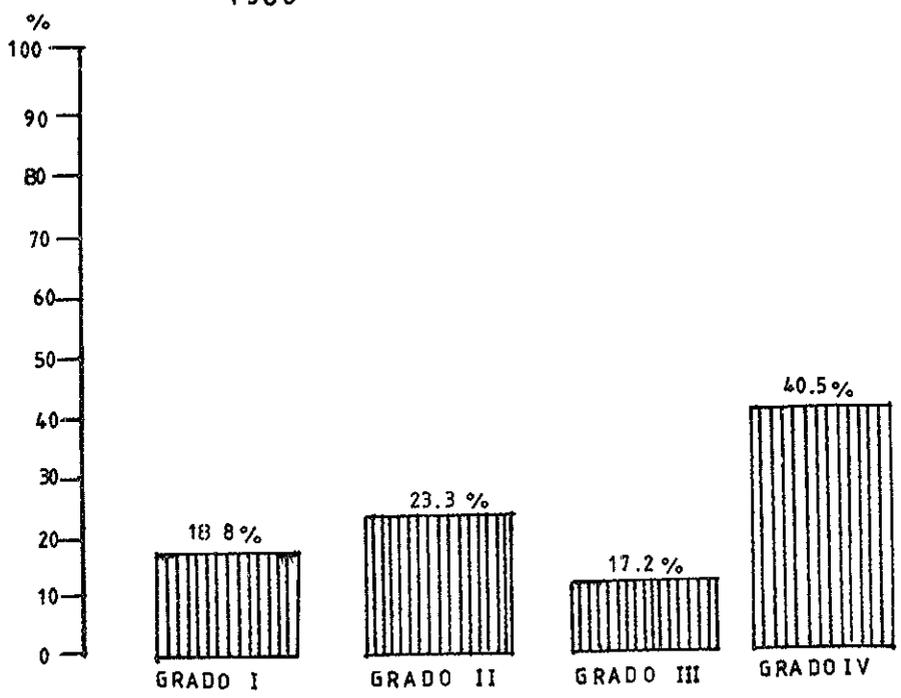
EDAD Y SEXO  
C.H T1-2 HERMOSILLO SON  
1980



FUENTE: Encuesta directa

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

OBESIDAD  
C.H.T1-2 HERMOSILLO SON  
1980



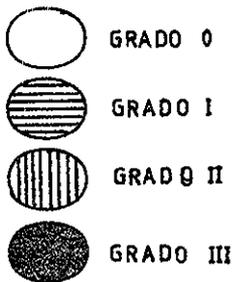
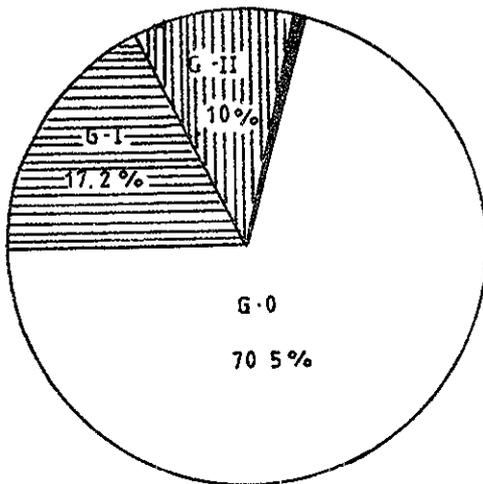
FUENTE: Encuesta directa

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TENSION ARTERIAL

C H T1-2 HERMOSILLO SON .

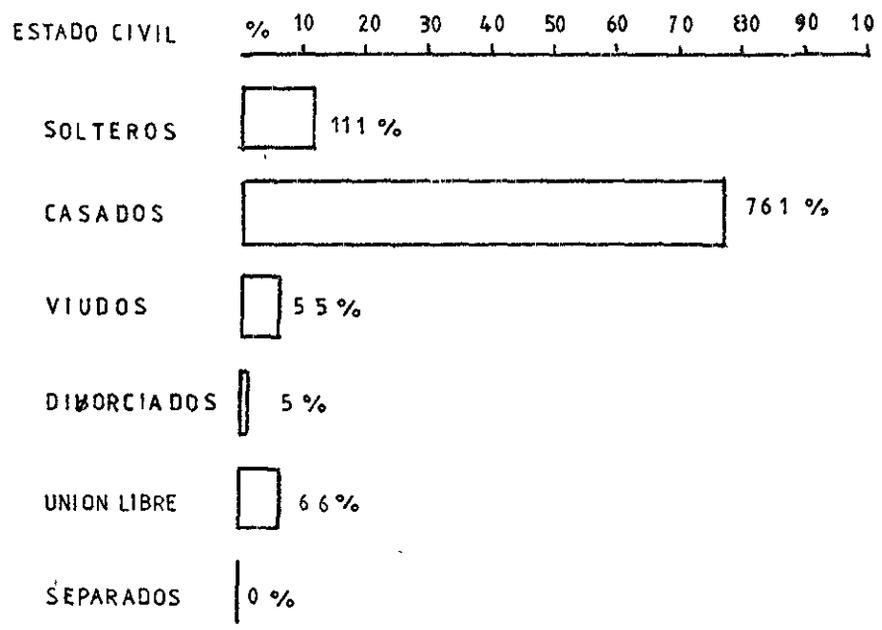
1980



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

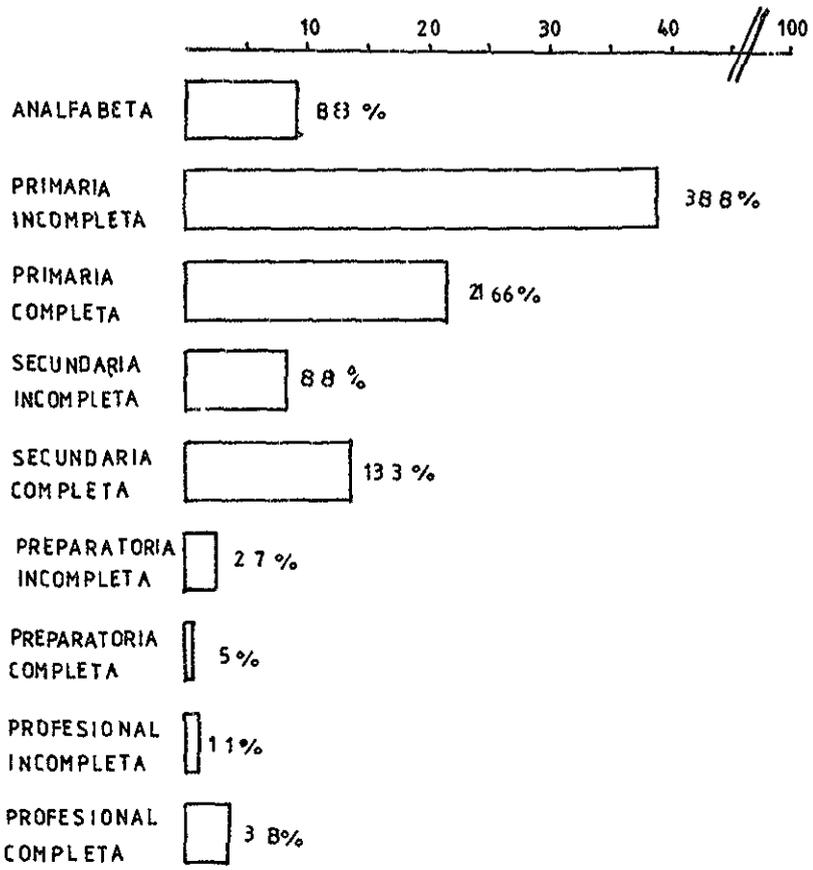
ESTADO CIVIL  
C.H.T1-2 HERMOSILLO SON.  
1980



FUENTE: Encuesta directa

### ESCOLARIDAD

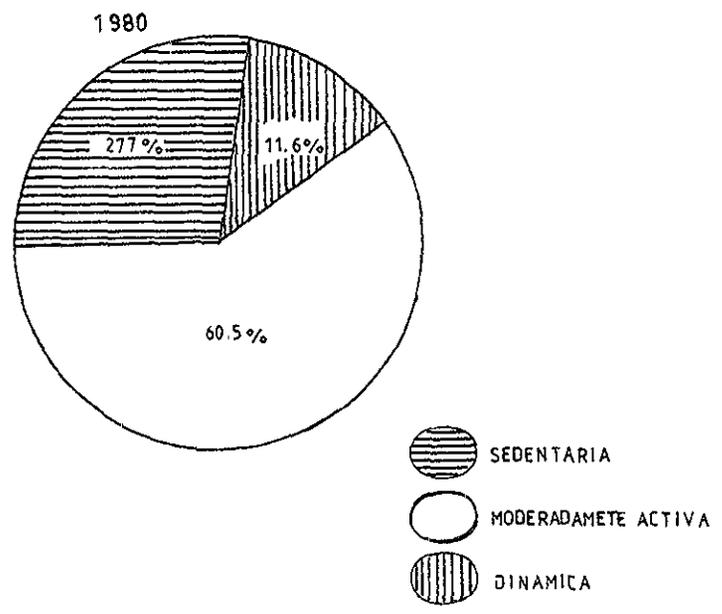
C.H. T1-2 HERMOSILLO SON  
1980



FUENTE: Encuesta directa

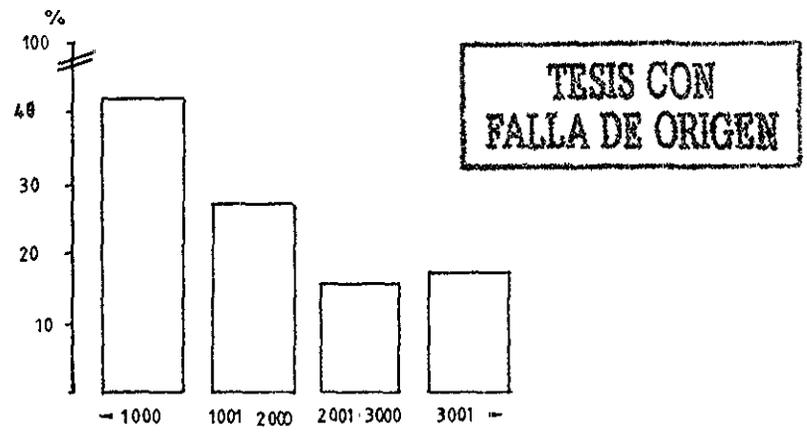
7

OCUPACION  
C H T 1-2 HERMOSILLO SON



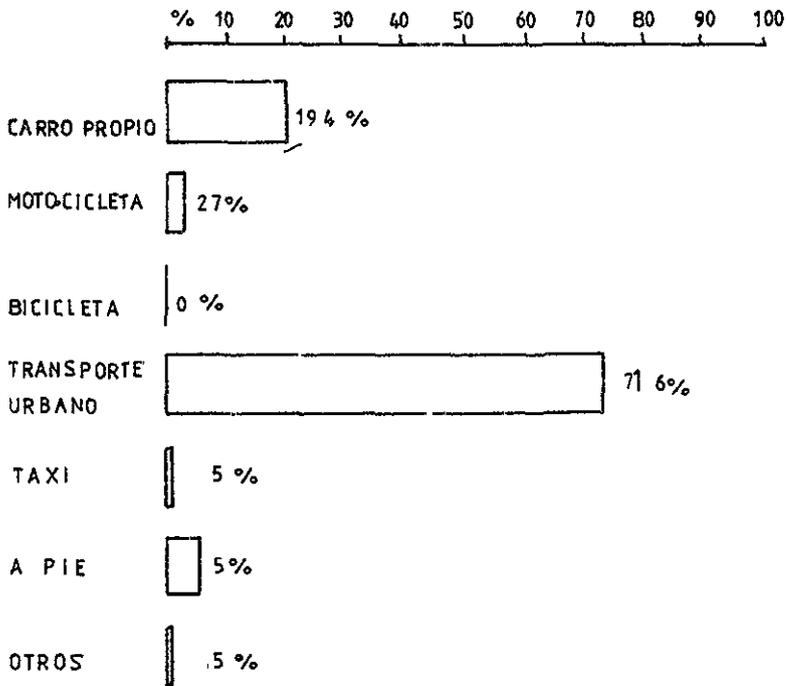
8

INGRESO PERCAPITA MENSUAL  
C.H.T HERMOSILLO SON  
1980



FUENTE: Encuesta directa

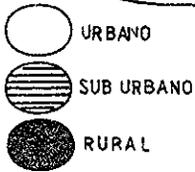
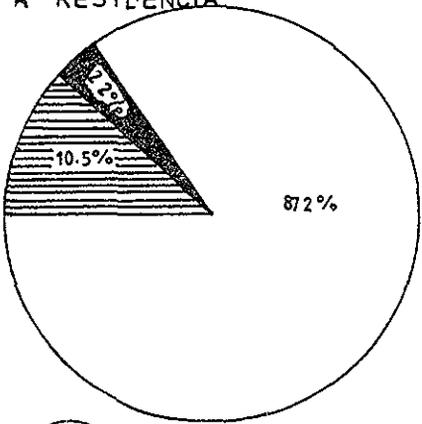
TRANSPORTE  
C.H.T1-2 HERMOSILLO SON  
1980



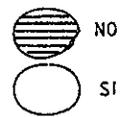
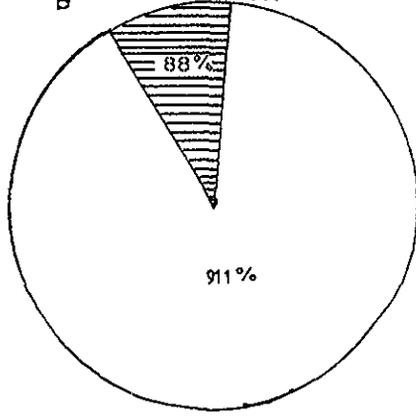
FUENTE Encuesta directa

MEDIO AMBIENTE  
C H T1-2 HERMOSILLO SON  
1980

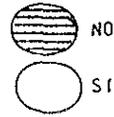
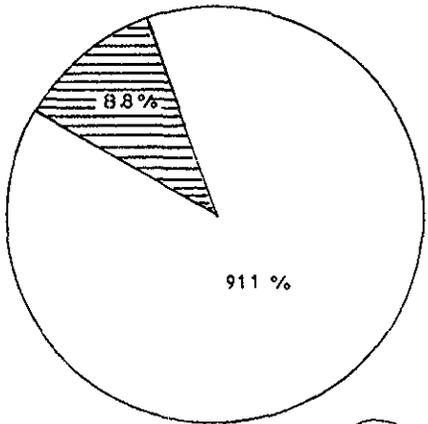
A -RESIDENCIA



B REFRIGERADOR



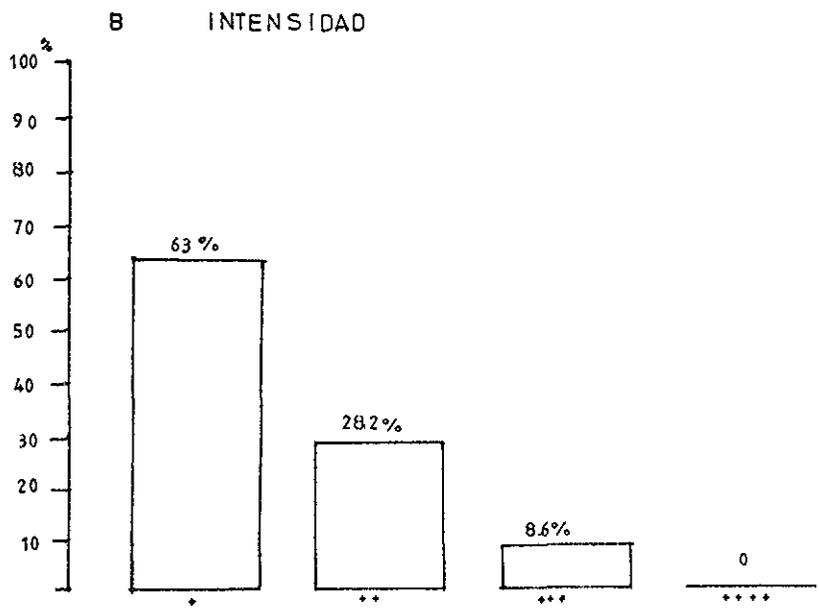
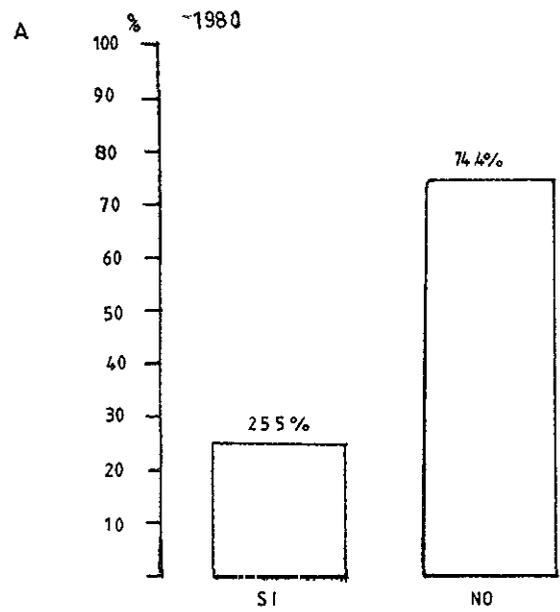
11  
DEPORTE  
C H T1-2 HERMOSILLO SON  
1980



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ALCOHOLISMO

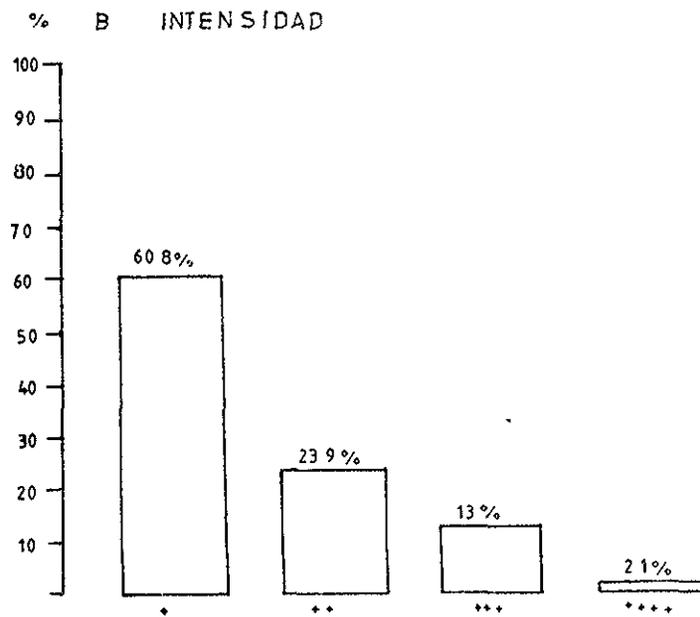
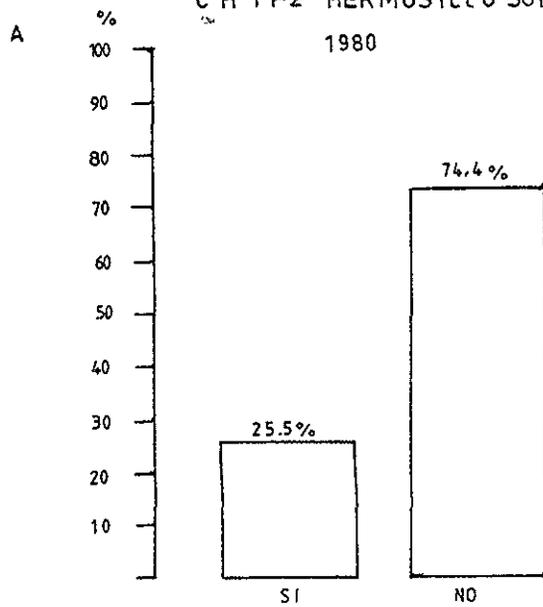
C H T 1-2 HERMOSILLO SON



FUENTE Encuesta directa

37-K

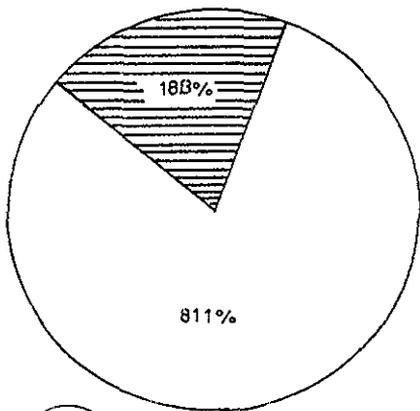
13  
TABAQUISMO  
C H T1-2 HERMOSILLO SON  
1980



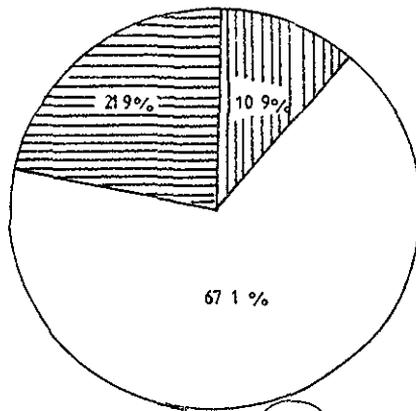
FUENTE: Encuesta directa

ANTECEDENTES FAMILIARES DE OBESIDAD  
C H T1-2 HERMOSILLO SON  
1980

A



B



ANTECEDENTES PERSONALES DE OBESIDAD  
C H T1-2 HERMOSILLO SON  
1980

A



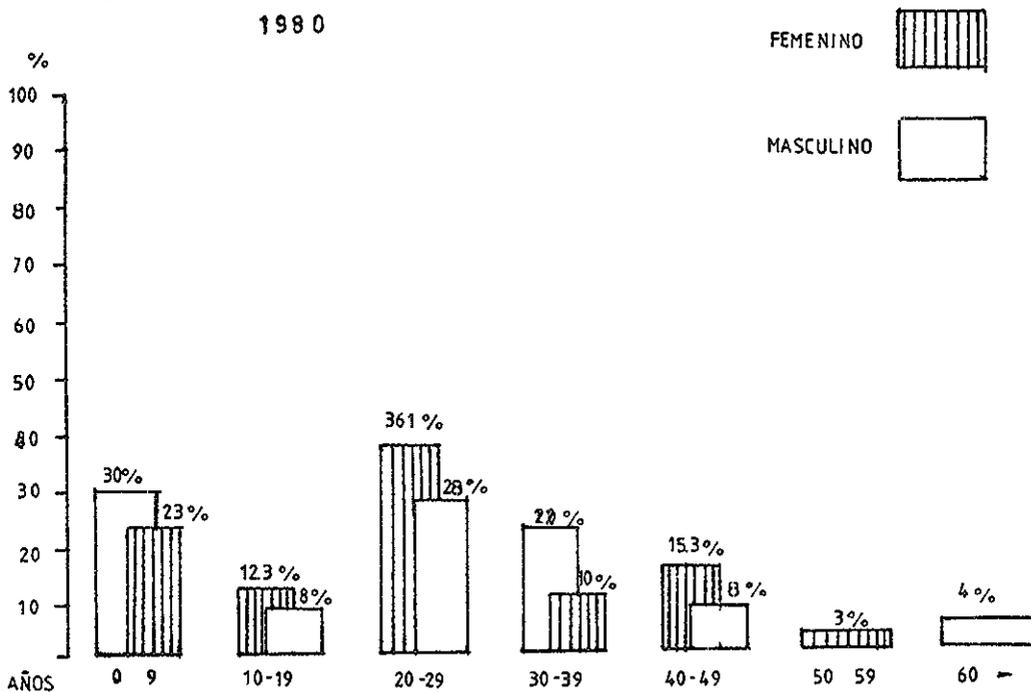
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

### EDAD DE INICIO DE OBESIDAD

C H T 1-2 HERMOSILLO SON

1980

B

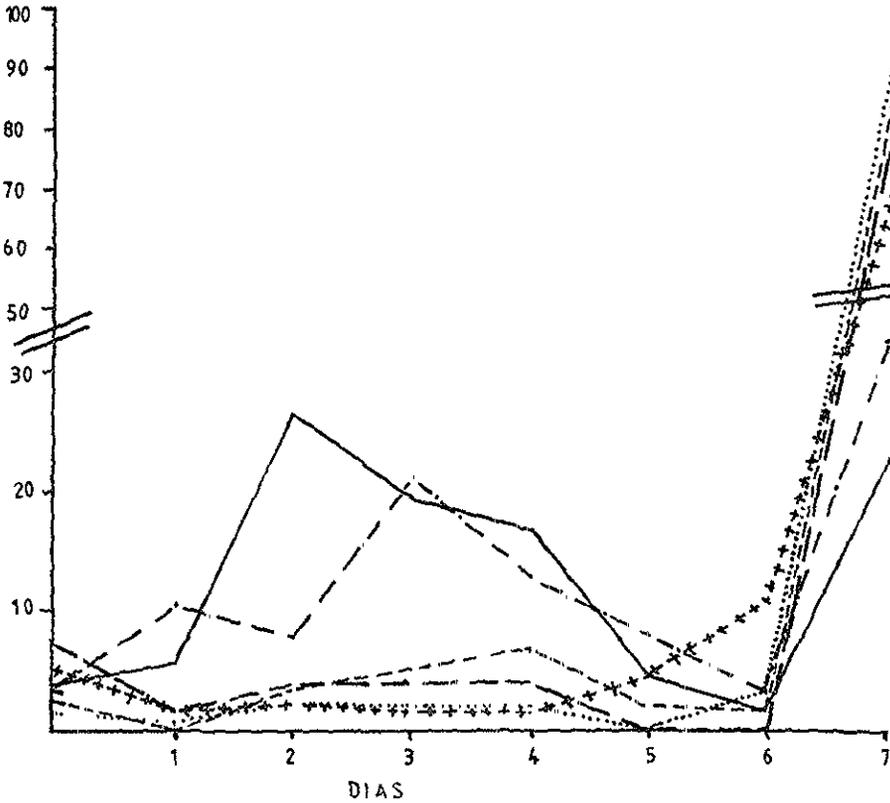


FUENTEN: Encuesta directa

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONSUMO ALIMENTARIO SEMANAL  
 C H T 1-2 HERMOSILLO SON  
 1980

A  
 %



- CARNE
- - - - - LECHE Y O HUEVOS
- ..... HARINAS
- - - - - VERDURAS
- - - - - AZUCAREZ
- +++++++ GRANDS

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

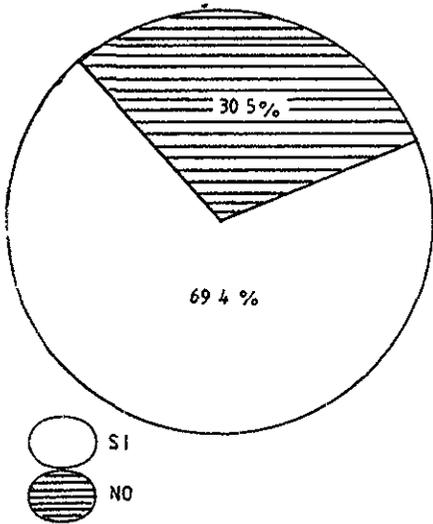
FUENTE: Encuesta directa

INGESTA DE ALIMENTOS ENTRE COMIDAS  
 C H T1-2 HERMOSILLO SON

37-N

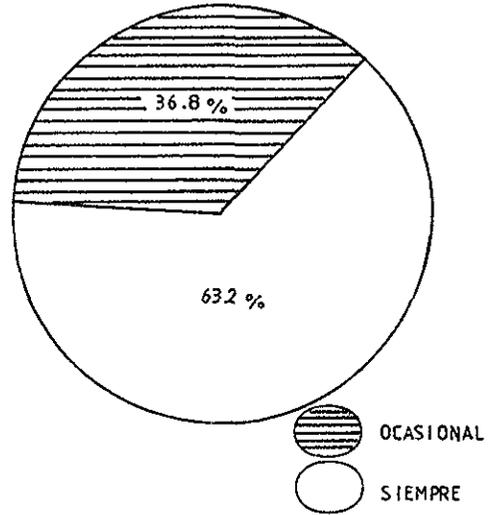
1980

D

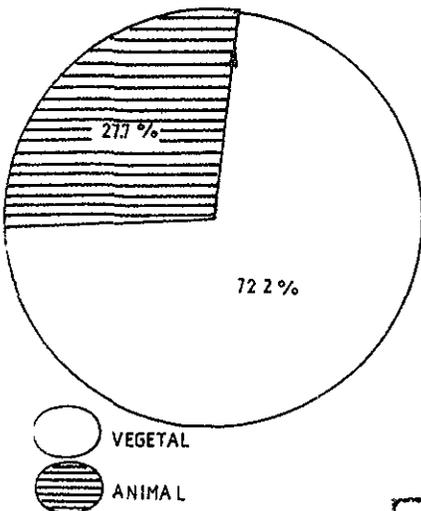


E

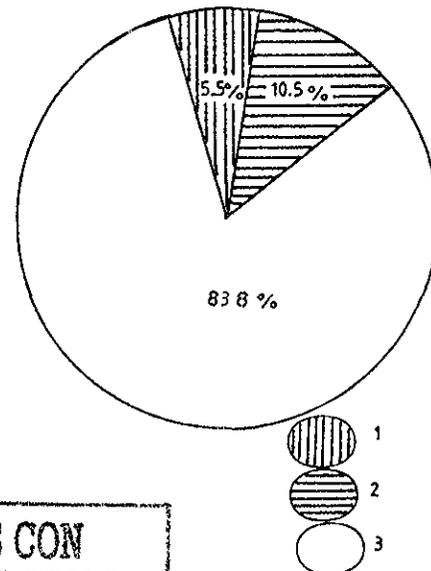
FRECUENCIA



B GRASA UTILIZADA



C NUMERO DE COMIDAS AL DIA



FUENTE: Encuesta directa

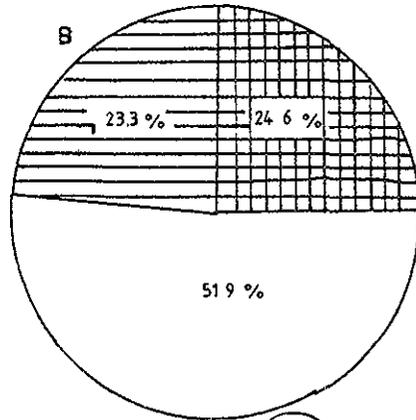
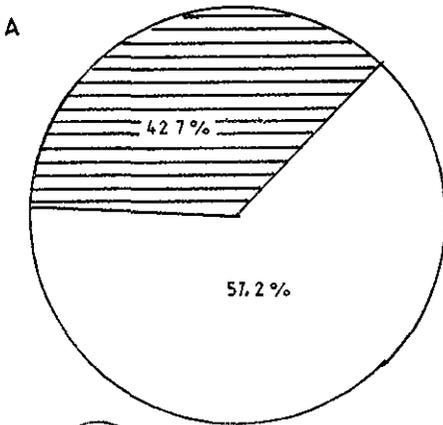
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ORIENTACION MEDICA SOBRE OBESIDAD

COMPRESION DE LA ORIENTACION

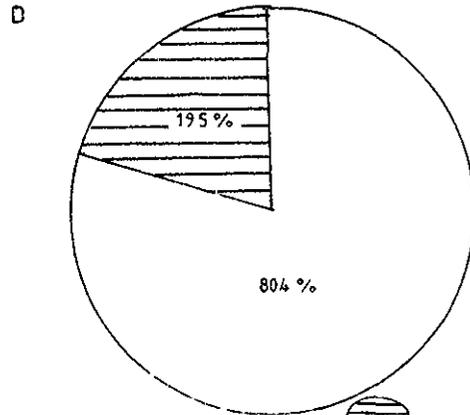
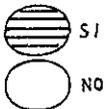
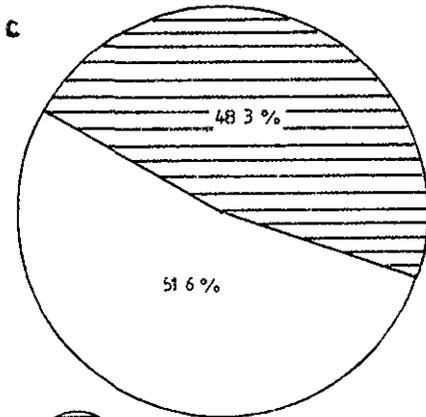
C.H.T1-2 HERMOSILLO SON

1980



DIETA

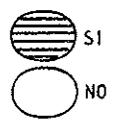
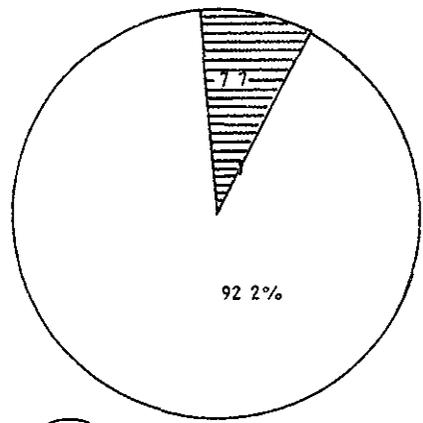
INDIVIDUALIZACION DE LA DIETA



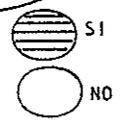
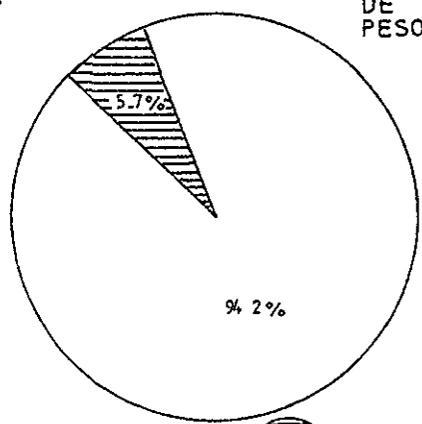
FUENTE: Encuesta directa

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

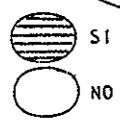
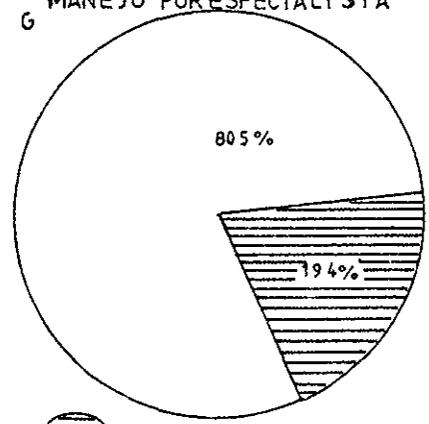
E FARMACOS



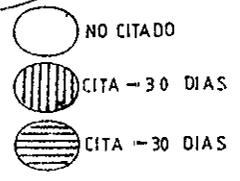
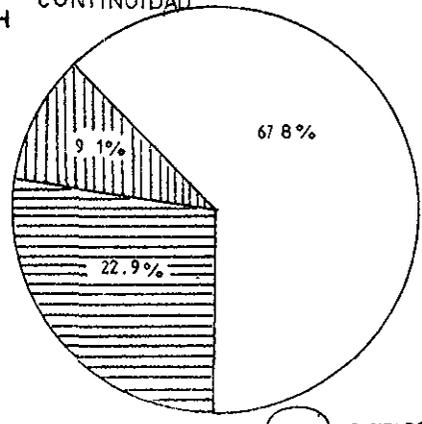
F OTRAS MEDIDAS PARA REDUCCION DE PESO



G MANEJO POR ESPECIALISTA



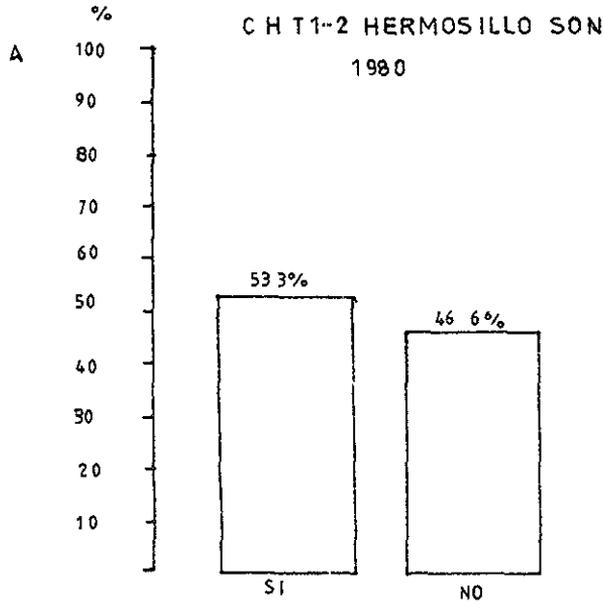
H CONTINUIDAD



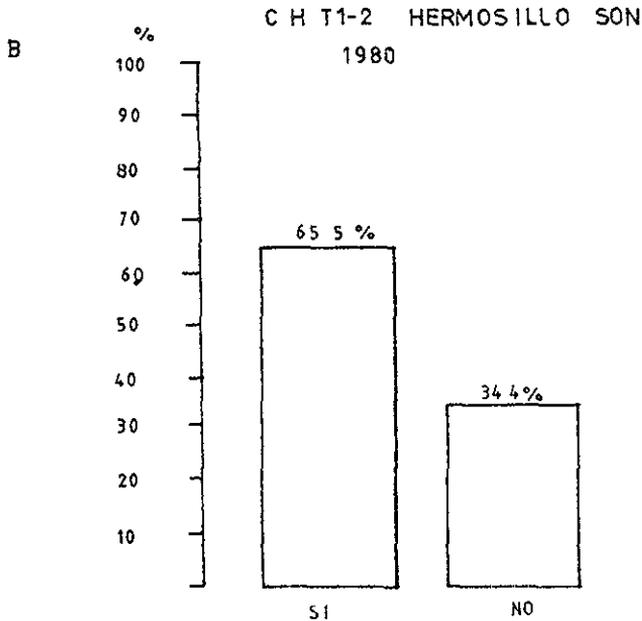
FUENTE: Encuesta directa

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## COCEPTUALIZACION DE OBESIDAD COMO ENFERMEDAD



## CONOCIMIENTO DE OBESIDAD COMO CONDICIONANTE DE ENFERMEDADES

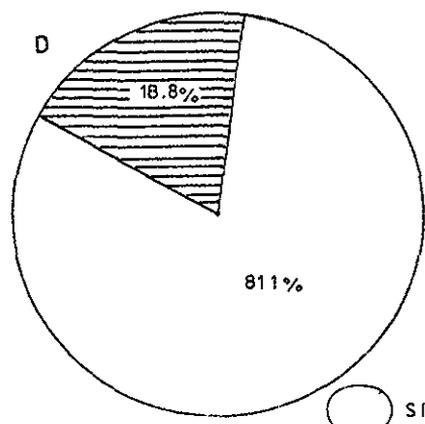
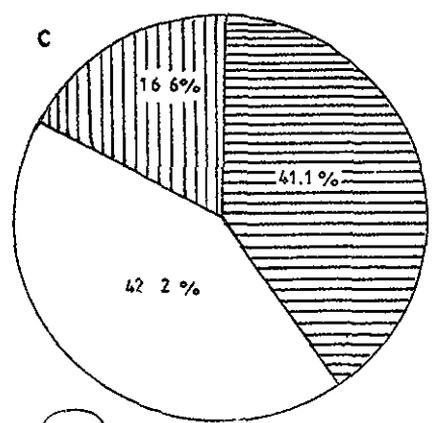


FUENTE: Encuesta directa

PROBLEMAS EN ACTIVIDAD DIARIA  
CAUSADAS POR OBESIDAD

INTERES EN DISMINUIR DE PESO

C H T1-2 HERMOSILLO SON  
1980



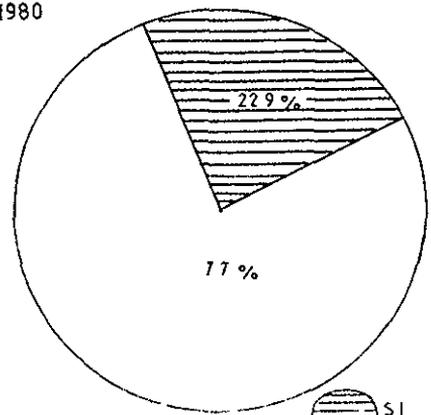
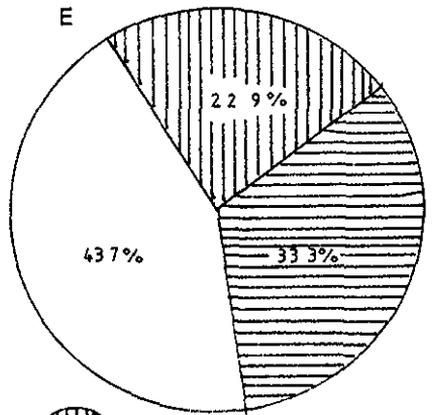
○ SI  
 ◐ NO  
 ◑ OCASIONAL

○ SI  
 ◐ NO

CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES  
MEDICAS

19  
APOYO FAMILIAR EN EL CUMPLIMIENTO  
DE LAS INDICACIONES MEDICAS

C H T1-2 HERMOSILLO SON  
1980



◐ SI  
 ◑ NO  
 ○ OCASIONAL

◐ SI  
 ○ NO

FUENTE Encuesta directa

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## D I S C U S I O N

Encontramos en el presente estudio, que el 35% de las consultas otorgadas a la población estudiada, fueron generadas por pacientes que presentaban algún grado de obesidad, siendo importante mencionar, que ninguno de los 180 encuestados que formaban el total de la muestra, no asistió a consulta por la obesidad misma, sino por otras patologías, (Fig. 20). La incidencia en que encontramos es muy similar a la que reporta Baird y cols. en Inglaterra, así mismo, la distribución por sexos en nuestro estudio predominó el sexo femenino, con una incidencia del 70% por haberse presentado así en la aleatoriedad de la muestra, lo que confirma el predominio de la obesidad en la mujer con proporción de 3 a 1 reportada por otros autores.

Los grupos de edad en que se encuentra el mayor índice de obesidad están en la etapa productiva y reproductiva de la vida, o sea, entre los 25 y 44 años de edad; los grados de obesidad más frecuentemente encontrados corresponden el III y IV, predominando éste último con un 40.5% ; un alto porcentaje son casados (Fig. 5), de ocupación moderadamente activa (en la que englobamos a las amas de casa, Fig. 7) ; en cuanto a la escolaridad, ésta es, en la mayor proporción baja o nula (Fig. 6), el ingreso mensual percapita predominó en la mayoría de los casos, el inferior a los \$ 1000 (Fig. 8), el medio que utilizan para desplazarse es el transporte urbano colectivo. Todo lo anteriormente mencionado contrasta con lo señalado por Craddock, de que la obesidad es una entidad de las clases opulentas y que se presenta en los ricos de las naciones pobres, y en los pobres de las naciones ricas; México se encuentra en un término medio, y el Estado de Sonora es uno de los

más desarrollados del concierto nacional, tomando en cuenta ésto, se puede deducir que la obesidad en nuestros encuestados predominó en la clase media baja.

Lo anterior tomaría una importancia estadística si lo aisláramos del contexto afectivo de los pacientes, porque se observamos la Fig. 18-A en ella encontramos que la mitad de los obesos no considera su estado actual como una enfermedad, y más de una tercera parte de ellos (Fig. 18-B), no la conceptúa como condicionante de otros padecimientos crónico degenerativos; a este respecto existen publicaciones como las de la Metropolitan Life Insurance Co., en las que las investigaciones por ellos realizadas demuestran que la esperanza de vida disminuye en forma proporcional por cada 10% de incremento ponderal sobre el peso teórico ideal; pretendemos llamar la atención con citas como la publicada en Framingham (Gordon y Fannel, 1973), donde demuestra un aumento espectacular en los casos de muerte súbita encontrada en los individuos que presentaban un 20% ó más de sobrepeso, en comparación con los de peso ideal, y la probabilidad presentada por el mismo autor, donde un estudio subsecuente mostró que la mortalidad disminuía cuando el paciente obeso lograba bajar y mantenerse en su peso ideal; para ello, es necesario que el paciente tenga conciencia de que la obesidad no es un estado cómico o un signo de buena salud; en relación a este último aspecto encontramos que, el 81.1% manifiestan verbalmente su interés por bajar de peso, el análisis de la situación en la que viven nos muestra que casi el 80% de ellos no ha cumplido, o bien, lo hecho en forma parcial en cuanto a las indicaciones médicas para bajar de peso (Fig. 18-B), y también como lo demuestra la Fig. 19, más de las dos terceras partes de ellos no cuentan con apoyo familiar para hacer cumplir las indicacio-

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

nes dadas por el médico

En el consumo alimentario semanal (Fig. 16-A), observamos una vez más la mala distribución de los insumos alimentarios, teniendo como única fuente regular de proteínas de origen animal la leche y/o los huevos, desplazando a un segundo término los alimentos ricos en vitaminas y minerales que se encuentran al alcance de sus posibilidades económicas, como es el caso de los alimentos de origen vegetal; sumado a lo anterior, encontramos (Fig. 16 D y E ) que el 70% de ellos come entre las comidas y casi todos en forma constante, predominan los alimentos utilizados para este fin, los elaborados a partir de carbohidratos y grasas. Estos malos hábitos alimenticios se ven influidos por una parte, por aspectos de carácter cultural, y por otro los de carácter comercial a través de la manipulación y la publicidad que llevan como fin sugerir el consumo de determinado tipo de alimentos.

En cuanto al hábito alcohólico, la mayoría de los encuestados se declaro abstemio (Figs 12 A y B ), por lo que creemos que este aspecto no requiere más comentarios. En cuanto al tabaquismo, se observa en las figuras 13 A y B, que un alto porcentaje de los obesos no lo practican, situación que coincide con la descrita por Sandberg y cols, que reportan, el consumo de tabaco aumenta la proporción de la hormona de crecimiento y estimula la movilización de las grasas, este dato, corroborado en un estudio en el que se vió que los no fumadores pesan más que los fumadores, y éstos últimos cuando dejan de fumar aumentan de peso.

En nuestro estudio el deporte no es practicado por el 91% de los encuestados (Fig. 11 A), a este respecto, Johnson Durque y Meyer observaron que la inactividad fue más importante que un exceso de alimentación,

al comparar a 28 muchachas obesas de una escuela secundaria, con 28 testigos normales, las muchachas obesas dedicaban cuatro horas semanales al deporte activo, mientras que las testigos le dedicaban 11 horas.

Más del 50% de los pacientes refieren que el sobrepeso les ocasiona problemas en el desempeño de sus actividades diarias (Fig. 18 C); casi todos los encuestados viven en el perímetro urbano de la ciudad y un porcentaje menor correspondiente al 2%, viven en el medio rural, el 91% de los casos cuenta con refrigerador como elemento de conservación de alimentos, por lo que creemos que si se les orientara en forma adecuada, podrían hacer mejor uso de los recursos con los que cuentan, y de esta manera, mejorar substancialmente su actual alimentación.

Los últimos aspectos que analizamos de los encuestados corresponden a sus características Bio-psicosociales, tales como la Tensión arterial, encontrando que el 30% de los encuestados presenta cifras tensionales catalogadas en los grados I y II (fig.-3) ; Para reforzar la relación Obesidad - Hipertensión, citamos lo escrito por Pincherld y Wright (1967), que encontraron una presión diastólica de más de 100 mm de Hg en 84 de un grupo de 567 hombres de peso excesivo, y solo en 70 de un grupo de 1225 hombres de peso normal.

Otros de los aspectos a analizar dentro de este mismo parametro, es el correspondiente a los antecedentes familiares y personales de obesidad, en el cual, observamos que la tendencia familiar se encuentra nuevamente ligada en forma indiscutible a la obesidad (fig.-14 A y B), pues el 81% refirieron tener familiares obesos; Esto queda corroborado en los hallazgos de algunos autores con respecto a la tendencia a heredar la obesidad. En cuanto a los aspectos personales, es importante

señalar que, de acuerdo a los datos proporcionados por los pacientes (Fig. 15-B) refieren haber iniciado su obesidad el 25% de las mujeres y el 30% de los hombres entre los 0 y los 9 años; Mullins afirma que un tercio de sus pacientes adultos obesos habían iniciado su patología en la infancia.

El otro aspecto importante investigado fué el manejo médico, encontrándose que tan solo el 42.7% de los encuestados habían recibido orientación médica con respecto a este problema, y tan solo la mitad de ellos informó haber tenido una comprensión clara de dicha orientación (Fig. 17 A y B), en menos de la mitad de los encuestados se decidió instituir un manejo tendiente a la reducción de peso, empleándose dietas de bajo contenido calórico, pero tal indicación se hizo en una forma general, sin tomar en cuenta las características individuales de los obesos, es decir, se maneja con igual contenido dietológico a todos los casos; lo inadecuado de esta medida quedó reflejado en el fracaso de los tratamientos, así como la escasa motivación, interés y preocupación sobre su padecimiento por parte de los obesos. Conjuntando los resultados obtenidos encontramos que, la obesidad se desencadena y mantiene en nuestro grupo de estudio, y muy probablemente en el universo en base a dos condiciones puestas al descubierto por este estudio, la primera de ellas son los aspectos propios del paciente obeso, que con su carga genética con antecedentes familiares de obesidad en la mayoría de los casos, las costumbres y los malos hábitos alimentarios arrastrados desde la infancia, la deficiente educación, los escasos recursos económicos, su pasividad y actividad sedentaria y otros muchos factores biopsicosociales interactúan multifactorialmente para desencadenar los fenómenos fisiológicos que llevarán al individuo a la obesidad y cuando ésta ya está establecida su deficiente cultura médica hace que éste no considere al

exceso de peso como una enfermedad, y por lo tanto no se siente obligado a recuperar su peso adecuado y recomendable, aunque el paciente exprese verbalmente su interés por bajar de peso, este deseo no se ve apoyado por actitudes que lo confirmen, porque en el fondo hay patrones rígidos de conducta que por haber sido aprendidos desde la infancia no pueden ser modificados, sino por la segunda parte importante del fenómeno obesidad, que viene a ser el Médico, que es el que tiene la capacidad y la autoridad suficiente para reeducar a estos pacientes y algunas de las pautas para lograrlo nos las brinda este mismo estudio.

En primer lugar el médico debe de involucrarse en la detección y el control de la obesidad, y no concretarse únicamente a tratar los padecimientos expresados por sus pacientes y por los cuales estos asisten a consulta, que como vimos son todos menos la obesidad, no debemos esperar que el paciente solicite ayuda pues tal vez éste nunca lo haga; ahora bien, debemos aceptar que una explicación rutinaria y burocrática como la que hasta ahora hemos dado no logra impactar a estos pacientes, ya que, esta patología por ser tan difundida en ocasiones se llega a ver como natural, por lo que es necesario llegar al paciente con claridad dándole la importancia que este padecimiento merece, para que tome \* conciencia de la problemática real que trae consigo, y de esta manera lograr el cambio esperado en cuando a sus hábitos y la responsabilidad en las ordenes que se le dan. Sus citas deberán ser periódicas evaluativas de los logros alcanzados, dando apoyo y reforzando en cada una de las entrevistas subsecuentes; las medidas de manejo deberán ser individualizadas y pormenorizadas en su explicación motivando a los familiares para el auxilio en el cumplimiento de la terapia instituida, de esta manera lograremos sin duda una verdadera relación Médico-paciente que fructificará en beneficio del paciente obeso

## CONCLUSIONES

La edad predominante de los obesos fué en la etapa productiva y reproductiva de la vida

Predominó el sexo femenino en proporción de 3 a 1.

Más de la mitad presentan más del 30% de sobrepeso.

Encontramos en un tercio de los paciente, cifras tensionales anormales.

La mayoría de los pacientes son casados.

Dos terceras partes tienen educación elemental primaria o son analfabetas.

La mayoría tienen trabajos sedentarios o moderadamente activos.

La mitad presenta un ingreso percápita inferior a mil pesos.

Tres cuartas partes se transportan por camión urbano colectivo.

La mayoría residen en medio urbano.

La mayoría tienen medios de conservación de alimentos.

Los que practican deporte son muy escasos.

La mayoría no presentan tabaquismo o alcoholismo.

Cuatro quintas partes tienen familiares obesos, la mitad antecedentes personales de obesidad y la mayoría iniciaron su obesidad en la primera y tercera década de la vida.

La alimentación es a base de hidratos de carbono.

Tres cuartas partes usan manteca vegetal.

La mayoría comen entre comidas diariamente.

Menos de la mitad fué orientada por el médico, y de estos, sólo la mitad le entendió.

Menos de la mitad han sido tratados con dieta de reducción y

tres cuartas partes de éstos, de una manera general.

No usan otros medios además de dieta para reducir de peso.

La mayoría no sigue las indicaciones médicas y abandonan el tratamiento.

La mitad admite la obesidad como enfermedad.

Más de la mitad conoce que la obesidad es factor precipitante de otras patologías.

La mayoría refiere tener dificultades para desarrollar sus actividades diarias.

Cuatro quintas partes tienen interés en bajar de peso.

La mayoría no cuenta con apoyo familiar para seguir adecuadamente los tratamientos.

La principal causa de consulta fué por enfermedades del aparato circulatorio.

La enfermedad concomitante que con más frecuencia se encontró fué la Hipertensión arterial.

## R E C O M E N D A C I O N E S

Impactar al paciente, para que tome conciencia de su problema.

Individualizar el manejo de los obesos, de acuerdo su etiología a sus condiciones psicosociales.

Otorgar orientación accesible y completa al paciente sobre su obesidad.

Hacer conciencia de la necesidad de acercarse al peso ideal.

Hacer énfasis en la educación nutricional.

Recomendar el ejercicio físico como medio complementario.

Propiciar la formación de grupos de terapia grupal para obesos.

Motivar a los familiares del paciente obeso, para que apoyen activamente el manejo predescrito.

Tener especial atención en aquellos pacientes no obesos que están por entrar a las etapas más susceptibles.

Recordar, que el manejo más efectivo en contra de la obesidad es prevenirla.

Proponemos un instrumento para que el control del paciente obeso sea más sencillo y efectivo, ya sea en la dieta de reducción ó para detectar a tiempo cualquiera de las enfermedades que la obesidad condiciona (Ver apéndice).

## B I - B L I O G R A F I A

- 1.- Baird, I.M., Silverstone, J.T. Grimshaw, J.J. & Ashwell, M. (1974). Prevalence of obesity in a London Borough. *Practitioner*, 212, 706.
- 2.- Denis Craddock, La obesidad y su tratamiento, (1979) ed. Marin.
- 3.- Goldblatt, P.B., Moore, M.N. & Stunkard, A.J. (1965). Social Factors in Obesity *J. Am. Med. Ass.*, 192, 1039.
- 4.- Gordon, T. & Kannel, W.B. (1973). The effects of overweight on cardiovascular Disease. *Geriatrics*, 28, 80.
- 5.- Johnson, M.L., Burke, B.S. & Mayer, J. (1956). Relative importance of inactivity and overeating on the energy balance of obese high School girls, *Am. J. Clin. Nutr.*, 4, 37.
- 6.- Khosla, T. & Lowe, C.R. (1971) Obesity and Smoking Habits. *Br. Med. J.* iv, 10.
- 7.- Mullins, A.G. (1958). Medical Supervision in treatment of obesity *Lancet*, it, 747.
- 8.- Pincherle, G. & Wright, N. Beric (1967) Screening in the early diagnosis and prevention of cardiovascular disease. *J. Coll. Gen. Practic.* 13, 280.
- 9.- Sandberg, H. & cols. (1973) The effect of smoking on serum Somatotrophins in young adult males. *J. Pharmac. and Exp. Therap.* 184, 787.
- 10.- Silverstone, J.I. (1968) Psychosocial aspects of obesity. *proc. R. Soc. Med.* 61, 371.

## HOJA DE CONTROL DEL PACIENTE OBESO.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE CEDULA: \_\_\_\_\_

PESO INICIAL: \_\_\_\_\_ Kg. TALLA: \_\_\_\_\_ cm.

PESO IDEAL: \_\_\_\_\_ Kg GRADO DE OBESIDAD: \_\_\_\_\_

DIETA: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD CONCOMITANTE: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA	PESO	TENSION ARTERIAL	GLICEMIA	COLESTEROL	OTROS.
ENERO					
FEBRERO					
MARZO					
ABRIL					
MAYO					
JUNIO					
JULIO					
AGOSTO					
SEPTIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					

