

finally they were discharged home. The average time being managed all along the system was 19 days. Complex pathology recived treatment mainly at level III and II. Global mortality was 28% and it happened usually at level III (89%). We conclude the management of low birthweight neonate can be optimized according the risk factors at birth, admitting in level III the high risk newborn and sending to lower complexity level the uncomplicated newborns and babies who are showing improvement. This policy does not increase the risk of complications or mortality, but promotes early contac with the mother and decreases expenses in the system.

REFERENCIAS

1. Kramer, MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull WHO*, 1987, 65: 663-737.
2. Rey, VH. *El recién nacido latinoamericano*. Cali, Editorial Feriva. 1986.
3. Dubowitz, LMS, Dubowitz, V & Goldber, C. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr*, 1970, 77: 1-6.
4. Schwarcz, R, Diaz, G, Díaz, R, Belitzky, R & Martell, N. Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en maternidades de América Latina. Pp105-117. *En Salud materno infantil y atención primaria en las Américas*. OPS-OMS, 1984.
5. Koops, BL, Morgan, LJ & Battaglia, FC. Neonatal mortality risk in relation to birth weight and gestational age. Update. *J Pediatr*, 1982, 101: 969-977.
6. Lubchenko, LO, Searls, DT & Brazie, JV. Neonatal mortality rates. Relationship to birth weight and gestational age. *J Pediatr*, 1972, 81: 814-22.
7. Harwood, SP, Boyle, MH, Torrance, GW & Sinclair, JC. Mortality and morbidity of 500 to 1,499 gram birth weight infants live-born to residents of a defined geographic region and after neonatal intensive care. *Pediatrics*, 1982, 69: 613-620.
8. *The state of the world's children, 1986*. Oxford University Press for United Nations Children's Foundation. New York, 1986.
9. Preston, SH. Causes and consequences of mortality declines in less developed countries during the twentieth century. Pp 198. *En Population and economic change in developing countries*. Esterlin, A (ed.). University of Chicago Press, Chicago.
10. Rosero, L. *Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica*. Taller sobre estrategias de atención primaria de salud y mortalidad del niño. OPS, México, 1984.
11. Rey, H, Starck, C & Montes, HF. Mortalidad infantil evitable. Componente neonatal. *Colombia Med*, 1990, 21: 136-143.
13. Lechting, A, Margen, S, Farrel, TT et al. *Low birth weight babies worldwide incidence, economic cost and program needs rooth 6. Perinatal care in developing countries*. Uppsala University. A workshop held at Gime Sweden, exponsored by WHO and the 5th European Congress of Perinatal Medicine.
15. Shalman, M. Medical complications in premature infants, is treatment enough. *N Engl J Med*, 1989, 320: 937-943.
17. Casey, P, Kraemer, H, Tyson, J, Sells, D & Briver, C. Growth patterns of low birth weight preterm infants: A longitudinal analysis of a large varied sample. *J Pediatr*, 1990, 117: 298-307.
18. Rey, VH, Ortiz, I & Cruz, M. Los problemas del bajo peso al nacer. *Colombia Med*, 1990, 21: 2-6.
19. Dancis, J, O'Connell, JR & Holt, LE. A grid for recording the weight of premature infants. *J Pediatr*, 1984, 33: 570-572.

Factores de riesgo psicosocial y obesidad.

Consuelo Cardona Herrera, M.D.¹, Francisco Javier Osorio Valencia, M.D.¹, Julián A. Herrera M., M.D.²

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en 165 pacientes del Centro de Atención Básica (CAB) «La Selva» del Instituto de Seguros Sociales, Cali, Colombia, con el fin de determinar la prevalencia de la obesidad y establecer su asociación con factores de riesgo psicosocial. Se evaluó la presencia de obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC); igualmente se evaluó la función familiar, el soporte de amigos, los niveles de ansiedad y depresión, hábitos y estilo de vida. Se encontró una prevalencia de obesidad de 34,5%. Cuando se evaluó el estado civil en la población estudiada se encontró una asociación significativa de la obesidad con la condición de no soltero ($p < 0,0002$ OR = 6,12 IC 95% 2,11-19,03). El IMC aumentó con la edad con índice de correlación lineal de 0,42 ($p < 0,005$). En el análisis multivariado el sexo masculino, el consumo de licor se correlacionó significativamente (OR = 9,33, IC 95% 1,48-58,6, $p < 0,02$), con un IMC mayor de 30. No hubo asociación estadísticamente significativa entre obesidad, ansiedad, depresión o disfunción familiar.

1. Especialista en Medicina Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Profesor Titular, Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

La obesidad es una entidad común en la población general con una prevalencia en Colombia de 10.8%¹. Según estudios realizados en países desarrollados al aplicar el índice de masa corporal (IMC)^{2,3} se observó que 34.6% de los hombres y 24.8% de las mujeres tenían un IMC entre 25 y 30, mientras que sólo 9% en ambos sexos tenían un IMC mayor de 30².

La obesidad constituye un factor de riesgo para enfermedades crónicas degenerativas. El exceso de peso aumenta el riesgo de muerte prematura y agrava o desencadena enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Por la alta incidencia que tienen estas enfermedades, demandan una proporción considerable de los recursos hospitalarios y de rehabilitación, si no se actúa oportunamente sobre los factores de riesgo¹. Las teorías psicoanalíticas han asumido que la sobreingesta es una respuesta maladaptativa a la depresión y a la ansiedad^{4,5}.

Ciertos trabajos han demostrado que los sujetos obesos ingieren significativamente más alimento que los individuos con peso normal cuando se exponen a una situación de aumento de ansiedad o en respuesta a la depresión. Sin embargo, en otros estudios no se logró demostrar que exista un desorden de personalidad como factor causal de obesidad; tampoco se evidenciaron más neurosis o disturbios emocionales⁵.

El propósito del presente estudio fue evaluar la prevalencia de obesidad en una población de Cali, consultante al Centro de Atención Básica (CAB) «La Selva» del Instituto de Seguros Sociales (ISS) e igualmente evaluar el grado de asociación de la obesidad con los factores de riesgo psicosociales individuales y familiares, y factores del estilo de vida de las personas evaluadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se escogió para el estudio individuos que asistían a consulta ambulatoria al CAB «La Selva» que atiende afiliados y

derechohabientes de barrios del suroeste de Cali, de los 6 estratos socioeconómicos de acuerdo con la clasificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Para calcular el tamaño de la muestra se tuvo en cuenta un margen de error de 5%, y un grado de confianza de 97%. De acuerdo con la prevalencia conocida de la obesidad en la población estudiada, se determinó en 165 el tamaño de la muestra⁶.

El método de muestreo utilizado fue el sistemático y se tomaron pacientes adultos jóvenes (18 a 44 años) y adultos maduros (45 a 60 años) que asistían para consulta a los 5 módulos de atención del CAB «La Selva». Se incluyeron tanto nuevos como de control, asimismo se descartaron para el estudio embarazadas, consumidores de drogas psicótropas o esteroides, y personas con enfermedades crónicas relacionadas etiológicamente con la aparición de obesidad. La recolección de los datos se realizó en un período de 4 meses (15 de marzo al 30 de julio de 1993).

Se diseñó un instrumento donde se registraron los datos de identificación del paciente, datos sociodemográficos, hábito de fumar, consumo de licor, ejercicio físico, recreación, talla, peso, valoración psicosocial con escala de recursos (APGAR familiar y soporte de amigos)^{7,9}, escala de ansiedad de Hamilton¹⁰, escala de depresión de Hamilton^{11,12}. El APGAR familiar mide la satisfacción de la persona con las reacciones de su familia a las necesidades emocionales del individuo^{7,8}.

La variable dependiente fue la obesidad y las variables independientes fueron las sociodemográficas, el riesgo psicosocial, los hábitos y el estilo de vida.

Para evaluar la presencia o no de obesidad, se pesaron todas las personas del estudio en la misma báscula, que se sometió a mantenimiento y calibración en 3 oportunidades durante el estudio, además de verificar el equilibrio en 0 diariamente por los investigadores. Igualmente se midieron todos los individuos en un tallímetro previamente ajustado. Se calculó el IMC con la fórmula peso/talla², según los

trabajos de Bray^{2,3}

Se consideró la presencia de obesidad de acuerdo con lo descrito por Bray². Se realizaron análisis estadístico univariado, bivariado y multivariado, se consideró una $p < 0.05$ como significante⁶.

RESULTADOS

Se aplicó el formulario precodificado a 165 personas entre las edades de 18 y 60 años, con un promedio de 37.6 ± 11.24 años 43% (71) hombres y 57% (94) mujeres. Al analizar el estado civil se encontró que 45 (27.3%) eran solteros, 76 (46.1%) casados, 32 (19.4%) estaban en unión libre, y 9 (5.5%) estaban separados.

De acuerdo con la clasificación socioeconómica del DANE, 37 (22.4%) pertenecían al estrato 1, 51 (30.9%) pertenecían al estrato 2, 56 (33.9%) pertenecían al estrato 3, y 21 (12.7%) a los estratos 4 a 6.

Se observó que 47 (28.4%) personas consumían licor (una o más veces por mes), 26 (15.7%) personas fumaban (un cigarrillo o más al día) y 121 (73.3%) no realizaban ejercicio regular (20 minutos 3 veces por semana)¹³. La recreación familiar con una frecuencia de 2 ó más veces por mes, la realizaban 86 (52.1%) personas.

El IMC promedio fue 25.2 ± 4.3 . La prevalencia de obesidad fue 34.5%; al aplicar el IMC estratificado por edad², se encontraron 33 (19.9%) hombres obesos y 24 (14.6%) mujeres obesas. La prevalencia de obesidad con IMC mayor de 30 se encontró en 20 (12.18%) personas.

Al evaluar el riesgo psicosocial se encontró disfunción familiar (APGAR < 14 puntos)⁸ en 38 (23%) personas. La categorización de acuerdo con la escala de depresión de Hamilton (mayor de 24 puntos)¹⁴ se encontró en 4 (2.4%) personas; al evaluarse la ansiedad de acuerdo con la escala de Hamilton¹⁰, se encontró nivel de ansiedad severa (mayor de 25 puntos), en 31 (18.5%) personas, con un promedio de 15.2 ± 9.6 puntos en la escala.

Cuando se realizó el análisis estadísti-

co bivariado entre el estado civil y la obesidad se encontró una asociación estadísticamente significativa, entre la obesidad y la condición de no soltero, que incluye personas casadas, en unión libre, separados y viudos ($\chi^2 = 15.03$, OR = 6.12 IC 95% 2.11-19.03 $p < 0.0002$), igualmente entre el sexo masculino y el hábito de fumar (OR = 4.54 IC 95% 1.66-12.86 $p < 0.001$).

Cuadro 1

Datos Sociodemográficos de 165 Personas Evaluadas en el CAB «La Selva» Instituto de Seguros Sociales, Cali, Colombia, 1993.

Edad (año)	Promedio	37.6
	Desviación estándar	11.2
Sexo	Hombres	71 (43.0%)
	Mujeres	94 (57.0%)
Estado civil	Solteros	45 (27.3%)
	Casados	76 (46.1%)
	Unión libre	32 (19.4%)
	Separados	9 (5.5%)
Estrato socioec.	1	(22.4%) 2 (30.9%)
	3	(33.9%) 4-6 (12.7%)

Se observó que a mayor edad se presentó un mayor IMC, con un índice de correlación lineal de 0.42 ($p < 0.005$). En el análisis multivariado el sexo masculino, el consumo de licor y el IMC mayor de 30, mostraron una asociación estadísticamente significativa (OR = 9.33 IC 95% 1.48-58.6 $p < 0.02$).

También se encontró entre los no solteros, que el sexo masculino está asociado significativamente con la presencia de obesidad ($p < 0.02$ OR = 2.54, IC 95% 1.13-5.72), mientras que en los solteros no hubo diferencias significantes para ambos sexos.

La ansiedad, depresión y disfunción familiar no se correlacionaron estadísticamente con la obesidad.

DISCUSIÓN

Los estudios de prevalencia de obesidad en Colombia se han basado hasta el momento en curvas de talla y peso. En el presente estudio con el IMC, se encontró

una prevalencia de obesidad similar a la definida por el estudio sectorial de salud 1990¹, sólo cuando se tuvieron en cuenta los IMC mayores de 30. Sin embargo, al utilizar la clasificación estratificada por edad², la prevalencia fue 34.5%.

En la etiología de la obesidad no se han demostrado como factores asociados la depresión, ansiedad, o desorden de personalidad. En el presente estudio se observó la misma condición; lo que está de acuerdo con los estudios de Wadden et al.⁴ y Rodin et al.⁵. Sin embargo, otros trabajos citados por estos autores aducen disturbios de personalidad que pueden causar obesidad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los residentes de Medicina Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia, y a la doctora Beatriz Gracia, del Departamento de Nutrición, Facultad de Salud, Universidad del Valle, por su colaboración en el estudio.

SUMMARY

A descriptive study was conducted on 165 patients from the Basic Care Center «La Selva» Instituto de Seguros Sociales of the city of Cali, Colombia, with the purpose of determining the prevalence of obesity and establish its association with factors of psychosocial risk. The presence of obesity was evaluated through the body mass index (BMI). Additionally, the family function, support of friends, the level of anxiety, depression, habits and lifestyle, were also assessed. A prevalence of obesity of 34.5% was found. When civil state was studied, a significant association of obesity with no single condition was found ($p < 0.0002$, OR = 6.12, IC 95% 2.11-19.03). The BMI increased with age index of linear correlation of 0.42 ($p < 0.005$). In the multivariable analysis of the masculine gender, the consumption of alcohol was found to have a significant

correlation (OR = 9.33, IC 95% 1.48-58.6 $p < 0.02$), to a BMI greater than 30. There was no significant association between obesity with anxiety, depression or family dysfunction.

REFERENCIAS

1. Yepes, FJ. *Estudio sectorial de salud de 1990. La salud en Colombia*. Tomo II. Pp. 26-63. Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación. Editorial Presencia, Bogotá, 1990.
2. Bray, GA. Overweight is risking fate. Definition, classification, prevalence and risk. *Ann NY Acad Sci*, 1987, 249: 14-28.
3. Bray, GA. Classification and evaluation of the obesities. *Med Clin North Am*, 1989, 73: 161-181.
4. Rodin, J & Schank, D. Psychological features of obesity. *Med Clin North Am*, 1989, 73: 78.
5. Wadden, T & Stunkard, A. Psychopathology and obesity. *Ann NY Acad Sci*, 1987, 249: 55-63.
6. Cañedo, L. *Investigación clínica*. Nueva Editorial Interamericana, México, 1987.
7. Mengel, M. The use of the family APGAR in screening for family dysfunction in a family practice center. *J Fam Pract*, 1987, 24: 394-398.
8. Arias, L & Herrera, JA. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Med*, 1994, 25: 26-28.
9. Smilkstein, G. The physician and family function assessment. *Fam Syst Med*, 1984, 2: 263-279.
10. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 1959, 32: 50-54.
11. Hamilton, M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960, 23: 56-62.
12. Hamilton, M. Development of a rating scale for primary depressive. *Br J Soc Clin Psychol*, 1967, 6: 278-296.
13. Buthler, R & Goldberg, L. Exercise and prevention of coronary heart disease. *Prim Care*, 1989, 16: 108.
14. León, A & León, CA. El vínculo parental y los trastornos de pánico. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 1988, 16: S39-S49.