

1726
201.202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA "ARAGON" No. 29**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREDISPOSICION
A LA OBESIDAD EN LA FAMILIA Y
ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DR. ABRAHAM VARGAS OCHOA**



MEXICO. D. F.,

FEBRERO 1986.

**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.

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, que debería hacer, que debería saber y qué debería ser; superada ésta, clarificado 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 a el 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.

Así cuando tuve que elegir un tema de estudio para la elaboración de la tesis para el reconocimiento del postgrado de especialización en Medicina Familiar, decidí por el tema de Obesidad y Familia, ya que es un padecimiento frecuente que tiene cierta influencia familiar 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 trató de investigar en este trabajo dicha influencia familiar en su génesis, y los desajustes que esta puede ocasionar en el funcionamiento familiar.

Por otro lado, en la literatura no hay reportes de estudios similares por lo que puede considerarse como un trabajo único en su tipo.

I N D I C E

PAG.

AGRADECIMIENTOS

PROLOGO

INDICE

CAPITULO

I.	MARCO TEORICO	6
II.	ANTECEDENTES CIENTIFICOS	25
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
IV.	JUSTIFICACION	42
V.	OBJETIVOS	43
VI.	MATERIAL Y METODO	44
	- CRITERIOS DE INCLUSION	
	- CRITERIOS DE EXCLUSION	
	- ELECCION DE LA POBLACION Y UBICACION ESPACIO-TEMPORAL	
	- CAPTACION DE LA INFORMACION	
	- DETERMINACION DE VARIABLES E INDICADORES	
	- ESCALA DE MEDIDA	
VII.	ANALISIS DE RESULTADOS	60
	- CUADROS Y GRAFICAS	
VIII.	COMENTARIO	80
IX.	BIBLIOGRAFIA	82

MARCO TEORICO

La investigación y el estudio de la familia y su dinámica es reciente y como todas las áreas de conocimiento en sus inicios, cursa por una etapa de confusión semántica. Al comenzar el presente estudio, encuentro precisamente una serie de discrepancias en diferentes autores en este sentido, por lo que me veo en la necesidad de aclarar algunos términos y conceptos utilizados en este trabajo. Los elementos teóricos para el estudio de la familia son:

1. CONCEPTO DE FAMILIA.

La familia como centro y origen del desarrollo del ser humano necesita ser comprendida y analizada desde diferentes puntos de vista, así tenemos que:

- Desde el punto de vista sociológico la familia puede definirse como una institución y unidad básica cuyas finalidades son la procreación y educación de la prole, el afecto y la ayuda mutua entre sus miembros, la regulación de las relaciones sexuales, y cuyas funciones son la perpetuación de la especie y la formación de la personalidad individual y

social.

- Desde el punto de vista sociológico según Krotch y Crutchfield "la familia es el analizar la conducta del individuo en función de su propio medio familiar, las reacciones de agresión y sentimiento - en relación con diferentes tipos de autoridad familiar. El impacto que le significa la pérdida o ganancia de un miembro en ese núcleo familiar, sus creencias, actitudes como resultado de la educación y experiencias familiares".
- El concepto antropológico de familia es que ésta, "es un grupo social caracterizado por: residencia común, cooperación económica y reproducción. Incluye adultos de ambos sexos, dos de los cuales al menos mantienen una relación sexual socialmente aprobada y uno o más hijos, propios o adoptados, - de los adultos que cohabitan".
- El censo Canadiense define a la familia como: "Esposo y esposa con o sin hijos o padre o madre - solos con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo". 1

- El censo americano la define como: "grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción". Que ejercen interacción recíproca -- porque saben que existen los demás y saben que -- existen ellos y se consideran unidad. 1
- La familia es definida por la O.M.S. como: "a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia, dependerá de los usos a los que se destinen los datos, y por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial". 2
- Desde el punto de vista médico familiar, Santacruz Varela define a la familia como: "Un grupo social primario, formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general, comparten factores biológicos, -- psicológicos y sociales, que pueden afectar su salud individual y familiar. 2

2. CLASIFICACION DE FAMILIA. TIPOLOGIA.

- De acuerdo a su composición la familia se clasifica en:
 - a) Nuclear. Es aquella formada por los padres y sus hijos.
 - b) Extensa. Cuando incluye varias generaciones.
 - c) Extensa Compuesta. Cuando incluye miembros no consanguíneos.

- Por su origen o Demografía: a) Urbana b) rural.

- En base a su desarrollo, es decir, desde el punto de vista de autoridad, por sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento puede ser: a) moderna b) tradicional, c) arcaica o primitiva.

- Por el modo de producción en: a) obrera, b) suproletaria, c) profesionista y d) campesina.

- Según la presencia física de sus miembros (integración), puede ser: a) integrada, b) semi-integrada c) desintegrada.

- Y desde un enfoque psicosocial y basándose en las relaciones intrafamiliares se clasifica como: a) funcional, b) disfuncional. 1, 2, 6.

3. FUNCIONES DE LA FAMILIA.

- a) Socialización. Es una responsabilidad primaria de la familia mediante la cual cada nuevo individuo que aparece en el seno de ésta, aprende los valores culturales y sociales primarios incluyendo la adquisición de conceptos, actitudes y conductas de salud, que lo van adaptando para hacerlo un individuo social capaz de participar por completo en la sociedad.
- b) Cuidado y atención. Lo cual significa cubrir -- las necesidades básicas, tanto físicas como sanitarias de todos los miembros de la familia.
- c) Afecto. Significa que la familia debe de llenar las necesidades afectivas de sus miembros, ya -- que la respuesta afectiva de un miembro a otro -- proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar.

- d) **Reproducción.** La familia tiene por objetivo, regular y controlar la conducta sexual, así como la reproducción, en base a la interacción personal de la pareja y una planeación familiar adecuada a la misma, incluyendo el control natal.
- e) **Status o Estado.** La familia socializa a un niño desde el punto de vista social, dentro de una -- clase social determinada y transmite en él todas las aspiraciones importantes.

El status está relacionado directamente con la -- tradición familiar. Los hijos garantizan la inmortalidad o perpetuación social del nombre y -- tradiciones familiares. El otorgar status en -- los hijos significa establecer derechos y tradiciones. 1, 3, 6, 7

4. CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA

Los problemas de la familia cambian, y consecuentemente las prioridades en las funciones de la familia varían de acuerdo a las etapas por las que pase en -- su ciclo vital, así tenemos que para su estudio se -- dividió en las siguientes etapas. Es importante --

distinguir entre fases del ciclo vital de la familia y proceso existencial de ésta, ya que en este último se contempla la etapa prenupcial, la etapa nupcial - así como la etapa de formación y educación de los -- hijos. Las fases del ciclo vital son:

4.1 Fase de matrimonio comienza propiamente con el - matrimonio y termina con la llegada del primer - vástago al hogar, hay tres esferas de interac--- ción con que se enfrenta el médico familiar en - esta etapa.

- a) Ajuste sexual.
- b) Información sobre planificación familiar.
- c) Interacción de la personalidad.

4.2 Fase de expansión. Se inicia con el primer embarazo y termina con el inicio de la edad escolar.

Uno de los eventos más importantes es el ajuste por parte de la pareja a un nuevo miembro. Las dos principales causas de consulta que tiene el médico en esta fase son:

- a) Atención prenatal, atención del parto, cuidada

do pos-natal y atención del niño sano.

- b) Solicitudes de aborto, por parte de madres - con numerosos hijos. Atención a pacientes - con síndrome del niño maltratado.

4.3 Fase de dispersión. Se inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina con el matrimonio de alguno de ellos.

Se fragua la independencia y autonomía de los -- nuevos miembros, lo cual sólo ocurre si la pareja ha logrado realizar una adecuada socializa--- ción, para que ellos mismos empiecen a cubrir -- sus necesidades de una manera satisfactoria.

4.4 Fase de independencia. Comienza con el matrimonio de cualquiera de los hijos y termina con el último.

Es la salida de los hijos del hogar lo cual es - particular para cada familia, pero generalmente ocurre a los 20 o 30 años del matrimonio. La pa-
reja debe aprender a vivir nuevamente de manera independiente, los hijos han formado nuevas fami

lias, sin embargo, los lazos de unión entre padres e hijos no se rompen y es de procurar que las funciones de la familia no se pierden.

4.5 Fase de retiro y muerte. Se inicia con el casamiento del último de los hijos y termina con la muerte de alguno de los cónyuges.

El entusiasmo que caracterizaba el inicio del ciclo vital familiar, contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la fase final del ciclo. Los elementos que agravan la estabilidad familiar en esta etapa son:

- Incapacidad para laborar (sin desempleo).
- Desempleo.
- Agotamiento de los recursos económicos.
- Las familias de los hijos casados generalmente en fase de matrimonio o expansión, sin posibilidades de proporcionar recursos a los padres. 1, 3, 7

5. LA FAMILIA COMO GRUPO

Un grupo es un conjunto de personas unidas por motivos diversos: vida familiar, actividad cultural, profesional, política, deportiva, de religión, etc.

Los grupos constituidos así, parecen poseer reglas comunes, que no se advierten espontáneamente. Vivimos en los grupos sin tomar necesariamente conciencia de las leyes de su funcionamiento interno. Al análisis sistemático del conjunto de reglas o procedimientos internos de un grupo es a lo que Kurt Lewin ha denominado "La dinámica de los grupos". Las agrupaciones de individuos deben tener ciertas características:

- La Cohesividad. El grado en que los miembros de un grupo lo encuentran atractivo se denomina cohesión. Los miembros de un grupo que tiene una gran cohesión derivan mucha satisfacción del hecho de estar juntos y no necesitan incentivos para reunirse. Por el contrario, los grupos que tienen poca cohesión deben mantenerse mediante alguna presión, por ejemplo: aplicación de sanciones. Los núcleos familiares que tienen mucha

cohesión suelen estar unidos por el afecto, la -
mútua dependencia, y el gran número de experien-
cias compartidas, sin embargo, el núcleo fami---
liar suele ser menos cohesivo a medida que los -
hijos llegan a la edad adulta y establecen hoga-
res propios. En las familias de poca cohesión,
sus miembros tienden a obrar independientemente
y se esfuerzan muy poco en adaptarse unos a - -
otros.

- La Compatibilidad. Que es la capacidad de las -
personas para tener relaciones armónicas entre -
sí, se relaciona evidentemente con la cohesión;
cuanto más compatibles son los miembros de un - -
grupo, más atractivo les parece éste.

- La adhesión a las normas del grupo. La cohesión
de un grupo se refleja en el grado en que sus - -
miembros se adhieren a pautas uniformes de con--
ducta o normas del grupo. El acatamiento y acep-
tación de las normas es, a la vez, causa de cohe-
sión del grupo y es lo que les brinda un sentido
de unidad.

- La moral. El sentimiento de confianza y optimismo en lo que respecta a las tareas que hay que realizar a los problemas que deben solucionarse recibe el nombre de moral. La moral del grupo es una mezcla de la de cada uno de sus miembros. En su mayor parte depende de la cohesión; pero también puede obedecer al sentido de responsabilidad que tenga el grupo, así como a la sociedad en general.

- El clima social. Tanto la moral como la cohesión están relacionadas con un tercer aspecto de la vida del grupo: su clima social o emocional. Algunas veces hablamos de la "atmósfera" emocional que prevalece durante un encuentro y que lo caracteriza como cordial o frío, amigable u hostil, tirante o tranquilo, etcétera. Si cierta clase de atmósfera caracteriza a determinado grupo durante un largo período, podremos decir que tiene un clima determinado.

TIPOS DE GRUPOS:

- a) Grupos primarios y secundarios. Los grupos pri-

marios son aquellos en los que las relaciones -- interpersonales se llevan a cabo directamente y con gran frecuencia (es decir, casi diariamente), en ellos nuestro compromiso personal es más profundo. La familia es el mejor ejemplo de grupo primario. Los grupos secundarios son aquellos - en los que las relaciones tienen un carácter más impersonal, más abstracto y más distante social y geográficamente. Ejemplos de este tipo de grupos, son los partidos políticos.

- b) Grupos formales e informales. Los grupos primarios son por lo general informales, mientras que la formalidad es una característica frecuente de los grupos secundarios, ya que es muy posible -- que éstos requieran una estructura bastante compleja para mantenerse y alcanzar sus objetivos, en tanto que la complejidad excesiva obstaculiza el funcionamiento de los grupos pequeños.
- c) Grupos exclusivos e inclusivos. Los grupos ex--clusivos son aquellos que sólo admiten cierta -- clase de individuos. Ejemplo de éstos son: las asociaciones de ingenieros que únicamente admi--

ten a individuos con determinada preparación. Los grupos inclusivos son más frecuentes en las sociedades igualitarias, éstos abren sus puertas a todo el mundo e incluso llegan a solicitar - - adhesiones, ejemplos de éstos son, los partidos políticos, las juntas de mejoras cívicas, etc.

ROLES FAMILIARES.

Pichón considera que en familia existen tres roles - básicos o fundamentales, diferentes entre sí, pero - íntimamente relacionados: el padre, la madre y el - hijo. Sin embargo, otros autores mencionan ocho ro - les diferentes: padre, madre, esposo, esposa, hijo, hija, hermano, hermana.

Cuando estas diferencias en los roles familiares son desatendidas aunque sea por un solo miembro del gru - po, condiciona un estado de confusión y de caos.

Ambos padres son los encargados de cumplir las fun - ciones de la familia, por lo que, en la medida en - - que se cumplen o no con ellas por cada uno de los - - cónyuges, se considera adecuado o no adecuado su rol.

En los hijos se considera inadecuado cuando desempeña un rol parental o bien se le asigna un rol de chivo expiatorio. 4, 5

6. ESTUDIO DE LA FAMILIA COMO SISTEMA

La teoría general de los sistemas, pretende la formulación y derivación de aquellos principios que son válidos para los sistemas en general. Para hablar de la familia como sistema, es indispensable llegar a comprender en principios, que es un sistema; se entiende como conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas entre sí contribuyen a determinado objeto o conjunto de reglas o principios sobre una materia enlazados entre sí.

En familia, existen dos clases de sistemas, el cerrado y el abierto. Un sistema cerrado es rígido, no permite influencias externas. El líder en dicho sistema no se siente responsable del crecimiento y la innovación del sistema y sus partes, sólo desea tener status, privilegios y reconocimiento personal, existe sólo el líder y los seguidores, no se permite que alguien quede al margen o existan opositores y

rebeldes.

Por el otro lado, un sistema abierto es flexible, -- está expuesto a influencias externas, arriesgan en su status y con otros sistemas y permite opciones y alternativas, la autoridad busca participación y consenso del grupo, la cooperación es requisito para el funcionamiento de la unidad familiar, el afecto es expresado con autenticidad y espontaneidad.

Las propiedades de los sistemas abiertos son:

- a) Totalidad. Significa que al modificarse la conducta de alguno de los miembros, se modifica la conducta en la totalidad del sistema.
- b) No sumatividad. Que el análisis de la familia - debe entenderse como el producto del análisis de las relaciones familiares en su conjunto, y no como la suma del análisis de la conducta.
- c) Retroalimentación. La interrelación de los miembros de la familia, hace que la conducta se modifique recíprocamente, y la retroalimentación pue

de ser positiva o negativa, ya sea que inhiba o refuerce el fenómeno que pone en desequilibrio - la dinámica familiar.

- d) Proceso. Su importancia es que durante éste se determina el tipo de resultado que se obtendrá.

Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, estableciendo pautas - acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, regulando la conducta de los miembros de la familia. Estableciendo sus funciones a través de subsistemas, organizados por generación, sexo, intereses y funciones. Estructuralmente, existen tres subsistemas fundamentales: el conyugal, el parental y el fraterno.

-El subsistema conyugal se constituye cuando dos individuos de sexo diferente se unen para formar una familia; para cumplir con sus tareas, se requiere principalmente de complementariedad y acomodación mutua.

-El subsistema parental corresponde a la triada -

padre- madre-hijo. Debe existir un límite entre subsistema conyugal y parental, de manera que -- permita el acceso del niño a ambos padres sin al-
terar el subsistema conyugal, y ambas partes (pa-
dres e hijos) deben aceptar como ingrediente ne-
cesario, la autoridad para el adecuado funciona-
miento del sistema. El rol parental lo puede --
ejercer, en caso necesario, otro miembro de la fa-
milia y se considera adecuado, siempre y cuando
no altere los demás subsistemas.

-El subsistema fraterno se forma por dos o más --
hermanos y es el primer laboratorio en donde se
aprenden formas de relación social.

Debe existir entre los diferentes subsistemas --
"límites", los cuales contienen las reglas que -
definen quienes participan y de que manera, para
permitir el contacto entre los miembros de un --
subsistema y los otros sin interferencias indebi-
das, debiendo ser estos límites claros para que
el funcionamiento familiar sea adecuado.

Se considera un límite rígido, cuando no existe comunicación entre los subsistemas o ésta es difícil, permitiendo el desligamiento. Un límite difuso se considera cuando la comunicación es -- excesiva y dificulta el funcionamiento de los -- subsistemas, favoreciendo la dependencia de sus miembros (aglutinamiento).

Se consideran límites claros cuando la comunicación es adecuada permitiendo el adecuado funcionamiento de los diferentes subsistemas (espectro normal). 8, 9, 10

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

HISTORIA

La obesidad es la alteración metabólica más frecuente de los seres humanos y también, es una de las metabopatías de las que se conserva uno de los documentos históricos - más antiguos. La Venus de Willendorf, es una 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 prehistorica, la Venus representa la figura de una mujer obesa de mediana edad, totalmente compatible con un fenotipo actual. También se han encontrado evidencias históricas similares en momias egipcias y - esculturas griegas. Aunque esta enfermedad a existido a través de los siglos hasta nuestros días, y ha estado in- - fluenciada por todo tipo de hábitos dietéticos y factores ambientales, hoy en día estamos lejos de conocer su pato- génesis y tampoco podemos ofrecer soluciones terapéuticas efectivas a largo plazo. 11

DEFINICION

Aún no hay un consenso sobre la definición de obesidad, -

esta dificultad parte de que aún no existe un acuerdo sobre los parámetros que deben tomarse para considerar obeso a un individuo, tampoco está claro que la obesidad sea una "enfermedad" o la manifestación clínica de una serie de alteraciones muy frecuentes. La definición de obesidad es un tanto arbitraria, pues generalmente se relaciona el peso corporal con la mayor o menor cantidad de grasa subcutánea, sin existir clara diferenciación entre personas obesas y delgadas. Al relacionar el peso con la talla, de acuerdo a edad y sexo, obtenemos un índice de obesidad más aproximado, y se puede definir la obesidad "como un exceso de peso superior al 20% del peso ideal" en tanto que cuando ese exceso de peso va del 10 al 20% se considera sobrepeso. Algunos autores no hacen esta diferenciación, pues no siempre es la que mejor refleja la proporción relativa de tejido adiposo, ya que no todo exceso de peso es por obesidad, pues la composición magra y grasa del cuerpo es muy variable.

Otro parámetro utilizado es la cantidad de grasa corporal, la cual puede determinarse con una serie de métodos, como la densidad corporal, los rayos X, la distribución de gases hiposolubles, el agua total del cuerpo y la valoración de la cantidad total de potasio-40 en el organismo.

El índice de peso/talla² (Índice de Masa Corporal; kg/m²) es la medida antropométrica más útil y más fácil de obtener, pone de relieve el efecto de la talla sobre el peso corporal y también está íntimamente relacionado con el grado de adiposidad. Se ha recomendado el Índice de la Masa Corporal para definir obesidad fijándolo en 27 o más para varones y 25 o más para mujeres; estas cifras corresponden a un 120% del peso ideal.

Por último, Mayer y Montoye introdujeron un parámetro bastante exacto del grado de adiposidad, midiendo el grosor de los pliegues cutáneos del tríceps y subescapular. Basándose en el estudio de grandes poblaciones, elaboraron tablas con las que Mayer propuso definir la obesidad como el hallazgo de un pliegue cutáneo en el tríceps de grosor superior a 23 mm. para el varón y 30 mm. para la mujer. 11
12, 13, 14, 15

EPIDEMIOLOGIA

La obesidad es un problema frecuente que se presenta a todas las edades en ambos sexos, en todos los grupos sociales y de distribución mundial, cuya morbilidad es mayor en los países desarrollados y se espera que aumente. Es más frecuente en el medio urbano que en el rural, así

como en el sexo femenino. En los Estados Unidos de Norte América, más de la mitad de la población mayor de 40 años son considerados obesos. En Inglaterra uno de cada tres niños menores de un año es obeso y en la adolescencia puede llegar a ser del 20 al 30%, se ha encontrado con una frecuencia de 2.5 a 3% en los niños en edad escolar, según Craddock, la obesidad en los niños de 5 a 6 años es del 3%. Se estima que en este país, cerca de 2 millones de personas al año solicitan servicio de los "cuidadores de kilos" (weight-watchers). En México los estudios epidemiológicos son escasos y las estadísticas no mencionan esta entidad ya que se registra eventualmente. En un estudio, se encontró que en el medio rural la frecuencia en los hombres es baja, aproximadamente del 5% y siempre de grado mínimo; en cambio, en las mujeres es del 10%, elevándose en las comunidades urbanas hasta el 28.5% y en grados más avanzados.

La importancia de la obesidad, es que predispone a otras enfermedades como: Diabetes Mellitus, cardiovasculares, hiperlipidemias, hipercolesterolemia, respiratorias, osteoarticulares, digestivas y a complicaciones quirúrgicas y obstétricas, elevando el riesgo de las mismas e incrementando la mortalidad general. La tasa de mortalidad general entre los 15 y los 69 años, es tres veces mayor en-

aquellos que tienen sobrepeso de 20% o más. Además, la obesidad está asociada a múltiples trastornos emocionales que afectan las relaciones interpersonales en mayor o menor grado. 11, 14, 15, 17, 19

ETIOLOGIA

La obesidad tiene una etiología multifactorial, citándose como factores coadyuvantes los socioculturales, psicológicos, endócrinos, hipotalámicos y genéticos, siendo estos tres últimos los menos frecuentes.

- Factores psicológicos. Ya en 1947, Frecud denota la importancia de estos factores como determinantes de sobrealimentación, en función de un aumento de la tensión emocional. "Un gran porcentaje de obesos tiene inmadurez emocional, como lo demuestra el hecho de que se encontró enuresis en un 40% de estos niños, los que también tuvieron sentimientos de minusvalía y gusto por entretenimientos pasivos, como la música y el radio. Muchos de ellos fueron sobreprotegidos por los padres y la inactividad de los niños causó sobreingesta y obesidad. Muchos niños tuvieron padres que eran un conflicto constante y con abierta hostilidad, aunque a menudo

fue compensada con violentas manifestaciones de afecto y compañía. En muchos, sin embargo, la sobrealimentación no aparece hasta la edad adulta, cuando las responsabilidades e inseguridad ocasionan que aflore esta característica latente, desarrollada en la infancia". En estudios más recientes, estas afirmaciones parecen haberse comprobado.

Gloria R. León menciona como factores emocionales que inducen a la sobrealimentación la euforia, la soledad, el hastío, el coraje, la ansiedad y el hambre. Jinich, dice que entre los obesos son frecuentes los signos de inestabilidad emocional, tales como: narcicismo, dificultades para dominar sus impulsos, ansiedad en sus relaciones sociales, inmadurez en la conducta y represión. No obstante, no se encontró una causa psicológica específica que explique todos los casos. Frecuentemente confunden la ansiedad, la ira o el temor, con el hambre.

- Factores socioculturales. Como señaló Stunkard en 1977, todo factor social está directamente relacionado con la obesidad y todos ellos deben considerarse como factores determinantes. El status socioeconómico y el nivel cultural influyen en la obesidad, no menos importantes son -

las costumbres y el medio ambiente, pues parecen afectar la regulación del apetito. Goldblatt afirma que hay una relación inversa entre la obesidad y el estrato socioeconómico; en un estudio encontró obesidad seis veces más común en mujeres de medio socioeconómico bajo, comparadas con mujeres de medio socioeconómico alto, observando resultados similares en los varones. Sin embargo, Craddock menciona que la obesidad suele ser principalmente una enfermedad de las clases opulentas, en donde es importante la ingesta de alimentos refinados a base de hidratos de carbono y grasas. La falta de un adecuado ejercitamiento físico juega un papel secundario pero también importante. Las presiones sociales condicionan que la obesidad sea más frecuente entre los ricos de las naciones pobres y los pobres de las naciones ricas del mundo occidental.

- Tendencia hereditaria. Es indiscutible que existe una tendencia familiar a la obesidad. En varias series de pacientes se observó una mayor incidencia de obesidad en las madres, padres y hermanos de las personas obesas en comparación con los testigos normales. En la mayoría de los niños con una tendencia precoz a la obesidad el componente hereditario será muy acusado. Garn y Clark indican que a la edad de 12 años, los niños con ambos

padres obesos mostraron tres veces mayor incidencia de obesidad que la encontrada en niños con padres no obesos.

- Influencia familiar. Siendo la familia el primer grupo con el que está en contacto el individuo y siendo este contacto más íntimo y prolongado que con cualquier otro grupo, la importancia de los influjos familiares en la determinación de obesidad es fundamental, no obstante, se ha estudiado poco. Se mencionan las siguientes teorías psicológicas que influyen en la aparición de la -- obesidad en el seno familiar: sobrealimentación durante la infancia, fijación oral y dependencia, madres con alteraciones psicológicas, pasividad materna, madres -- preocupadas con problemas personales y estímulos externos. 11, 12, 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 25

A continuación se muestra una clasificación etiológica de la obesidad (según Meyer). 14

GENETICA:

1. Obesidad simple. Por varios genes.
2. Acompañada de enfermedades hereditarias raras:
 - a) Síndrome de Laurence-Moon-Bield, de Prader-Willi y de alstrom.

- b) Enfermedad de Gierke.
- c) Hiperostosis frontal interna.

HIPOTALAMICA:

- 1. Traumática.
- 2. Inflamatoria.
- 3. Neoplástica.

ENDOCRINA:

- 1. Síndrome de Fröhlich.
- 2. Síndrome de Cushing.
- 3. Ginandrismo y Ginismo.
- 4. Hipogonodismo masculino.
- 5. Hiperinsulinismo.
- 6. Hipotiroidismo.
- 7. Síndrome de Stein-Leventhal.

POR MEDICAMENTOS:

- 1. Las fenotizinas.
- 2. Los estrógenos.
- 3. Los antidepresivos tricíclicos.

FISIOPATOLOGIA:

Independientemente de las causas que la desencadenen existen dos factores básicos para que se produzca la obesidad:

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

Habitualmente ambos se encuentran íntimamente relacionados.

Los factores que regulan la ingestión 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, tensión nerviosa, etc. En los factores culturales: costumbres, tradiciones, tabues, educación, etc. En los económicos: producción, distribución y comercialización. En los factores geográficos, entra la producción de determinados alimentos, según las condiciones geográficas prevalientes. Por lo que hace a los factores fisiológicos, existen en el hipotálamo centros relacionados con el hambre y la saciedad, un centro del hambre en el núcleo ventrolateral (HVL) y un centro de la saciedad en el hipotálamo ventromedial (HVM). La corteza cerebral recibe señales positivas del centro del hambre que estimulan la alimentación, y el centro de la saciedad regula este proceso enviando estímulos inhibitorios.

Estos centros están íntimamente relacionados con factores

no hipotalámicos que también intervienen en el control -- del hambre, siendo mecánicos y hormonales. Los mecánicos funcionan cuando el alimento llega al estómago, por dis-- tensión de éste y la presencia de alimento en el duodeno. Dichos estímulos van a producir efectos reguladores a cor-- to plazo. El alimento en el duodeno va a tener al mismo tiempo efecto hormonal que consiste en la liberación de -- colecistoquinina y enterogastrona, las que tienen efecto anorexigénico.

Se habla de otras acciones hormonales relacionados con -- adrenalina y serotonina. Asimismo, se han mencionado -- otros factores anorexigénicos, como la cantidad de amino-- ácidos y lípidos circulantes.

En cuanto al gasto calórico, en ciertas etapas de la vida hay una disminución en la actividad física, sin cambios -- en los hábitos alimenticios, dándose una desproporción en -- tre la ingesta y el consumo calórico causando obesidad y ésta, a su vez, aumenta la inactividad, la cual, asociada a factores psicológicos, produce obesidad cerrando así un círculo vicioso que explica la relación siempre observada de obesidad e inactividad. Pero estos factores no expli-- can por si solos el mecanismo de producción de obesidad,

ya que todos conocemos casos de individuos que comen mucho y no desarrollan obesidad, aún cuando su actividad -- sea moderada.

Existe evidencia sobre que el tejido adiposo empieza a desarrollarse en el tercer trimestre de la gestación, hasta aproximadamente los 9 a 12 meses de vida extrauterina y - en esta etapa puede ser influenciado por factores ambientales. En estudios retrospectivos, se ha visto que la exposición al hambre en el tercer trimestre del embarazo, - influye en la formación del tejido adiposo, mientras que, cuando la exposición es temprana, probablemente afecte la maduración de los centros del apetito y de la saciedad. Así, en el primero de los casos se observa una mayor incdencia de obesidad y en el último de los casos, una mayor resistencia a desarrollarla. El número de adipocitos que da determinado así en este periodo, para toda la vida. De aquí surge la teoría del adipocito, la que sostiene -- que el número de adipocitos va a determinar el tamaño del "organo" adiposo. Esto parece haber sido confirmado en - observaciones posteriores que sugieren que los niños obesos tienen mayor riesgo de ser obesos en la edad adulta. Se determinan así dos tipos de obesidad:

- a) La de inicio temprano (antes de los 2 años de edad o en edad escolar), en la cual va a existir mayor número y tamaño de adipocitos, la grasa corporal tiende a distribuirse uniformemente y se asocia menos frecuentemente a alteraciones endócrinas, existiendo evidencias de una maduración física adelantada con respecto a otros niños. Estos individuos en edad adulta, tienden a padecer obesidades extremas (más del 150% del peso ideal).
- b) La de inicio más tardío, que aparece en la edad adulta, entre los 20-40 años, se presenta con el embarazo y esta ligado a una vida más sedentaria y diversos factores ambientales. Existe un aumento en el tamaño de las células adiposas ya existentes sin variar el número, la grasa tiende a tomar una distribución central, la llamada "curva de la felicidad". Se encuentra más frecuentemente asociada a trastornos metabólicos, como diabetes mellitus, hiperlipidemia e hipertrigliceridemias. 11, 13, 14, 23, 24, 26, 27.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y COMPLICACIONES

En cuanto al cuadro clínico tenemos que en grados ligeros

de obesidad no hay sintomatología; conforme aumenta ésta, produce tensión mecánica y física que agravan o causan directamente varios trastornos, incluyendo incapacidad física, hirsutismo, aumento del grosor de la piel, osteoartritis y ciática. Además las venas varicosas, tromboembolias, hernias hiatal y ventral y colelitiasis.

En el aparato respiratorio produce hipoventilación alveolar que puede causar retención carbónica y producir somnolencia (síndrome de Pickwick). En el sistema cardiovascular, es frecuente la asociación del Cor Pulmonale con la hipertensión pulmonar. La obesidad está asociada a los cuatro factores de riesgo mayores de la aterosclerosis, es decir, hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Frecuentemente presentan síntomas gastrointestinales inespecíficos (flatulencia, dispepsia). Suele aparecer hígado graso, la piel blanda y redundante, produce pliegues húmedos, dando lugar al ambiente más adecuado para la colonización micótica y de levaduras. Hay mayor morbilidad en mujeres embarazadas, siendo en ellas más frecuente la toxemia gravídica y la hipertensión. El riesgo obstétrico es superior debido a un trabajo de parto más duradero, fetos más grandes, mayor frecuencia de cesáreas y mayor riesgo anestésico. El

riesgo de cáncer endometrial es proporcional al grado de obesidad. 11, 12, 13, 14, 15, 27, 28

TRATAMIENTO

El enfoque terapéutico actual incluye las siguientes medidas:

1. Dieta Hipocalórica. La restricción calórica es la pieza fundamental en cualquier programa de reducción de peso, tomando en cuenta que los requerimientos calóricos diarios para un individuo activo varían entre 31-35 Kcal/kg. de peso corporal.
2. Ejercicio. El ejercicio es básico en cualquier programa de reducción de peso. Sin embargo, debe comprenderse claramente la importancia del ejercicio en términos del equilibrio calórico.
3. Medicamentos.
 - 3.1 Anoréxicos: a) dietilpropión, b) mazindol, c) fenfluramina, d) fentermina.
 - 3.2 Hipoglucemiantes orales: a) fenformina, b) metfor

mina.

3.3 Estimulantes metabólicos: El grupo de los medicamentos tiroideos.

3.4 Laxantes.

3.5 Diuréticos.

4. Psicoterapia de apoyo.

5. Terapia conductista.

6. Tratamiento quirúrgico, el cual se aplica sólo en los casos extremos de obesidad.

Las posibilidades de éxito a largo plazo, son desalentadoras, aunque a corto plazo, cualquier medida terapéutica-- que se utilice puede dar resultados.

Ante estas consideraciones, toma una importancia mayor la prevención y el diagnóstico temprano. 11, 12, 13, 14, 27, 29,

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que la obesidad sólo en un pequeño porcentaje obedece a causas orgánicas demostrables y que en la mayoría de los casos ésta tiene una etiología multifactorial; entre los factores más importantes en su inicio y mantenimiento figuran los culturales, socioeconómicos y psicológicos, teniendo su gestación primaria en el grupo familiar. Observándose una cierta predisposición a la obesidad sobre todo en niños y personas jóvenes que provienen de familias de obesos.

Se ha comprobado que la obesidad es perjudicial para el individuo y si es crónica, aumenta la morbilidad y mortalidad del paciente sobre todo a consecuencia de trastornos cardíacos, vasculares, pulmonares, metabólicos, etc. y además aumentan los riesgos quirúrgicos y obstétricos, sobre todo cuando el sobrepeso es del 20% o mayor.

El problema a investigar es si la familia influye de algún modo en la predisposición a la obesidad y si esto ocurre; que influencia tiene y si esto repercute de alguna manera en la dinámica familiar, particularmente en el binomio madre-hijo obeso. 31

JUSTIFICACION

La obesidad es una entidad frecuente en la consulta externa a nivel general, tanto a nivel privado como a nivel -- institucional y en particular dentro del IMSS.

Sin embargo, este padecimiento habitualmente no se diagnostica y no se le da la debida importancia ni por el médico ni por el paciente, hasta que ya ha alcanzado grados avanzados y el paciente acusa ya síntomas inherentes a la obesidad, complicaciones de la misma o enfermedades concomitantes.

Pese a lo anterior, las causas por lo que se da este fenómeno han sido poco estudiadas por lo que en la presente -- investigación se estudiará este problema enfocándose hacia la influencia que tiene el núcleo familiar en la predisposición a este padecimiento y a las repercusiones que el mismo tiene sobre la dinámica de la familia, en particular entre la madre y el niño obeso. 31

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Determinar si dentro del núcleo familiar se dan factores que puedan favorecer o predisponer a la presentación de la obesidad en sus integrantes y como repercute esto en la dinámica del grupo familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.1 Determinar como y en que medida la familia puede influir para que se presente la obesidad en alguno de sus hijos.
- 1.2 Observar si existen alteraciones en la dinámica familiar en familias en las cuales existe uno o más de sus miembros con obesidad. Específicamente en el subsistema fraterno, en la relación madre-hijo.
- 1.3 Determinar si entre la familia la obesidad es considerada como una enfermedad. Y si el niño obeso es considerado sano. 31

MATERIAL Y METODO

Se trata de un estudio que por las características de su elaboración puede clasificarse como prospectivo, descriptivo, observacional y transversal, en el cual se estudiaron varias familias en las cuales existe uno o varios miembros obesos en edad escolar, tomados de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ con MF No. 29 Aragón.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Familias en las que exista por lo menos un miembro obeso en edad escolar.
- Familias con pacientes obesos entre las edades de 6 a 15 años.
- Se consideró obeso a un paciente cuando sobrepasa su peso ideal en un porcentaje del 20% o más. Considerando las tablas de peso por sexo, edad y talla manejadas en el IMSS.
- Todas las familias estuvieron adscritas a la unidad de Medicina Familiar del HGZ con MF No. 29 Aragón.

- Familias en las que vivieran la madre dentro del núcleo familiar.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes en los que el sobrepeso fue menos del 20% sobre el peso ideal.
- Pacientes obesos con edades menores de 6 años y mayores de 15 años.
- Familias no derecho-habientes del IMSS.
- Familias no adscritas a la Clínica 29 del IMSS.
- Familias en las que faltara la madre ya sea por fallecimiento o cualquier otra causa.

ELECCION DE LA POBLACION Y UBICACION ESPACIO-TEMPORAL

Se eligieron 20 familias tomadas al azar de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 29 Aragón, las cuales llenaron todos los criterios de inclusión captadas entre los meses de diciembre de 1985 y enero de 1986. 31

SECCION III. Se investigan datos sobre la enfermedad; -- inicio, evolución tratamientos recibidos y aparición de - complicaciones consta de 5 preguntas.

SECCION IV. En esta sección se investiga el conocimiento que tiene el paciente y sus familiares sobre la obesidad y si es considerada por ellos como una enfermedad, consta 5 preguntas.

SECCION V. Se investigan las funciones de la familia bus_ cando posibles alteraciones en las mismas. Esta sección está dividida a su vez en 5 secciones: A. Socialización. B. Cuidado. C. Afecto. D. Reproducción y E. Status.

CUESTIONARIO

I. DATOS SOBRE EL PACIENTE

1. Nombre _____.
2. Sexo M _____ F _____.
3. Edad _____.
4. Talla _____ Peso _____ Peso Ideal _____.
Sobre peso _____ Kg. _____ %
5. Escolaridad _____ Edad de ingreso a la escuela _____.
6. Número de años reprobados. a) ninguno _____ b) uno _____
c) 2 o más _____.
7. A qué dedica el tiempo libre. a) estudiar y jugar -
_____ b) estudiar y ver televisión _____ c) ver -
televisión _____.
8. Cuántas horas duerme durante la noche. a) hasta - -
9 hrs. _____ b). 9 a 11 hrs. _____ c) 12 hrs o más _____
9. Cuánto tiempo duerme durante el día. a) 0 a 1 hr. _____
b) 1 a 2 hrs. _____ c) más de 2 hrs. _____.
10. Edad de ablactación _____.
11. Cuántas comidas hace durante el día. a) hasta 3 _____
b) 4 _____ c) 5 o más _____.

12. Repite platillos durante las comidas. a) ocasional _____ b) con frecuencia _____ c) siempre _____.
13. Ingiere alimentos entre las comidas. a) ocasional _____ b) con frecuencia _____ c) siempre _____.

II. DATOS SOBRE LA FAMILIA

14. Estado civil de los padres. Casado ___ Viudo ___
Divorciado ___ Unión libre ___ Otro _____.
15. Número de hijos _____ Hombres _____ Mujeres _____.
16. Lugar que ocupa el paciente entre sus hermanos _____.
17. Viven otros familiares en su familia. _____.
18. Ocupación del padre _____ de la madre _____.
19. Existe otro miembro de la familia que sea obeso _____.

III. DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

20. Desde que edad es obeso _____.
21. La aparición de la obesidad tuvo relación con algún acontecimiento. si ___ no ___ cuál _____.
22. Ha consultado al médico alguna vez por la obesidad - si ___ no ___ cuántas veces _____.
23. Ha recibido algún tratamiento para la obesidad. si ___ no ___ cuál _____.

24. Padece alguna otra enfermedad. si ___ no ___ cuál _____ es consecuencia de la obesidad _____.

IV. CONOCIMIENTO DE LA OBESIDAD COMO ENFERMEDAD

25. Considera que la obesidad es enfermedad _____ .
26. Considera a su hijo obeso _____.
27. Considera a su hijo sano _____.
28. Los demás miembros de la familia consideran al paciente como obeso _____.
29. Cuál cree usted que sea la causa de la obesidad.
 a) exceso de alimentación ___ b) falta de ejercicio ___
 c) familiar o hereditaria ___ d) orgánica ___
 e) otra _____.

V. FUNCIONES DE LA FAMILIA

A. SOCIALIZACION

30. Enseña a su hijo las normas de comportamiento dentro de la familia. a) frecuentemente ___ b) ocasionalmente ___ c) nunca _____.
31. Enseña a su hijo las normas de comportamiento fuera del hogar _____.
32. Como es la relación con su hijo. a) buena ___ - - - regular ___ c) mala _____.

33. Cómo es la relación del paciente con sus demás hermanos. a) buena ____ b) regular ____ c) mala ____.
34. La obesidad le impide hacer amigos a su hijo. .
a) nunca ____ b) ocasionalmente ____ c) frecuente---
mente ____ .

B. CUIDADO

35. Procura que la alimentación de su hijo en relación a los demás miembros de la familia sea a) igual ____ b) mejor ____ c) peor ____ .
36. Enseña a su hijo medidas higiénico-dietéticas.
a) frecuentemente ____ b) ocasionalmente ____ c) nun
ca ____.
37. Ayuda y orienta a su hijo a prevenir accidentes.
a) frecuentemente ____ b) ocasionalmente ____ c) nun
ca ____ .
38. Lleva a su hijo al médico a control del niño sano.
a) frecuentemente ____ b) ocasionalmente ____ c) - -
nunca ____ .
39. Lleva a su hijo al médico cuando se enferma. a) - -
siempre ____ b) en ocasiones ____ c) nunca ____.
40. Ayuda a su hijo a resolver sus problemas o tareas.
a) frecuentemente ____ b) ocasionalmente ____ c) - -
nunca ____ .

41. Se preocupa por proporcionar vestido adecuado a su hijo y a los demás miembros de la familia. a) siempre _____ b) en ocasiones _____ c) rara vez _____ .

C. AFECTO

42. Da muestras de afecto a su cónyuge.
a) frecuentemente _____ b) ocasionalmente _____ c) nunca _____ .
43. Convive o se divierte con su hijo. a) frecuentemente _____ b) ocasionalmente _____ c) nunca _____ .
44. Reprende a su hijo cuando hace algo indebido. a) -- frecuentemente _____ b) ocasionalmente _____ c) nunca _____ .
45. Reprende a su hijo por cosas insignificantes. a) -- nunca _____ b) ocasionalmente _____ c) frecuentemente _____ .
46. Ha golpeado a su hijo. a) nunca _____ b) ocasionalmente _____ c) frecuentemente _____ .

D. REPRODUCCION

47. Planeó usted el nacimiento de sus hijos. a) todos _____ b) algunos _____ c) ninguno _____ .
48. Fue su hijo producto de un embarazo deseado. a) si _____ b) no _____ .

49. Da a su hijo orientación sexual. a) frecuentemen-
te ____ b) ocasionalmente ____ c) frecuentemente ____
____ c) nunca ____ .
50. Las relaciones interpersonales con su cónyuge son:
a) buenas ____ b) regular ____ c) malas ____ .
51. La relación sexual con su cónyuge es a) buena ____
b) regular ____ c) mala ____ .
52. Utiliza algún método anticonceptivo. a) si ____ - -
b) no ____ .

E. ESTATUS

53. Ingreso familiar mensual _____ Per Capita _____
_____ a) mayor de 24,750 b) 16,500 - 24,700
c) menos de 16,450 .
54. Su casa es: a) propia _____ b) hipotecada _____
c) rentada _____ .
55. Casa tipo a) sola ____ b) Departamento ____ c) -
vecindad u otro _____ .
56. Servicios con que cuenta. a) agua ____ luz ____
c) drenaje ____ d) pavimento ____ e) teléfono ____

DETERMINACION DE VARIABLES E INDICADORES

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

I. ASPECTOS SOCIOCULTURALES

1. Cultura. La podemos definir como la herencia social de los humanos; es decir, la transmisión de las pautas de conducta y comportamiento, lenguaje, adquisición de conocimientos que lleva a la transmisión y -- conservación pasiva de culturas de cualquier complejidad que dan al hombre una vida social organizada y -- cumple una doble función, sirve para adaptar al individuo a su lugar en la sociedad, así como a su ambiente natural.

1.1 Hábitos alimenticios. Son las costumbres que la familia transmite a sus miembros en relación a la cantidad, calidad, preparación e ingesta.

1.2 Actividad física. Se refiere a las tareas desarrolladas diariamente en el desempeño de las labores cotidianas como son: trabajo, estudio, ejercicio, descanso, etc.; para determinar si hay o -

no sedentarismo.

1.3 Educación. Se refiere al nivel de estudio alcanzado en relación a la edad e inicio de estudios.

II. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Se pretende investigar el conocimiento que tiene el paciente y la familia sobre la obesidad y la aceptación de ser obeso por el paciente y su familia.

1. Aceptación de la obesidad. Conocimiento de que un exceso de peso del 20% o mayor sobre el peso ideal, se considera obesidad y si acepta él y su familia que es obeso.

1.1 Se considera obeso. Aceptación o rechazo de la obesidad.

1.2 Se considera sano. Aceptación o rechazo de la obesidad como enfermedad.

2. Factores condicionantes o etiología de la obesidad. Conocimiento sobre los factores causales de la obesidad como alimentación, hereditario, orgánica, etc.

3. Tratamiento. Conocimiento del manejo de la obesidad, qué tipos de tratamiento existen y si ha recibido alguno.
4. Aparición de complicaciones. Conocimiento de las complicaciones de la obesidad y si presenta alguna.

III. FUNCIONES DE LA FAMILIA

1. Socialización. Adaptación del niño o joven a su ambiente social; aprendizaje del lenguaje, conceptos y actitudes respecto a la salud y al rol que debe jugar.
 - 1.1 Normas de conducta. Son las reglas de comportamiento que transmite la familia a sus miembros -- tanto dentro del núcleo familiar como fuera de -- éste (sociedad).
 - 1.2 Relación interpersonal. La relación del individuo con los demás miembros de la familia y de su contexto social.
2. Cuidado. La familia debe llenar las necesidades fsicas, sanitarias y de seguridad de sus miembros.

- 2.1 Alimentación. Procurar que la alimentación de --
los miembros de la familia sea adecuada para su
desarrollo biológico, es decir, que se cumplan --
las leyes de la alimentación.
- 2.2 Vestido. Proveer a los miembros de la familia --
con lo indispensable para vestir de una manera de
corosa.
- 2.3 Atención sanitaria. Cubrir las necesidades sani-
tarias básicas, es decir, educación y atención mé
dica.
3. Afecto. Debe cubrir además de las necesidades prima-
rias, otras secundarias como: necesidad de pertenen-
cia y amor (afecto y filial), de respecto y autorcali-
zación.
- 3.1 Conyugal. Que se cubran las necesidades afecti-
vas de los conyuges.
- 3.2 Paternal. Cubrir las necesidades afectivas de --
los hijos.

3.3 Filial. Que se cubran las necesidades de afecto entre los hermanos.

4. Reproducción. Debe controlar y regular la conducta sexual y la reproducción.

4.1 P.P.F. Que exista control de la fertilidad en la pareja.

4.2 Interacción personal. Que haya una adecuada relación interpersonal y sexual en la pareja.

4.3 Educación sexual. Que se proporcione la orientación sexual básica a los hijos.

5. Status. El lugar que la familia ocupa en la sociedad debe ser gratificante para sus miembros.

5.1 Ocupación. Actividad del jefe de familia.

5.2 Ingreso familiar. La suma de los ingresos económicos de cada uno de sus miembros con vida laboral activa e ingreso percapita.

5.3 Vivienda. Se refiere a la posesión, tipo y servicio con que cuenta la casa habitación de la familia.

ESCALA DE MEDIDA

En virtud del tipo de investigación (descriptiva y observacional) la escala de medición utilizada fue la Nominal y Ordinal, el método estadístico utilizado fue el de frecuencias, proporciones o porcentajes, que se pueden representar mediante gráficas de barras, de sectores circulares y pictogramas, ya que este método describe variables individuales por separado y variables categóricas.

El código de calificación para las preguntas del cuestionario fue con una posición de orden que va del 1 al 3 para las preguntas de opción múltiple de la forma siguiente: a = 1, b=2 y c=3, y para preguntas de respuesta directa: cuando la respuesta fue afirmativa =1, cuando fue negativa =2. Dándose un valor de categoría para cada variable de acuerdo a los cuadros A, B y C. En cuanto al ingreso familiar, dentro de status se consideró bajo cuando fue menor de 16,495.00 Percapita, medio cuando fue de 16,500.00 a 24,745.00 y alto mayor de 24,750.00. 31, 32

ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los datos recopilados de cada una de las encuestas realizadas, encontramos los siguientes resultados:

I. En cuanto a los aspectos socioculturales tenemos que en los hábitos alimenticios se encontró que sólo 7 pacientes (35%) tuvieron una alimentación que pudo considerarse adecuada y en 13 pacientes (65%) se encontró que hubo sobrealimentación (Quadro No. 1; gráfica No. 1). En la actividad física en 10 pacientes (50%) se consideró adecuada y en el otro 50% hubo sedentarismo (Quadro No. 1; gráfica No.2). Y en cuanto al nivel educacional se consideró adecuado en 15 pacientes (75%) y bajo sólo en 5 pacientes (15%) (Quadro No. 1; gráfica No. 3).

II. En relación al conocimiento y aceptación de la enfermedad se encontró que 14 pacientes (70%) aceptaron ser --obesos y 6 (30%) no lo aceptaron; 9 pacientes (45%) y familiares aceptaron a la obesidad como enfermedad y la mayoría de éstos (11=55%) la rechazaron (Quadro No. 2; gráfica No. 4). En cuanto al conocimiento de las causas de la obesidad, sólo 8 pacientes (40%) tuvieron conocimiento de éstas y 12 (60%) las desconocieron. De las medidas terapéu

ticas, 11 pacientes (55%) tuvieron conocimiento de éstas y 9 (45%) las desconocieron (Cuadro No. 2; gráfica No. 5). Sólo un paciente (5%) presentó algún padecimiento que pudo considerarse como una complicación de la obesidad; (micosis de los pliegues inguinocrurales) y el resto no presentaron ninguna complicación (Cuadro No. 2; gráfica No. 6).

III. En lo que respecta a las alteraciones de la dinámica familiar se encontraron alteraciones en prácticamente todas las funciones familiares.

En función de socialización se encontró que las normas de conducta y las relaciones interpersonales fueron adecuadas en 13 (65%) y 15 (75%) familias respectivamente y alterada en 7 (35%) y 5 (25%) familias, respectivamente (Cuadro No. 3; gráfica No. 7).

En la función de cuidado o atención encontramos pocas alteraciones ya que la alimentación fue adecuada en 18 familias (90%) e inadecuada sólo en 2 (10%). El vestido fue adecuado en 12 familias (85%) e inadecuado en 3 (15%). Y, por último, la atención sanitaria que fue adecuada en 14 familias (70%), e inadecuada en 6 familias (30%) (Cuadro No. 3; gráfica No. 7).

En cuanto a la función de afecto se encontró mayor alteración en el conyugal, siendo inadecuado en 7 (35%) y -- adecuado en 13 familias (65%). El parental y filial fue adecuado en 16 familias (80%) e inadecuado en el 20% de familias (Cuadro No. 3; gráfica No. 8).

En cuanto a reproducción 17 familias (85%) tuvieron un -- método de control de la fertilidad y en 3 no se llevaba -- ninguno. La interacción personal fue adecuada en 13 familias (65%) e inadecuada en 7. En la mitad de las fami-- lias se daba educación sexual a los hijos y en la otra -- mitad no. (Cuadro No. 3; gráfica No. 8).

Y por último en lo que hace al status se encontró que 5 -- familias (25%) tuvieron un ingreso familiar bajo, 9 (45%) medio y 6 (10%) alto. (Cuadro No. 4; gráfica No. 9). En cuanto a la ocupación, ninguno fue campesino, siendo la mayoría obreros, 17 o sea 85% y 3 (15%) fueron profesionistas (Cuadro No. 4; gráfica No. 10). La vivienda se consideró adecuada en 14 familias (70%) e inadecuada en 6 (30%) -- (Cuadro No. 4; gráfica No. 11).

UNIDADES Y CRITERIOS DE MEDIDA

CUADRO "A".

I. ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Variables e Indicadores	No. de Preguntas	Preguntas filtro	Categoría
1. CULTURA			
1.1 Hábitos Alimenticios	11, 12, 13	10	Adecuados (3-5) Sobrealim. (6-9)
1.2 Actividad Física	7, 8	9	Adecuada (3-5) Sedentarismo (6-9)
1.3 Educación	5, 6		Adecuada (3-5) Nivel Educ. bajo (3)

CUADRO "B"

II. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Variables e Indicadores	No. de Preguntas	Preguntas filtro	Categoría
1. Aceptación de la obesidad			
1.1 Es obeso	26, 28	20	Acepta (2) Rechaza (1)
1.2 Está enfermo	25, 27	22	Acepta (2) Rechaza (1)
2. Etiología	29	21	Conoce (1) Desconoce (0)
3. Tratamiento	22, 23		Conoce (2) Desconoce (0-1)
4. Complicaciones	24		Presenta (1) No presenta (0)

UNIDADES Y CRITERIOS DE MEDIDA

CUADRO "C"

III. FUNCIONES DE LA FAMILIA

VARIABLES e INDICADORES	No. de Preguntas	Preguntas filtro	Categoría
1. Socialización			
1.1 Normas de Conducta	30, 31		Adecuada (2-3) Inadecuada (4-6)
1.2 Relación Interpersonal	32, 33	34	Adecuada (3-5) Inadecuada (6-9)
2. Cuidado			
2.1 Alimentación	35	36	Adecuada (2-3) Inadecuada (4-6)
2.2 Vestido	41		Adecuado (1) Inadecuado (2-3)
2.3 Atención Sanitaria	38,39,40		Adecuada (5-7) Inadecuada (8-15)
3. Afecto			
3.1 Conyugal	42		Adecuado (1) Inadecuado (2-3)
3.2 Parental	43,45,46	44	Adecuado (4-6) Inadecuado (7-12)
3.3 Filial	33		Adecuado (1) Inadecuado (2-3)
4. Reproducción			
4.1 P.P.F.	52	47,48	Adecuada (3) Inadecuada (4-7)
4.2 Interacción Personal	50,51		Adecuada (2-3) Inadecuada (4-6)
4.3 Educación Sexual	49		Adecuada (1-2) Inadecuada (3)
5. Status			
5.1 Ingreso Familiar Per Capita	53		Bajo Medio Alto
5.2 Ocupación	18		Campesino Obrero Profesionista
5.3 Vivienda	54,55,56		Adecuada (3-6) Inadecuada (7-9)

CUADRO No. 1

Determinación de los hábitos alimenticios, actividad física y nivel -
educacional, en 20 niños obesos tomados de la Consulta Externa de Me-
dicina Familiar del HGZ No. 29 A. (1ª de diciembre de 1985 al 31 de
enero de 1986).

CATEGORIA \ VARIABLE	Hábitos Alimenticios		Actividad Física		Educación	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Adecuado	7	35	10	50	15	75
Sobrealimentación	13	65				
Sedentarismo			10	50		
Nivel Educ. Bajo					5	25

Fuente: Encuesta Directa.

CUADRO No. 2

Frecuencia de aceptación y rechazo de la obesidad como enfermedad, así como conocimiento de las causas, tratamiento de la misma y presencia de complicaciones por el paciente y su familia; en 20 familias con un hijo obeso, tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del H.G.Z -- No. 29 A. (1^a de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

VARIABLE CATEGORIA	ES OBESO		ESTA ENFERMO		ETIOLOGIA		TRATAMIENTO		COMPLICACIONES	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Acepta	14	70	9	45						
Rechaza	6	30	11	55						
Conoce					8	40	11	55		
Desconoce					12	60	9	45		
Presenta									1	5
No presenta									19	95

FUENTE : Encuesta Directa.

CUADRO No. 3

Determinación de las funciones, familiares de socialización, cuidado, afecto y reproducción, en 20 familias con un hijo obeso, tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del HGZ No. 29 A. (1ª de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

CATEGORIA VARIABLE	A D E C U A D A		I N A D E C U A D A	
	Frec.	%	Frec.	%
1. Socialización Normas de Con- ducta	13	65	7	35
Relación Inter- personal	15	75	5	25
2. Cuidado Alimentación	18	90	2	10
Vestido	17	85	3	15
Atención Sanitaria	14	70	6	30
3. Afecto Conyugal	13	65	7	35
Parental	16	80	4	20
Filial	16	80	4	20
4. Reproducción P.P.F.	17	85	3	15
Interacción Personal	13	65	7	35
Educación Sexual	10	50	10	50

FUENTE: Encuesta directa.

CUADRO No. 4

Determinación de status de acuerdo al ingreso familiar per capita, - ocupación del jefe de familia y determinación de si es adecuada o no la vivienda; en 20 familias con un hijo obeso, tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del H.G.Z. No. 29 A. (1ª de diciembre - de 1985 al 31 de enero de 1986).

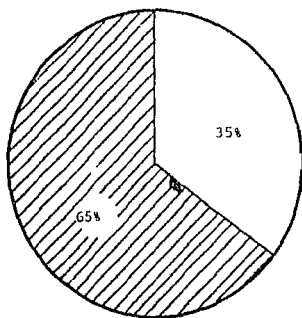
VARIABLE CATEGORIA	Ingreso Familiar		Ocupación		Vivienda	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Bajo	5	25				
Medio	9	45				
Alto	6	30				
Campeño			-			
Obrero			17	85		
Profesionista			3	15		
Adecuada					14	70
Inadecuada					6	30

FUENTE : Encuesta directa.

GRAFICA No. 1

Determinación de los hábitos alimenticios, en 20 niños obesos tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del HGZ No. 29 A. (1^a de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

U: 20 = 100 %



ADECUADO



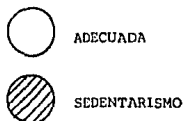
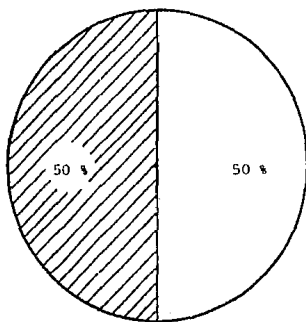
SOBREALIMENTACION

FUENTE: CUADRO No. 1.

GRAFICA No. 2

Determinación de la actividad física en 20 niños obesos tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del HGZ No. 29 A. (1^a de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

U: 20 = 100 %

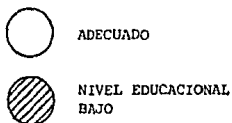
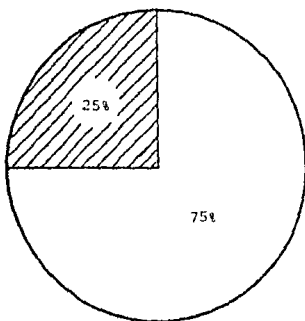


FUENTE: CUADRO No. 1.

GRAFICA No. 3

Determinación del nivel educacional en 20 niños obesos tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del HGZ No. 29 A. (1^a de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

U: 20 = 100 %

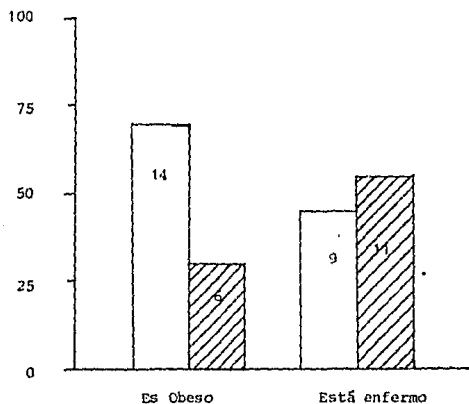


FUENTE: CUADRO No. 1

GRAFICA No. 4

Frecuencia de aceptación y rechazo de la obesidad con o enfermedad, por el paciente y su familia; en 20 familias con un hijo obeso, tomados en la Consulta Externa de Medicina Familiar del HGZ No. 29 A. (1^a de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

U: 20 = 100 %



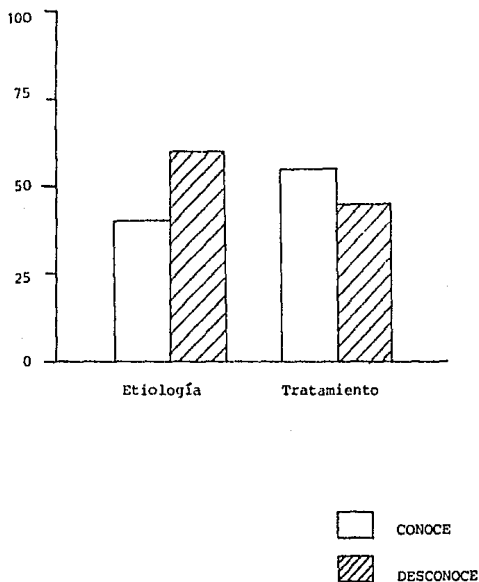
Fuente: Cuadro No.2



GRAFICA No. 5

Conocimiento de las causas y tratamiento de la obesidad por el paciente y su familia; en 20 familias con un hijo obeso, tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del HGZ No. 29 A. (1^a de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

U: 20 = 100 %

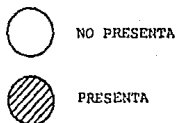
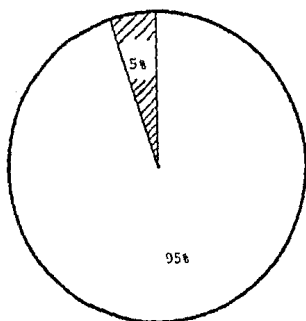


FUENTE: CUADRO No. 2.

GRAFICA No. 6

Presencia de complicaciones en niños obesos, tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del H.G.2. No. 29 A. (1^a de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

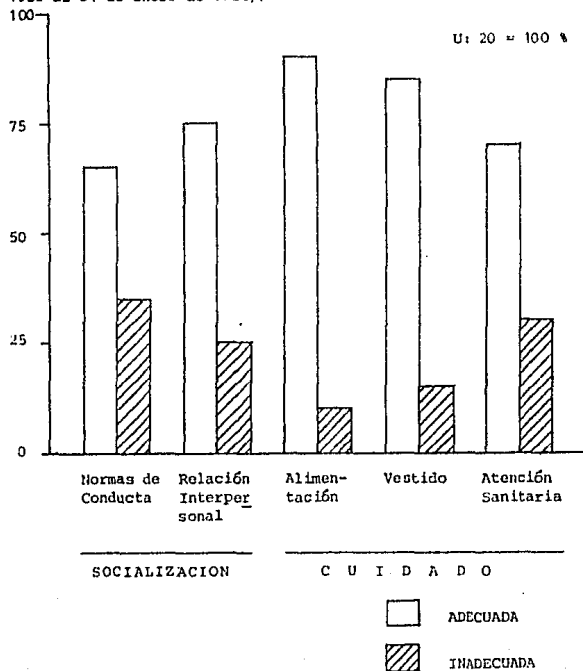
U: 20 = 100 %



FUENTE: CUADRO No. 2.

GRAFICA No. 7

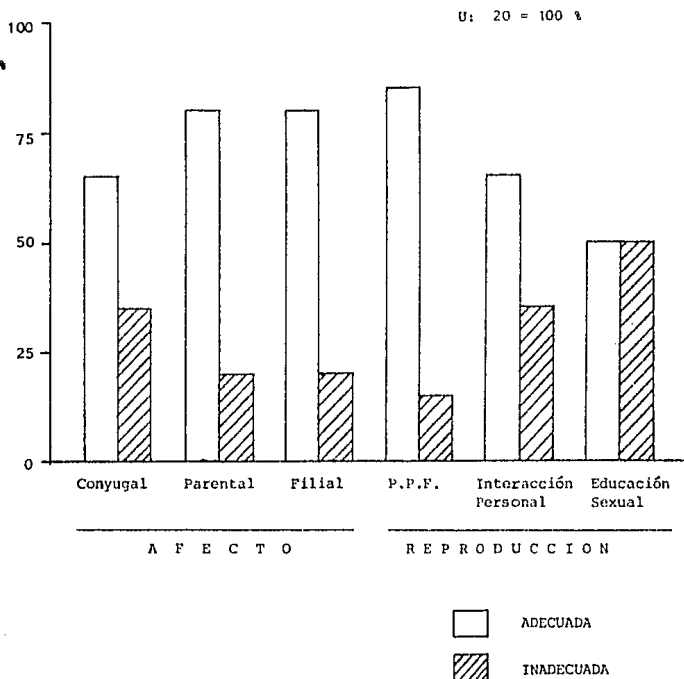
Determinación de las funciones familiares de socialización y cuidado; en 20 familias con un hijo obeso, tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del H.G.Z. No. 29 A. (1^a de diciembre de -- 1985 al 31 de enero de 1986).



FUENTE: CUADRO No. 3

GRAFICA No. 8

Determinación de las funciones familiares de afecto y reproducción; en 20 familias con un hijo obeso, tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del HGZ No. 29 A. (1^a de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

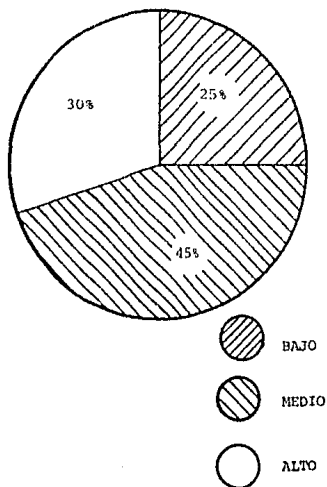


FUENTE: CUADRO No. 3.

GRAFICA No. 9

Determinación del status de acuerdo al ingreso familiar Per Capita del jefe de familia; en 20 familias con un hijo obeso tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del HGZ. No. 29 A. (1^a de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

U: 20 = 100 %

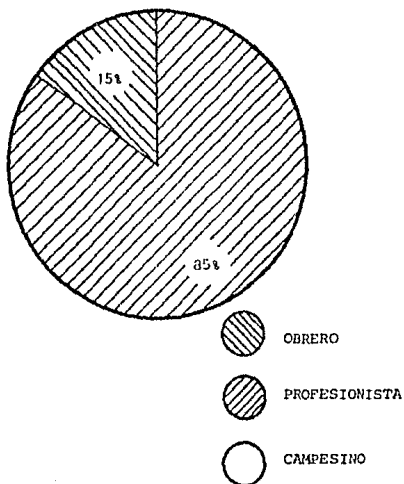


FUENTE: Cuadro No. 4.

GRAFICA No. 10

Determinación del status de acuerdo a la ocupación del jefe de familia; en 20 familias tomadas de la Consulta Externa de Medicina Familiar del H.G.Z. No. 29 A. (1ª de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

U: 20 = 100 %

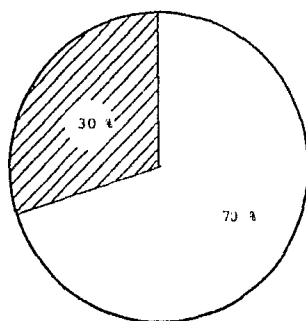


FUENTE: CUADRO No. 4.

GRAFICA No. 11

Determinación del status de acuerdo a si es adecuada o no la vivienda; en 20 familias con un hijo obeso, tomados de la Consulta Externa de Medicina Familiar del H.G.Z. No. 29 A. (1^a de diciembre de 1985 al 31 de enero de 1986).

U: 20 = 100 %



ADECUADA



INADECUADA

FUENTE: CUADRO No. 4

COMENTARIO

En las familias con niños obesos, existe una gran dependencia de la madre hacia otros familiares y esta dependencia la proyecta hacia uno de sus hijos, sobreprotegiéndolo; siendo la comida, de las necesidades primarias a cumplir, manifestando por medio de ella el cuidado brindado a su hijo, creando con él un vínculo difuso, con lo que a su vez, el niño se hace dependiente y tiende a fijarse en la fase oral.

De esta manera, el grupo familiar y principalmente la madre, favorece la aparición y mantenimiento de obesidad en uno o varios miembros, asignándoles un rol en el que se deposita la necesidad de afecto que ella siente y que manifiesta en forma exagerada hacia él, lo que, además, proporciona status, pues la obesidad en la infancia, socialmente es reflejo de salud y de capacidad económica.

La obesidad en nuestro medio, es devaluada como entidad patológica. El tratamiento a largo plazo fracasa, por lo que debemos dar importancia a la prevención de la misma iniciándola desde la infancia, procurando comenzar por hacer conciente al médico de primer contacto, sobre la mag-

nitid y repercusiones del problema y la familia, de que la obesidad es una enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Jaime, A.H. FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR, Ed. M.F.M. pp:3-20.
2. Santacruz, V.S. LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ANALISIS, Rev. Med. I.M.S.S., Vol. 21, Núm. 4, 1983 pp: 350.
3. Conn. R.S., MEDICINA FAMILIAR. TEORIA Y PRACTICA. Ed. Interamericana pp: 2 - 16.
4. Lapassade, G., CLAVES DE LA SOCIOLOGIA. Análisis de Grupos. Ed. IATA, Barcelona 1981 pp: 133-144.
5. Pichón, R.E., EL PROCESO GRUPAL. Ed. Nueva Visión Cuarta Edición, 1978.
6. Sánchez, A. J., FAMILIA Y SOCIEDAD. Ed. Joaquín Mortiz. Segunda Edición, 1976.
7. Leñero, L., LA FAMILIA. Textos Avvies. Ed. Edisol Primera -- Edición, 1976.
8. Cárdenas, N.E., GRAN DICCIONARIO ENCICLOPEDICO ILUSTRADO, Ed. Selecciones del Reader's Digest. México, 1972. p. 333.
9. Ongay, M., ¿QUE PASA CON LA FAMILIA?, Rev. Mex. de Ciencias Políticas y Soc., Ed. Nueva Epoca, oct-dic. 79, ene-mar, 80 p: 62-65.
10. Minuchin, S., FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR, Ed. Gramica, Primera Edición 1979.
11. Williams R.H., TRATADO DE ENDOCRINOLOGIA. Ed. Interamericana, - Quinta Edición pp: 990-1003.
12. HEALT IMPLICATIONS OF OBESITY. Anals of Internal Medicine. Vol.6 part. 2, december, 1985.

13. Harrison. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. Ed. Mc. Graw-Hill, 10a. Edición 1985. pp: 608-616.
14. Craddock. OBESIDAD. Ed. Marín, S. A., 1979. pp: 13-120.
15. Borjeson M. OVERWEIGHT CHILDREN. Acta Ped. Scand. 51, Suppl. 132, 1962.
16. Charney E. etal. CHILDHOOD ANTECEDENTS OF ADULT OBESITY. The New England Journal of Medicine; 205:6 1976.
17. Bray E. A., etal. VALORACION DEL PACIENTE OBESO. J.A.M.A. en México; 1:4, 1976.
18. Jinich H., ASPECTOS PSICOSOMATICOS DE LA OBESIDAD. Gac. Med. de México.; 110:35, 1975.
19. Jellife P, PRACTICAS Y COSTUMBRES DE LA ALIMENTACION INFANTIL. Clin. Ped. North. Am.; 24:49, 1977.
20. Freed. S. Ch. : PSYCHIC FACTOR IN THE DEVELOPMENT AND TREATMENT OF OBESITY. J.A.M.A.; 133:369, 1947.
21. León G. R.; A. BEHAVIORAL APPROACH TO OBESITY. Am. J. of Clin. Nut.; 30:785, 1977.
22. Goldblaff P. et.al., SOCIAL FACTORS IN OBESITY. J.A.M.A.; 192; 1039, 1965.
23. Llamas R., LAS BASES METABOLICAS Y FISIOLÓGICAS DE LA OBESIDAD. Gac. Méd. de Méx., 114:561, 1978.
24. Strauss E.; ADELANTOS RECIENTES EN EL CONOCIMIENTO DE LAS HORMONAS GASTROINTESTINALES. Clin. Med. North Am. 62:21, 1978.
25. Thomas E. C. CHILDHOOD OBESITY: A FAMILY SYSTEMS VIEW. Am. Fam. Phys. 24:2 aug. 1981.
26. Brook C.G.D., EVIDENCE FOR A SENSITIVE PERIOD IN ADIPOSE-CELL - REPLICATION IN MAN. Lancet; 11:624, 1972.

27. Nelson RA. et al., NATURAL HISTORY AND PHYSIOLOGY OF OBESITY. J.A.M.A.; 223:627, 1973.
28. Pugliese M.T., FEAR OF OBESITY. The New England Journal of - Medicine, 309:513-8, 1983.
29. Garrow J. S., MAINTENANCE OF WEIGHT LOSS IN OBESE PATIENTS -- AFTER JAW WIRING. British Medical Journal; 282:858, 1981.
30. Brownell K. D. et al, TREATMENT OF OBESE CHILDREN WITH AND -- WITHOUT MOTHERS Pediatrics 71:515, 1983.
31. Méndez, R.I. et al., EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION, Lineamientos Generales para su elaboración y Análisis. 1a. Ed. 1984.
32. Portilla, E. Ch., ESTADISTICA, 1a. Ed. 1980. Nueva Editorial Interamericana.