



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

UMF - 57 IMSS

VERACRUZ, VER.

1987

Relación entre Disfunción Familiar y Obesidad Exógena
en 30 Pacientes Mayores de 20 Años de Edad.
De la Unidad de Medicina Familiar No. 57
del Instituto Mexicano del Seguro Social
Veracruz, Ver. 1986.

TESIS

Que para obtener el postgrado
en la especialidad de:

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Manuel Saiz Calderón Gómez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

C O N T E N I D O

	Pag.
INTRODUCCION	
JUSTIFICACION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
PROPOSITO DE LA INVESTIGACION	2
OBJETIVOS	2
HIPOTESIS	2-3
CONCEPTOS Y CRITERIOS OPERATIVOS	3-5
FORMULARIO	6-6 BIS
METODOLOGIA	7
TABLA I	8
TABLA II	9
TABLA II BIS	10
TABLA III	11
TABLA IV	12
TABLA V	13
TABLA VI	14
TABLA VII	15
GRAFICO 1	16
GRAFICO 2	17
GRAFICO 3	18
GRAFICO 4	19
GRAFICO 5	20
RESULTADOS	21
OBSERVACIONES	22
CONCLUSIONES	22
DISCUSION	23
RECOMENDACIONES	24
RESUMEN	24
BIBLIOGRAFIA	25

I).- INTRODUCCION

A).- JUSTIFICACION

La disfunción familiar y la obesidad, representan un verdadero reto para todo investigador, especialmente para el Médico Familiar que pretende abordar estas entidades en cualquiera de los múltiples aspectos con que cuenta. De hecho existe la necesidad de mayores conocimientos al respecto.

Pues si bien existen estudios relacionados con la funcionalidad familiar por una parte y con algunos procesos del entorno del paciente obeso, éstos aún no son concluyentes en cuanto al conocimiento de la funcionalidad familiar del paciente obeso, ya que se han tratado de universos con entorno socioculturalmente distinto a nuestra población y por lo tanto su valor aplicativo es relativo.

Los efectos de la obesidad no solo son físicos, también son sociales y psicológicos, ya que operan a nivel de conciencia sobre los hábitos alimentarios y en la dinámica familiar. Se ha demostrado que la obesidad conduce a un aumento de la susceptibilidad, reacciones obsesivas, pasividad y retracción, sentimientos de inferioridad y trastornos de la personalidad. Se ha encontrado una relación directa entre el grado de obesidad y el grado de trastornos de la afectividad (3,4,5,12).

Ante la diversidad de metodología para el estudio de la funcionalidad familiar, se justifica la aplicación de un cuestionario para conocer la disfuncionalidad de algunos procesos del sistema familiar del paciente, y una clasificación para determinar por grados la disfunción familiar y de esta forma obtener resultados más objetivos para correlacionarlos con los grupos de obesidad.

B) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los más complejos problemas de conducta en la Medicina es el hábito excesivo para comer, caracterizado por no existir un factor único para ganar peso y de hecho se considera un problema multifactorial entre los que podemos mencionar: factores genéticos, ambientales, hábitos alimenticios, estado económico y social, estado emocional, además que la dinámica familiar es un aspecto importante en el entorno familiar del paciente obeso.

Sabiendo de antemano que no hay funcionalidad familiar perfecta y que la disfunción familiar altera la actitud del individuo, se ha decidido efectuar este estudio con la finalidad de saber si es posible graduar objetivamente la disfunción familiar y si hay correlación en forma gradual y progresiva con una de las expresiones patológicas más comunes como es la obesidad. Así pretendemos continuar sustentando bases para posteriores estudios en este amplio terreno de la funcionalidad familiar y el paciente obeso.

II.- PROPOSITO DE LA INVESTIGACION.

El propósito de nuestra investigación es el de conocer las alteraciones en la dinámica familiar de los pacientes con obesidad exógena y pretendemos apoyar que una parte fundamental en las funciones familiares son las expresiones de comunicación, de autoridad, de afectividad y de sexualidad. Es importante señalar que las funciones anteriores no son todas - las comunicadas en la literatura médica, pero si se trata de aquéllas - que responden a las necesidades primarias de los principales procesos - del sistema familiar.

Con el presente trabajo se propone un formulario para investigar la -- funcionalidad de los cuatro procesos básicos y el de hacer una clasificación para expresar por grados la disfuncionalidad familiar.

III.- OBJETIVOS

- 1.- objetivo general :conocer los trastornos de la dinámica familiar - en 30 pacientes con obesidad exógena.
- 2.-objetivo intermedio : identificar la relación que existe entre la - disfunción familiar y la obesidad exógena de los pacientes estudiados.
- 3.-objetivos operativos :
 - 3.1: aplicar al universo de trabajo,el formulario para la identifica - ción de los trastornos de la dinámica familiar al paciente obeso y al grupo control de 30 pacientes no obesos.
 - 3.2 :determinar los grados de obesidad exógena y los grados de disfunción familiar en el paciente obeso, así como determinar los grados de - disfunción familiar en el paciente no obeso del grupo control.
 - 3.3:conocer la relación existente entre los grados de disfunción fami - liar y la obesidad exógena.
 - 3.4: conocer la relación existente entre los grados de disfunción fami - liar y de obesidad exógena, y conocer la relación de disfunción familiar del grupo de pacientes con peso corporal normal.

IV.-HIPOTESIS

- a) general : la disfunción familiar está en relación con el grado de - obesidad exógena.
- b)verdadera: los grados de disfunción familiar están en relación direc - ta con el grado de obesidad exógena.
- c)específica :los grados de disfunción familiar : afectiva, de comunica - ción, de autoridad y de sexualidad, están en relación directa con el gra - do de obesidad exógena en pacientes mayores de 20 años de edad, asisten - tes a la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar Número 57- del Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz Ver.

4) HIPOTESIS NULA : Los grados de disfunción familiar no están en relación directa con el grado de obesidad exógena.

CONCEPTOS Y CRITERIOS OPERATIVOS

1.-Conceptos y criterios relacionados con la obesidad.:

Obesidad exógena : estado morboso en el cual hay un sobrepeso mayor del 10% del peso ideal, siendo asegurado por la--
ingesta excesiva de alimentos, no tiene un desarro--
llo endógeno (endocrinopatía, psiquiátrico.)

Trastornos de la obesidad en grados:

Peso ideal : es la talla del individuo en centímetros menos cien mas menos cuatro.

Sobrepeso : persona con sobrepeso corporal menor del 9% de su peso ideal.

Obesidad grado I : sobrepeso del 10 al 19% del peso ideal.

Obesidad grado II : sobrepeso del 20 al 29% del peso ideal.

Obesidad grado III : sobrepeso mayor del 30% del peso ideal.

2.-Conceptos y criterios relacionados con la dinámica familiar :

Nivel socioeconómico : se valorará el ingreso per capita que resultará de dividir el ingreso diario en pesos entre el número de miembros de la familia. Tomándose además en cuenta la cantidad en pesos correspondiente a los egresos por gastos diversos (renta, roca, otros gastos). Quedando clasificados los pacientes en las siguientes categorías : ingresos per capita de 30 a 400 pesos diarios, ingresos per capita de 401 a 500 pesos diarios e ingresos per capita de 501 a 600 pesos diarios.

Nivel educativo : se clasificarán a los pacientes de acuerdo a : estudios de educación primaria, estudios de educación secundaria bachillerato o equivalentes, analfabetas.

Dinámica familiar normal : es una mezcla de sentimientos comparativos y expectativos entre cada miembro de una familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y que les da el sentimiento de no estar aislados, de poder contar con el apoyo de los otros miembros. Las funciones familiares conservan su homeostasis, así surge el concepto de familia patológica o desintegrada, -- definiéndola como aquella que sufre disfuncionalidad (Virginia Satir).

autoridad : se considera referente a la integración entre los sub- -- sistemas através de reglas o normas las cuales define- -- a la vez como guías establecidas o regulación para la - - - acción, método o disposición. Virginia Satir la considera - la fuerza vital dinámica y de enorme influencia familiar - estando relacionado con el concepto y para que se cumpla - el crecimiento en ésta area, éstas normas deben tener ---- las características siguientes : abiertas, humanas, cambiar- cuando sea necesario y que dé oportunidad de libertad para que se comente cualquier cosa. Consideramos trastornos de - autoridad cuando se den secretos inadecuados, inhumanos, --- y cualquier cambio que tenga que contratar normas estable- cidas y que haya restricciones al respeto y al comentario.

comunicación: es la forma verbal y no verbal de expresar las ideas, --- pensamientos, sentimientos y actitudes entre los subsistemas familiares para lograr el entendimiento o acuerdo común. Toda conducta será una comunicación, y consideramos comuni- cación alterada cuando las características antes menciona- das se den de manera defectuosa alejándose o retardando -- la comprensión de acción para resolver un problema o alcan- zar un objetivo familiar.

afectividad: es el estado de ánimo y de actitud que proyectamos y -- desarrollamos en las relaciones interpersonales y que en - general nos acercan o nos alejan de los demás. Considera - mos alteraciones en la capacidad de los logros, en los ob- jetivos individuales o grupales, que llevan a los subsis - temas a una mala integración o relación con los demás y - a una mala cohesión grupal, originándose sentimientos de - indiferencia o de rechazo y alteración en la autoestima, - afectividad deficiente o aparente afectividad en exceso.

sexualidad : la Organización Mundial de la Salud en el año de 1975 --- define a la salud sexual como la integración de los aspec- tos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del - ser humano sexual, en formas que sean enriquecidas y real- cen la personalidad, la comunicación y el amor. Así mismo - la Organización Mundial de la Salud considera que se re- quieren tres elementos básicos para conseguir una salud- sexual, a saber :

- 1.-la posibilidad de disfrutar una actividad sexual re--- productiva equilibrando una ética personal y social.
- 2.-el ejercicio de la sexualidad sin temores, verguenzas, culpas, mitos o falacias, en esencia sin factores psicoló- gicos y sociales que interfieran en las relaciones sexua- les.
- 3.-el desempeño de una actividad sexual libre de trastor- nos orgánicos, alteraciones o enfermedades que la entorpez- can.

Con lo mencionado es imposible negar que la salud sexual es parte integral del concepto de salud que habla del -- completo estado de bienestar físico, psicológico y social.

H) **DISFUNCION FAMILIAR:** estado morboso en la dinámica del grupo familiar en el cual hay un déficit funcional mayor del 10% del ideal y se asegura por la introducción - excesiva de factores no funcionables (actividades no útiles) en los distintos procesos del sistema familiar (Ramón Rodríguez M. 1976)

I) **CLASIFICACION DE LA DISFUNCION FAMILIAR:**

Función ideal : es la función positiva del 90 al 100% en cualquiera de las áreas exploradas. Disfunción familiar - del 0 al 9%.

Disfunción familiar mínima: disfunción familiar - del 10 al 24% del ideal.

Disfunción familiar leve : disfunción familiar - del 25 al 39% del ideal.

Disfunción familiar moderada: disfunción familiar del 40 al 74% del ideal.

Disfunción familiar grave : disfunción familiar - mayor del 75% del ideal.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Pasa _____ kg
 Ocupación _____ Ingresos _____ Egresos _____
 Con quien convive _____ Estatura _____ Est. Peso ideal _____
 Escolaridad _____ Estado civil _____ Consultorio _____
 Filiación _____ Dirección _____

PERSONALIDAD

- .-Cuanto usted propone alguna rejeria en su casa generalmente lo toman en cuenta ? si () no () a veces ()
- .-Usted participa en la toma de decisiones en los asuntos de su casa?
 si () no () a veces ()
- .-ha sentido que ha sido benefico al haber cumplido ordenar dentro de su familia? si () no () a veces ()
- .-Siente que hay constancia en los deberes familiares ?
 si () no () a veces ()
- .-En su familia la autoridad es aceptada ?
 si () no () a veces ()
- .-Recuerda usted sus deberes familiares cuando se lo recuerdan ?
 si () no () a veces ()
- .-Se respetan adecuadamente las normas en su familia ?
 si () no () a veces ()
- .-Se logran controlar los caprichos en su familia cuando los hay ?
 si () no () a veces ()
- .-Usted siente que se llevaria mejor con sus familiares si no le ordenaran tanto? si () no () a veces ()
-).- Usted exige que se hagan las cosas aunque haya otro miembro de la familia que no le parezcan ? si () no () a veces ()

COMUNICACION

- .-Acepta usted que le digan cuales son sus errores ?
 si () no () a veces ()
- .-cuando está ante discusiones familiares las afronta ?
 si () no () a veces ()
- .-dedica usted buen tiempo a conversar con su familia ?
 si () no () a veces ()
- .-trata usted de aclarar las cosas con las que no está de acuerdo ?
 si () no () a veces ()
- .-Manifiesta usted lo que no le parece en los asuntos familiares ?
 si () no () a veces ()
- .-En su familia se intenta corregir los motivos de discusión ?
 si () no () a veces ()
- .-Considera que hay buen dialogo entre los miembros de su familia ?
 si () no () a veces ()
- .-Cuando tiene que expresar algo en su familia obtiene éxito ?
 si () no () a veces ()
- .-Prefiere usted expresar sus inquietudes a quedarse callado ?
 si () no () a veces ()
-).-Acostumbra usted a comunicar sus inquietudes a su familia ?
 si () no () a veces ()

ACTIVIDAD

- Ha notado interés en su familia por mejorar ?
si () no () a veces ()
- Los demás familiares ven en usted una buena ayuda ?
si () no () a veces ()
- Cuando alguien de su familia logra éxito a usted le da gusto ?
si () no () a veces ()
- Colabora usted para lograr lo que beneficia a su familia ?
si () no () a veces ()
- En su familia todos son vistos con agrado sin haber consentidos ?
si () no () a veces ()
- Es mal visto por usted o por su familia que exista egoísmo entre
sus familiares ? si () no () a veces ()
- Prefiere usted estar en compañía de sus familiares ?
si () no () a veces ()
- Siente usted que es querido con sinceridad por sus familiares ?
si () no () a veces ()
- Piensa usted que valía la pena que antes o que se tenía asociado
por los demás ?
si () no () a veces ()
- Siente usted que su familia lo quiere ?
si () no () a veces ()

ACTIVIDAD

- Considera que hay buena educación sexual en su familia ?
si () no () a veces ()
- Si le disgusta algo referente al sexo se lo dice a algún familiar ?
si () no () a veces ()
- Sabe como resolver cualquier duda sobre el sexo ?
si () no () a veces ()
- Siente usted ser atractiva (o) sexualmente ?
si () no () a veces ()
- Piensa usted que la masturbación no ha sido un problema en su familia ?
si () no () a veces ()
- ¿ Son rechazadas las relaciones familiares fuera de su familia ?
si () no () a veces ()
- Considera que la sexualidad es útil en la vida ?
si () no () a veces ()
- Piensa que son mínimos los problemas sexuales en su familia ?
si () no () a veces ()
- Considera usted que no tiene dudas o problemas sexuales ?
si () no () a veces ()
- Comenta usted aspectos referentes al sexo con sus familiares ?

METODOLOGIA

El universo se formará con los iserechobabiantes que asisten a la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar Número 57 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz Ver.

Se seleccionaran pacientes que tengan sobrepeso corporal mayor del 10% del peso ideal y que sean mayores de 20 años de edad, se descartaran pacientes con alteración endocrina de fondo a través de datos clínicos y en los casos necesarios con apoyo laboratorial, de tal forma que no quedaran 30 pacientes a quienes se les aplicará un cuestionario para identificar la disfunción familiar llevará preguntas para evaluar el nivel de educación, el nivel económico, la afectividad, la comunicación, la autoridad y la sexualidad, las preguntas están diseñadas para ser respondidas afirmativamente, negativamente o a veces. Este método de medición será contestado por el paciente en presencia del Médico Visitante de Medicina Familiar, para poder aclarar cualquier duda sobre el cuestionario (1, 3, 7, 10, 11, 15, 16).

Este método cualitativo se cambiará a cuantitativo, ya que cada una de las respuestas contestadas negativamente se les otorgarán dos puntos, a las positivas cero puntos, y a las contestadas a veces 1 punto. No se recibirán preguntas sin contestar. Este cuestionario tiene 40 preguntas que explora por áreas la dinámica familiar con la siguiente distribución: pregunta 1-10 la autoridad, pregunta 11-20 la comunicación, pregunta 21-30 la afectividad, pregunta 31-40 la sexualidad. Cabe señalar que en la pregunta número 9 del área de autoridad se calificará del todo siguiente: si es contestada afirmativamente se le darán 2 puntos, si es contestada negativamente se le otorgaran cero puntos y si es contestada a veces se le otorgará un punto, lo anterior para poder dar congruencia al cuerpo de la pregunta con las probables respuestas esperadas.

Este mismo cuestionario será aplicado a un grupo de pacientes no obesos, en número total de 30, mayores de 20 años, asistentes a la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar Número 57 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz Ver.

Una vez cuantificadas las respuestas se procederá a la aplicación de los grupos de disfunción por áreas, así como de las 4 de las áreas en conjunto. Se obtendrá el puntaje alcanzado en relación con el puntaje ideal esperado, de tal forma que obtendremos el grado de disfunción por áreas y en su total de las 4 áreas. Posteriormente se hará la evaluación del grupo control de pacientes no obesos. A continuación se aplicarán las pruebas estadísticas para evaluar los resultados.

TABLA I

Años de edad	Pacientes obesos			Pacientes no obesos		
	Masc	Feme	Total	Masc	Feme	Total
20-24		2	2	2	4	6
25-29	1	3	4	6	8	14
30-34		3	3	3		3
35-39		3	3	1	1	2
40-44		7	7		1	1
45-49		4	4	1	3	4
50-54	1	2	3			
55-59		1	1			
60-64	2		2			
65-69		1	1			
total			30			30

Pacientes obesos y no obesos según grupos de edad y -
sexo. UMF 57 del ILSA en Veracruz Ver. 1986.

TABLA II

SEXO	PACIENTES OBESOS		PACIENTES NO OBESOS	
	NUMERO	%	NUMERO	%
FEMENINO	26	87	17	56
MASCULINO	4	13	13	44
TOTAL	30	100	30	100

Pacientes obesos y no obesos según el sexo.
UMF 57 del IMSS.veracruz Ver. 1986.

TABLA II BIS

Grado de obesidad	Número de pacien tes	%
primero	1	4
segundo	13	43
tercero	16	53
total	30	100

Pacientes según grado de obesidad. UMF 57 del IMSS. Vera --
cruz Ver. 1986

TABLA III

ESTADO CIVIL	PACIENTES OBESOS		PACIENTES NO OBESOS	
	Número	%	Número	%
SOLTEROS	3	27	5	20
CASADOS	20	67	21	70
DIVORCIADOS	1	3	0	0
UNION LIBRE	1	3	3	10
TOTAL	30	100	30	100

Pacientes obesos y no obesos según estado civil.
UMF 57 del IMSS, Veracruz Ver. 1986.

TABLA IV

INGRESOS PER CAPITA	PACIENTES OBESOS		PACIENTES NO OBESOS	
	NUMERO	%	NUMERO	%
301-400	20	66	18	60
401-500	5	20	8	25
501-500	4	14	4	14
TOTAL	30	100	30	100

PACIENTES OBESOS Y NO OBESOS SEGUN INGRESOS PER CA-
PITA.UMF 57 DEL IMSS. VERACRUZ VER.1986.

TABLA V

OCUPACION	PACIENTES OBESOS		PACIENTES NO OBESOS	
	Número	%	Número	%
HOGAR	21	70	14	46
COMERCIO	3	10	0	0
SERVICIOS	4	12	10	30
INDUSTRIA	1	4	6	24
JUBILADO	1	4	0	0
TOTAL	30	100	30	100

Pacientes obesos y no obesos según ocupación.
UMF 57 del IMSS. Veracruz Ver. 1986.

TABLA VI

ESCOLARIDAD	PACIENTES OBESOS		PACIENTES NO OBESOS	
	Número	%	Número	%
PRIMARIA	19	63	26	86
SECUNDARIA	6	20	1	4
BACHILLERATO o EQUIVALENTE	4	13	2	6
ANALFABETA	1	4	1	4
TOTAL	30	100	30	100

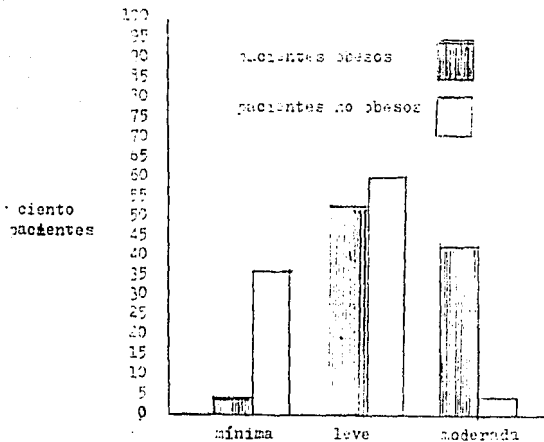
Pacientes obesos y no obesos según escolaridad
UMF 57 del IMSS Veracruz ver 1986

TABLA VII

Grado de disfunción familiar	Pacientes obesos	%	Pacientes no obesos	%
mínima	1	4	11	36
leve	16	53	18	60
moderada	13	43	1	4
total	30	100	30	100

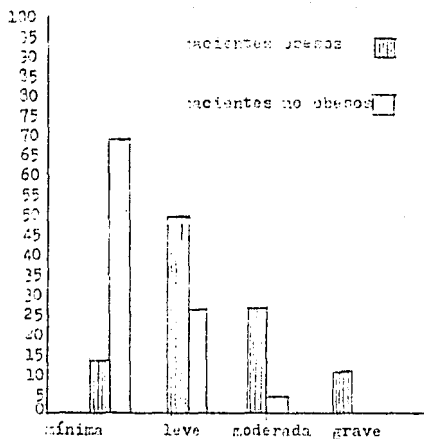
Pacientes obesos y no obesos según grado de disfunción familiar. UMF 57 del IMSS, Veracruz Ver. 1986

Gráfico número 1



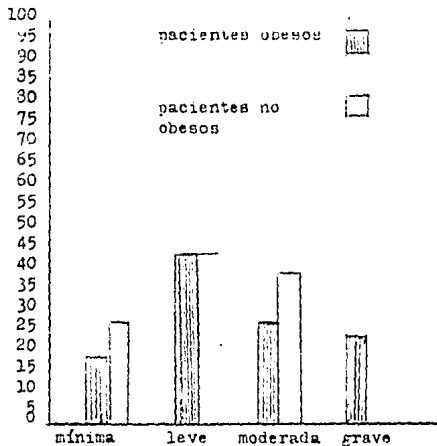
Pacientes obesos y no obesos según
disfunción familiar. NIF 57 del I.S.S.
Vancouver, Jun. 1976

Gráfico número 3.



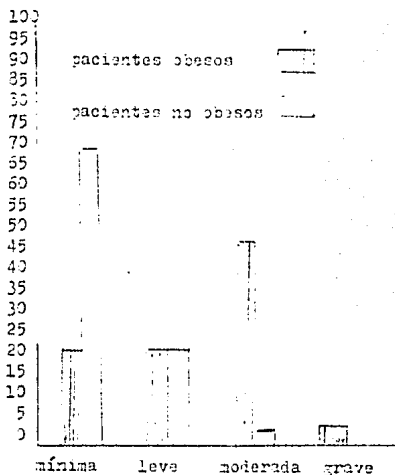
Pacientes obesos y no obesos según
 disfunción en afectividad. U.F. 57
 del INSS. Veracruz, Ver. 1986

Gráfico número 3



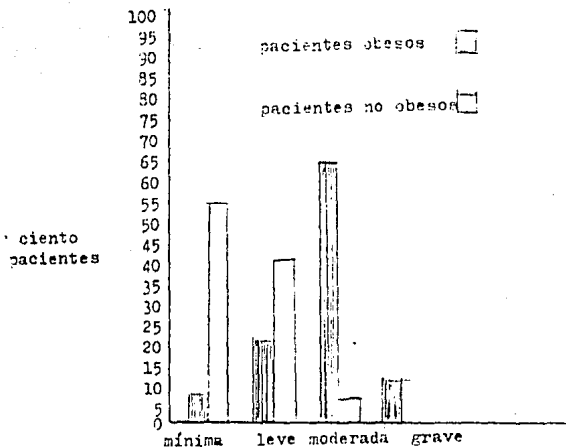
Pacientes obesos y no obesos según
disfunción en sexualidad. U.F. 57
del IMSS. Veracruz, Ver. 1986

Gráfico número 1



Pacientes obesos y no obesos según
disfunción en comunicación. UMP 57
del IMSS, Veracruz, Ver. 1986.

Gráfico número 5



Pacientes obesos y no obesos según disfunción en autoridad. UMF 57 del IPSS. Veracruz, Ver. 1986

RESULTADOS

En las tablas 1 y 2 que relaciona a pacientes según grupos de edad y sexo, observamos que en los obesos: 4 pacientes (13%) son del sexo masculino y 26 pacientes (87%) del sexo femenino; el grupo de edad de 40-44 años fué el que reunió a mayor número de pacientes.

En el grupo de no obesos: 13 pacientes (44%) son del sexo masculino y 17 pacientes (56%) del sexo femenino; en el grupo de edad más numeroso fué el de 25-29 años de edad.

En la tabla II bis observamos que de los 10 pacientes: el 4% presenta obesidad de 1er. grado, el 43% obesidad de segundo grado y el 53% obesidad de 3er. grado.

En la tabla número 3: el 57% de los pacientes corresponde a obesos casados, en contraste con el 70% de pacientes no obesos casados.

En la tabla número 4: el 66% de los pacientes obesos tienen un ingreso percapita de \$ 301 a \$ 400, en el grupo de pacientes no obesos el 53% tiene un ingreso percapita de \$ 301 a -- \$ 400 diarios.

En la tabla número 5: el 70% de pacientes obesos están dedicados a labores del hogar, el 12% al área de Servicios y el 10% dedicados al comercio. En el grupo de no obesos: el 46% están dedicados al hogar, el 30% al área de Servicios y el 24% a la industria.

En la tabla número 6: el 63% de los pacientes obesos cursa con escolaridad de instrucción primaria y el 20% con escolaridad secundaria. De los pacientes no obesos: el 36% cursa con escolaridad primaria y el 4% con escolaridad secundaria.

En la tabla número 7 y en el gráfico número 1: observamos que de los 30 pacientes obesos: el 4% presentó disfunción familiar mínima, el 53% disfunción familiar leve y el 43% con disfunción familiar moderada. En el grupo de pacientes no obesos: el 36% de los pacientes presentó disfunción familiar mínima, el 60% con disfunción familiar leve y el 4% con disfunción familiar moderada.

En el gráfico número 2: observamos la relación de disfunción en afectividad por grados con la siguiente distribución: mínima 15% de los obesos y 70% de los no obesos; leve 50% de los obesos y 25% de los no obesos; moderada 25% de los obesos y 5% de los no obesos y disfunción grave la presentaron el 10% de los obesos.

En el gráfico número 3 se presenta la relación de disfunción en sexualidad por grados: mínima 15% de pacientes obesos y 25% de no obesos, grado leve: ambos grupos presentaron 40% cada uno, grado moderado: 25% de los obesos y 35% de los no obesos grado severo: 20% de pacientes obesos.

En el gráfico 4 : observamos la relación de disfunción en comunicación por grados : mínimo : 25% de los pacientes obesos y 70% de los no obesos, grado leve : ambos grupos presentaron 25% cada uno respectivamente, grado moderada : 46% de los obesos y 5% de los no obesos, grado grave : 4% de los pacientes obesos.

En el gráfico número 5 : observamos la relación en disfunción en la autoridad por grados : grado mínimo : 5% de obesos y 55% de pacientes no obesos, grado leve : 20% de los obesos y 40% de los no obesos, grado moderado : 55% de los obesos y 5% de los no obesos, grado grave : -- el 10% de los pacientes obesos.

OBSERVACIONES

El grupo mas numeroso de pacientes cayó en el rango de 20 a 40 kgs le más del peso ideal correspondiente y de ellos se clasificaron a 7 pacientes con disfunción del 20 al 40% y a 7 pacientes con disfunción del 40 al 60%.

CONCLUSIONES

- 1.- la obesidad constituye un problema importante de salud pública.
- 2.- la obesidad exógena constituye un problema importante de salud mental.
- 3.- existe mayor prevalencia de obesidad exógena entre la segunda y la tercera década de la vida.
- 4.- los trastornos de la dinámica familiar tienen importancia significativa como elementos de fondo en la obesidad exógena.
- 5.- a mayor grado de obesidad exógena se presenta mayor grado de disfunción familiar.
- 6.- es mayor el porcentaje de pacientes obesos que presentan disfunción familiar moderada, que el porcentaje de pacientes no obesos con disfunción familiar moderada.
- 7.- en las áreas de comunicación, de afectividad, y de autoridad, es mayor el porcentaje de pacientes obesos que presentan disfunción moderada en cada área, que el porcentaje de pacientes no obesos con disfunción moderada en cada una de las áreas mencionadas.
- 8.- de los trastornos que alteran la dinámica familiar existe mayor prevalencia en la disfunción en autoridad de tipo moderada en los pacientes obesos.

DISCUSION

En la obesidad exógena son muy frecuentes los trastornos emocionales y psicológicos, los cuales se intensifican a medida que se acentúa el sobrepeso corporal. Estos factores desempeñan un papel muy importante en la producción y mantenimiento de la obesidad.

Nuestro propósito al iniciar nuestra investigación fué el de obtener conclusiones mas objetivas acerca de la prevalencia de la disfunción familiar en la obesidad exógena en pacientes mayores de 20 años de edad.

Los resultados en algunos aspectos concuerdan con los obtenidos por otros investigadores al estudiar a la obesidad y su distribución en la población en general, es decir que prevalece entre la tercera y la cuarta década de la vida.

Por otra parte si logramos confirmar un componente psicodélico en nuestros pacientes obesos estudiados, una buena vez se traducen en una autopercepción, colocando a la obesidad en un marco familiar de tipo psicodinámico, en especial a algunas de las funciones familiares primordiales, como la de efectividad estudiada por Rodríguez-Jallo.

En ésta ocasión se estudiaron otras áreas que se identificaron fuertemente alteradas y en relación directa con el grado de obesidad.

En éste estudio se utilizó una clasificación sin precedente de disfunción familiar, la cual aunque no puede ser documentada, su elaboración resultó ser funcional y de gran utilidad, ya que responde a las necesidades de objetivar las observaciones de la dinámica familiar. De manera concluyente se identificamos la importancia de los trastornos de las funciones familiares en la obesidad exógena.

De los trastornos que alteran la dinámica familiar se encontró mayor prevalencia en disfunción en autoridad de tipo moderada en los pacientes obesos.

Mencionaremos algunos rasgos característicos de la autoridad en la familia mexicana: la distribución del poder es muy importante. Es a un determinado miembro de la familia a quien le delegan la autoridad, le escuchan, le valoran, le dan privilegios y le informan, éste miembro tendrá mas poder para influenciar a los demás y sobre decisiones familiares.

En la familia mexicana la lealtad es distribuida en forma tal que algunas cargas son mayor proporción con la madre y los hijos. Así, la madre y los hijos mantienen definitivamente una lealtad de la cual el esposo y el padre quedan fuera. Por otro lado ambos esposos le deben lealtad a sus respectivas familias, lo cual en ocasiones, es causa de conflictos y hasta de crisis. Los padres consideran que para disciplinar a sus hijos tienen que hacer uso de recursos como es la intimidación cuya base es la producción del miedo y del temor, al niño de ésta manera crece lleno de temores y miedos que van a influir en su estilo de vida.

(20)

RECOMENDACIONES

Si reconocemos la importancia que tienen las funciones familiares (autoridad, afectividad, comunicación y sexualidad) en relación con la dinámica familiar y si aplicamos algunas técnicas de terapia familiar en su momento oportuno, en pacientes con obesidad exógena con severos trastornos de algunas de las funciones familiares, ya sea como tratamiento precoz o como rehabilitación, con la finalidad de mejorar la autoestima (como ya lo ha señalado Virginia Satir) posiblemente lograremos mantener al enfermo con interés de aprovechar los objetivos del Programa de Reducción de Peso.

Sería benéfico evitar que los pacientes no recasaran más de 20 kgs. en exceso de peso corporal, pues se aprecia que cuando el exceso de peso corporal va de 10 a 13 kgs el grado de disfunción familiar aumenta y con ello el número de individuos con mayor grado de disfunción familiar y por lo tanto al aumentar el grado de obesidad se incrementan los efectos físicos, psicológicos y sociales del paciente obeso.

RESUMEN

El estudio se efectuó en 30 pacientes con obesidad exógena mayores de 20 años de edad, con el propósito de reconocer en ellos la prevalencia de los trastornos de la dinámica familiar. Así mismo se realizó la investigación con un grupo testigo de pacientes no obesos para comparar los resultados obtenidos.

Se integró el grupo con 1 paciente con obesidad de 1er grado, 13 pacientes con obesidad de segundo grado y 16 pacientes con obesidad de tercer grado.

Se encontró disfunción familiar: mínima en 40% de los obesos y en 35% de los no obesos, leve en el 50% de los obesos y en el 60% de los no obesos, moderada en el 43% de los obesos y 5% de los no obesos.

Ante la prueba estadística de Correlación de Pearson con niveles de .01 y .05, los resultados fueron significativos para el área de autoridad en pacientes obesos.

Las áreas de función familiar estudiadas fueron: de autoridad, de afectividad, de comunicación y de sexualidad.

Se enfatiza continuar con este tipo de estudios, así como la importancia del enfoque práctico que en Medicina Familiar le daríamos, acentuando la prevención de la obesidad exógena.

LA BIBLIOGRAFIA :

- 1.-Asley, T.L.: Terapéutica breve de la disfunción sexual. Mundo Médico., 1982;9:107-18.
- 2.- Barbain, O. : Family involvement and successful treatment of obesity. Family Systems Medicine., 1984;2:37-45.
- 3.-Bermann, S.: La familia y los sectores privilegiados de la Sociedad: Crisis de la Institución Familiar. Médico Moderno., 1983;21:73-79.
- 4.-Brownell, K.D. et al. : Behavioral, psychological, - environmental predictors of obesity and success of weight reduction. Int J Obesity., 1984;8:543-50.
- 5.-Fischmann, H.L. : Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process., 1984;23:265-71.
- 6.-Ganley, R.M.: Obesity, emotion, and family patterns., 1984; Dissertation Abstracts International Dec Vol 45(6-a)
- 7.-Horwitz, C.N. y cols.: Familia y salud familiar, un enfoque para la atención primaria. Bol. de Santé Fam., 1985;96:144-53.
- 8.-Kornblit A.: Somatica familiar: Enfermedad orgánica y familia. Barcelona. Editorial GEDISA 1984. 39-55.
- 9.-Jeffery, R.W., et al.: Behavioral treatment of obesity with monetary contracting: two year follow up. addict behav., 1984;9:211-15.
- 10.-Lisker, J.: Genética y nutrición en el ser humano. Cuadernos de nutrición., 1986;1:3-8.
- 11.-Ronald, J.P., et al.: Manejo de los problemas sexuales en el consultorio. Mundo Médico., 1979;7: 55-64.
- 12.-Rodriguez, M.R. : Trastornos de afectividad en 100 pacientes con obesidad exógena (disertación) Veracruz Ver. Unidad de Medicina Familiar Número 57 Instituto Mexicano del Seguro Social, 1983. 50 p.
- 13.-Stalomas, P.E. et al.: Behavioral treatment for obesity : eating habits revisited. Behav Ther., 1985;16:1-14.
- 14.-Stamps, P.L., et al. : Treatment of obesity in three rural primary care practices. J. Family - Practice., 17 :629-34.
- 15.-Sauceda, M.J.: La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales., 1981;19: 155-63. Rev Med IMSS.
- 16.-Trankle, R.T.: Obesity a family matter: creating new behavioral. J. Ambiet Assoc., 1985;85:597-602
- 17.-Wilson, G.T., et al. : Behavioral therapy for obesity: including family members in the treatment process. Behav Ther., 1978;9:943-45.
- 18.-Vasconcelos, R.: La Familia. Gaceta Médica de México 1976;114:157-63.
- 19.-Apuntes de Dinámica de Grupos y Axiomas de la Comunicación. Curso de residencia Medicina Familiar 1986.
- 20.-Orday, M.: La familia de las clases medias en México. Rev Mex Cienc Polit y Soc., 1980;23:6-83.