

11226
7B
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 24 "INSURGENTES"

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

LA OBESIDAD EXOGENA EN ESCOLARES COMO
RESULTADO DE ALTERACIONES EN EL
NUCLEO FAMILIAR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS RECEPTACIONAL

PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. SILVIA CARRILLO NIETO

GENERACION 1982 - 1984



MEXICO, D. F.



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.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	2
JUSTIFICACION	4
HIPOTESIS	5
OBJETIVOS	6
ANTECEDENTES HISTORICOS	7
PROGRAMA DE TRABAJO	13
CUESTIONARIO	14
RESULTADOS	16
DISCUSION	30
RECOMENDACIONES	32
BIBLIOGRAFIA	35

INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

	PAG.
Diagrama por sexos de pacientes obesos, determinando la frecuencia en porcentaje.....	19
Cuadro de funciones que ameritan atención.....	19
Diagrama de porcentaje y clasificación del desarrollo familiar.....	20
Diagrama de porcentaje y clasificación de la integración familiar.....	20
Diagrama de porcentaje y clasificación de la estructura familiar.....	21
Diagrama de porcentaje y clasificación del ciclo familiar.....	21
Diagrama de porcentaje y clasificación del vínculo familiar.....	22
Diagrama de porcentaje y consideración del paciente obeso.....	22
Diagrama de porcentaje y consideración del paciente sano en la familia.....	23
Diagrama de porcentaje y hermanos obesos en el núcleo familiar.....	23
Cuadro de frecuencia por edad y sexo en el inicio de la obesidad.....	24
Diagrama de edad y porcentaje en el inicio de la obesidad.....	24
Diagrama de porcentaje y preocupaciones en la ingesta ..	25
Diagrama de porcentaje y predominancia de ingesta de alimentos.....	25

PAG.

Diagrama del porcentaje de pacientes considerados - predilectos en la familia.....	26
Diagrama de porcentajes con antecedentes de obesi- dad en el núcleo familiar.....	26
Diagrama de porcentaje en el manejo de la alimenta- ción utilizada.....	27
Diagrama de porcentaje y responsable de la atención y selección de alimentos.....	27
Diagrama de porcentaje y relación con el inicio de la ablactación.....	28
Diagrama de porcentaje e índice de frecuencia del No de embarazos.....	28
Diagrama de porcentaje y la influencia de algun in- tegrante del núcleo familiar.....	29
Diagrama de porcentaje en relación con el grado de obesidad.....	29

INTRODUCCION.- En México, el origen y desarrollo de la Medicina Familiar ha pasado por dos etapas; La primera de ellas, -- son características un tanto oscuras, poco precisas, sin definición en cuanto a lo que era el Médico Familiar, qué debería hacer, qué debería saber y qué debería ser; superada esta etapa, clarificado el perfil, se pasa en forma gradual a la Segunda etapa, ésta podría decir, muy reciente, a principios de 1979, cuando ya definido el perfil profesional del Médico Familiar, se empieza a estudiar, 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.

El avance no ha logrado, primero, del conocimiento y comprensión de su estructura hacia el conocimiento y comprensión de su función; posteriormente se pasará a sus medidas correctoras y, finalmente, a su pronóstico, involucrando siempre los tres áreas de la conducta de los miembros del grupo familiar, en interacción constante con las de los otros miembros del grupo familiar y -- con otros grupos familiares o instituciones sociales, partiendo de un hecho universal plenamente aceptado: El Hombre es un entabiológico, psicológico y social, coexistiendo siempre al mismo tiempo y en cualquier lugar, circunstanciado por su medio, por su grupo, en donde la expresión de enfermedades afecta no sólo al órgano, sino que involucre sus áreas social y psicológica y él, -- como enfermo, afecta a otros miembros de su grupo familiar al mismo tiempo.

La Segunda etapa en este momento, se encuentra en el estudio y comprensión del proceso salud - enfermedad vinculado con el individuo y con su grupo familiar. El presente estudio, pretende demostrar que las alteraciones en la dinámica familiar es -- fuente generadora de enfermedad para el individuo, para la familia y para la sociedad, con diferentes niveles de expresión tam-

bién para el individuo, para la familia y para la sociedad, en --
donde la mayor parte de las veces, existe predominancia de algu-
na de las áreas sobre las otras.

JUSTIFICACION.- Respecto a la obesidad en nuestro medio, la consideramos como un problema de salud, ya que repercute en tres niveles psicossocial, sociodinamico e institucional, lo cual no ha sido investigado desde este punto de vista. Los factores emocional juegan un rol en su etiologia que constituyen la expresion de la manera de reaccionar y estar en el mundo, lo cual nos obliga a tener en consideracion las relaciones interpersonales del paciente obeso y su nucleo familiar.

Suponemos que la obesidad es representativa como enfermedad de sustrato familiar en forma implicita, condicionando la creacion de valores culturales, religiosos, esteticos, morales, eticos y de salud, por consiguiente, la polifagia del obeso es una manifestacion conductual.

Siendo la familia el primer grupo con el que esta en contacto el individuo, y siendo este contacto mas intimo y prolongado que con cualquier otro grupo, la importancia de los influjos familiares en la determinacion de la obesidad es fundamental y no obstante, se a estudiado poco.

HIPOTESIS.- Las alteraciones del núcleo familiar son factor importante en el desarrollo de la Obesidad Exógena.

HIPOTESIS DE NULIDAD (Ho.).- Las alteraciones del núcleo familiar no son factor importante en el desarrollo de la Obesidad Exógena.

OBJETIVO GENERAL..- Determinar si las alteraciones del núcleo familiar están favoreciendo la obesidad exógena en uno o más de sus miembros.

Determinar el rol que juega el paciente en el núcleo familiar.

Determinar las funciones que ameriten mayor atención al paciente escolar con obesidad exógena.

Determinar el rol de ambos padres en el paciente escolar con obesidad exógena.

Conocer el tipo de vínculo en el paciente escolar con obesidad exógena.

Determinar el sistema y subsistema del paciente escolar con obesidad exógena.

Conocer los antecedentes de obesidad en la familia.

LA OBESIDAD EXOGENA EN ESCOLARES COMO RESULTADO DE ALTERACIONES EN EL NUCLEO FAMILIAR.

ANTECEDENTES HISTORICOS.- El enfoque médico y social dado a la obesidad ha sufrido cambios considerables en las últimas décadas. En efecto la capacidad del organismo humano de acumular cantidades importantes de grasa, no sólo resultó útil para el -- hombre prehistórico que no contaba con un aporte regular de alimento, sino también para el hombre moderno.

La obesidad exógena es una enfermedad nutricional de suma importancia por ser universal y frecuente en nuestro país. Donde es reconocida como problema de Salud Pública, en el cual cada día esta más involucrada nuestra población. (1,2).

A pesar del cientificismo que domina la medicina actual, -- no nos hemos liberado los médicos de la influencia del medio social en cuyo seno actuamos y no dejamos de aplicar, de establecer diagnósticos como obesidad y otros más, los patrones de la cultura y el medio social al que pertenecemos. Conviene por ello recordar que lo que aquí y ahora consideramos como obesidad patológica considerada por otros pueblos a los que calificamos como primitivos ni por otros grupos sociales que conocen mejor el hambre y la pobreza. Los Hazañosos y los Malayos exigen que sus líderes sean obesos como los comerciantes chinos, los Musulmanes de Argelia envían a sus hijas adolescentes a sitios especiales donde reciben tratamiento de engorda y entre los beduinos, se ha dicho, es posible canjear a la esposa por camellos si esta es obesa. (3).

Los estudios epidemiológicos en nuestro medio son pobres en comparación con otros países. En 1967, Chavez y Diaz realizaron un estudio de la frecuencia de obesidad en algunas zonas -- la República Mexicana se estudiarán 4,456 personas en 15 comunidades y de tres núcleos de diverso nivel socioeconómico de la Ciudad de México. Se encontró que a nivel rural la incidencia de obesidad es baja, aproximadamente el 5 % en hombres y el 12 % --

en mujeres siendo de primero y segundo grado, en cambio en el medio urbano se encuentra el 23,5 % de segundo y tercer grado.

La mayoría de los obesos tienen obesidad ligera (4) en los Estados Unidos de Norteamérica, más de la mitad de la población mayor de 9 años son considerados obesos. (13). En Inglaterra uno de cada tres niños menores de un año es obeso y en la adolescencia lo son 70 al 100%; en este país se estima que cerca de dos millones de personas al año solicitan servicio de las Clínicas de reducción de peso.

En México los estudios epidemiológicos son escasos y los estadísticas no mencionan esta entidad, ya que se registra eventualmente. En un estudio, se encontró en el medio rural que 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 grados más avanzados. (3).

La etiología es multifactorial citándose como factores coadyuvantes los endocrinos, hipotálamicos, genéticos, sociales, económicos, culturales etc. y psicológicos (1,3,6,5).

La obesidad atribuida a los tres factores antes considerados, es poco frecuente, existiendo un consenso general de los autores, en cuanto a la frecuencia e importancia de los factores psicológicos.

Sin embargo, este aspecto a sido poco estudiado, ya que es difícil separar los casos de obesidad causada por factores psicosociales. Ya en 1947, Freed denota la importancia de los factores psicológicos como determinantes de sobrealimentación en función de un aumento en la tensión emocional. "Un gran porcentaje de obesos tienen 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 entretimientos pasivos, como la música y la radio. Muchos de ellos fueron sobreprotegidos por los padres y la inactividad de los niños causó sobreprotección, sobreingesta y obesidad.

En muchos sin embargo, la sobrealimentación no aparece hasta la-

edad adulta, cuando las responsabilidades e inseguridad ocasionan que salga esta característica latente, desarrollada en la infancia. (12). En estudios recientes estas afirmaciones parecen haberse confirmado.

Independientemente de las causas que le desencadenen existen dos factores básicos para que se produzca: Ingesta excesiva y disminución del gasto calorico. (6,7,11,13,9). Habitualmente ambos se encuentran relacionados.

Los factores que regulan la ingestión del alimento son: factores sociales, psicológicos, educativos, económicos, fisiológicos y geográficos.

Dentro de los factores psicológicos se encuentran neurosis ansiedad, tensión nerviosa, etc. En los factores culturales, costumbres, tradiciones, tabúes, educación etc. Entre los factores económicos, producción, distribución y comercialización. En los factores geográficos entre la producción de determinados alimentos según las condiciones geográficas prevalentes. Por lo que hace a los factores fisiológicos existen en el hipotálamo centros relacionados con el hambre y la saciedad. (9).

En cuanto al gasto calorico en ciertas etapas de la vida hay una disminución de la actividad física sin cambio en los hábitos alimenticios dándose una desproporción entre la ingesta y el consumo calorico causando obesidad y esta a su vez aumenta la inactividad la cual asociada a factores psicológicos produce obesidad cerrando así un círculo vicioso que explica la observación de obesidad e inactividad.

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 esta etapa puede ser influida por factores ambientales. (13).

En cuanto al cuadro clínico tenemos que en grados ligeros no hay sintomatología, conforme avanza en intensidad se presenta hasta originar diversas complicaciones, como el síndrome de Pick Wich. (4,8).

La investigación de la dinámica familiar es reciente y como todas las áreas de conocimiento en sus inicios, cursa por una etapa de confusión semántica. Al comenzar el presente estudio, nos encontramos precisamente con un serie de discrepancias en diferentes autores en este sentido, por lo que nos vemos en la necesidad de aclarar algunos términos y conceptos utilizados en este trabajo.

En cuanto a la clasificación de las familias, consideramos familia nuclear aquella formada por los padres y sus hijos. Existen cuando incluyen además a varias generaciones y compuestas cuando incluyen miembros no consanguíneos.

Por su origen en urbana y rural. Por el modo de producción - obrera, subproletaria, profesionalista o campesina. Según la forma de autoridad es tradicional en la que el padre lleva la autoridad y esta es siempre en forma vertical; Moderna es la que la autoridad es compartida por ambos conyuges. (14.20). Según la presencia física de sus miembros puede ser integrada y desintegrada.

Las funciones de la familia incluyen: Socialización - Adaptación del niño o joven a su ambiente social; Aprendizaje del lenguaje, conceptos y actitudes respecto a la salud y el rol que debe jugar. Cuidado: La familia debe llenar las necesidades físicas, sanitarias y de seguridad de sus miembros. Afecto: Debe cubrir, además de las necesidades primarias, otras secundarias como necesidad de pertenencia y amor afectivo y filial. Respeto y autorrealización. Reproducción: Debe controlar y regular la conducta sexual y la reproducción. Status: El lugar que la familia ocupa en la sociedad, debe ser gratificante para sus miembros.

De acuerdo a la alteración de estas funciones, calificamos sólo los que ameritan atención que no están cumpliendo.

Las etapas consideradas en el ciclo de vida familiar son: - Matrimonio: se inicia cuando se unen dos personas para formar una familia y termina con el embarazo del primer hijo. Expansión se inicia con el primer embarazo y termina con el inicio de la -

edad escolar. Dispersión: se inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina con el matrimonio de alguno de ellos. Independencia: se inicia con el matrimonio de cualquiera de los hijos y termina con el último de ellos. Retiro: se inicia con el casamiento del último de los hijos y termina con la muerte de alguno de los conyuges. Muerte: cuando cualquiera de los conyuges muere.

Roles: Pichón Riviere considera que en una familia existen tres roles básicos diferentes pero íntimamente relacionados: el padre, la madre y el hijo. Cuando estas diferencias son negadas o desatendidas, aunque sea por un sólo miembro del grupo, conduce a un estado confuso o de confusión y de caos. (los límites no son claros). Ambos padres son los encargados de cumplir las funciones de la familia, por lo que, en la medida en que se cumplen o no con ellas cada uno de los conyuges, se considerará adecuado o no su rol. El rol de hijo sólo se considera inadecuado o no cuando desempeña un rol parenteral o de proveedor oterrectipado o bien, se le asigne un rol de chivo expiatorio.

Subsistemas: Para el análisis de éstos, así como el de los vínculos, nos basamos en los conceptos de Minuchin quien considera que una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales y se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas fundamentales: el conyugal, el parenteral y el fraterno. El subsistema conyugal se constituye cuando dos individuos de diferente sexo se unen para formar una familia para cumplir con sus tareas, se requiere principalmente de complementaridad y acomodación mutua. El subsistema parenteral: corresponde a la tríada madre padre - hijo. Debe existir un límite entre subsistema conyugal y parenteral de forma que permita el acceso del niño a ambos padres, sin alterar el subsistema conyugal, y ambas partes sin alterar el subsistema conyugal, y ambas partes. (padres e hijos), deben aceptar como ingrediente necesario, la autoridad para el funcionamiento adecuado del sistema. El rol parenteral lo puede ejercer, en caso necesario, otro miembro de la

familia y se considera adecuado, siempre y cuando no altere los demás subsistemas. Subsistema fraterno: se forma por dos o más hermanos y es el laboratorio en donde se aprenden formas de relación social.

Estos subsistemas fueron calificados además de acuerdo a los vínculos entre los miembros de los subsistemas. Se considera un vínculo rígido cuando no existe comunicación en los subsistemas o este es difícil. Un vínculo difuso, se considera cuando la comunicación es excesiva y dificulta el funcionamiento de los subsistemas, favoreciendo la dependencia de sus miembros. Un vínculo claro, es aquel en el que la comunicación es adecuada.

Consideramos que los subsistemas como adecuados cuando all ellos existen vínculos claros, e inadecuados cuando éstos son rigidos o difusos.

PROGRAMA DE TRABAJO.- Este será constituido por los pacientes obesos de tipo exógeno y sus núcleos familiares, los cuales serán seleccionados de la manera siguiente:

1.- De los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar Número 41, del Instituto Mexicano del Seguro Social, se obtendrá por el método al azar, un consultorio del horario A - C, en donde se obtendrá la muestra.

Además de reunir los siguientes requisitos:

A.- Aceptación previa de los pacientes identificados y su núcleo familiar.

B.- Que la edad del paciente fluctue entre los 6 y 14 años.

C.- Ser paciente con obesidad de tipo exógeno, descartando la -- obesidad de tipo endógeno mediante el diagnóstico clínico único mente.

D.- Se hará prueba estadística (Estudio descriptivo, análisis de varianza).

E.- El periodo comprenderá del mes de mayo a Noviembre de 1983.

F.- Se efectuara cuestionario abierto, dirigido por el investigador, para recolección de datos se anexa cuestionario.

CUESTIONARIO:

- 1.- ¿Se considera obeso el paciente identificado?
No Si
- 2.- ¿Se considera sano a este miembro en la familia?
No Si
- 3.- ¿Ha empleado algún método para bajar de peso?
No Si.
- 4.- ¿Hay hermanos obesos?
No Si
- 5.- ¿Si la respuesta es Si Cuantos?
a.- De un hermano.
b.- De dos hermanos.
c.- De tres hermanos.
d.- De cuatro hermanos.
- 6.- ¿Indique a que edad se inició la obesidad del paciente?
6 años
7 años
8 años
9 años
10 años
11 años
12 años
13 años
14 años.
- 7.- ¿Realiza el miembro identificado algún deporte?
No Si
- 8.- ¿Considera que las preocupaciones influyen en la ingesta?
No Si
- 9.- ¿El obeso tiene algún cambio importante con su salud?
No Si
- 10.- Predominancia del tipo de alimentos que ingiera.
a.- Azúcares
b.- Grasas

c.- Proteínas.

11.- ¿Es el predilecto de la Familia?

No Si

12.- ¿Los padres del identificado son obesos?

a.- Uno de ellos

b.- Ambos

c.- Ninguno.

13.- ¿Fue utilizada la alimentación como pretexto de castigo o recompensa?

a.- Nunca

b.- Siempre

c.- Ocasionalmente

14.- ¿Quién es el responsable de seleccionar los alimentos en la Familia?

a.- La madre

b.- La abuela

15.- ¿A que edad se inició la ablactación?

a.- 2o. mes

b.- 3o. mes

c.- 4o. mes

d.- 5o. mes

16.- ¿Qué número de embarazo es el paciente identificado?

a.- 1o.

b.- 2o.

c.- 3o.

d.- 4o.

e.- 5o.

f.- 6o.

g.- 7o.

h.- 8o.

17.- ¿Considera que algún miembro de la Familia favorece la obesidad de su hijo? Si la respuesta es si Indique quién.

a.- El padre

b.- La madre

c.- La abuela.

RESULTADOS.- Encontramos en el presente estudio que ninguno de los 100 encuestados que formaron el total de la muestra, no asistió a consulta por la obesidad misma, sino fue generada por otro tipo de patología. La incidencia en que encontramos es muy similar a la reportada por el Dr Marshall Z. Schwartz en Texas en el cual se reporta predominio del sexo masculino en edades escolares, en nuestro estudio la incidencia es de 69% con predominio en el sexo masculino, siendo la incidencia de 31% de los femeninos, ver grafica 1.

El rol que juega el paciente en el núcleo familiar es el de hijo en los 100 encuestados.

Las funciones que ameritan mayor atención en el paciente i identificado por enumeración son: 1) Afecto, 2) Cuidado, 3) Socialización, 4) Status, 5) Nivel Socioeconómico y 6) Reproducción, ver cuadro 1.

Por su origen en el 100% de los casos Urbana.

Por el modo de producción, en obrera 94% y profesionista - en el 6%.

En base a su desarrollo tradicional en 87% y moderna en -- el 13%, ver grafica 2.

En base a su integración; Integrada en el 95% y desintegrada en el 5%, ver grafica 3.

En base a su composición o estructura; familia nuclear en 56%, extensa en 31% y compuesta en 13%, ver grafica 4.

La fase del ciclo familiar 60% en dispersión, 15% en expansión y en muerte 5%, ver grafica 5.

Referente al vínculo; rígido en 83% y claro en 17%, ver -- grafica 6.

Las respuestas del cuestionario fueron las siguientes;

1.- ¿ Se considera obeso al paciente identificado?

No el 83% y Si el 17%, ver grafica 7.

2.- ¿ Se considera sano a este miembro en la familia?

No en el 15% y Si en el 85%, ver grafica 8.

3.- ¿ Ha empleado algún método para bajar de peso?

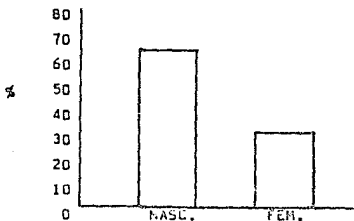
No 4% y Si 66%.

- 4.- ¿Hay hermanos obesos?
No en el 85% y Si en el 15%, ver grafica 9.
- 5.- Si la respuesta es si cuantos;
a.- de un hermano 5 casos.
b.- de dos hermanos 7 casos.
c.- de tres hermanos 2 casos.
d.- de cuatro hermanos 1 caso.
- 6.- Indique a que edad se inició la obesidad del paciente identificado; Ver cuadro 2 y grafica 10.
6 años - 10%
7 años - 31%
8 años - 20%
9 años - 2%
10 años - 2%
11 años - 5%
12 años - 10%
13 años - 18%
14 años - 2%
- 7.- Realiza el miembro identificado algún deporte?
No en el 82% y Si en el 18%.
- 8.- ¿Considera que las preocupaciones influyen en la ingesta?
No en el 16% y Si en el 84%, ver grafica 11.
- 9.- ¿El obeso tiene algún cambio importante con su salud?
No en el 84% y Si en el 16%.
- 10.- Predominancia del tipo de alimentos que ingiere.
a.- Azúcares 56%
b.- Grasas 38%
c.- Proteínas 6% Ver grafica 12.
- 11.- ¿Es el predilecto de la familia?
No en el 34% y Si en el 66%, ver grafica 13.
- 12.- ¿Los padres del identificado son obesos?
a.- Uno de ellos 31%
b.- Ambos 64%

- c.- Ninguno 5% Ver grafica 14.
- 13.- ¿Fue utilizada la alimentación como pretexto de castigo o recompensa?
- a.- Nunca 9%
- b.- Siempre 16%
- c.- Ocasionalmente 75% Ver grafica 15.
- 14.- ¿Quién es el responsable de seleccionar los alimentos en la familia?
- a.- La madre 79%
- b.- La abuela 21% Ver grafica 16.
- 15.- ¿A que edad se inició la ablactación?
- a.- 2o. mes - 15%
- b.- 3o. mes - 66%
- c.- 4o. mes - 11%
- d.- 5o. mes - 9% Ver grafica 17.
- 16.- ¿Que número de embarazo es el paciente identificado?
- a.- 1o. - 28%
- b.- 2o. - 43%
- c.- 3o. - 5%
- d.- 4o. - 3%
- e.- 5o. - 7%
- f.- 6o. - 2%
- g.- 7o. - 9%
- h.- 8o. - 3% Ver grafica 18.
- 17.- ¿Considera que algún miembro de la familia favorece la obesidad de su hijo? Si la respuesta es si indique --- quien;
- a.- El padre - 40%
- b.- La madre - 51%
- c.- La abuela - 9% Ver grafica 19.
- 18.- ¿La madre del paciente trabaja?
- No en el 82% y Si en el 18%.

El grado de obesidad que se encontró en los pacientes de la muestra fue; de 1o grado 55%, 2o grado 20%, 3o grado 10% y 4o - grado fue de 5%, Ver grafica 20.

Grafica 1
 Diagrama por sexos de pacientes obesos,
 determinando la frecuencia en porcentajes

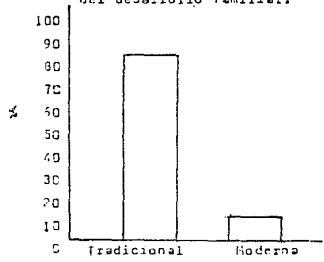


Fuente: Club de Obesos Adultos
 de la U.M.F. No. 41

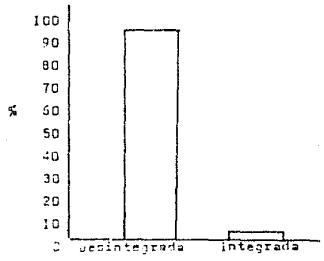
Cuadro 1
 Funciones que ameritan
 atención

AFECTO
CUIDADO
SOCIALIZACION
STATUS
NIVEL SOCIOECONOMICO
REPRODUCCION

Grafica 2.
Diagrama de % y clasificación
del desarrollo familiar.

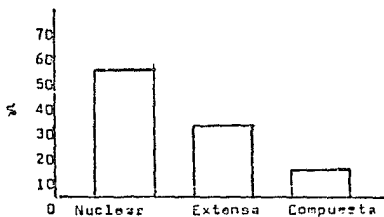


Grafica 3.
Diagrama de % y clasificación
de integración familiar.

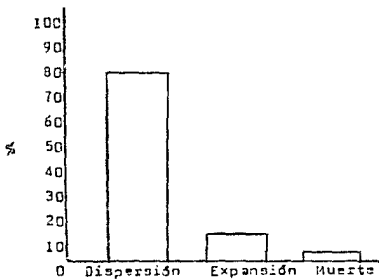


Fuente: Club de Jóvenes Adultos
de la U.M.F. No 41.

Grafica 4.
Diagrama de % y clasificación
de la estructura familiar.

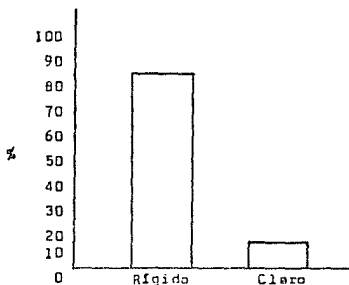


Grafica 5.
Diagrama de % y clasificación
del ciclo familiar.



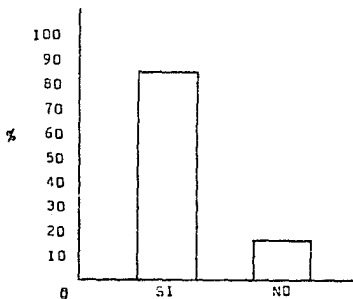
Fuente: Club de Obesos Adultos
de la U.M.F. No 41.

Grafico 6.
Diagrama de % y clasificación
del vinculo familiar.



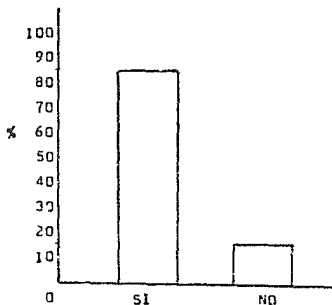
Fuente: Club de Obesos Adultos
de la U.M.F. No 41.

Grafico 7.
Diagrama de porcentaje y consideración
del paciente obeso.

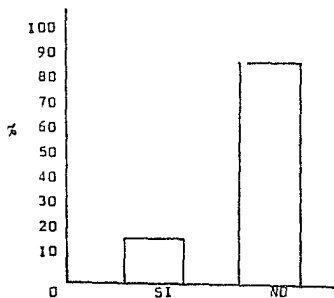


Fuente: Cuestionario Aplicado.

Grafica 8.
Diagrama de porcentaje y consideración
del paciente sano en la familia.



Grafica 9.
Diagrama de porcentaje y hermanos
obesos en el núcleo familiar.

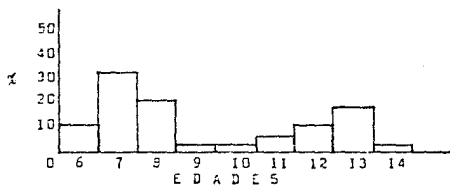


Fuente : Cuestionario Aplicado.

Cuadro 2.
Frecuencia por edad y sexo en el
inicio de la obesidad.

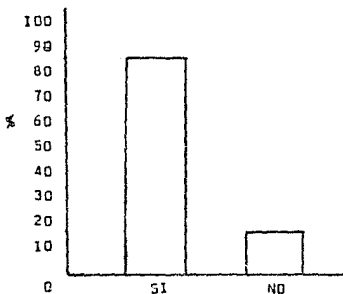
EDADES	MASCULINO	FEMENINO	SUBTOTAL
6	7	3	10
7	20	11	31
8	10	10	20
9	0	2	2
10	1	1	2
11	4	1	5
12	9	1	10
13	16	2	18
14	2	0	2
TOTAL	69	31	100

Grafica 10.
Diagrama de edad y porcentaje en
el inicio de la obesidad

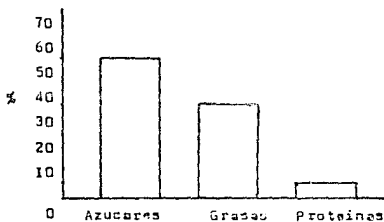


Fuente: Cuestionario Aplicado.

Grafica 11.
Diagrama de porcentaje y preocupaciones
en la ingesta.

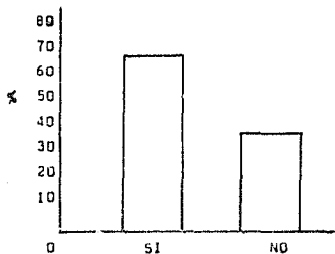


Grafica 12.
Diagrama de porcentaje y predominancia
de ingesta de alimentos.

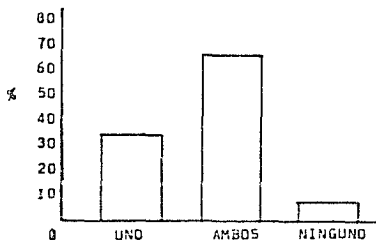


Fuente; Cuestionario Aplicado.

Grafica 13
Diagrama del porcentaje de pacientes
considerados predilectos en la familia.

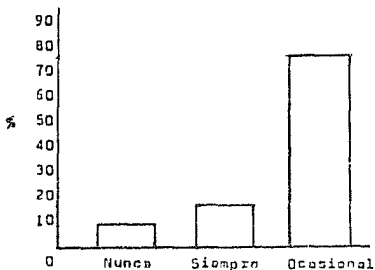


Grafica 14.
Diagrama de porcentajes con antecedentes
de obesidad en el núcleo familiar.

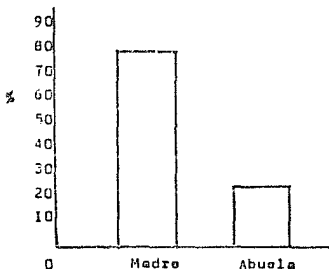


Fuente: Cuestionario Aplicado.

Grafica 15.
Diagrama de porcentaje en el manejo
de la alimentación utilizada.

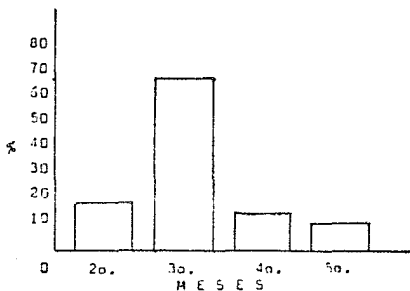


Grafica 16.
Diagrama de porcentajes y responsable
de la elección de alimentos.

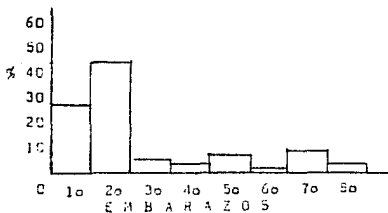


Fuente: Cuestionario Aplicado.

Grafica 17.
Diagrama de porcentaje y relación
con el inicio de la ablactación.



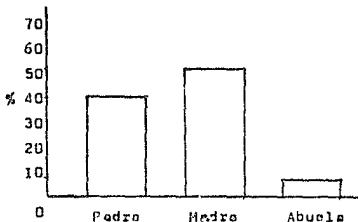
Grafica No 18
Diagrama de porcentaje e indice
de frecuencia del No de embarazos.



Fuente: Cuestionario Aplicado.

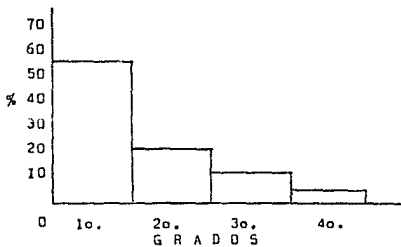
Gráfica 19.

Diagrama de porcentaje y la influencia de algun integrante del núcleo familiar.



Gráfica 20

Diagrama de porcentaje en relación con el grado de obesidad.



Fuente ; Cuestionario Aplicado.

DISCUSION.

Se efectuó una modificación ya que la muestra de pacientes con obesidad de tipo exógeno y sus núcleos familiares de la Unidad de Medicina Familiar Número 41 del Instituto Mexicano del Seguro Social, no se obtuvo de un solo Consultorio, sino del Club de obesos adultos que existen en dicha Unidad ya que la muestra captada fue insuficiente para ser demostrativa.

El médico debe involucrarse en la detección y el control de la obesidad y no concretarse únicamente a tratar los padecimientos expresados por sus pacientes y por los cuales estos asisten a consulta, que como vimos en el presente estudio son todos menos la obesidad, no debemos esperar que el paciente solicite ayuda pues este tal vez nunca la haga, ahora bien debemos aceptar que una explicación rutinaria y burocrática como hasta ahora hemos dado no logra impactar a los pacientes y su núcleo familiar, ya que esta patología por ser tan difundida en ocasiones se llega a ver como natural, por lo que es necesario llegar al paciente con claridad dándole la importancia que este padecimiento merece, para que tome consciencia el núcleo familiar de la problemática real que tiene el paciente y de esta manera lograr el cambio esperado en cuanto a sus hábitos y la responsabilidad en las ordenes que se le dan.

Sabiendo que las funciones básicas de la familia pueden dividirse en externas e internas. Las externas están relacionadas con la transmisión y el mantenimiento de la cultura y las internas con la protección biopsicosocial del individuo.

Una función de la familia consiste en la integración y comodación de los hijos durante sus años de formación en el sentido de adaptación pasiva al orden establecido.

Las formas de organización de la familia dependen así de las pautas concretas a las que han de acomodarse los niños.

En consecuencia la familia opera en todo tiempo y lugar como el mejor instrumento de transmisión de las tradiciones y las convicciones a imprimir en los hijos.

Se debe tomar en cuenta que su tipo de vida y de trabajo-
estará determinado por las normas así transmitidas en la medi-
da en que estas normas están al servicio del mantenimiento del
status quo.

La familia predomina así en la educación inicial. Gobierno-
los procesos fundamentales del desarrollo psíquico interviene -
en la organización de las emociones de acuerdo con tipos condi-
cionados por el ambiente y en su marco más amplio transmite es-
tructuras de conducta cuya dinámica desborda los límites de la-
conciencia.

La enfermedad como se manifiesta fenomenológicamente es un
intento que resulta fallido por la utilización de mecanismos de
defensa estereotipados rígidos que se muestran ineficaces para
mantener al sujeto en un estado de adaptación activa al medio.

RECOMENDACIONES.-

1.- Al hacer consideraciones que se trata de una enfermedad de gran frecuencia en nuestro medio, dado generalmente por factores de tipo mala orientación nutricional y con gran carga de alteraciones de tipo emocional, es de gran interés proponer que el paciente que es portador de la obesidad exógena y de su núcleo familiar, tengan conocimiento de la patología y siendo de mayor interés el enfoque a aspectos de causas inherentes de la obesidad que la causan así como su profilaxis y control adecuado.

2.- Cuando ya existe considerando que es una enfermedad de tipo reversible aunque de difícil manejo pero con tendencias a evitarla como patología crónica de predisposición hereditaria - haciéndose gran hincapie el manejo de tipo psicológico y de tipo dietológico nutricional que sea necesario para llevar acabo su manejo.

3.- Hacer un Club de Obesos escolares para llevar un control, así como pacientes con factores predisponentes a la obesidad y que tienen características clínicas o de historia clínica familiar.

4.- A la población de pacientes interesados en formar parte de un grupo integrados para prevenir la obesidad.

5.- Que los pacientes de la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar Número 41 y/o sus familiares reciben adecuada orientación sobre medidas de control y tratamiento de la obesidad, llevadas acabo por un equipo interdisciplinario.

6.- Que asistan a las pláticas de orientación educativa sobre la obesidad obteniendo con esto control y apoyo familiar. De su patología.

7.- Educarlos y orientarlos en cuanto al conocimiento de las consecuencias y formas de control de la obesidad a los pacientes y sus núcleos familiares.

8.- Motivarlos para asistir a las citas para orientación.

9.- Involucrar a los familiares del paciente a coadyuvar -

en la recuperación de la salud y en su recuperación biológica y social.

10.- Que se realicen acciones de detección oportuna del paciente.

11.- Orientarlo sobre el aprovechamiento de los recursos a su alcance y de integrarlo al club de obesos.

12.- Es necesario que el paciente y su núcleo familiar tenga conocimiento de que la obesidad no es un estado crónico o -- signo de buena salud.

13.- Sus citas deberán ser periódicas de los logros alcanzados dando apoyo y reforzando en cada una de las entrevistas - subsiguientes las medidas de manejo deberán ser individualizadas y por memorizadas en su explicación a los familiares. Para el -- auxilio en el cumplimiento de la terapia instituida. De esta manera lograremos una verdadera relación médico - paciente y núcleo familiar, que fructificará en beneficio del paciente obeso.

14.- Disminuir la deserción en cuanto a su control de su obesidad.

15.- Establecer coordinación con el grupo interdisciplinario, para la reconquista de pacientes con sus núcleos familiares

16.- En cuanto al equipo interdisciplinario: Llevar a cabo las siguientes acciones de cada uno de ellos por servicio.

A.- Médico: Se le orientará sobre el padecimiento y medidas de control de la obesidad y su núcleo familiar.

B.- Enfermería: Dar a conocer las medidas higiénicas así como actividades diarias y formas de ejercicios favorecedores.

C.- Dietología: Indicare las dietas adecuadas en calorías - balanceadas establecidas por el médico familiar apoyado en el sobrepeso del paciente.

D.- Medicina Preventiva: Control del peso frecuentemente y detección oportuna de obesidad, asociación talla - peso y concientizar y sensibilizar individualmente al paciente obeso y su núcleo familiar.

E.- Médico y Trabajo Social; Motivero y sensibilizero a pacientes y familiares sobre la actitud de la obesidad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Anderson, J. Obesidad. Br. Med. J: 560, 1972.
- 2.- DGrjeson, M. Balance Energetico en el Obeso. J. A. M. A., Méx.; 1:4, 1976.
- 3.- Acay, E. A. et al. Valoración del Paciente Obeso. J. A. M. A., Méx.; 1:4, 1976.
- 4.- Chev6z, A. y Dfaz, M. Frecuencia de la Obesidad en algunas zonas de la Republica Mexicana. Edit. Interamericana. 1a. Ed. 1974.
- 5.- Donald, D. G. Pchicologic Factors associated with Obesity. A. T. P., 87, 1976.
- 6.- Garcia , R. F. Obesidad. Rev. Fac. Med. Vol 18, No. 9, 1975.
- 7.- Gastinau, C. F. Obesidad. Peligro, Causas y Tratamiento. Clin. Med. Norteamerica. Ed. Interamericana, 1972.
- 8.- Jimenez, P. J. A. La Familia, El Paciente, El M6dico y lo Oculto de la Demanda Aparante en la Consulta. Tesis Med Fam. 1960.
- 9.- Marqu6z, A. A. Obesidad. Sol. Med. I. M. S. S. 15, 374, 1976.
- 10.- Poulantzas, N. Las Clases Sociales en el Capitalismo Actual. Ed. Siglo XXI, 5a. Ed. 1960.
- 11.- Praxis M6dica. Obesidad y Delgadas, Tomo 11, 3, 700.
- 12.- Rand, C. Stunkard, A. J. Obesity and Psychoanalysis. N. M. J. Psychiatry. 114, 5, 547, 1978.
- 13.- Williams, W. Textbook of Endocrinology. Saunders, 4a. Ed. 1976.

- 14.- Ackerman, N.W. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Norma, Sexta Ed., 1978.
- 15.- Conn, R.J. Medicina Familiar. Teoría y Práctica. Ed. Interamericana.
- 16.- Minuchin, S. Familia y Terapia Familiar. Ed. Gráfica. 1era. Ed. 1975.
- 17.- LeRero, L. La Familia. Textos Anuales. Ed. Sol 1era Ed. 1976.
- 18.- Fichón, Riviére E. El Proceso Grupal. Ed. Nueva Visión. 4ta. Ed. 1978.
- 19.- Sanchez, A.J. Familia y Sociedad Ed. Joaquín R. 2da. Ed. 1976.