

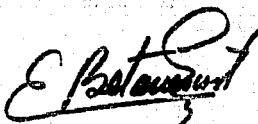
71226

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA "INSURGENTES"

ASESOR DE TESIS:




DR. CARLOS L. RODRIGUEZ DE LA O
COORDINADOR DE LA RESIDENCIA
DE MEDICINA FAMILIAR



DR. ENRIQUE BETANCOURT CASTILLA.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

79




Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PROLOGO.

La Medicina Familiar como disciplina médica, con ocho años de desarrollo en México, 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. Así, vemos que nace sin definición en su campo teórico, sin objetivos claros, definidos, - que indiquen qué se pretende lograr a través del proceso formal de enseñanza-aprendizaje, ni las causas que en cierto sentido fundamentan la necesidad de crear en México especialistas en Medicina Familiar. Otro aspecto importante, ha sido el que la teoría estaba muy lejos de la práctica que se hacía en las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por lo tanto, uno de los primeros pasos fué el de clarificar y fundamentar las causas que dieron origen a la Medicina Familiar en el mundo, estudiando una serie de variables a cual más de ella importante y todas perfectamente vinculadas que se han dado a través de la dimensión tiempo y dentro de un contexto universal determinado, que involucra las siguientes variables: Práctica médica, - saber médico, educación médica, necesidades sociales de salud, /concepto de enfermedad, concepto de salud, crecimiento demográfico, - el fenómeno de la industrialización, surgimiento de grandes centros poblacionales, desarrollo de las ciencias sociales, de la conducta, relación médico-paciente, etc.

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, qué debería hacer, qué 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, a principios de 1979, 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.

El avance se 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 las 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 o instituciones sociales, partiendo de un hecho universal plenamente aceptado: El hombre es un ente biológico, psicológico y social, coexistiendo siempre al mismo tiempo y en cualquier lugar, circunstanciado por su medio, por su grupo, en donde la expresión de enfermedad afecta no sólo al órgano, sino que involucra sus áreas social y psicológica y él, como enfermo, afecta a otros miembros de su grupo familiar el 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 (fisiología) es fuente generadora de enfermedad para el individuo, para la familia y para la sociedad, con diferentes niveles de expresión también para el individuo, para la familia y para la sociedad, en donde la mayor parte de las veces, existe predominancia de alguna de las áreas sobre las otras.

I N D I C E .

CAPITULO	PAGINA
I.- INTRODUCCION.	4
II.- MARCO TEORICO.	8
III.- PROBLEMA.	15
IV.- HIPOTESIS.	16
V.- OBJETIVOS.	17
VI.- MATERIAL Y METODO.	18
VII.- RESULTADOS.	22
VIII.- CONCLUSIONES.	50
IX.- BIBLIOGRAFIA.	55

-0-0-0-0-

INTRODUCCION.

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 una 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 a aquella formada por los padres y sus hijos. Extensa, cuando incluye además a varias generaciones, y compuesta, cuando incluye miembros no consanguíneos. Por su origen: Urbana y rural. Por el modo de producción: obrera, subproletaria, profesionalista o campesina. Según la línea de autoridad: Tradicional, en la que el padre lleva la autoridad y ésta es siempre en forma vertical; Moderna, en la que la autoridad es compartida por ambos cónyuges (Sánchez Azcona). Según la presencia física de sus miembros, puede ser integrada o 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 al 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 (afecto y filial), de 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.

bros. De acuerdo a la alteración de estas funciones, calificamos sólo las que ameritan atención o que no se están cumpliendo. (Le Hero, Sánchez Azcona y Conn).

Las etapas consideradas en el ciclo de vida familiar, son:

- 1.- MATRIMONIO.- Se inicia cuando se unen dos personas para formar una familia y termina con el embarazo del primer hijo.
- 2.- EXPANSION.- Se inicia con el primer embarazo y termina con el inicio de la edad escolar.
- 3.- DISPERSION.- Se inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina con el matrimonio de alguno de ellos.
- 4.- INDEPENDENCIA.- Se inicia con el matrimonio de cualquiera de los hijos y termina con el del último.
- 5.- RETIRO.- Se inicia con el casamiento del último de los hijos y termina con la muerte de alguno de los cónyuges.
- 6.- MUERTE.- Cuando cualquiera de los cónyuges muere.

ROLES:

Pichón 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, condiciona un estado de -

confusión y de caos (los límites no son claros). (Pichón, R.).

Los 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 cónyuges, se consideró adecuado o no adecuado su rol.

El rol de hijo sólo se consideró inadecuado, cuando desempeña un rol parental o de proveedor estereotipado, o bien, se le asigna el rol de chivo expiatorio.

SUBSISTEMAS:

Para el análisis de éstos, así como el de los vínculos, nos basamos en los conceptos de Minichin, 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. 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 tríada madre-padre-hijo. Debe existir un límite entre subsistema conyugal y parental, de forma que permita el acceso del niño a ambos padres, 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 parental lo puede ejercer, en caso necesario, otro miembro de la familia y se considera adecuado, siempre y cuando no altere los demás subsistemas.

SUBSISTEMA PRATERO. - 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 ésta 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 aquél en el que la comunicación es adecuada.

Consideramos a los subsistemas como adecuados, cuando en ellos existen vínculos claros, e inadecuados, cuando éstos son rígidos o difusos.

-0-0-0-0-0-

MARCO TEORICO.

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, aceptándose como base la relación peso-talla, edad y sexo (3, 12, 41), el grosor del pliegue cutáneo de varias partes del cuerpo (5, 7, 12, 27, 29, 32, 41) y determinaciones especializadas de la cantidad de grasa corporal, más exactas pero no aplicables en la práctica diaria (5, 12, 30). En general, se considera como una acumulación excesiva de grasa corporal (4, 16, 20, 24, 31, 32, 41) y lo más común es considerarla en función del peso: así, un exceso de peso de 10 a 20% sobre el peso ideal, se considera sobrepeso, en tanto que por arriba del 20% es considerado obesidad (9, 22) aunque algunos autores no hacen esta diferencia (13, 32) pero, no todo exceso de peso es por obesidad, pues la composición magra y grasa del cuerpo es muy variable (12).

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 (5, 19, 30, 41). Es más frecuente en el medio urbano que en el rural, así como en el sexo femenino (27, 32). La mayoría de los obesos tienen obesidad ligera (41); en los Estados Unidos de Norteamérica, más de la mitad de la población mayor de 40 años son considerados obesos (41). En Inglaterra, uno de cada tres niños menores de un año es obeso y en la adolescencia lo son del 20 al 30%; en este país, se estima que cerca de dos 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 en-

tividad, 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 las comunidades urbanas hasta el 28.5% y en grados más avanzados (32).

La importancia de la obesidad, es que predispone a otras enfermedades como: Diabetes mellitus, cardiovasculares, hiperlipidemias, hiper-colesterolemias, respiratorias, osteoarticulares, digestivas, y a complicaciones quirúrgicas y obstétricas, elevando el riesgo de las mismas e incrementando la mortalidad general (3, 5, 22, 32, 41). 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 (5, 13, 20, 23, 32, 38).

La etiología es multifactorial, citándose como factores coadyuvantes los endócrinos, hipotalámicos, genéticos, sociales (económicos, culturales, etc.) y psicológicos (5, 20, 21, 41). La obesidad atribuida a los tres primeros factores antes considerados, es poco frecuente, existiendo un consenso general de los autores, en cuanto a la frecuencia e importancia de los factores psicosociales (5, 14, 23, 32, 36). Sin embargo, este aspecto ha 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 emuresis en un 40% de estos niños, los que también tuvieron sentimientos de mirasvalía

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 con abierta hostilidad, aunque a menudo fué 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 salga esta característica latente, desarrollada en la infancia" (13). En estudios más recientes, estas afirmaciones parecen haberse confirmado (4, 14, 19, 20, 30, 34, 39).

Goldblatt afirma que hay una relación inversa entre la obesidad y el estrato socioeconómico; en su 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 (14). 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 (23). Jínich, dice que entre los obesos son frecuentes los signos de inestabilidad emocional, tales como: narcisismo, dificultades para dominar sus impulsos, ansiedad en sus relaciones sociales, inmadurez en la conducta y depresión. 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 (20).

Los factores psicológicos y sociales, están íntimamente relacionados y son resultante de la interacción del individuo con su grupo social y, a su vez, van a influir sobre él en forma decisiva y crítica para la producción de obesidad. 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 la obesidad es fundamental y, no obstante, se ha estudiado poco (10).

Independientemente de las causas que la desencadenan, existen dos factores básicos para que se produzca obesidad: 1.- Ingesta excesiva, y 2.- Disminución del gasto calórico. Habitualmente, ambos se encuentran íntimamente relacionados (4, 13, 24, 28, 32).

Los factores que regulan la ingestión del alimento, son: factores sociales, psicológicos, educativos, económicos, fisiológicos y geográficos (13, 14, 15, 23, 32, 35, 36). 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, tabúes, educación, etc. Entre los factores económicos: Producción, distribución y comercialización. En los factores geográficos, entra 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. -- Los centros del hambre, están constantemente activos y responden a estímulos de poca intensidad. Los centros de la saciedad se encargan de inhibir a los primeros y necesitan de estímulos más intensos para provocar respuesta. Actualmente, esta teoría es la más aceptada para explicar los fenómenos de hambre y saciedad (15, 24, 32, 37, 40, 41).

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 distensión de éste y la presencia de alimento en el duodeno. Dichos estímulos van a producir efectos reguladores a corto plazo. El alimento, en el duodeno, va a tener al mismo tiempo efecto hormonal que consiste en la liberación de colecistoquinina y enterogastromina, las que tienen efecto anorexigénico (37, 40, 41).

Se habla de otras acciones hormonales que aún son discutibles, relacionadas con adrenalina y serotonina (24, 40). Asimismo, se han mencionado otros factores anorexígenos, como la cantidad de aminoácidos y lípidos circulantes (5, 40).

En cuanto al gasto calórico, en ciertas etapas de la vida -- hay una disminución en la actividad física, sin cambio en los hábitos alimenticios, dándose una desproporción entre 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 (1, 18, 28, 31). Pero estos factores no explican por sí 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 incidencia de obesidad y en el último de los casos, una mayor resistencia a desarrollarla (6, 17, 30, 31, 33, 39). El número de adipocitos queda determinado así en este período, 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 "órgano" 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 (5, 28). Se determinan así dos tipos de obesidad:

a).- La de inicio temprano (antes de los dos años de edad), 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 endocrinas, existiendo evidencia de una madurez física adelantada con respecto a otros niños (9, 12, 31).

b).- La de inicio más tardío (etapas posteriores de la vida, que aparece con el embarazo en la edad adulta) en la que existe un aumento en el tamaño de las células adiposas ya existentes sin variar el número, tiende la grasa a tener una distribución central y se encuentra más frecuentemente asociada a trastornos metabólicos, como diabetes mellitus, hiperlipidemia e hipertriglicéridemias (5). Existen otros intentos para clasificación de la obesidad, de acuerdo a la etiología, grado, etc.

En cuanto al cuadro clínico, tenemos que, en grados ligeros de obesidad no hay sintomatología; conforme avanza en intensidad, se presentan incapacidad física, hirsutismo, aumento del grosor de la piel, alteraciones óseas, aterosclerosis, mayor susceptibilidad a infecciones de la piel, alteraciones respiratorias, hasta

originar diversas complicaciones, como el síndrome de Pickwick, etc. (11, 32, 41).

El enfoque terapéutico actual, incluye las siguientes medidas: 1).- Dieta hipocalórica; 2).- Ejercicio; 3).- Anorexígenos no amfetamínicos; 4).- Psicoterapia de apoyo; 5).- El tratamiento quirúrgico, aún con sus complicaciones, se aplica en los casos de obesidad extrema (25).

Las posibilidades de éxito a largo plazo, son desalentadoras, aunque a corto plazo, cualquier medida terapéutica que se utilice puede dar resultados. Se ha mencionado a la terapia conductista como otra posibilidad, pero los resultados son contradictorios (6).

Ante estas consideraciones, toma una importancia mayor la prevención y el diagnóstico temprano (2, 5, 8, 20, 26, 30, 31, 35).

-0-0-0-0-0-

P R O B L E M A .

La obesidad, es una entidad frecuente en la Consulta Externa del IMSS, que habitualmente no se diagnostica o no se toma en cuenta ni por el médico ni por el paciente, hasta que ya alcanza grados avanzados por su sintomatología, complicaciones o enfermedades concomitantes.

Se ha comprobado que la obesidad, por sí misma, es perjudicial para el individuo y si es crónica, aumenta la mortalidad y morbilidad, especialmente a consecuencia de enfermedades cardiovasculares, pulmonares, endocrinas, etc., así como de los riesgos quirúrgico y obstétrico.

La mayoría de los obesos tienen sólo una obesidad ligera, pero existen indicaciones sobre que, un aumento de peso del 20%, conduce a un aumento de la morbimortalidad.

Sólo en un pequeño número de casos de obesidad se puede aislar una causa predominante, pero, en todos los casos, la etiología es multifactorial; entre los factores más importantes en su iniciación y mantenimiento, figuran los culturales, socioeconómicos y psicológicos, teniendo su gestación primaria en el grupo familiar y haciendo pasar a un plano secundario, por su baja o menor frecuencia, a la obesidad en la que predominan las causas orgánicas. A pesar de su importancia, por la dificultad que presentan, se han estudiado poco los factores enunciados inicialmente.

La mayor parte de los casos de obesidad, en última instancia, resultan de: Ingestión de alimentos mayor que el gasto de energía.

pero, como los factores que determinan la ingestión de los alimentos son múltiples y variados, la mayoría de los tratamientos fracasan a largo plazo.

H I P O T E S I S.

El grupo familiar, de tipo epileptoide, favorece la presencia de obesidad en uno o varios de sus miembros, al asignar un rol (rol necesitado), en función de una reacción de subsumisión, buscando la aceptación de su grupo social actual.

-O-O-O-O-

OBJETIVOS.

- 1.- Estudiar la dinámica en familias con niños obesos.
- 2.- Determinar si la familia está favoreciendo la obesidad en uno o más de sus miembros.
- 3.- Determinar si existe sobreprotección a los niños afectados.
- 4.- Determinar el rol que juega el paciente en la familia.
- 5.- Determinar si en la fantasía del grupo, al niño obeso se le considera sano.
- 6.- Buscar la causa de la sobreprotección cuando existe.

-0-0-0-

M A T E R I A L

Y

M E T O D O S .

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron veinticuatro familias que fueron captadas en la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar # 20 del IMSS, de acuerdo con las siguientes variables:

Doce familias en las que existe por lo menos un miembro obeso en edad infantil, que constituyó el grupo problema.

Se consideró obeso, cuando sobrepasa por lo menos 20% de peso sobre su peso ideal, considerando las tablas de peso, talla, edad y sexo manejadas en el IMSS.

Doce familias, como Grupo de Control, elegidas en la Consulta Externa de la misma Unidad, eliminando las familias con niños obesos.

Se estudió la dinámica familiar en cada uno de los grupos que aceptaron el estudio, mediante entrevistas abiertas y cerradas, las que fueron grabadas y cuyo número varió de 5 a 7 o más, según fué necesario, y con duración promedio de 30 minutos por entrevista.

Las entrevistas estuvieron encaminadas a investigar:

- 1.- Historio clínica del miembro identificado.
- 2.- Análisis estructural de la familia.
- 3.- Evolución histórica del grupo familiar.
- 4.- Crisis anteriores y su resolución.
- 5.- Relaciones intergrupales, en particular la relación madre-hijo,

protección excesiva y motivos de ella.

- 6.- Motivo de la consulta inicial.
- 7.- Necesidades no manifestadas en el motivo de la consulta.
- 8.- Otros problemas encontrados.

ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA CERRADA.

En el estudio se incluyó la investigación de los datos siguientes:

- 1).- Opinión de los miembros de la familia acerca de la obesidad y del miembro obeso.
- 2).- ¿Se considera obeso al miembro identificado?
- 3).- ¿Se considera sano a este miembro?
- 4).- Historia familiar de obesidad y enfermedades producidas o agravadas por la obesidad (DM, hipertensión, etc.).
- 5).- Principio de la obesidad y acontecimientos que la desencadenaron, si existen.
- 6).- Hábitos alimenticios desde la lactancia.
- 7).- Momentos en que se alimenta al niño.
- 8).- Edad de ablactación.
- 9).- Tipos de alimento que ingiere. Predominancia de carbohidratos, grasas o proteínas.
- 10).- Costumbres de golosinas entre las comidas.
- 11).- ¿Cuánto tiempo ve la TV? ¿Come durante ese tiempo? ¿Qué come?
- 12).- Educación, en cuanto a la alimentación.
- 13).- Ideas de la madre en cuanto a la alimentación y actitud acerca de los alimentos (premios, castigos, etc.).
- 14).- Percepción de la madre acerca de la cantidad que debe comer la criatura.
- 15).- ¿La preparación de la comida siempre excede a la requerida?
- 16).- Costumbre de repetir platillos durante la comida.
- 17).- Actividad física del niño. ¿Se lo limita?
- 18).- Tareas asignadas al miembro obeso.
- 19.- ¿Es el consentido?

- 20).- ¿Quién proporciona los alimentos al niño, en particular las colosinas?
- 21).- Historia del embarazo (planeado o no planeado).
- 22).- Registro de 24 Hrs. de actividades e ingreso de alimentos para un día típico de la semana y un día de fin de semana.
- 23).- Solicitar un dibujo al niño, para determinar la imagen de sí.

En cada una de las entrevistas a los grupos familiares en estudio, estuvieron presentes dos miembros del equipo de trabajo; -- uno de ellos llevó el rol de entrevistador y el otro, de observador y coentrevistador.

La discusión y el análisis de los resultados de las entrevistas fueron llevados a cabo en reuniones de trabajo por todo el equipo, pretendiéndose eliminar así el sesgo del observador.

-0-0-0-0-0-0-

RESULTADOS.

Se propuso el estudio a 29 familias con niños obesos detectados en la Consulta Externa; 12 de ellos aceptaron el estudio, pero no acudieron a las entrevistas; 17 acudieron a la primera entrevista, de las cuales desertaron 5 después de la primera entrevista, elevando la deserción al 58, 3%. (Gráfica 1). La consulta inicial, en ningún caso fué por la obesidad (Cuadro 1); todas las familias en estudio, pertenecen al medio urbano.

Las 12 familias con niños obesos, tienen la estructura siguiente: 9 nucleares, 3 extensas, 10 obreras, 1 subproletaria, 1 profesionalista, 2 moderna y 11 tradicionales, 9 integradas y 3 desintegradas (Cuadro 1, gráfica 2). Las funciones que ameritan atención: Socialización, 5; cuidado, 6; afecto, 7; reproducción, 1; status, 7. (Cuadro 2, gráfica 3). Ciclo de vida en que se encuentran: 10 en expansión; 10 en dispersión, 1 en independencia. (Cuadro 3, gráfica 4).

Dinámica familiar: ROL DEL PADRE: El padre sólo existe en 10 familias; de ellos, únicamente 2 cumplen con sus funciones adecuadamente; 8 sólo son proveedores y 4 de estos 8, tienen como característica la de ser autoritarios. Uno compartía su rol con el abuelo materno. Las dos familias restantes tienen como característica que el rol de padre es desempeñado por la madre y la abuela materna, -- respectivamente.

ROL DE LA MADRE: 11 cumplen con el rol; 2 de ellas son también proveedoras por falta del esposo; 7 tienen como característica sobresaliente la de ser pasivas, siendo 4 las cónyuges de los padres autoritarios y 4 compartían su rol con la abuela materna; de éstas últimas, 1 era proveedora y 3 no.

En un caso, la madre no cumple su rol por estar separados ambos padres, quedando los hijos al cuidado de los hermanos mayores.

ROL DE HIJO: En 2 familias, uno de los hijos contribuye como proveedor; uno de los dos, es el miembro obeso. En otra familia, --

el miembro obeso es hijo único.

SUBSISTEMAS.— En 6 familias, el subsistema conyugal es iradecuado, siendo la causa la comunicación inadecuada, ya que coinciden padre autoritario con madre pasiva dependiente y la invasión de límites por los hijos o por los abuelos. En tres, no existe el subsistema conyugal y en tres, funciona en forma adecuada.

El subsistema parental en 4 familias funciona adecuadamente; en 1 es invadido por los abuelos y en 1 por los hijos.

El subsistema fraterno en 2 familias no existe, por ser hijo único; en 2 es inadecuado por haber vínculos rígidos entre hermanos; en 1, el obeso es proveedor y los hermanos se rebelan a su rol parental; en la otra, el obeso presenta emuresis y segregación por parte de sus hermanos. El resto de los subsistemas frateros era funcional.

VÍNCULOS:

Los vínculos encontrados se muestran en el cuadro número 4, que muestra la tendencia epileptoide de los grupos familiares estudiados.

Sólo en un caso, la familia considera que los niños obesos no son sanos; en el resto, se les considera sanos y son incluso deseables.

En 10 de las familias estudiadas existen antecedentes familiares positivos, siendo en 9 de obesidad y en 2 de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

En 4 familias de las estudiadas, el comienzo de la obesidad fue desde la infancia temprana, encontrándose 2 macrocómicos entre los miembros identificados. En el resto, el inicio fue entre

los 2 y los 10 años de edad, encontrándose en 5 casos relación con otros problemas de tipo emocional o acontecimiento importante.

En cuanto a la alimentación, encontramos que la del niño es inadecuada desde la lactancia en 10 familias. La edad de ablactación varió entre 2 y 8 meses, siendo el 50% de los casos a los 3 meses. En 4 fué a base de hidratos de carbono y en el resto, con fruta y verduras.

La obesidad de los niños obesos sólo en los casos es balanceada. En el resto, predominan los hábitos de comer en exceso, tener, además, como hábito, la tendencia a comer entre comidas.

El tiempo que pasan frente a la televisión, varía entre una y cuatro horas, con un promedio de 3.6 horas y 6 de ellos comen durante ese tiempo.

Ninguna madre de las familias estudiadas tiene información o educación respecto a la alimentación. En tres familias, se usa la alimentación como premio o castigo hacia conductas del niño. En todos los casos, la madre prepara el alimento en cantidad mayor de la necesaria y en todas las familias se acostumbra repetir platillos durante las comidas.

En cuanto a las actividades del niño obeso, observamos que, con excepción de un caso, todos desempeñan juegos y actividades de tipo pasivo.

Se encontró sobreprotección hacia el miembro obeso en todos los casos y ésta se dió en tres casos por parte del padre, en tres por ambos padres, en 2 por la madre y en 5 por los abuelos, pa-

como únicos sobreprotectores o bien, sumados a la madre. En dos casos participan los hermanos en la sobreprotección. No se determinó la causa de ella.

El embarazo de la madre del niño obeso, fué planeado sólo en cuatro casos, pero en ninguno hubo rechazo hacia él.

En cuanto a la imagen de sí, de los 12 dibujos sólo 8 tuvieron interpretación, atribuyéndose que la percepción de su imagen propia, en general, es buena. En cuanto a su familia, se la percibe como normal.

Se incluyen 4 familiogramas de las familias más representativas.

En el grupo control, se tomaron 12 familias al azar, algunas en estudio por diversa patología y otras consideradas como normales, encontrándose con que:

En cuanto a estructura 6 familias fueron nucleares, 2 extensas y 2 compuestas. Diez familias fueron de tipo obrero, 1 subproletaria y 1 de tipo profesional. Tres modernas, 9 tradicionales, 10 integradas y 2 desintegradas. (Cuadro 5, gráfica 2). Respecto a las funciones que ameritan atención, 7 fueron de socialización, 7 de cuidado, 10 de afecto, 3 de reproducción y 7 de status. (Cuadro 6, gráfica 3).

Las fases del ciclo de vida, 9 lo fueron en expansión, 9 en dispersión y 2 en independencia, así como 1 en muerte. Los resultados, se ilustran en los cuadros números 3A y gráfica 4.

DINAMICA FAMILIAR; Rol del padre: si padre existe en la fami-

lias; de éstos, 4 desempeñan su rol en forma adecuada.

Seis sólo son proveedores y 4 tienen como característica la de ser autoritarios. Uno comparte su rol con su esposa y dos hijos parentales; en otro caso, el padre estaba ausente por trabajar fuera.

El rol de madre de las 12, es cumplido adecuadamente por 11; 3 son proveedoras además, 1 son pasivo-dependientes y 2 comparten su rol con la abuela, por tener un hijo que se comparte con sus dos hijos por falta de padre y ella es la que cuida. En una, se como compartido, en una, se como compartido.

ROL DEL HIJO.- En 2 familias, existen hijos con rol parental. En otras 2 familias existe el papel de chivo expiatorio en uno de los hijos.

SUBSISTEMAS: En 3 familias, el subsistema conyugal es inadecuado (2 con padre proveedor y 1 autoritario). En 7, funciona en forma adecuada, no existiendo en 2 casos, uno por muerte del padre y otro por ausencia prolongada del mismo.

SUBSISTEMA PARENTAL: En 4 familias es adecuado; en 2 está invadido por la abuela y en 5 casos, son inadecuados por diversas causas.

SUBSISTEMA FRATERO.- En 2 familias no existe, por ser hijos únicos. En 2 familias es inadecuado por vínculos rígidos entre ambos hermanos y en el resto es funcional.

Los vínculos encontrados, se muestran en el cuadro 4.

En 6 casos, la familia considera que los niños obesos son sanos.

Existen antecedentes familiares de obesidad en 2 familias, de diabetes mellitus en 2 y de hipertensión en 1.

En cuanto a la alimentación, encontramos que es inadecuada -- desde la lactancia en 3 familias y adecuada en 9. La edad de la -- ablactación varió entre 2 y 12 meses, siendo a los 3 meses el promedio: en 5 hubo casos de uso de leche de vaca en el pecho, con -- fruta y huevo. En 3 familias se usó leche de vaca en 7 producidos -- con los alimentos de manera. En 10 casos se acostaban golosinas -- entre comidas.

El tiempo que pasan frente a la TV, varía de 1 a 4 horas con -- promedio de 3 y, en 3, de los casos estudiados, se come durante es -- te tiempo mientras que en 9 no lo hacen.

Dos de las madres refirieron tener información previa en -- cuanto a hábitos alimenticios y en 10 casos lo negaron. En uno de -- ellos se usa el alimento como premio o castigo con respecto a la -- conducta de los niños. La cantidad de alimento que se prepara es -- excesiva en 5 casos y adecuada en 7, acostumbrando 4 familias rep -- tir platillos durante las comidas.

En los 12 niños identificados se observó que los juegos y acti -- vidades tienden a ser comparativamente más activos.

Se encontró sobreprotección en tres casos, siendo en dos de -- ellos por parte del padre y en uno por la abuela.

El embarazo del niño en estudio, fué planeado en 5 casos y no -- planeado en 7.

CUADRO No. 1

Familia No.	MOTIVO DE CONSULTA INICIAL
1	ENURESIS (+)
2	FARINGITIS EN UN HERMANO
3	FARINGITIS DE LA MADRE
4	CONDUCCION FAMILIAR
5	AMIGDALITIS (+)
6	ENTERITIS DE UN HERMANO
7	URTICARIA (+)
8	AMIGDALITIS (+)
9	ESCORIACION (+)
10	FARINGITIS (+)
11	FARINGITIS (+)
12	PLANIFICACION FAMILIAR

(+) Miembro Obeso

LA DIFUSION DE LAS FAMILIAS

GRUPO PROBLEMA

CUADRO 1A

Tip- Etm.	Nuclear	Extensa	Obrera	Substg Aetaria	Prole- sionist	Moderna	Trad- cional	Inte- grada	Desin- tegrada
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

-29-

CUADRO No. 2
 FUNCIONES QUE AMERITAN ATENCION.
 GRUPO PROBLEMA.

FUNCIONES FAMILIA	SOCIALI- ZACION	CUIDADO	AFECTIO	REPRO- DUCCION
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

CUADRO No. 4

DINAMICA FAMILIAR: VINCULOS

Grupo	PROBLEMA			CONTROL		
	VINCULOS E. Familiares Esposo- Esposa	Padre- Hijo	Madre- Hijo	Esposo- Esposa	Padre- Hijo	Madre- Hijos.
1	R	R	D	X	X	C
2	R	R	C	R	D	C
3	R	R	D	D	C	C
4	R	R	D	R	D	D
5	R	R	D	D	C	C
6	R	D	D	C	X	D
7	D	D	D	R	D	D
8	D	D	D	C	D	D
9	R	D	D	C	D	D
10	X	X	D	C	D	C
11	X	X	C	C	D	D
12	C	C	C	C	C	C

R= Vinculos RIGIDOS

D= Vinculos DIFUSOS

C= Vinculos CLAROS

X= NO EXISTE.

CUADRO # 5

CLASIFICACION DE LAS
FAMILIAS
GRUPO CONTROL.

N.º de Familia	Nuclear	Extensa	Compu-esta	Obre-ra	Sulpro-letaria	Profe-sional	Mede-rna	tradi-cional	Inte-grada	Desin-tegrada
1	■				■		■			■
2	■			■				■	■	
3			■	■						
4	■			■				■	■	
5		■		■				■	■	
6			■	■				■		■
7	■			■				■	■	
8	■			■				■	■	
9	■					■	■			
10	■			■				■		
11	■			■				■	■	
12		■	■	■			■		■	

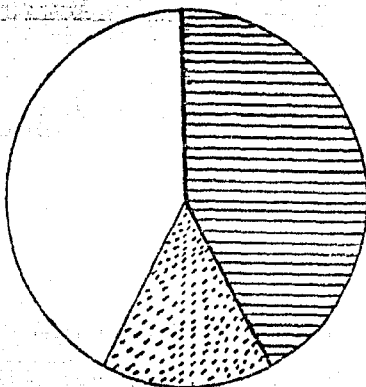
CUADRO No. 6

FUNCIONES QUE AMERITAN
ATENCIÓN

FAMILIAS DEL GRUPO CONTROL

FAMILIA	FUNCION	SOCIALI- ZACION	CUIDADO	APECTO	REPRO - DUCCION	STATUS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

GRAFICA NO. 1



Aceptaron el estudio pero no acudieron 41.7%

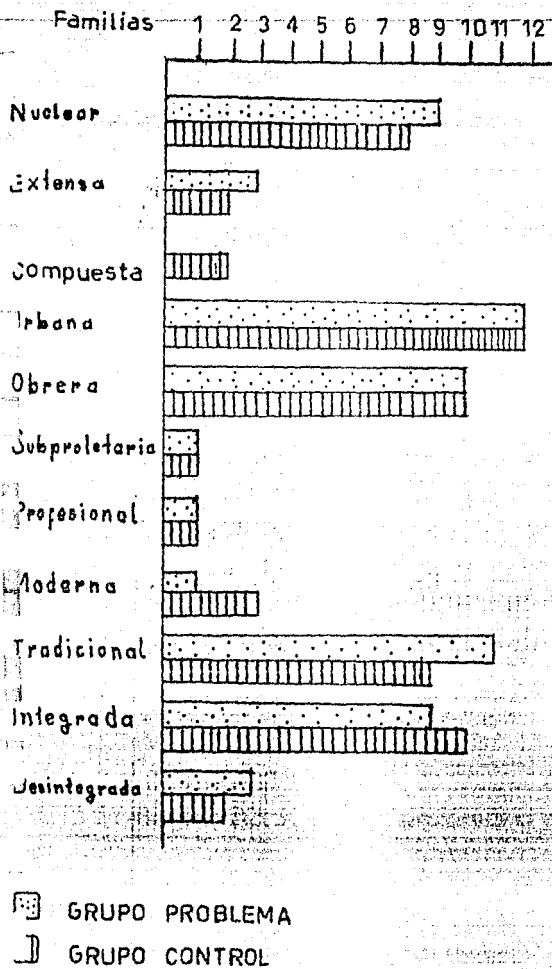


Solo acudieron a la primera entrevista 16.6%



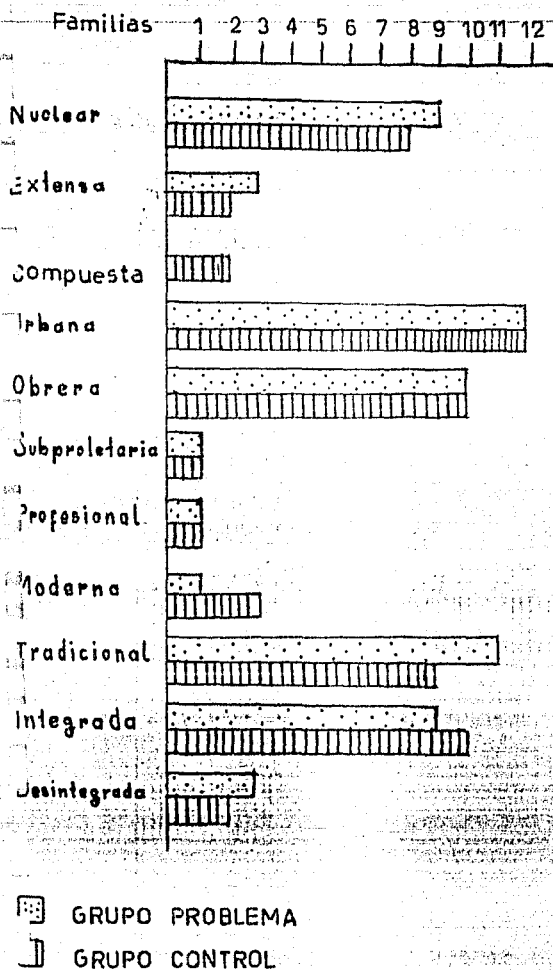
Terminaron el estudio 41.7%

GRAFICA No. 2



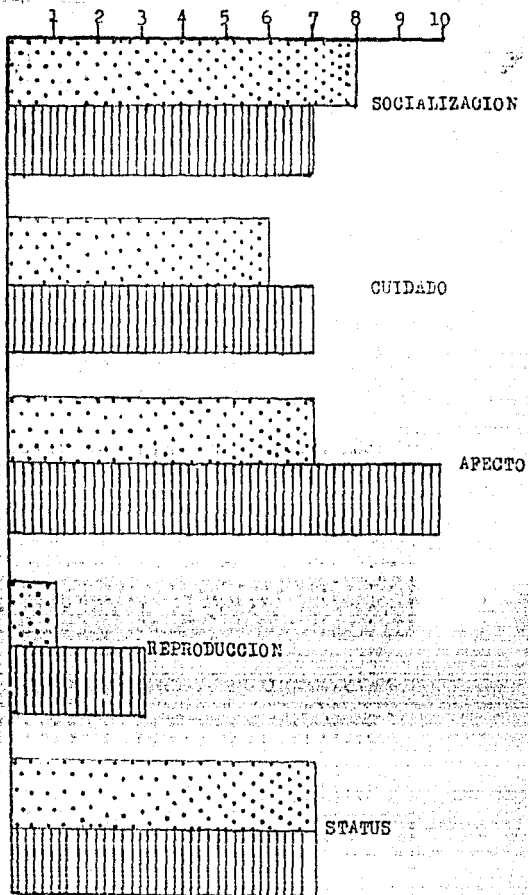
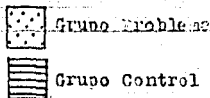
CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

GRAFICA NO. 2

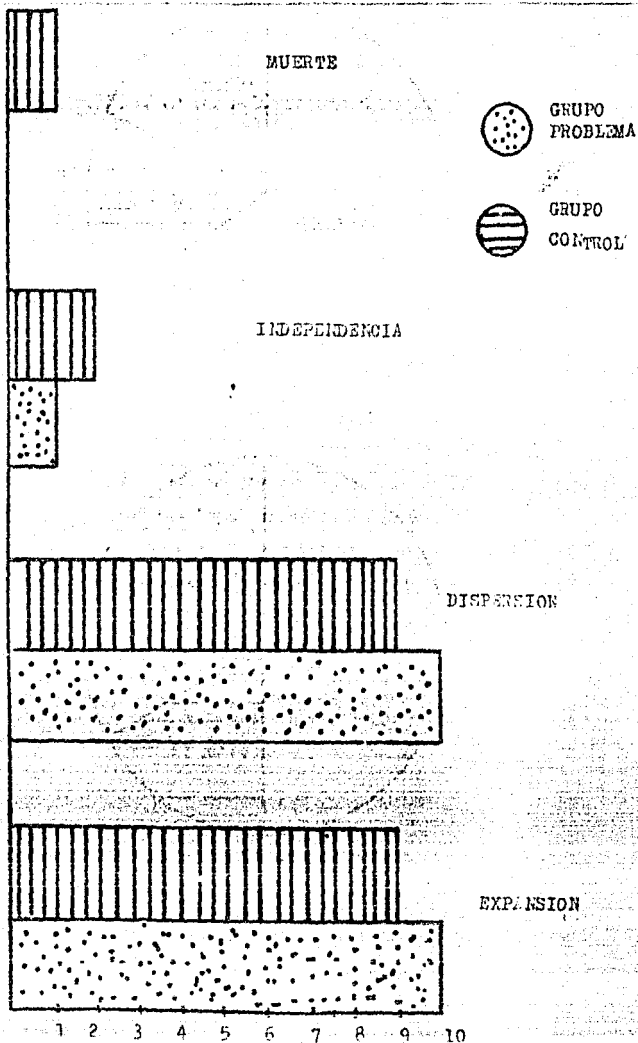


CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

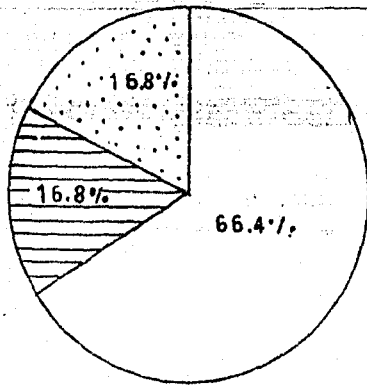
FUNCIONES QUE ATIENDE LA ATENCIÓN



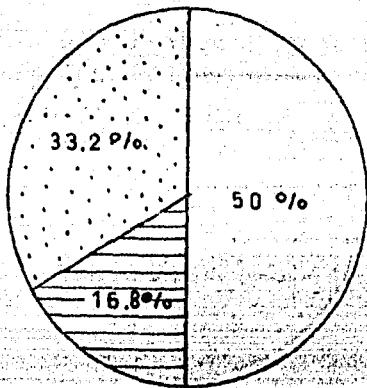
FASES DEL CICLO DE VIDA



ROL PADRE



GRUPO PROBLEMA



GRUPO CONTROL



INADECUADOS

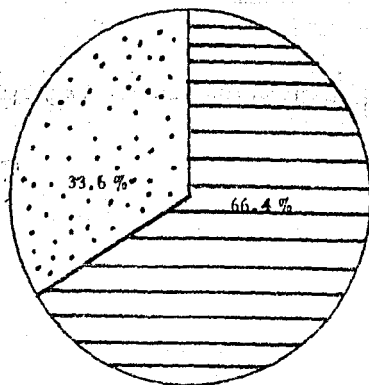


AUSENTES



ADECUADOS

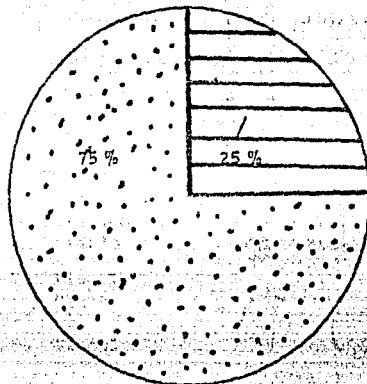
ROL MADRE




DEPENDIENTES


NO DEPENDIENTES

GRUPO PROBLEMA



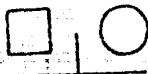
GRUPO CONTROL

GRAFICA NO. 6

Familia Paterna



Familia Materna



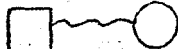
Familia de Estudio



Casamiento



Muerte



Unión Libre



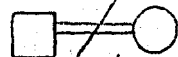
Paciente Identificado



Separación
Divorcio



Embarazo



Vínculo
Rígido



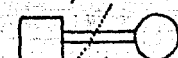
Aborto



Vínculo
Claro



Unidad Familiar

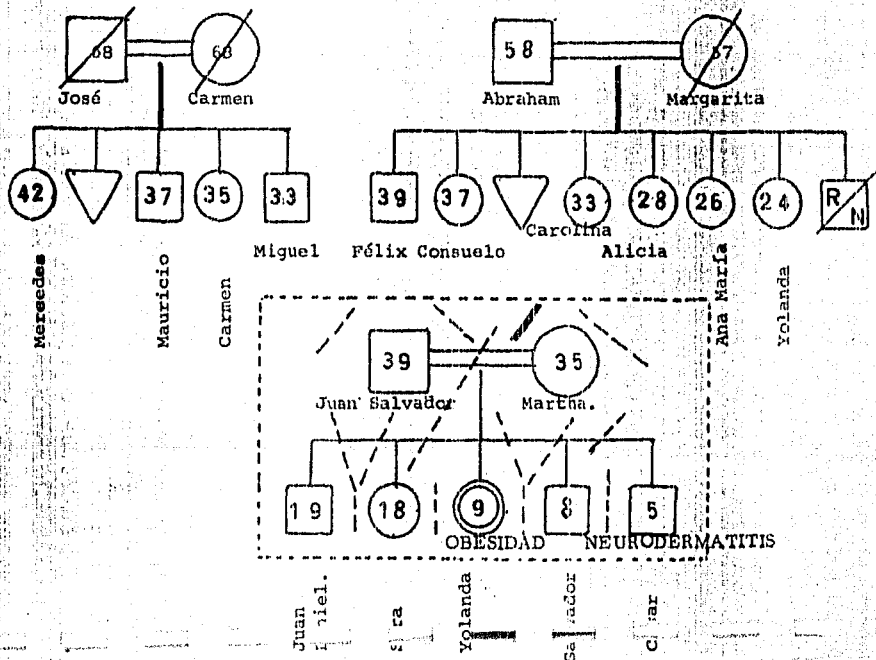


Vínculo
Difuso



Gemelos

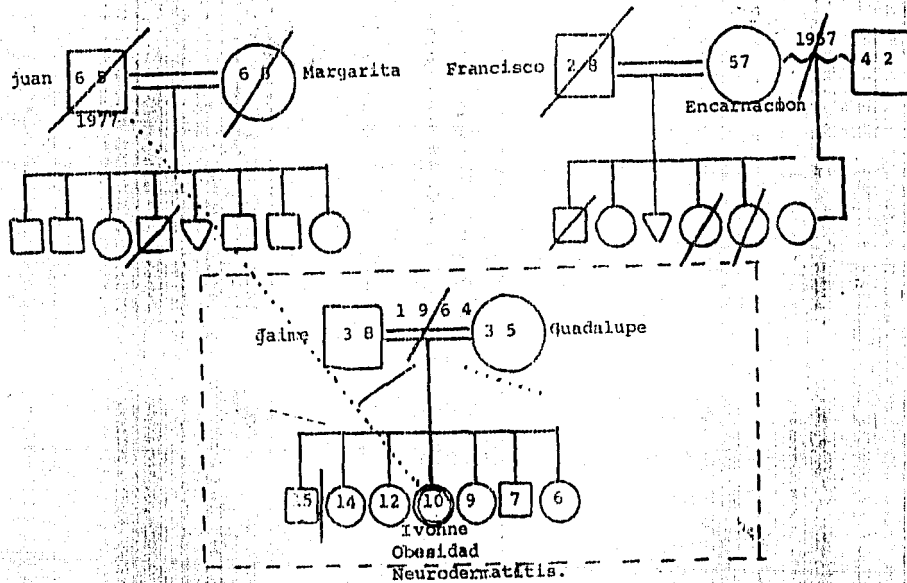
FAMILIA M.B.



FAMILIA F.B.

Es una familia nuclear, urbana, obrera, tradicional e integrada. El paciente identificado es Yolanda quien fué detectada en la sala de espera cuando acompañaba a su madre. El padecimiento actual es obesidad (no fué motivo de consulta), sus antecedentes personales no patológico, patológicos y heredo-familiares sin importancia. La familia le forman, padres y cinco hijos, como se muestra en el familiograma. Las relaciones entre padres son buenas, lo mismo que entre padres e hijos y entre hermanos. Se identificaron los siguientes problemas; Obesidad (Yolanda) y neurodermatitis (Cesar), y malas relaciones entre Martha y la familia de Juan Salvador. La relación médico familia fué adecuada, con excepción de cierta resistencia inicial al estudio ya que un tratamiento anterior en dietología para la obesidad de Yolanda había fracasado y la neurodermatitis de Cesar con 3 años de tratamiento se ha incrementado. La fantasía de la familia en relación a los 2 problemas es; La obesidad no es una enfermedad, (si habían aceptado el tratamiento en dietología es porque las amigas de Yolanda se ríen de ella) y de la neurodermatitis de Cesar la madre cree que es heredada ó contagiada ya que su cuñada Carmen padece una dermatosis. Los roles padre, madre e hijo son adecuados, los subsistemas funcionan con límites claros, los vínculos son claros entre los miembros de la familia, rígidos entre Martha y la familia de su esposo (especialmente con su suegra antes de morir y con Carmen), hay un subsistema con vínculos difusos entre Cesar y su tía Carmen ya que se quieren mucho, pero los problemas familiares los han separado desde hace un año. Los metas a corto plazo fueron; Estudiar los hábitos alimenticios de la familia, así como determinar si la dinámica familiar estaba influyendo en la obesidad de Yolanda y la neurodermatitis de Cesar.

FAMILIA M.R.



P. J. M. I. Y. J. A. M. R.

Se trata de una familia extensa, urbana, obrera, tradicional e integrada, actualmente en fase de expansión.

El motivo de la consulta inicial, fué por Varicelitis en Griselda, Ivonne, acompañaba a su madre y hermana a la consulta.

El padecimiento actual fué la Obesidad y Neurodermatitis de Ivonne, mismas que no fueron motivo de la consulta inicial.

Los antecedentes Heredofamiliares, Personales patológicos y no patológicos, fueron negativos.

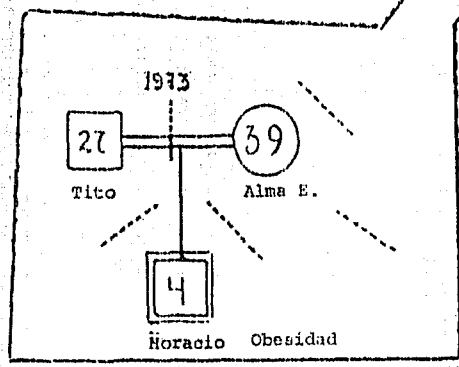
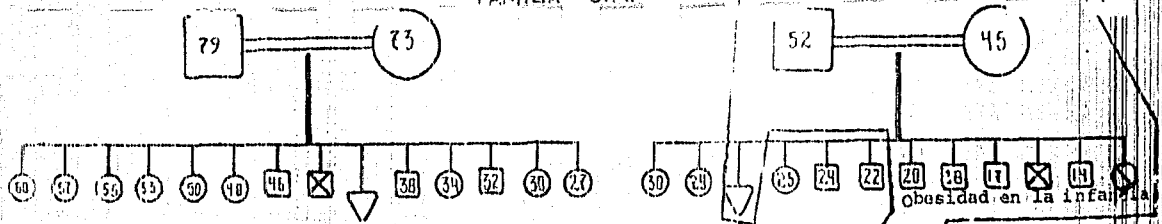
La familia está constituida por los padres y siete hermanas. Ivonne ocupa el 4º. lugar entre ellos; las relaciones entre los padres, son malas, rígidas, entre la madre y los hijos son malas, entre los padres y los hijos son malas, así como entre el hijo mayor y los hermanos.

Otros problemas identificados fueron: bajo rendimiento escolar en Griselda, alcoholismo en el padre. La relación médico familia, fue aceptable, excepto con el padre, que cooperaba poco al estudio.

La Obesidad en la fantasía de la familia no es considerada enfermedad.

Los roles padre, madre e hijo son inadecuados, en cuanto a los límites, son rígidos entre el padre y la madre, entre el padre y el hermano mayor son claros, entre la madre y los hijos son difusos, y entre el hermano mayor que juega un rol parental y el resto de los hermanos, es rígido, pues no es aceptado por ellos. Existía un subsistema entre Ivonne y su abuelo, mismo que fué roto al morir el abuelo, iniciándose la obesidad en Ivonne.

FAMILIA G.M.



15-1

FAMILIA - G.M.

El paciente identificado es Horacio de 5 años de edad quien es llevado a la consulta por un problema de urticaria, detección de obesidad de 2o grado con 78 Kg de peso. No existen antecedentes de importancia, sólo refiere la madre que sus hermanos fueron obesos cuando niños.

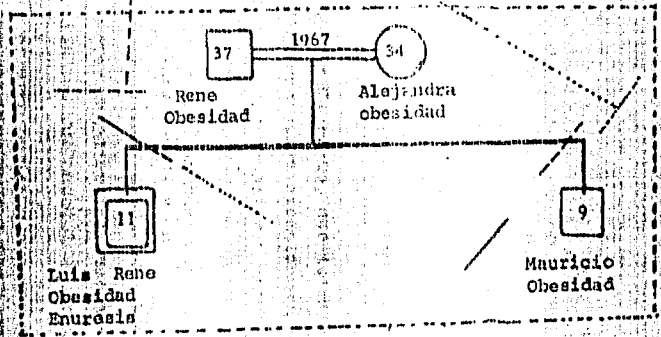
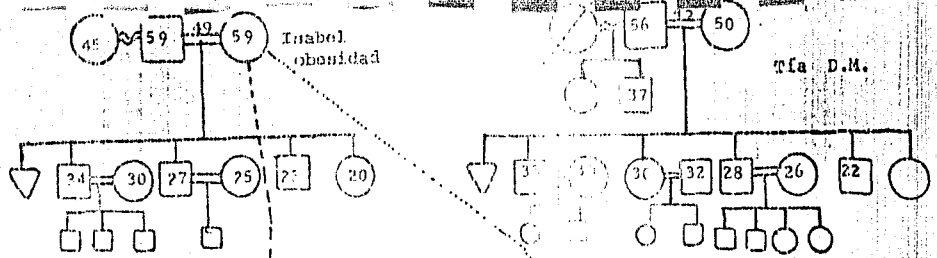
La familia se compone por el padre, la madre y Horacio que es hijo único. Desde su formación han vivido en un departamento independiente anexo a la casa de los padres de ella. Desde el nacimiento de Horacio, pasó a ser el preferido de los abuelos maternos así como de los tíos solteros, quienes al llegar a casa siempre le llevan golosinas. Horacio acostumbra comer con su mamá y papá y a jugar con el padre cuando llega temprano. El papá cumple principalmente su función de proveedor. La madre comparte su rol con ambos abuelos y tanto ella como Horacio pasan la mayor parte del día con ellos.

Los problemas identificados son : Subsistema conyugal invadido por abuelos maternos e hijo. Sobreprotección exagerada hacia Horacio por parte del resto de la familia. Obesidad y malos hábitos alimentarios de Horacio.

La relación entrevistador familia fué cordial, pero un tanto difícil pues aunque desde un principio aceptaron el estudio, mostraron siempre renuentes a contestar en especial si se sentían acusados, y faltaron a varias citas.

En cuanto a la relación familia enfermedad, el grupo familiar considera sano al miembro obeso, ya que según dice la madre, sus hermanos fueron "gorditos" de niños y para ella esto es normal pues "no están desnutridos como otros niños".

Se trata pues de una familia extensa, urbana, obrera, tradicional de tipo epilentoide, cuyos vínculos entre todos sus miembros son difusos así como los límites entre los subsistemas, existiendo además un subsistema entre Horacio y su abuelo y otro entre Alma y su madre.



1-25
0

Paciente identificado: Luis René.

Motivo de la consulta inicial: Probable Hernia Inguinal
 Partiendo del entrevistador la propuesta del estudio.

Edad. Actual: Obesidad de tercer grado con peso de 64.5Kg iniciada desde la lactancia sin factor desencadenante asociado.

Antecedentes: Primogénito, de embarazo no planeado, deseado. Con control inadecuado de esfínter vesical hasta la actualidad. Entre sus antecedentes familiares destacan: Diabetes mellitus, obesidad, macrosomía en la madre.

El padre es solitario, solo está en casa un par de noches, no efectúa labores de cuidado. En vacaciones acostumbra salir de la casa para ir a trabajar y no acudir a las entrevistas. La madre es la responsable de la crianza de los hijos (el menor). Ejerce una autoridad excesiva sobre ella.

Los vínculos entre los padres son rígidos, claros entre los hermanos, rígidos entre los hijos y el padre, difusos entre René y la madre y entre la abuela y Mauricio, que forman respectivamente dos subsistemas de los que queda excluido el padre, existiendo sobreprotección evidente de la madre a René y de la abuela a Mauricio.

Los problemas que identificamos son: La tendencia familiar hacia la obesidad con carga genética de D.M. y hábitos dietéticos inadecuados. Emuresis de René. Figura paterna rígida.

La relación con el núcleo familiar fue adecuada ya que permitió una buena comunicación que fue sabotada por la abuela en una reacción de ocultamiento hacia la conducta del padre.

El padre es exclusivamente proveedor y autoritario. La madre ejerce su rol ayudada por la abuela. El subsistema conyugal funciona en forma inadecuada por lo ya dicho. El parental es ejercido por la madre y la abuela y el fraterno es adecuado pues los vínculos entre los hermanos son claros.

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA
 BIBLIOTECA

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES.

El elevado índice de deserciones (58.3%) en las familias con miembros obesos, se puede explicar por, 1).- La oferta del estudio por parte de los entrevistadores y no como una demanda de ayuda del grupo; 2).- Por no considerar la obesidad en la infancia como una enfermedad ya que, incluso es deseada durante estas etapas de la vida y en ninguno de los casos fué el motivo de la consulta inicial.

Respecto a la estructura de las familias con miembros obesos, se encontró que predominan las familias con estructura nuclear, tradicional, y extensa, predominando el tipo de familia predominante en nuestra sociedad, y obeso, porque es a este tipo de población la que cubre el régimen urbano del IMSS.

En cuanto a las funciones que ameritan atención, no encontramos diferencias importantes en ambos grupos, a excepción de la necesidad de afecto, que es más marcada en el grupo control, debido a que éste está constituido por familias con diversas patologías y sin ella.

Con respecto a las fases del ciclo de vida familiar, las que predominan son las de expansión y dispersión, pues las familias elegidas para el estudio, son jóvenes.

Proporcionalmente, en las familias con miembros obesos el rol del padre es desempeñado inadecuadamente en un mayor número de casos (66.4 vs. 50%, predominando el padre cuya función proveedora es exclusiva y oculta a sus otras funciones. (Gráfica # 5).

Los resultados en cuanto al rol de la madre, nos indican un ma-

mayor grado de dependencia y pasividad en las madres con hijos obesos. (Gráfica 6).

El rol de hijo no nos aporta conclusiones.

El resultado obtenido en los subsistemas conyugales, está de acuerdo con los resultados predominantes anteriores: niños obesos-ol, padre inadecuado; madre pasiva dependiente y subsistema conyugal inadecuado.

Los subsistemas fraternos y parentales, no parecen ser concluyentes.

El predominio de vínculos difusos en el grupo control, en contraposición con el predominio de vínculos rígidos en las familias de obesos, nos habla de una comunicación mejor en las familias del grupo control. En ambos grupos se encontró la misma relación de vínculos difusos, pero en el grupo control son más marcados hacia el padre y en el grupo de familias con niños obesos, hacia la madre.

El 75% de las familias estudiadas, consideran al obeso como sano; el 25% restante que lo consideran enfermo, corresponde a las familias sin miembro obeso. Podemos afirmar que, en general, la obesidad no es considerada como enfermedad; incluso, se observó durante las entrevistas que para algunas familias es deseable durante la infancia, favoreciendo así el desarrollo de la obesidad en las edades posteriores de la vida.

Los antecedentes familiares de obesidad, fueron más frecuentes entre las familias con niños obesos, lo que nos explica la obesidad como una tendencia familiar y/o por los hábitos aprendidos.

Considerando que no se explica aún la obesidad generalmente como

un estado patológico, la observación por la madre del inicio de ese estado en el hijo, no pensamos que sea un dato muy fidedigno.

En relación a factores que coincidieron con su aparición, encontramos en el presente estudio factores escolares (ingreso a la escuela, fracaso escolar), problemas o crisis familiares (separación de los padres, muerte de un familiar), etapas de la vida (nacimiento, lactancia y adolescencia), factores que se relacionan directamente con la dependencia hacia la figura materna.

Encontramos hábitos alimentarios inadecuados en todas las familias estudiadas, pero en menor medida en cuenta en las familias con miembros obesos, respecto a la información de la madre sobre la alimentación: en el grupo control, era escasa, en tanto que en las familias con niños obesos era mala; además, todas las madres de los niños obesos, preparaban más alimento del requerido y en todas estas familias se acostumbra repetir platillos durante las comidas.

La edad de ablactación y calidad de la misma, fué similar en los dos grupos, por lo que no podemos concluir que la ablactación temprana cause obesidad infantil.

Las familias con niños obesos, pasan más tiempo ante la TV y suelen con más frecuencia ingerir golosinas durante este tiempo; esto se relaciona con sus juegos y actividades, predominantemente pasivas.

La actividad física es contrastante entre ambos grupos, pues para los niños obesos tenían hacia la pasividad (juegos), en tanto que los niños no obesos tenían a ser más activos.

Se detectó sobrepotección al niño obeso en todos los casos, mientras que en el grupo control sólo se encontró en tres casos. No logramos determinar la causa de la sobrepotección, ya que requiere de técnicas psicoanalíticas o más profundas, lo que requiere más tiempo y experiencia, por lo que este objetivo no fue cumplido.

El embarazo planeado tuvo frecuencia similar en ambos grupos.

Por medio de la representación gráfica de su figura, todos los niños obesos, en un 90% de los casos, tienen distorsionada la imagen de sí.

-0-0-0-0-0-0-

C-O-M-E-N-T-A-R-I-O.

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, manifiestan 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.

En esta manera, el niño se convierte socialmente la madre, - favorece la aparición y mantenimiento de la 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 hipertrofiada 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 consciente al médico de - primer contacto, sobre la magnitud y repercusiones del problema y - a la familia, de que la obesidad es una enfermedad.

-0-0-0-0-0-0-0-

B I B L I O G R A F I A.

- 1.- Beverly A. Bullen, et al.: "PHYSICAL ACTIVITY OF OBESE AND NON-OBESE ADOLESCENT GIRLS APPRAISED BY MOTION PICTURE SAMPLING.- Am. J. Clin. Nut.; 14: 211, 1964.
- 2.- Børjeson M.: "THE AETIOLOGY OF OBESITY IN CHILDREN". Acta Paediatrica Scandinava; 65: 279, 1976.
- 3.- Børjeson M.: "OVERWEIGHT CHILDREN".- Acta Paediatrica Scandinava; 51, Suppl.: 132, 1962.
- 4.- Bourges H.: "BALANCE ENERGETICO EN EL OBESEO".- Societ. Médica de México; 110: 2, 1975.
- 5.- Bray E.A., et al.: "VALORACION DEL FACTOR OBESEO". J. A.M.A. en Méx.; 1:4, 1976.
- 6.- Brook C.G.D.: "EVIDENCE FOR A SENSITIVE PERIOD IN ADIPOSE-CELL REPLICATION IN MAN".- Lancet; 11:624, 1972.
- 7.- Brook C.G.D., et al.: "INFLUENCE OF HEREDITY AND ENVIRONMENT - IN DETERMINATION OF SKIN FOLD THICKNESS IN CHILDREN".- British Med. J.; 2: 719, 1975.
- 8.- Brownell K.D., et al.: "THERAPIST AND GROUP CONTACT AS VARIABLES IN THE BEHAVIORAL TREATMENT OF OBESITY".- Journal of consulting and Clinical Physiology; 46:593, 1968.
- 9.- Charney Evan et al.: "CHILDHOOD ANTECEDENTS OF ADULT OBESITY".- The New England Journal of Medicine; 205:6, 1976.
- 10.- Conforto C., Gilberti F.: "ASPETTI PSICHIATRICI (PSICODINAMICI E PSICOTERAPeutICI DELL'OBESITA)".- Min. Med.; 69:1541, 1978.
- 11.- Ferreras Rozman: "MEDICINA INTERNA".- Ed. Marín, 8a. Ed. Méx. 1976.
- 12.- Forbes G.B.: "LEAN BODY MASS AND FAT IN OBESE CHILDREN".- Pediatrics; 34:308, 1964.
- 13.- Freed S.Ch.: "PSYCHIC FACTORS IN THE DEVELOPMENT AND TREATMENT OF OBESITY".- J.A.M.A.; 133:369, 1947.
- 14.- Goldblatt P. et al.: "SOCIAL FACTORS IN OBESITY".- J.A.M.A.; - 197: 1039, 1965.

- 15.- Guyton A.: "BASIC HUMAN PHYSIOLOGY".- D. W. Saunders Co., ---
edición, 1977.
- 16.- Hirsch J.: "THE FAT CELL HYPOTHESIS".- The New England Journal
of Medicine; 295:6, 1976.
- 17.- Jackson R.: "CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DE PRACTICAS DE UNA -
NUTRICION SUBOPTIMA AL COMIENZO DE LA VIDA".- Clin. Ped. North.
Am.; 24:63, 1977.
- 18.- James V.P.T. et al.: "ELEVATED METABOLIC RATES IN OBESITY".- -
Lancet.; 1:1122, 1928.
- 19.- Jelliffe P.: "PRACTICAS Y COSTUMBRES DE ALIMENTACION INFANTIL".
Clin. Ped. North Am.; 24:49, 1977.
- 20.- Jinich H.: "ASPECTOS PSICOSOMATICOS DE LA OBESIDAD".- Rev.
Méd. de Méx.; 110:35, 1975.
- 21.- Johnston E.F. and Mark R.W.: "OBESITY IN URBAN BLACK ADOLES---
CENTS OF HIGH AND LOW RELATIVE WEIGHT AT ONE YEAR OF AGE".- --
Am. J. Dis. Child; 132:862, 1978.
- 22.- Knittle J.L. et al.: "ADIPOSE TISSUE DEVELOPMENT IN MAN".- Am.
J. of Clin. Nut.; 30:762, 1977.
- 23.- Leon G.R.: "A BEHAVIORAL APPROACH TO OBESITY".- Am. J. of ----
Clin. Nut.; 30:785, 1977.
- 24.- Llamas R.: "LAS BASES METABOLICAS Y FISIOLÓGICAS DE LA OBESI--
DAD".- Gac. Méd. de Méx.; 114:561, 1978.
- 25.- Malt R.: "SURGERY FOR OBESITY".- The New England J. of Medici--
ne; 295:43, 1976.
- 26.- Meyer E. et al.: "TRATAMIENTO DEL ADOLESCENTE OBESO".- Clin. -
Ped. North Am.; 24:129, 1977.
- 27.- "NATURE AND NURTURE IN CHILDHOOD OBESITY".- Brit. Med. J.; ---
2:706, 1975.
- 28.- Nelson R.A. et al.: "NATURAL HISTORY AND PHYSIOLOGY OF OBESI--
TY".- J.A.M.A.; 223:627, 1973.
- 29.- Neumann Ch.G.: "OBESIDAD EN LA PRACTICA PEDIATRICA: OBESIDAD -
EN LA EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR". Clin. ped. North Am.; 24:123,
1977.

- 30.- "REPORT OF MEETING: CHILDHOOD OBESITY, INFANT'S WEIGHT GAIN -- RATE, A CAUSE FOR CONCERN?".- J.A.M.A.; 233:218, 1975.
- 31.- "REPORT OF MEETING: FETAL AND INFANT NUTRITION AND SUSCEPTIBILITY TO OBESITY".- A.M.J., Clin. Nut.; 31:2026, 1978.
- 2.- "REPORT OF MEETING: HISTORIA NATURAL DE LA OBESIDAD".- Rev. -- Fac. Med.- U.N.A.M.; 18:34, 1975.
- 3.- "REPORT OF MEETING: STARVATION EARLY IN LIFE MAY LEAD TO OBESITY LATER".- J.A.M.A.; 223:219, 1975.
- 34.- Russek E.; "MECANISMOS DE CONTROL DEL APETITO; LOS RECEPTORES HEPATICOS".- Gac. Méd. Mex.; 110:105, 1975.
- 35.- Silverman L.I.H. et al.; "BEHAVIOR MODIFICATION IN THE TREATMENT OF OBESITY". Psychosomatic Medicine; 46:432, 1978.
- 5.- Stalonas Jr. P.M. et al.; "BEHAVIOR MODIFICATION FOR OBESITY; THE EVALUATION OF EXERCISE, CONTINGENCY, MANAGEMENT AND PROGRAM ADHERENCE". Journal of Consulting and Clinical Psychology; 46:463, 1978.
- 37.- Strauss E.; "ADELANTOS RECIENTES EN EL CONOCIMIENTO DE LAS NOMONAS GASTROINTESTINALES".- Clin. Med. North Am.; 62:21, 1978.
- 3.- Stricker E.M.; "HYPERPHAGIA" - The New England J. of Medicine; 298:1010, 1978.
- 3.- Taitz L.S.; "OBESIDAD EN LA PRACTICA PEDIATRICA: OBESIDAD INFANTIL".- Clin. Ped. North Am.; 24:113, 1977.
- 40.- Van Itallie T.B. et al.; "SHORT-TERM AND LONG-TERM COMPONENTS IN THE REGULATION OF FOOD INTAKE: EVIDENCE FOR A MODULATORY ROLE OF CARBOHYDRATE STATUS".- The Am. J. of Clin. Nut.; 30:742, 1977.
- 41.- Williams R.H.; "TRATADO DE ENDOCRINOLOGIA".- Ed. Salvat, Barcelona, España; 3a. Edic., 1975.
- 42.- Ackerman N.F.; "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES".- Editorial Hormé, Sexta Edición, 1978.
- 43.- Conn R.J.; "MEDICINA FAMILIAR. TEORIA Y PRACTICA".- Editorial Interamericana.
- 44.- Minuchin S.; "FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR".- Editorial Granica.

Primera Edición, 1979.

- 45.- Leñero L.: "LA FAMILIA".- Textos Armies.- Editorial Edisol, --
Primera Edición, 1976.
- 46.- Pichon Riviere E.; "EL PROCESO GRUPAL".- Editorial Nueva Vi-
sión.- Cuarta Edición, 1978.
- 47.- Sánchez A.J.: "FAMILIA Y SOCIEDAD".- Editorial Joaquín Mortiz.
Segunda Edición, 1976.

-0-0-0-0-0-0-0-