



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEDE

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

TITULO DEL TRABAJO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SOBRE PESO EN
ESCOLARES EN EL CONSULTORIO N° 7 TURNO
VESPERTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°
79

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. LUIS UGALDE TOVAR

SEDE: PIEDRAS NEGRAS COAHUILA

AÑO: 2006



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 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.

TÍTULO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SOBRE PESO EN
ESCOLARES EN EL CONSULTORIO N° 7 TURNO
VESPERTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°
79

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. LUIS UGALDE TOVAR

AUTORIZACIONES:

DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
DEL IMSS

ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. MARIA DEL SOCORRO LOPEZ SILLER
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN

TITULO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SOBRE PESO EN
ESCOLARES EN EL CONSULTORIO N° 7 TURNO
VESPERTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°
79

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. LUIS UGALDE TOVAR

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

INDICE

Marco Teórico.....	1
Planteamiento del problema.....	65
Justificación.....	67
Objetivos.....	68
General.....	68
Específicos.....	68
Metodología.....	69
Tipo de estudio.....	69
Población, lugar y tiempo.....	70
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	70
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	71
Variables a recolectar.....	72
Procedimiento para captar la información.....	73
Consideraciones éticas.....	74
Resultados.....	75
Discusión de los resultados.....	77
Conclusiones.....	80
Referencias bibliográficas.....	84
Anexos.....	85

MARCO TEORICO

Dinámica Familiar.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de la familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a es la como normal o patológico, términos que por su connotación resultan controvertidos. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Satir prefiere utilizar los términos de familia nutridora o conflictiva, a fin de hacer una referencia mas descriptiva de los mismos aspectos.

Dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento dentro del grupo familiar. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están recomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquélla en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual, presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e

insatisfacciones de un miembro respecto a otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, explorar cómo son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuales son los sentimientos expresados en la familia, permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar.

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, este equilibrio denominado por Jackson como homeostasis familiar, opera por medio de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios. Cuando esta Homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, generalmente uno de los hijos, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto. De esta forma surge el denominado paciente identificado, a quien se le designa así en vez de llamarlo por el papel idiosincrásico que los demás le han dado: el enfermo, el malo, el culpable, etc. La familia determina que es éste, el miembro del grupo que necesita ayuda, sus síntomas pueden constituir una expresión de la disfunción familiar y cumplen con la función de mantener la homeostasis del grupo, es decir, el equilibrio en las relaciones familiares. Es por ello que el síntoma es reforzado por la familia misma.

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de este equilibrio es requisito indispensable para que la familia cumpla sus funciones eficazmente. Afirma McWhinney que “probablemente sea una realidad universal el que la vida de la familia esté marcada por crisis y conflictos, adaptación e inadaptación”.

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.

Desde el punto de vista de la Teoría General de Sistemas, el estudio de la familia permite considerar a ésta como un sistema relacional, es decir, no como la suma de una serie de comportamientos individuales separados, sino como algo que, aun incluyendo a los elementos que la componen, de alguna manera los supera y articula en un conjunto funcional. La totalidad es definida como lo opuesto de la sumatividad y es una característica de los sistemas abiertos: “el conjunto de las partes constituye algo mas y distinto de la suma de éstas”. En el caso de la familia, ésta es mucho mas que la suma de sus componentes, de tal forma que los elementos que la integran, al interrelacionarse producen una organización biopsicosocial en constante cambio y crecimiento. Sinergia es la acción mutua y reciproca de energías. Es un proceso dinámico que se produce cuando la acción combinada de dos o mas elementos proporciona mayor y mejor efecto o resultado que la acción por separado de cada uno de ellos, de tal forma que el total es algo más que la suma de sus elementos, los

cuales por su parte, conservan su propia individualidad. En un verdadero proceso sinérgico se crea algo nuevo sin que los elementos originales combinados pierdan su identidad. Una sociedad con sinergia elevada es aquella en la cual toda acción o destreza que aventaja un individuo, aventaja al mismo tiempo a la colectividad. De esto se desprende que las características de una familia son más que la suma de las personalidades individuales de sus miembros, ya que las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contra reacciones en los demás y en ellos mismos.

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional

Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar

Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales importa más ver quien va a "salirse con la suya" y consecuentemente, los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

Reacción a los eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Por ejemplo, el conflicto estimado no resuelto entre la pareja o entre padres e hijos se puede presentar al médico familiar como depresión en un adulto, lesión física en la esposa, síntomas somáticos en los adultos o los niños, problemas de conducta o en trastornos de simulación en los adolescentes.

Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Los miembros de familias disfuncionales suelen utilizar muy frecuentemente los servicios de salud, denotar incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas, a veces el paciente adulto se hace acompañar por un familiar y con frecuencia les resulta difícil encontrarle sentido a su problema actual o consultar por síntomas vagos e inespecíficas, así como por conflictos emocionales o de relación, manifestaciones somatoformes o trastornos por ansiedad. En una elevada proporción, estas situaciones no son detectadas ni tratadas médicamente en forma adecuada, quizá por la formación biomédica tradicional que soslaya los aspectos psicosociales del proceso salud-enfermedad y constituyen indicios que deben alertar al médico sobre la conveniencia de trabajar en el contexto personal e interpersonal, más que en el contexto clínico patológico.

Eventos críticos familiares: El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto que la crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este potencial, a fin de poder ser resueltas favorablemente. Los eventos críticos asociarse con pérdidas, cambios, problemas interpersonales o a marcados conflictos internos y son de dos tipos:

Cris is normativas (evolutivas o intrasistémicas).

Crisis para normativas (no normativas o intersistémicas).

Las crisis normativas están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Se refieren a las transiciones y cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia (intrasistémicos), las cuales se acompañan por complejas transformaciones en los papeles familiares que implican fuentes de ambigüedad con respecto a las reglas que gobiernan la conducta de los miembros de la familia y a las expectativas en torno de ellas.

Las crisis paranormativas son experiencias adversas o inesperadas. Incluyen eventos provenientes del exterior (intersistémicos), que aunque frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia.

Las crisis no normativas que ocurren en el interior de la familia, tales como infidelidad, divorcio, alcoholismo y actividades criminales, habitualmente ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro tipo de evento crítico. Estas crisis usualmente se asocian con grandes períodos de disfunción, durante los cuales, los miembros de la familia presentan dificultades para la comunicación y para identificar los recursos necesarios para resolverlas.

Tanto los eventos críticos normativos como los paranormativos puede ser instrumentales, es decir, que surgen de los aspectos dinámicos de la vida diaria; o afectivos, aquellos que amenazan las situaciones emocionales de la vida familiar.

Tales características instrumentales o afectivas no se muestran aisladas sino que con frecuencia interactúan y se potencian entre sí. Habitualmente se niegan, no se desean reconocer o se proyectan evadiendo responsabilidades: o

bien, se malinterpretan, adaptan o adecuan a otras condiciones de la vida familiar, razón por la cual los problemas y conflictos tienden a perdurar y a exacerbarse frecuentemente.

Todo tipo de crisis implica un importante peso sobre el funcionamiento familiar y requiere un proceso de adaptación, es decir una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia y de consentir el crecimiento de sus miembros.

Las crisis en ocasiones pueden suceder simultáneamente en varios miembros, así como presentarse a varios eventos críticos a la vez, como cuando en una familia en etapas pro creativa la madre cursa su tercer embarazo al tiempo que le primer hijo recién ha ingresado a la escuela, el segundo presenta enuresis y el esposo ha cambiado de empleo. Cada una de las etapas del ciclo vital familiar conllevan crisis, por lo que la familia requiere de tantos períodos de adaptación e integración, como eventos críticos se presenten, los cuales tienen lugar generalmente en espacio y tiempo breves.

Ante la presencia de estos eventos críticos al estudiar a una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el nivel de conflicto alcanzado, los demás cambios posteriores ante tales situaciones y el grado de compromiso, solaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia.

Tanto la vulnerabilidad familiar como la capacidad regenerativa del sistema, que se expresa como la disponibilidad de recursos que éste puede poner en juego, se ven afectadas por la concurrencia de estos factores tensionantes.

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el

manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos. (1)

Es importante que el médico en el contacto con el niño y los padres de éste tengan presente cuáles son las funciones básicas de la familia y trate de revisar el grado en que éstas se cumplan en el, caso estudiado. Se puede considerar que la meta principal del funcionamiento familiar es la realización de una variedad de tareas, algunas de ellas definidas culturalmente y otras propias de cada familia. Todas éstas determinadas por valores derivados en gran medida de las vivencias que los padres tuvieron en sus familias de origen, también reciben la influencia de la historia compartida dentro de la propia familia y de Las condiciones socioculturales prevalentes.

Por lo que se refiere al cuidado de los niños, las tareas familiares incluyen la satisfacción de varios tipos de necesidades: las físicas (protección, alimento, habitación y atención a la salud); las psicológicas (afecto y estimulación para promover su desarrollo; orientación derivada de la aprobación y la disciplina) y las sociales (entrenamiento para la vida en familia y en sociedad). La familia no sólo se encarga de satisfacer las necesidades del menor, también influye en la formación de su personalidad dentro de los límites previamente fijados por la biología. Aunque la salud mental depende de muchas variables de naturaleza biológica, psicológica y social, es en la familia donde residen las bases de un desarrollo psicológico normal o desviado. El aprende a relacionarse con los demás imitando los modelos de relación interpersonal que observa en su hogar y su conducta forma parte de un sistema de interacción donde todo lo que uno hace tiene consecuencias sobre los demás en una cadena de influencias recíprocas que incluyen al entorno social.

Estructura familiar en México. De acuerdo con estudios recientes en México, 95% de las unidades domésticas están formadas por hogares familiares, el resto corresponde en la mayoría a personas que viven solas. De los hogares familiares 68% son de tipo nuclear (pareja con hijos o sin ellos), 25.1% son extensos (parejas con o sin hijos y otros parientes), y 1.1% son hogares compuestos. De aquí se desprende que los hogares nucleares conyugales y en menor medida, los hogares extensos del mismo tipo constituyen las modalidades predominantes de la estructura familiar en nuestro país. El indicador del ciclo de desarrollo familiar comprende tres grandes fases, de acuerdo con la edad de los hijos que pertenecen al núcleo central: Fase de expansión (todos los hijos son menores 15 años de edad), fase de reemplazo (todos los hijos tienen 15 años o más de edad). En la república Mexicana los hogares nucleares conyugales se concentran en la fase de expansión y en menor medida, en la de fisión. En los hogares extensos hay una distribución más uniforme en las distintas fases del ciclo de vida familiar.

Otra conclusión derivada de las últimas encuestas consiste en que una proporción cada vez menor de los arreglos conyugales se ajusta al arquetipo del hombre como único proveedor y la mujer – esposa como ama de casa. Tal arquetipo sólo se encuentra en 52% de los hogares mexicanos, pues ante la crisis económica y las transformaciones demográficas y sociales, las unidades domésticas tienden a colocar un mayor número de sus integrantes en actividades remuneradas. Esto ha conducido a la redefinición de los roles, a mayor uso de las guarderías y también a la disminución del tiempo de convivencia de los padres con sus hijos. La incorporación de las mujeres a las actividades económicas ha originado que muchas veces el

cuidado de los niños pequeños quede a cargo de parientes, de empleadas domésticas y/o de guarderías. Esto sitúa a los menores varias horas del día bajo la influencia de otras personas y hace más complejas las relaciones con la familia. Cuando hay una presencia intrusita de abuelos, tíos y demás familiares puede ser difícil el ejercicio adecuado de la autoridad por parte de los padres, lo cual propicia el desarrollo de actitudes inadecuadas en los hijos, Los padres en la educación de los hijos. Se puede afirmar que sí existen dos ingredientes principales en el buen cuidado de los hijos, ellos son amor y disciplina. El exceso o el defecto de cualquiera de estos dos elementos puede producir alteraciones en el desarrollo psicosocial, balancearlos adecuadamente es quizá la tarea fundamental de los progenitores. Hombres y mujeres varían enormemente en la forma como desempeñan sus roles de padre y madre. Ser padre es un proceso dinámico y puede haber tantas fórmulas como familias haya, con variaciones de acuerdo a los diversos contextos socioculturales. La adaptación adecuada entre padres he hijos resulta cuando las expectativas y demandas de los padres están de acuerdo con las capacidades propias del niño, su temperamento, sus motivaciones y su estilo de conducta. Si se da tal consonancia entre el organismo infantil y su medio ambiente inmediato es posible que se produzca un desarrollo óptimo y en dirección progresiva. Y a la inversa, la adaptación mutua deficiente implica divergencia entre las demandas ambientales y las características del niño, de manera que el desarrollo del menor puede llegar a sufrir distorsiones. Lo estricto de la disciplina no constituye una dimensión crucial. Una severidad intermedia parece ser lo mejor, evitando caer en una actividad demasiado laxa o demasiado estricta. Los padres con

habilidades para implantar una disciplina adecuada evitan las connotaciones inútiles y favorecen la resolución de conflictos. La característica más importante de muchas familias con niños problema es su comunicación deficiente en el sentido de que las discusiones tienden a ser infructuosas y frecuentemente no conducen a una solución de común acuerdo. En general el tipo específico de disciplina seguido por los padres tiene poca relevancia, ya que cuando se utilizan adecuadamente las técnicas orientadas al cariño, al razonamiento o al castigo, todas han demostrado ser efectivas.

Factores familiares de riesgo para el niño. Si bien las causas de las disfunciones psicológicas individuales suelen ser múltiples, las de origen familiar o ambiental adquieren especial relevancia en la precipitación y mantenimiento de los problemas comunes de niños y adolescentes. El médico puede desempeñar un papel fundamental en la identificación de tales factores de riesgo para el desarrollo de psicopatologías; acto seguido, puede intentar una orientación psicológica de carácter preventivo o derivar el caso a un profesional de la salud mental. Algunos de los factores de riesgo más comunes para estos problemas son: En la edad escolar el niño que por alguna razón es diferente sufre el riesgo especial de ser rechazado por sus compañeros. En el caso de que los padres asignen al hijo un rol estereotipado (“el estudioso”, “el inquieto”, “el torpe”, etc.) se puede llegar a obstruir el desarrollo sano de su personalidad. La ausencia virtual de los padres cuando ambos trabajan o cuando no existe una figura paterna suelen ocasionar una supervisión deficiente. Ante la depresión materna y las disfunciones familiares el niño puede resistirse o abandonar su hogar o desarrollar síntomas psicósomáticos para no asistir a la escuela. Los factores

familiares de riesgo para la salud mental del adolescente son: la supervisión inadecuada o demasiado estricta, la poca tolerancia de los padres ante los esfuerzos del muchacho por ser más independiente, la discordia conyugal entre los padres y la presencia de psicopatologías en éstos o en algún otro familiar que viva en la misma casa. La sobreprotección al hijo en edad escolar puede manifestarse en el contacto excesivo con el niño, ya sea de tipo físico o social (como en el dormir con la madre o la exclusión de otras relaciones normales para la edad del niño), la prolongación de cuidados infantiles (vestirlo, bañarlo y darle de comer en la boca, hace por él lo que puede realizar por sí mismo y darle todo lo que desea) y obstruir el desarrollo de su independencia (sin permitir que ayude en las labores del hogar, restringiendo sus contactos sociales mediante la determinación de aquéllos con quienes puede jugar, observándolo en sus juegos, alentándolo a que pida ayuda si sus compañeros lo molestan o si se le dificulta hacer algo por sí mismo. Otro patrón anormal de educación es la negligencia caracterizada por una supervisión paternal insuficiente y pobre control de conducta. El médico puede inferir que existe este estilo de crianza cuando los padres ignoran las actividades del hijo en la escuela, no conoce a sus maestros, lo dejan solo en casa sin la supervisión de un adulto, no establecen reglas de conducta claras, ni se hacen obedecer. Las actitudes rechazantes hacia algún hijo pueden implicar la falta de respeto a su individualidad, a sus características de temperamento, a las propias de su sexo etc. Es el caso de los niños que son presionados para realizar actividades contrarias a sus deseos o capacidades, lo cual refleja más las ambiciones de los padres que las del niño; la falta de afecto en las relaciones entre padre e hijo se expresan en las dificultades del progenitor para mencionar los

aspectos positivos de la personalidad del niño, para confortarlo cuando se muestra triste o para acercarse a él y expresarle físicamente el afecto. Puede haber falta de empatía hacia el pequeño, escaso interés en sus actividades y logros, ausencia de apoyo ante sus dificultades y frecuentes respuestas irritadas o regaños cuando se muestra ansioso, además de muy escasa o nula cercanía física. En ocasiones la hostilidad hacia el niño llega a un trato injusto en comparación con el que se da a otro hijo. Se puede asignar un rol de “chivo expiatorio” (representante de lo malo del grupo familiar), y someterlo a la crítica destructiva y a castigos excesivos. Los casos extremos caen en el maltrato físico, sobre todo cuando existen conflictos conyugales entre los padres y uno de ellos o ambos desvían su frustración y enojo hacia el hijo en forma de rechazo o maltrato. El clima emocional de la familia puede ser inferido ante la evidencia de relaciones hostiles entre los adultos. La discordia conyugal es evidente cuando los esposos duermen en diferentes cuartos o dejan de hablarse por periodos prolongados. Entre ellos la comunicación puede estar caracterizada por discusiones infructuosas o por mensajes contradictorios de manera que los desacuerdos no se resuelven. En la actualidad se sabe que existe una relación entre la discordia conyugal y la presencia de problemas psicológicos en el niño. (2)

Jerarquía. La familia como cualquier otro sistema tiene jerarquías, de tal forma que existen diferentes niveles de autoridad que forman parte de las reglas que gobiernan la organización familiar. Para que esta estructura de poder sea funcional, requiere de cierta flexibilidad que permita efectuar cambios ante situaciones excepcionales o críticas y debe quedar bien definida en cada contexto de la vida familiar, de manera que padres e hijos tengan niveles diferentes de

autoridad y exista una complementariedad de funciones entre los esposos.

Límites. Son las reglas que definen quiénes y cómo participan en las transacciones interpersonales. Mediante los límites es posible establecer una diferenciación entre los individuos y los subsistemas y su claridad es fundamental para el adecuado funcionamiento de la familia. Los límites intergeneracionales dividen las funciones particulares de padres e hijos y diferencian y definen los derechos y obligaciones entre ellos en la convivencia familiar. Cuando los límites son firmes, determinan cierta separación y promueven la autonomía. Sin embargo, es deseable que conserven cierta permeabilidad que permita acercamientos y expresión de afecto.

Los límites entre los individuos varían desde el amalgamiento hasta la desvinculación. En el primero, el individuo tiene una sensación exagerada de pertenencia hacia la familia, lo cual implica una desmedida cesión de su autonomía personal. Las familias amalgamadas tienen límites muy impermeables hacia el exterior y demasiada permeabilidad en los límites entre sus subsistemas, que se vuelven difusos y dan lugar a que la diferenciación individual entre ellos sea escasa. Esta relación no traduce necesariamente una gran unión o solidaridad familiar, sino la inseguridad personal que se maneja cediendo libertad para recibir protección. En cambio, en las familias desvinculadas existe una excesiva permeabilidad hacia el medio externo, mientras que los límites en sus subsistemas son muy impermeables; la autonomía personal es muy respetada pero se pierde el sentido de unidad y pertenencia, con lo cual el individuo se ve aislado. En ambos tipos de familias la organización de los papeles es inestable y la disciplina ineficaz.

Las familias funcionales actúan entre estos extremos, de tal forma que se mantienen unidas, estimulando el crecimiento individual de sus miembros y respetando su autonomía.

Centralidad o territorio. Se refiere al espacio que cada quien ocupa en un determinado contexto. Por ejemplo, un padre puede tener poco territorio o centralidad debido a su posición periférica dentro del grupo doméstico sobre todo cuando se limita a su papel instrumental de proveedor e interacciona escasamente con el resto del grupo. En muchas familias, los hombres por el solo hecho de serlo, tienen mayor centralidad, en tanto que las mujeres se ven marginadas y con menor territorio.

Geografía o mapa. Es el esquema que representa gráfica y sencillamente la organización de una familia y proporciona datos para entender la dinámica del grupo familiar.

Alianza. Alude a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de una familia. Resulta funcional cuando incluyen a miembros de la misma generación o subsistema o se dan entre personas del mismo sexo. Cuando se vuelven rígidas y persistentes o cuando se dan entre miembros de diferente generación con intenciones negativas, dan lugar a alianzas disfuncionales llamadas coaliciones.

Una de las principales funciones de la familia consiste en brindar apoyo a sus integrantes. Cuando uno de éstos se encuentra afectado por una situación estresante, los otros miembros sienten la necesidad de ajustarse a sus nuevas circunstancias. Esta acomodación puede limitarse a un subsistema o difundirse en el seno de toda la familia. La desviación de conflictos conyugales involucrando a uno de los hijos, generalmente reduce el peligro del subsistema conyugal, pero afecta al hijo, cuya utilización rígida en estos conflictos asume diversas formas:

Triangulación. Cada uno de los padres requiere que el hijo se una a él en contra del otro, y cada vez que el niño lo hace, automáticamente se le define como si traicionara a aquél a quien no se unió y cada movimiento que hace en esta estructura disfuncional es tomada como un ataque.

Desviación. La negociación del conflicto conyugal a través del hijo sirve para mantener a la pareja en una armonía. La desviación del conflicto puede ser de dos maneras:

De ataque. Los padres consideran al hijo como la fuente de los problemas familiares y le asignan papeles idiosincrásicos disfuncionales como “el malo” o “el problema”, y a pesar de que el conflicto persiste, la pareja se une en contra del hijo.

De protección. Los padres definen al hijo como enfermo o débil y eluden problemas para unirse y “protegerlo”.

Coalición estable. Uno de los padres se alía con el hijo en una coalición transgeneracional rígida en contra del otro padre, quien puede continuar luchando por ganarse el apoyo del hijo aunque no lo consiga, o bien, darse por vencido y no buscar más acercarse a él.

Cada una de estas situaciones disfuncionales influye de diversas formas en la psicopatología infantil, ya sea que generen, exacerben o perpetúen trastornos de conducta en los niños tales como poco aprovechamiento escolar, angustia, destructividad, conducta sociopática, entre otros y dificultando su tratamiento.

En general, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse de acuerdo con las circunstancias, de modo que permita a todos los miembros como grupo enfrentar nuevas situaciones sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus integrantes.

Aun cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida. En nuestro medio, el sistema familiar está formado por familias relacionadas entre sí; en ellas, cada persona es miembro de dos familia: familia de origen en la que nace y obtiene el estatus de hijo y de la cual se aleja para dar lugar a su familia de procreación a través del matrimonio o de la simple unión con su pareja.

Ante los eventos críticos de cualquier índole, el recurso más importante para enfrentarlos es la propia familia. Esta función de apoyo es mejor ejercida en las familias extensas, sin embargo, en la cultura moderna la familia tradicional extensa tiende a transformarse en familia nuclear mediante el proceso que lleva a la sociedad a la industrialización y a la urbanización. Dicha transformación se manifiesta sobre todo, en el tamaño y composición del grupo familiar, Así como en sus relaciones internas y sus funciones económicas y sociales, entre otras.

La presencia en el hogar de un pariente puede modificar su estatus positiva o negativamente, de manera que la presencia del padre o la madre de uno de los cónyuges puede convertirse en una excelente ayuda en la socialización o cuidado de los hijos, pero en otras ocasiones, su presencia motivará frecuentemente conflictos entre la pareja que pueden dar lugar a la aparición de diversos síntomas en algunos de sus miembros.

La estructura y funciones de la familia son influenciadas por diversas situaciones, entre las que destacan los movimientos migratorios, los aspectos socioeconómicos de la comunidad, la carencia de recursos y la escasez de viviendas, hechos que quizás justificarían las características de las familias extensas y compuestas. Estas situaciones afectan la salud de

los integrantes de la familia, lo que a su vez influye sobre la estructura, funciones y homeostasis del grupo. Es por ello que la comprensión y el estudio de estos parámetros permiten al equipo de salud llevar a cabo acciones oportunas y eficaces que redunden en beneficio de la funcionalidad familiar.

El grupo social es un proceso interactivo en el que las necesidades sociales básicas de afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación, así como las instrumentales o económicas del individuo, son satisfechas dentro de la red social en que se encuentra inmerso. En dichas redes sociales las personas mantienen su identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquieren nuevos contactos sociales. Las características de estas redes sociales afectan el proceso salud-enfermedad, entre ellas se encuentran:

Número de personas que las integran.

Frecuencia de contactos.

Grado en que los miembros de la propia red pertenecen simultáneamente a otras redes.

Composición y homogeneidad.

Grado de intimidad y confidencialidad de los contactos en el seno de la red.

Calidad del apoyo facilitado.

Las actividades de la familia extensa modificada y redes sociales de parentesco son básicamente:

Cuantitativas o estructurales. Hacen referencia al número de personas y contactos sociales a los que puede recurrir el individuo. Implica la ayuda mutua económica y financiera, así como el intercambio de bienes y servicios regular u ocasionalmente, sobre todo durante situaciones críticas; el

auxilio en tareas domesticas, compras, cuidados de los niños, etc.; actividades sociales a través de visitas, recreaciones y durante ceremonias.

Cualitativas o funcionales. Se refieren a aspectos de apoyo que causan en el individuo sentimientos de bienestar afectivo, consejo o guía. Este apoyo tiene un significado subjetivo y existe únicamente cuando induce determinados sentimientos en el individuo que lo recibe.

La importancia de estos conceptos radica en que el equipo de salud, en su práctica médica integral, es centro de apoyo al que recurre a la población que carece de redes sociales adecuadas o funcionales en su vida cotidiana.

El restablecimiento o la aceptación de la enfermedad, el cumplimiento de los planes terapéuticos y la óptima utilización de los servicios de salud, están mediatizados en gran medida por la existencia de una red social satisfactoria, que aportando el soporte social necesario, mejora las expectativas de salud y facilita la adherencia terapéutica.

En una familia funcional existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.

Equivalentes familiares (sistemas familiares alternos). Bajo este término se conoce al grupo de individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar propiamente, como lo hacen las parejas estables de homosexuales, grupos de amigos que viven juntos, etc. Pueden considerarse funcionales si no producen patología individual o grupal y si conservan los parámetros mencionados respecto a la dinámica familiar funcional.

Grupo doméstico. En nuestro medio, la familia nuclear como unidad de procreación sigue siendo la forma tradicional más

frecuente, incluso considerada como prototipo. Sin embargo, en la actualidad existe una gran variedad de organizaciones familiares totalmente distintas a la normas de la familia nuclear, por lo que el concepto de grupo doméstico alcanza relevancia ante lo restrictivo de la idea de familia en relación con el concepto salud-enfermedad y de las funciones médicas operativas.

Un huésped o la empleada doméstica debe ser considerada dentro del hogar como miembros importantes, ya que obligan a la familia a sumir responsabilidades extras y modifican funciones y papeles y crean tensiones grupales que pueden favorecer un ambiente propicio para la enfermedad.

El grupo doméstico es aquel cuyos miembros comparten los siguientes criterios:

Criterio de locación. Comparten la unidad residencial.

Criterio funcional. Establecen una relación dinámica.

Criterio de parentesco. Existen relaciones de consanguinidad, afinidad o lazos de dependencia y obligaciones recíprocas.

Según las complicaciones del desarrollo familiar, se hace la siguiente tipificación:

Familia interrumpida. Ocurre por la separación o divorcio de los padres.

Familia contraída. Se da por muerte de uno de los miembros. Cuando es uno de los cónyuges quien haya fallecido, el tipo de familia resultante, al igual que el anterior, es una familia seminuclear o monoparental en el caso de su composición (padre o madre e hijos) así lo indique.

Familia reconstruida (familia reestructurada o binuclear). Es la que está conformada por una pareja en donde ambos o uno

de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos; por ejemplo, una mujer viuda unida con un hombre divorciado y sus hijos.

Los problemas en las familias con alguna complicación en su desarrollo surgen por diversos motivos, sobre todo cuando no se logran acuerdos acerca de aspectos instrumentales o predominan sentimientos negativos ante la separación o el divorcio, situaciones que tienen graves implicaciones tanto en lo emocional como en lo económico y que afectan no sólo a la pareja sino importantemente también a los hijos.

Las dificultades se presentan así mismas, cuando ante la pérdida de uno de sus integrantes, la familia no logra adaptarse, más aún si previamente había una dinámica familiar disfuncional. El problema para establecer límites, nueva división de papeles y reglas en las familias reconstruidas favorece el desarrollo de síntomas entre sus miembros, sobre todo en aquel sistema familiar rígido y resisten al cambio.

Los problemas psicosociales se definen como aquellas situaciones de estrés social que producen o facilitan la aparición en los individuos afectados de síntomas somáticos y/o psíquicos, que dan lugar a crisis y disfunción familiar, y que son capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros.

El origen de los problemas psicosociales pueden estar en la familia, como sería el caso del fallecimiento de uno de los cónyuges o un hijo, separación o divorcio, relaciones difíciles entre los cónyuges o con los hijos, o transiciones de las etapas.

Del ciclo vital. Pero igualmente podría deberse a determinados factores económicos o legales (pleito, encarcelamiento, etc.), a problemas laborales (paro, malas relaciones con el jefe, etc.), escolares, (problemas de adaptación escolar, retraso escolar, etc.), o medioambientales (cambios de residencia, ruidos, etc.). También pueden estar relacionados con el alcoholismo, la drogadicción o la violencia en el hogar.

No todos los individuos que sufren episodios negativos llegan a tener problemas psicosociales, existen circunstancias que puedan facilitar o dificultar su presentación, entre las que cabe destacar las que detallan a continuación:

El efecto acumulativo de los factores psicosociales. Durante mucho tiempo se ha tenido la idea de que la suma de los acontecimientos estresantes facilitaba la aparición de problemas psicosociales; precisamente siguiendo este criterio se han establecidos instrumentos, como la escala de reajuste social o la escala de experiencias vitales, donde se valora la acumulación de acontecimientos estresantes, medidos por unidades de cambio vital.

El valor intrínseco de los acontecimientos estresantes. Parece que en la producción de síntomas y crisis familiares intervienen, más que la suma de factores psicosociales, las características de los acontecimientos estresantes. Así, se ha sugerido que las situaciones no deseadas, impredecibles, inesperadas, de gran magnitud y prolongadas en el tiempo son las que más influyen en el desencadenamiento de los problemas psicosociales.

Las circunstancias personales y familiares. El impacto negativo de los factores psicosociales dependerá de determinadas circunstancias individuales y familiares, como la experiencia previa de haber sufrido situaciones similares, las

creencias, la situación emocional en que se encuentra el afecto, las relaciones interpersonales con otros miembros de la familia, la cohesión interna familiar y sobre todo su capacidad de adaptación.

El efecto amortiguador del apoyo social. Los recursos familiares y extrafamiliares se configuran como los factores básicos que eliminan o mitigan la acción negativa de los acontecimientos vitales estresantes.

Gran parte de los factores que generan problemas psicosociales están en la familia. Facilitan su producción la acumulación y las características de los factores psicosociales. Las circunstancias personales y la ausencia de apoyo social.

Detección de problemas psicosociales en la consulta. En la consulta de Atención primaria, donde numerosos pacientes son atendidos por múltiples y variadas demandas en corto espacio de tiempo, el médico tiene dificultades para tomar decisiones y muy especialmente para discernir cuáles son los pacientes que presentan un problema psicosocial y requieren un enfoque familiar.

Al igual que Asen, hay que decir que existen determinados motivos de consulta que pueden sugerir que detrás del paciente identificado subyace un problema psicosocial en el que está implicada la familia.

Circunstancias clínicas ante las que se recomienda realizar un enfoque familiar.

- Paciente con síntomas y signos mal definidos.
- Problemas de salud mental.
- Hiperutilización de los servicios.
- Incumplimiento de la prescripción.
- Problemas de adicción.
- Niños con problemas

-Crisis familiar.

Pacientes con síntomas y signos mal definidos. Un número importante de pacientes suelen acudir a la consulta con manifestaciones poco precisas y sin importancia, que tienen un carácter repetitivo y altamente, pasando de la queja de un órgano a otro respondiendo mal tratamiento. La presencia de estos síntomas imprecisos debe hacer sospechar un problema psicosocial o una alteración de la dinámica familiar, como puso de manifiesto De la Revilla, que constató que el 59% de los pacientes que consultaban con esta clínica padecían una disfunción familiar.

Problemas de salud mental. Consultar por ansiedad, depresión, obsesiones o fobias debe indicar al clínico que el proceso no tiene un origen introspectivo sino interactivo, es decir, que el paciente identificado expresa realmente una alteración de la dinámica familiar.

Así, Stefanson y Svenson apreciaron que los pacientes con problemas de salud mental tenían al mismo tiempo problemas sociales y familiares.

Hiperutilización de los servicios. El uso excesivo de la consulta debe hacer sospechar que el paciente presenta un problema familiar. Esto ya se indicó cuando se sugirió que el uso de los servicios de salud se relacionaba con elementos presentes en la familia y que se denomina "cultura sanitaria familiar". De igual forma, Schor (1987) ha destacado la importancia de la familia como subsistema regulador de la utilización de las consultas en los centros de salud, y De la Revilla comprobó que el 77% de hiperutilizadores tenían una mala percepción de la función familiar.

El mecanismo por el que la disfunción familiar aumenta las tasas de utilización no ésta claro, pero podría deberse a que el paciente con alteraciones en la dinámica familiar presenta

más patologías menores o síntomas psíquicos que le obligan a consultar más.

Incumplimiento de la prescripción. La falta de adhesión al tratamiento en pacientes con problemas crónicos , EPOC, diabetes mellitas, obesidad, etc., debe considerarse como un signo de alarma que obligue al médico a realizar un enfoque familiar, una vez para implicar a la familia en el control del tratamiento, otras, las más, para investigar la posible existencia de alteraciones en su función. En ocasiones, el incumplimiento de la prescripción está motivado porque el paciente tiene una escasa red familiar y un bajo social.

Problemas de adicciones. La adicción a las drogas, el consumo excesivo de alcohol, el abuso de psicofármacos son situaciones que el médico debe considerar para observar a la familia, ya que el origen del problema puede estar en el hogar. Así Stanton ha señalado la importancia que tiene la familia de origen en la adicción a las drogas y Steinglass hace referencia a la familia alcohólica para expresar cómo el consumo excesivo repercute negativamente en la familia.

Niños con problemas. El niño con problemas clínicos menores que generan un exceso de demandas o los niños que plantean trastornos de alimentación, alteraciones de la conducta, enuresis o encopresis deben hacer sospechar una alteración en la función familiar. Es bastante frecuente que los conflictos de la pareja se expresen a través de la enfermedad del hijo.

No obstante, en numerosos centros de salud españoles el médico familiar no asiste a pacientes pediátricos y los problemas de salud del hijo le llegan en forma indirecta, tanto porque aparecen a través de una comunicación informal con el pediatra.

Crisis familiar. En momentos de crisis familiar es frecuente que se consulte al médico de familia. Un paciente terminal, el fallecimiento del padre, del cónyuge o del hijo, el embarazo no deseado, el nacimiento de un niño, un intento de suicidio o una rotura familiar traumática generan demandas de forma directa o a través del paciente identificado, que consulta por problemas de salud, demandas que realmente están relacionadas con la crisis. Estos casos requieren un enfoque familiar.

Instrumentos para evaluar problemas psicosociales. Una vez identificado en la consulta el paciente con un problema psicosocial a través del sistema de alarma que se ha descrito, es necesario utilizar instrumentos que permitan dar un salto cualitativo importante para pasar de un enfoque individual y de casualidad lineal a otro familiar y sistémico.

Este nuevo enfoque permitirá ver y estudiar a la familia como un todo, como un nuevo sujeto de la acción del médico. Para elaborar hipótesis, para conocer el juego relacional entre los miembros de la familia y para proponer sistemas de intervención hay que utilizar otros instrumentos de trabajo.

Se trata de llegar al problema a través de una nueva vía que implique a todos los componentes de la familia, que utilice preguntas reflexivas y circulares, es decir, preguntas que hagan que el paciente reflexione sobre sí mismo y sobre los demás, preguntas que generen respuestas que encadenen otras nuevas preguntas.

Preguntas reflexivas y circulares son y están en la base de las técnicas de aproximación a la familia.

Evaluación de la funcionalidad familiar. Es posible obtener considerable información acerca de las funciones familiares cuando el paciente, al informar un evento crítico al médico, describe cómo es la comunicación entre los miembros

de su familia, cómo se distribuyen al comer, dormir, al salir de casa y compartir otras tareas. Ante esta circunstancia y cuando es evidente la disfunción familiar, el médico necesita llevar a cabo una adecuada evaluación de la funcionalidad familiar.

En medicina se cuenta con toda una gama de pruebas para valorar la función de un órgano o tejido enfermo, sin embargo, aunque se han intentado varios modelos y procedimientos para evaluar el grado de funcionalidad, son pocos los que tienen un valor práctico dada su complejidad, extensión o limitación. Entre los que se han utilizados se encuentran los siguientes:

- Índice de función familiar (Pless y Satterwhite).
- Escala de evaluación familiar (Beavers y Timberlawn).
- Clasificación triaxial de la familia (tseng y McDermott).
- Guía de McMaster.
- Escala de Colmes (Thomas Colmes).
- Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar (Salinas et al).
- Escala de funcionamiento familiar (Espejel et al).
- Apgar familiar (Smilkstein).
- Círculo familiar (Thorwer, Bruce y Walton).
- FACES (David H. Olson).

El índice de funcionamiento familiar de Pless y Satterwhite, a través de la investigación de 32 reactivos, estima la función familiar por áreas como la satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, resolución de problemas, comunicación y sentimientos de felicidad e infelicidad; ha sido útil en el estudio del núcleo familiar del niño con trastornos psicológicos crónicos pero limitados para su uso generalizado.

La escala de evaluación familiar de Beavers-Timberlawn, que incluye las siguientes variables relacionadas con:

- Estructura del poder familiar: poder, coaliciones, cercanía.

-Mitología familiar: percepción de la realidad.

-Habilidad de negociación.

-Promoción de la autonomía: claridad, responsabilidad, invasividad, permeabilidad.

-Afecto familiar: Expresividad, humor, conflicto, empatía.

Esta escala ha sido empleada con éxito en estudio, psiquiátricos para evaluar la conducta familiar con el propósito de cuantificar y clasificar los modelos internacionales en familias incestuosas.

La clasificación triaxial de la familia es un sistema basado en tres fuentes de información, en cada una de las cuales se agrupan las disfunciones del grupo familiar de la siguiente forma:

Eje I: Aspectos del desarrollo familiar.

Disfunciones del desarrollo.

Complicaciones y variaciones del desarrollo.

Eje II: Disfunción en los subsistemas familiares.

Subsistema conyugal.

Subsistema paterno-filial.

Subsistema fraterno.

Eje III: Disfunciones de la familia como sistema.

Disfunciones estructurales y funcionales.

Disfunciones sociales.

La guía de McMTester es un instrumento que a través del tiempo ha sufrido una serie de cambios y de parámetros; provee una visión global de la familia como sistema. Por la forma de evaluar, no es un instrumento cuyo empleo se haya extendido. Consta de la investigación de los siguientes parámetros.

-Solución de problemas.

-Comunicación.

-Papeles.

- Expresión de afectos.
- Involucramiento afectivo.
- Control de la conducta,
- funcionamiento familiar.

En 1976, en el Journal of Psychosomatic Research. Thomas Holmes presentó un test donde daba un determinado valor a eventos en la vida del hombre que son causa de estrés y cuya gravedad, en orden decreciente, era inversamente proporcional al valor dado. Esta escala de eventos críticos debe realizarse en función de los que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico con la resolución de problema

La aplicación de instrumento denominado “Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar” permite evaluar la estructura de las relaciones intrafamiliares desde una perspectiva trigeracional, dado que los patrones internacionales se van aprendiendo y transmitiendo de una generación a otra. Consta de siete variables:

- Tiempo de evolución. Se refiere a la capacidad que la familia tiene para percibirse y enfrentar el conflicto o la aparición de la sintomatología en alguno de sus miembros. Las familias muy disfuncionales tienden hacia la perpetuación de las dos situaciones.

- Individuación en el sistema (familia de origen). Esta variable hace referencia a la individuación que los actuales cónyuges establecieron con respecto a sus propios padres.

- Individuación en el sistema (familia nuclear). Como los patrones conductuales provienen de la internalización de las modalidades vinculares de la familia de origen, éstos tienden a “reeditarse” en la familia nuclear; en este punto debe existir congruencia en los patrones de interacción. De ahí la

importancia de observar desde una perspectiva trigeneracional.

Espectro coalición-colusión. Se refiere a la interacción de la pareja exclusivamente. La coalición implica el funcionamiento en individuación, en tanto que la colusión representa una relación con una muy pobre delimitación de la identidad de los cónyuges. El conflicto conyugal puede evolucionar hacia la cronicidad o hacia el divorcio. Si se perpetúa en la primera, la sintomatología puede manifestarse a través de:

- a. Enfermedad psíquica, somática o ambas en uno de los cónyuges.

- b. Conflicto disfuncional permanente.

- c. Enfermedad de uno de los hijos (triangulación).

- Mecanismos de defensa. Los mecanismos de defensa son procesos inconsciente, adaptativos e innatos, de naturaleza reguladora y cuya función es minimizar los cambios bruscos en los ambientes internos y externos. Se dividen en los de alto y bajo nivel. Los primeros giran alrededor de la represión y pertenecen a individuos y a sistemas familiares que han alcanzado un adecuado desarrollo emocional, en tanto que los segundos corresponden a familias que muestran una estructura de naturaleza primitiva y proclive a la sintomatología en virtud de la deficiente individuación.

- Patrones de comunicación. Son las reglas de interacción que gobiernan a un sistema familiar. Se inicia desde las primeras etapas del desarrollo mediante un proceso de aprendizaje y se transmite a través de las sucesivas generaciones. La manera en como se da este proceso permite clínicamente estimar la tendencia dominante en el sistema familia: hacia la progresión o hacia la detención.

-Control de la conducta. Es el proceso mediante el cual se vigilan las reglas de interacción observadas en la conducta manifiesta de los diferentes miembros del sistema familiar. ¿Quién, cómo y cuándo participa? Dicha conducta puede obedecer a patrones de naturaleza rígida, caótica, armónica, etc.

Las dos últimas variables se procesan como elementos observables directamente durante la entrevista y se utilizan para propósitos de corroboración de lo inferido en la aproximación psicodinámica de los rubros anteriores (2-5), lo cual alude a la congruencia del instrumento.

La utilización de este modelo de evaluación familiar supone un grado avanzado de entrenamiento en psicoterapia familiar, sin embargo, no sólo tiene implicaciones para la investigación en el campo de la misma, sino que puede enriquecer la práctica médica individual con una nueva perspectiva de análisis.

Recientemente se han llevado a cabo trabajos de investigación sobre las características y funcionalidad de la familia, empleando como instrumento de medición "Cuestionario de evaluación familiar" de Espejel y colaboradores el cual ha sido resultado de varios diseños previos que se sometieron a pruebas piloto en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM. Este instrumento, de alta confiabilidad y que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son, consta de cuarenta preguntas que exploran las siguientes áreas de la estructura familiar:

-Autoridad. Evalúa la eficiencia de la autoridad de la familia. Considera como funcional a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.

-Orden. Valora el manejo de los límites y los modos de control de conducta. Considera como más funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.

-Supervisión. Evalúa la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamientos.

-Afecto. Evalúa cómo se dan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.

Apoyo. Es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.

Conducta disruptiva. Valora la presencia de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra forma emergente.

Comunicación. Evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de la familia.

-Afecto negativo. Valora la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.

-Recurso. Se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para desarrollarse y utilizarlos.

Esta escala de funcionamiento familiar se aplica a través de una entrevista abierta y dirigida y requiere del entrevistador conocimiento suficiente sobre los conceptos teóricos y técnicos que fundamentan la estructura del cuestionario, además de calidad en su observación, sensibilidad, empatía y habilidad para obtener resultados precisos en la evaluación familiar.

El apgar familiar. Es un Cuestionario que consta de cinco preguntas, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de contrario, constituye a

su enfermedad. El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familia, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor.

Círculo familiar. Es un método gráfico, breve y útil para la obtención de datos acerca de las relaciones familiares desde el punto de vista de uno o varios de los miembros del grupo familiar en estudio.

Permite hacer el diagrama de una familia como sistema abierto, ayudando al individuo que lo elabora a definir su concepto de familia. El método del círculo familiar muestra gráficamente los patrones de:

- Cercanía y distancia.
- Poder y toma de decisiones.
- Alianzas familiares.
- Separaciones y funciones del espacio personal y las fronteras interpersonales.

El tamaño del círculo puede indicar la importancia en la familia para quien lo dibuja, y distancia entre él y otros miembros reflejan el grado de apego o alejamiento emocional. Otros elementos significativos como amigos o mascotas pueden ser incluidos si la persona siente que forman parte de la familia. Para llevar a cabo la elaboración del círculo familiar:

- Se indica a la persona o personas entrevistadas que el círculo de la hoja representa a su familia en la actualidad.

- Mediante otros círculos representará a todas las personas, familiares y amigos que sean importantes para él, incluyendo a sí mismo.

-Los círculos representan personas y puede estar dentro o fuera del gran círculo, tocando el borde o alejados de él. Debe ser identificado con sus nombres y parentescos.

Completar el círculo requiere sólo de tres a cinco minutos, tras lo cual se inicia la discusión. El papel del médico en la discusión es el hacer preguntas para obtener los puntos de vista de los entrevistados, así como definir dónde es conveniente efectuar algunos cambios. La discusión se inicia con la descripción de lo dibujado y luego se dirige hacia:

- Patrones de comunicación y acercamiento.
- Espacio y fronteras personales.
- Jerarquía de poder y toma de decisiones.
- Intimidad y distancia.

Posteriormente se puede interrogar en relación al dibujo, cómo le gustaría al entrevistado que fuese su grupo familiar.

-El modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares desarrollado por David H. Olson, representa una de las más ampliamente usadas y debatidas técnicas de evaluación del funcionamiento de la familia en el campo de la terapia de pareja y familia. Una de las medidas de Olson, las escalas de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FECES), han sido utilizadas en múltiples estudios.

Un modelo enfocado exclusivamente a los cónyuges es el instrumento de evaluación del subsistema conyugal que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores.

Sumando el puntaje total, las disfunciones se califican de la siguiente manera:

- 40 Pareja gravemente disfuncional.
- 41 Pareja moderadamente disfuncional.
- 71-100 pareja funcional.

Primeros años escolares. Entre los 6 y los 12 años, el niño pasa por un período conocido a menudo como infancia intermedia, en el que se enfrenta a nuevos desafíos. La capacidad cognitiva para considerar simultáneamente varios factores proporciona a los escolares la capacidad de evaluarse a sí mismos y para percibir las valoraciones que de ellos hacen los demás. El resultado es que la autoestima se convierte en un aspecto esencial de esta fase. A diferencia de los lactantes y preescolares, los niños en edad escolar son juzgados según su capacidad para conseguir resultados socialmente valiosos, como obtener buenas notas o descartar en el deporte. Erikson identificó el aspecto psicosocial central de este período como las crisis entre laboriosidad e inferioridad. Un desarrollo sano requiere la separación progresiva de los padres y la habilidad para ser aceptado por el grupo de compañeros y resolver los desafíos del mundo exterior. (Nelson)

Desarrollo físico. El crecimiento durante este período es, como promedio, de 3 a 3.5 Kg. Y de 6 cm. El crecimiento es discontinuo, en estirones irregulares que duran en promedio 8 semanas, de tres a seis veces al año. El perímetro cefálico sólo aumenta en 2-3 cm. durante la totalidad de esta fase, lo que refleja la disminución de la velocidad del crecimiento encefálico, ya que a los 7 años se ha completado la mielinización. La configuración corporal (endomórfica, mesomórfica o ectomórfica) Tiende a permanecer relativamente estable durante toda la infancia intermedia. Se produce un crecimiento gradual de la parte media e inferior de la cara. La pérdida de la dentición primaria es un signo muy espectacular de maduración y en dientes definitivos se hace a un ritmo de 4 por año. La hipertrofia de los tejidos linfoides suele hacer que las amígdalas y adenoides adquiera

un tamaño impresionante, lo que a veces obliga a su tratamiento quirúrgico.

El desarrollo de un niño en edad escolar describe las capacidades físicas, emocionales y mentales de los niños en edades comprendidas entre 6 y 12 años. Los niños en edad escolar tienden a presentar habilidades de motricidad gruesa fuertes y muy parejas. Sin embargo, puede haber grandes diferencias entre los niños en relación con la coordinación (en especial la coordinación ojo-mano), resistencia, equilibrio y tolerancia física. Las destrezas de motricidad fina también varían de forma significativa e influyen en la capacidad del niño para escribir en forma pulcra, vestirse de forma adecuada y realizar ciertas tareas, como tender la cama o lavar los platos. Las diferencias en estatura, peso y contextura entre los niños de este rango pueden ser muy marcadas. Es importante recordar que los antecedentes genéticos, la nutrición y el ejercicio pueden tener influencia sobre el crecimiento. También puede haber grandes diferencias en la edad a la que los niños comienzan a desarrollar las características sexuales secundarias. En las niñas, las características sexuales secundarias abarcan el desarrollo de las mamas y el crecimiento de vello en el pubis y las axilas; mientras que en los niños, estas características abarcan el crecimiento del pene y los testículos y la distribución y crecimiento de vello en el pubis, las axilas y el pecho.

Desarrollo del lenguaje. En los primeros años de la edad escolar, los niños deben ser capaces de usar, de forma coherente, oraciones simples y estructuralmente correctas, con un promedio de entre 5 y 7 palabras. A medida que el niño progresa y asciende de grado, la sintaxis y la pronunciación se vuelven normales y se incrementa el uso de oraciones más complejas.

El retraso en el desarrollo del lenguaje puede deberse a problemas auditivos o deficiencias en la inteligencia. Además, los niños que no son capaces de expresarse adecuadamente pueden ser más propensos a comportarse agresivamente o hacer rabietas.

Un niño de 6 años normalmente puede seguir 3 instrucciones consecutivas.

Para cuando cumplen los 10 años, la mayoría de los niños pueden seguir 5 instrucciones consecutivas. Los niños con déficit en este aspecto pueden tratar de cubrirlo volviéndose contestatarios o haciendo payasadas para no exponerse a un potencial ridículo al pedir que les aclaren las instrucciones.

Comportamiento. Las quejas físicas frecuentes (como ardor de garganta, dolor de estómago y dolor en las extremidades) pueden deberse simplemente a un aumento de la conciencia corporal del niño. Aunque no suele haber evidencia física que corrobore dichas quejas, es necesario investigarlas tanto para descartar una posible enfermedad importante como para asegurarle al niño que el padre se preocupa por su bienestar.

La aceptación de los compañeros se vuelve cada vez más importante durante la edad escolar. Los comportamientos necesarios para formar parte de un grupo tienen que negociarse con los padres para que el niño pueda tener aceptación y tolerancia del grupo sin salirse de los límites de un comportamiento aceptable según los estándares de su propia familia.

La amistad a esta edad tiende a establecerse principalmente con miembros del mismo sexo. De hecho, los niños de esta edad tienden a denunciar y hablar de lo "extraños" y "feos" que son los miembros del sexo opuesto. Esta falta de aprecio por el sexo opuesto va desapareciendo de forma paulatina a medida que el niño se acerca a la adolescencia.

Mentir, hacer trampa o robar son ejemplos de comportamientos que puede "probar" un niño en edad escolar al aprender a negociar las muchas expectativas y normas establecidas por la familia, los amigos, la escuela y la sociedad en general. Dichos comportamientos retan a los padres a manejar la situación en privado (sin poner al niño en ridículo delante de sus compañeros), aplicar un castigo que guarde relación con el comportamiento, moldeando la enmienda y el perdón.

La capacidad para mantener la atención es importante para alcanzar el éxito tanto en la escuela como en el hogar. Los niños de 6 años de edad deben ser capaces de concentrarse en una tarea durante al menos 15 minutos y para cuando cumplen los 9 años, deben ser capaces de mantenerse concentrados durante aproximadamente una hora.

Para el niño, es importante aprender a manejar el fracaso o la frustración sin disminuir la autoestima o desarrollar un sentido de inferioridad

Seguridad. La seguridad del niño en edad escolar es importante.

Los niños en edad escolar son muy activos y tienen necesidad de realizar actividades físicas agotadoras, necesidad de aprobación por parte de sus compañeros, y comportamientos osados y aventureros.

Los niños deben aprender a participar en deportes en áreas adecuadas, seguras y supervisadas, con un equipo apropiado y las reglas del caso. Las bicicletas, patinetas, patines en línea y demás equipos para deportes recreativos deben ajustarse apropiadamente al niño y deben utilizarse sólo de acuerdo con las reglas generalmente reconocidas para conductores y peatones y con el equipo de seguridad respectivo, como cascos, rodilleras, coderas, protectores de

muñeca. Los equipos deportivos no deben utilizarse en la oscuridad ni bajo condiciones climáticas extremas.

Las clases de natación y de seguridad en el agua pueden evitar que el niño se ahogue. Las instrucciones de seguridad en relación con el uso fósforos, fogatas, encendedores, parrillas, incendios, cocinar en estufas o fuego abierto pueden evitar quemaduras mayores.

La medida más importante para la prevención de lesiones graves o muerte por accidentes de tránsito sigue siendo el uso de cinturones de seguridad

La fuerza, la coordinación y la resistencia muscular aumentan y lo mismo sucede con la capacidad para realizar movimientos de patrones complejos, por ejemplos, bailar, jugar al baloncesto o tocar el piano. Estas habilidades motoras superiores son consecuencia tanto de la maduración como del entrenamiento; la magnitud de los logros refleja la amplia variabilidad de habilidades innatas, intereses y oportunidades. Los estudios epidemiológicos muestran una disminución general del estado de forma física en los niños en edad escolar. Los hábitos sedentarios a esta edad se asocian con un aumento del riesgo de obesidad y de enfermedades cardiovasculares a largo plazo. Los órganos sexuales siguen siendo inmaduros, pero el interés por las diferencias sexuales y por el comportamiento sexual sigue activo en muchos niños y aumenta progresivamente hasta la pubertad. La masturbación es frecuente, si no universal. En las culturas más permisivas, los niños prepúberes tienen a menudo experiencias sexuales. Implicaciones para los Padres y los pediatras. La «normalidad» abarca una amplia variedad de tamaños, formas y capacidades físicas de los niños de edad escolar. De igual importancia es que los sentimientos de los niños sobre sus

atributos físicos oscilan entre el orgullo, la vergüenza y una aparente indiferencia. El temor a ser «defectuosos» puede hacer que eviten situaciones en las que puedan ponerse de manifiesto las diferencias físicas como, por ejemplo, las clases de gimnasia o las exploraciones médicas. Los niños con discapacidades físicas reales se ven sometidos a una angustia especial a causa de su diferencia. La exploración física habitual proporciona una oportunidad para descubrir preocupaciones y alejar temores.

En especial, las niñas suelen estar preocupadas por el exceso de peso, lo que las puede llevar a hacer dietas insalubres con las que conseguir un ideal cultural anormalmente delgado. La baja estatura, sobre todo en varones, se asocia con una disminución de los logros educativos y con mayores riesgos de problemas de comportamiento (aunque la clase social es un parámetro de predicción más poderoso). La disponibilidad de hormona del crecimiento recombinante suscita la posibilidad de tratamiento médico de niños con talla baja que pueden no tener déficit hormonal demostrable. La decisión de tratarlos, con el coste y las molestias que comporta, debe tomarse considerando el significado de la baja estatura para el niño concreto.

El aspecto físico del niño puede despertar también fuertes sentimientos en los padres, que pueden disminuir involuntariamente la autoestima del niño o, por el contrario, estimular su vanidad. Los pediatras pueden ayudar a los padres a distinguir entre los riesgos de salud es verdaderas y las variaciones individuales que es preciso aceptar. La descripción de las actividades físicas habituales debe formar parte de la historia clínica recogida en las visitas de revisión. La participación en deportes organizados puede estimular las habilidades, el trabajo en equipo y el estado de forma, pero

una presión excesiva para competir suele tener efectos negativos. Los niños prepúberes no deben participar en deportes de tensión e impacto elevados, como la halterofilia o el fútbol americano, ya que la inmadurez esquelética incrementa el riesgo de lesiones.

Desarrollo cognitivo y del lenguaje. El pensamiento de los niños escolares difiere cualitativamente del de los niños que son sólo 1 ó 2 años menores. En lugar de un pensamiento mágico, egocéntrico y basado en la percepción, los niños escolares aplican progresivamente reglas basadas en fenómenos observables, elementos de dimensiones y puntos de vista múltiples, e interpretan sus percepciones a la luz de teorías realistas basadas en leyes físicas. Este cambio desde el estadio «preoperativo» al de «operaciones lógicas concretas» fue comprobado por Piaget en una serie de experimentos de «conservación». Por ejemplo, un niño de 5 años que ve hacer una serpiente a partir de una bola de arcilla puede suponer que la serpiente «tiene mas arcillas» porque es más larga. Por el contrario, el niño de 7 años contestará que la bola de barro y la serpiente deben de pesar lo mismo porque no se ha añadido ni se ha quitado arcilla o porque, aunque la serpiente es más larga, también es más delgada. Esta reorganización cognitiva se produce a velocidades distintas según los contextos. En un contexto de interacción social con hermanos, los niños pequeños suelen revelar una capacidad para comprender puntos de vista múltiples mucho antes de mostrar una capacidad equivalente en su manera de concebir el mundo físico.

La escuela plantea mayores demandas cognitivas. El aprendizaje de un currículo elemental requiere el funcionamiento adecuado de un gran número de procesos de percepción, cognitivos y de lenguaje. La atención y el

lenguaje receptivo influyen entre sí y lo mismo sucede con cualquier otro aspecto del aprendizaje. No es posible prestar atención a lo que no se comprende ni comprender sin prestar atención- En tercer grado, los niños han de ser capaces de mantener la atención durante períodos de 45 minutos. Los dos primeros años de escuela primaria se dedican a la adquisición de conocimientos fundamentales: lectura, escritura y matemáticas básicas. En tercero o cuarto curso, el currículo exige que el niño utilice estos conocimientos fundamentales para aprender materias de complejidad creciente. El objetivo de leer una frase no es tanto descodificar las palabras sino comprender su sentido; el objetivo de la escritura no es saber deletrear o manejar el lápiz, sino la composición. El volumen de trabajo aumenta al mismo tiempo que su complejidad. Los niños sólo pueden cubrir estas demandas si han aprendido bien las habilidades básicas hasta el punto de haberlas automatizado. Los niños que han de pensar en el modo de dar forma a cada letra o que tienen que recalcular hechos matemáticos básicos cada vez que intentan resolver un problema se quedan atrás. Las habilidades cognitivas establecen interacciones con una amplia variedad de factores emocionales y de actitud para condicionar el rendimiento escolar. Una lista parcial de estos factores abarca el deseo de complacer a los adultos, la cooperación, la competitividad, el deseo de trabajar para obtener una recompensa posterior, la fe en la propia habilidad y la capacidad para asumir riesgos cuando el éxito no está asegurado. El éxito predispone al éxito, mientras que el fracaso reducirá la capacidad del niño para asumir nuevos riesgos cognitivos-emocionales en el futuro. La actividad intelectual del niño va más allá de lo que se le exige en la escuela. A partir del tercer o cuarto año, los niños

disfrutan cada vez más con los juegos de estrategia y de palabras (bromas e insultos) que ejercitan la progresión cognitiva y lingüística. Muchos se hacen expertos en temas de su propia elección, como deportes, trivialidades o sellos. Otros se convierten en lectores ávidos. Implicaciones para los padres y los pediatras. Durante el estadio cognitivo de operaciones lógicas concretas, los niños pueden comprender explicaciones sencillas sobre la enfermedad y los tratamientos necesarios, aunque en situaciones de angustia también pueden volver al pensamiento prelógico (lo mismo que puede suceder a los adultos). Un niño con neumonía puede ser capaz de explicar la forma en que los leucocitos luchan contra los «gérmenes» en los pulmones, pero quizá sigue manteniendo, secretamente, la creencia de que la enfermedad es un castigo por no haber obedecido a sus padres.

Los problemas de comportamiento en la escuela son, como la fiebre, síntomas que requieren un diagnóstico- Entre la amplia variedad de causas posibles se encuentran los déficit de funciones cognitivas, de percepción y lingüística específicas (discapacidades de aprendizaje específicas); retraso cognitivo global (retraso mental); déficit primario de la atención, así como los secundarios a problemas emocionales, depresión, ansiedad o cualquier enfermedad crónica. A menudo, la causa es una combinación de varios de estos factores.

Los enfoques terapéuticos dependen del o de los problemas subyacentes- Los niños que no prestan atención a causa de una discapacidad receptiva para el lenguaje obtendrán más beneficios con una terapia de lenguaje que con una medicación estimulante- De la misma forma, en los déficit primarios de la atención, la psicoterapia será, en general, menos útil que la medicación o las modificaciones ambientales

orientadas a reforzar la estructura y a reducir las distracciones. La simple repetición de un año escolar rara vez supone beneficio alguno y con frecuencia reduce gravemente la autoestima. Para una exposición más amplia de los problemas del lenguaje y de la conducta. Las intervenciones que permiten al niño ejercitar sus puntos fuertes y sus experiencias satisfactorias suelen tener un efecto beneficioso, que a menudo se extiende a otras áreas problemáticas.

Desarrollo social y emocional. En la teoría psicoanalítica, a la resolución de los conflictos edípicos sigue el período de latencia, en el que las energías sexuales son canalizadas lejos de sus objetos originales prohibidos, los padres, y dirigidas hacia la consecución de logros aceptados socialmente. Como parte de la resolución, los niños postedípicos se identifican con compañeros de su mismo sexo y los adoptan como modelos. Los juicios morales de sus padres son interiorizados en forma de súper ego. A favor de esta teoría se encuentran ciertas observaciones, como la disminución de la labilidad emocional hacia los padres y el aumento de la participación en relaciones fuera del hogar. El desarrollo social y emocional tiene lugar en tres contextos: el hogar, la escuela y el vecindario. De ellos, el hogar sigue siendo el más influyente. La relación paternofilial continúa proporcionando una base segura a partir de la cual aventurarse. Los hitos de la creciente independencia del niño escolar son la primera noche que pasa fuera de casa con un amigo y la primera vez que va a un campamento. Los padres deben pedir esfuerzos en la escuela o en actividades extraescolares, celebrar los éxitos y ofrecer una aceptación incondicional cuando se producen fracasos. Las tareas domésticas habituales constituyen una oportunidad para que el niño

contribuya a la familia de una manera significativa, lo que estimula su autoestima. Los hermanos pueden desempeñar papeles cruciales como competidores, defensores leales y modelos. Las relaciones fraternales ejercen efectos duraderos sobre el desarrollo de la personalidad, influyen en el auto imagen individual, facilitan las soluciones de los conflictos, aportan intereses e incluso contribuyen a las elecciones profesionales.

El comienzo de la escolarización coincide con una mayor separación entre el niño y su familia, con un aumento de la importancia de las relaciones con maestros y compañeros. Además de la amistad, que puede persistir durante meses o años, las experiencias con un gran número de afinidades y antagonismos superficiales contribuyen al crecimiento de la competencia social del niño. La popularidad, un componente central de la autoestima. Puede adquirirse: Mediante posesiones (disponer de los juguetes o de las ropas adecuadas) y mediante el atractivo personal, los logros y las fiabilidades sociales reales.

La conformidad es recompensada. Algunos niños se adaptan fácilmente y disfrutan de éxitos sociales simples; otros, que adoptan estilos individualistas o tienen diferencias visibles, pueden ser estigmatizados como «raros». Estos niños pueden ser dolorosamente conscientes de su diferencia o sentirse confundidos por su falta de popularidad. Los niños con déficit de las habilidades sociales llegan en ocasiones a extremos de conducta con objeto de lograr la aceptación, y ello sólo para encontrarse con un nuevo fracaso. Los atributos otorgados por los compañeros, como divertido, estúpido, «malo» o miedoso, pueden quedar incorporados a la auto imagen de niño. En el vecindario, los peligros reales tales como el tráfico, los «abusos» o los extraños le obligan a recurrir a todo su

sentido común y capacidad. Las interacciones con los compañeros sin una estrecha supervisión por parte de los adultos favorecen la resolución de los conflictos o el desarrollo de la capacidad pugilística. Los anuncios de los escaparates y de la televisión y la observación de los niños mayores y de los adultos exponen al niño al materialismo, a las: cualidad y a la violencia del mundo adulto. Muchas de estas experiencias refuerzan los sentimientos de impotencia del niño ante el mundo. Las fantasías compensadoras de poder pueden estimular la fascinación por los superhéroes. La veneración de los héroes y la adopción de ropa y de gestos similares a los del adulto son «ensayos de ves- mario» de los papeles de adulto y representan formas de acercarse al poder de aquél. Fin equilibrio entre la fantasía y una capacidad adecuada para manejar los desafíos del mundo real indican un desarrollo emocional sano.

Implicaciones para los padres y pediatras. Todos los niños necesitan apoyo cuando se aventuran en un mundo que, a menudo, resulta temible. Los niños que muestran una dificultad no habitual para separarse de los padres y enfrentarse a los desafíos de la escuela o el vecindario pueden estar reaccionando a la dificultad de los padres para darles autonomía. Otros padres ejercen una presión excesiva sobre sus hijos para que éstos desarrollen y adopten comportamientos, alcancen éxitos o compitan como los adultos. Los niños luchan a menudo para cumplir estas expectativas pero, como consecuencia, pueden presentar problemas de comportamiento o síntomas somáticos, como cefaleas o dolores de estómago.

Muchos niños se enfrentan a factores de estrés que superan a los desafíos normales de la separación y realización en la

escuela y el vecindario. El divorcio afecta a alrededor del 40 % de los niños. La violencia entre los padres, las toxicomanías y otros problemas mentales paternos pueden afectar también a los hijos, dificultando su capacidad para usar el hogar como base segura donde recargar sus energías emocionales. En muchos vecindarios, las amenazas de bandas y la violencia indiscriminada hacen que el desarrollo normal de la independencia resulte extraordinariamente peligroso. Los niños de los cursos medios o avanzados de la escuela primaria pueden unirse a bandas como forma de autoprotección, para obtener poder y para pertenecer a un grupo cohesionado. La alta prevalencia de trastornos de la adaptación de los niños en edad escolar atestigua los efectos que sobre el desarrollo tienen estos abrumadores factores de estrés.

Seguridad. La seguridad del niño en edad escolar es importante.

Los niños en edad escolar son muy activos y tienen necesidad de realizar actividades físicas agotadoras, necesidad de aprobación por parte de sus compañeros, y comportamientos osados y aventureros.

Los niños deben aprender a participar en deportes en áreas adecuadas, seguras y supervisadas, con un equipo apropiado y las reglas del caso. Las bicicletas, patinetas, patines en línea y demás equipos para deportes recreativos deben ajustarse apropiadamente al niño y deben utilizarse sólo de acuerdo con las reglas generalmente reconocidas para conductores y peatones y con el equipo de seguridad respectivo, como cascos, rodilleras, coderas, protectores de muñeca. Los equipos deportivos no deben utilizarse en la oscuridad ni bajo condiciones climáticas extremas.

Las clases de natación y de seguridad en el agua pueden evitar que el niño se ahogue. Las instrucciones de seguridad en relación con el uso fósforos, fogatas, encendedores, parrillas, incendios, cocinar en estufas o fuego abierto pueden evitar quemaduras mayores.

La medida más importante para la prevención de lesiones graves o muerte por accidentes de tránsito sigue siendo el uso de cinturones de seguridad.

El crecimiento es una manifestación vital del individuo, su ritmo y calidad están en estrecha relación con la salud general y el estado nutricional en particular.¹

Sobre el potencial biológico de crecimiento influyen múltiples factores no sólo los relacionados con circunstancias determinadas genéticamente, sino además, con condiciones individuales o ambientales, tales como: factores socioeconómicos, culturales, climáticos y particularmente factores nutricionales, los cuales pueden ejercer su influencia sobre el crecimiento y desarrollo del niño desde el período prenatal. En la actualidad se le concede gran importancia a la malnutrición intrauterina en el determinismo de la resultante final del desarrollo y crecimiento del individuo.

El sobrepeso y obesidad. La palabra obesidad proviene del latín: *obesitas*, que significa “A causa de que yo como”. Es la acumulación generalizada y excesiva de grasa corporal. Conceptualmente la obesidad se define como el aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa. Es una enfermedad crónica multifactorial compleja que se desarrolla por la interacción entre el genotipo y el medio ambiente e involucra factores sociales, conductuales, culturales, psicológicos, metabólicos y genéticos. Es ahora un problema de dimensión mundial y de una inusitada trascendencia para la salud. Según estimaciones de la

Organización Mundial de la Salud (OMS) hay actualmente en el mundo más de mil millones de seres humanos con sobrepeso y 300 millones con obesidad, en tanto que 800 millones padecen de desnutrición. Ante este panorama de origen tan asimétrico: uno por exceso de nutrimentos y el otro por deficiencia de éstos, es oportuno hablar acerca de lo que representa el sobrepeso y la obesidad en los niños, de la que apenas nos percatamos de su trascendencia, al acostumbrarnos a vivir con ella. La pandemia de esta enfermedad, que en los últimos decenios ha crecido en núcleos de población de casi todos los continentes y es causa de serias preocupaciones entre los dirigentes de la OMS, es motivo de un creciente Interés entre médicos dedicados a adultos y niños. Datos recientes de las National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANS) muestran que el porcentaje de la población estadounidense adulta obesa (IMC >30) aumentó desde un 14.5% (entre 1976 y 1980) a un 22.5% (entre 1988 y 1994). Entre los años 1988 y 1991, hasta el 50% de los estadounidenses adultos de 20 años de edad o más tenían sobrepeso (definido como un IMC > 25). Como muchas personas con un IMC DE 25 A 30 corren un riesgo sanitario importante, la creciente prevalencia de obesidad médicamente importante despierta gran preocupación. La obesidad es más frecuente en las mujeres y en los pobres, pero también se está produciendo un inquietante aumento de su prevalencia en los niños. En Estados Unidos de América la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (III NHANES), En niños de 6 a 17 años informa una prevalencia de obesidad de 10.9% y de 22% de sobrepeso. Graitcer y Gantry han encontrado que las curvas de peso-talla de niños de Haití, Egipto y Togo son muy semejantes a aquéllas para niños americanos. En 1995, Magarey et al. En niños australianos, encontró 23.55 de las

niñas y el 26.1% de los niños, con obesidad. Mientras en niños americanos, de 6 a 11 años, en tres periodos de tiempo distintos, se ha encontrado una incidencia de 17.6% de sobrepeso y 5.9% de obesidad, entre 1963 y 1965; de 1971 a 1974, la prevalecía de sobrepeso aumento a 22.5% de sobrepeso y 7.1% de obesidad, y entre 1976 y 1980 las tasas fueron de 27.1% para el sobrepeso y el 11.7% para la obesidad. (8) Este estudio mostró que el sobrepeso y la obesidad es común en ambos sexos y todas las edades, pero particularmente alta en los hombres México americanos, negros, mujeres México americanas y mujeres de estado socioeconómico bajo. Los pobres son más obesos que los ricos independientemente de su raza.

Datos similares se han informado en estudios realizados en Inglaterra, Japón, y Canadá; en este último país, la prevalecía de obesidad aumentó en 50% durante el periodo de 1981 a 1988. En España, el estudio epidemiológico Paidos, que definió como obesidad un pliegue tricipital superior a dos desviaciones estándar por arriba de la media para la edad y sexo, mostró que 4.9% de la población de entre 6 y 15 años podía considerarse obesa. Sin embargo, más alarmantes son los datos de estudios comparativos que estiman que la prevalecía de obesidad en la población escolar de Madrid se duplicó entre 1974 y 1989, confirmándose la tendencia apuntada para la población no adulta de Estados Unidos y Canadá.

Datos más recientes vienen a confirmar la existencia de una auténtica epidemia de obesidad entre los niños y adolescentes en todas las sociedades desarrolladas o en vías de desarrollo, siempre y cuando no exista pobreza extrema, independientemente de cual sea su situación geográfica (Norteamérica, América Latina, Asia o Europa).

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades crónicas caracterizadas por un exceso de adiposidad, que se pueden establecer desde edades tempranas por interacción de factores genéticos, nutricionales y culturales, y que son difíciles de revertir, por lo que su prevalencia incrementa conforme aumenta la edad. El sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes han alcanzado niveles epidémicos tanto en países industrializados como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo. En Estados Unidos de América la prevalencia de obesidad en estos grupos de edad aumentó de 4.5% en 1963 a 15% en el año 2000 y en el grupo de México-americano es de 24%, a partir de los 6 años de edad. En términos generales se presenta a menor edad y con mayor frecuencia en grupos étnicos que viven en condiciones de pobreza.

En México la Encuesta Nacional de Nutrición, realizada de octubre de 1998 a marzo de 1999, y que tuvo como objetivos cuantificar la desnutrición, deficiencia de micro nutrientes y mala nutrición por exceso, reporta una prevalencia extremadamente elevada de sobrepeso y obesidad mayor en las zonas urbanas que incrementa alrededor de los cinco años de edad cuando los niños presentan el rebote fisiológico de adiposidad e ingresan a educación preescolar. Este estudio demostró que 18% de los niños de cinco a once años de edad presentan sobrepeso u obesidad, siendo ésta más elevada en los Estados del Norte (25.9%) y en la Ciudad de México (25.1%), que en los del Centro y Sur-Sureste (17.7% y 13.2%, respectivamente). Al comparar las zonas urbanas con las rurales se observa que en las primeras es más frecuente encontrar obesidad (21.4% en varones y 23.5% en mujeres) que en las segundas (10% en varones y 11.2% en mujeres), y que el inicio de actividades escolares, a los cinco años de

edad, se asocia con un aumento en el porcentaje de niños obesos.

Obesidad. La obesidad es la enfermedad metabólica más difundida en el mundo entero; su incidencia ha aumentado en forma dramática en las dos últimas décadas tanto en el mundo desarrollado como en el subdesarrollado. Es el problema de salud más común en los países desarrollados y representa la segunda causa prevenible de muerte en EE.UU. En la infancia, la obesidad es uno de los trastornos nutricionales más frecuentes. Constituye más de la tercera parte de las consultas de endocrinología pediátrica.

La obesidad es una enfermedad crónica que se acompaña de múltiples complicaciones; la acumulación excesiva de grasa compromete la salud. Existe obesidad cuando la grasa corporal total está aumentada en relación con el peso corporal.

Es una alteración del metabolismo energético, en la cual ocurre almacenamiento excesivo de energía bajo la forma de triglicéridos, en el tejido adiposo.

Existen tres períodos críticos para el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones. Uno corresponde a la infancia precoz; otro ocurre entre los 5 a 7 años ("período de rebote de la adiposidad"); el tercero corresponde a la adolescencia.

Durante el primer año de vida, el tamaño de las células adiposas casi se duplica, no así el número; entre los 5 a 7 años aumenta progresivamente el número de adipositos; la obesidad provoca hiperplasia de las células. Cuando se inicia la enfermedad durante estos periodos aumenta el riesgo de su persistencia y de sus complicaciones.

La obesidad es el resultado de un desequilibrio permanente y prolongado entre ingestión calórico y gasto energético donde

el exceso de calorías se almacena como tejido graso. El gasto energético total en el niño y el adolescente se compone de: metabolismo basal, termogénesis, actividad física y crecimiento.

La distribución del exceso de grasa da lugar a distintos fenotipos de obesidad: Obesidad generalizada, obesidad androide (con distribución de grasa preferentemente troncular superior), obesidad ginoide (con distribución de grasa preferentemente periférica y pélvica) y obesidad visceral o intraabdominal.

La distribución de grasa se ha relacionado con problemas de salud y tiene un gran interés en medicina preventiva.

Desde el punto de vista causal, existen tres grupos de obesidad en Pediatría.

1) La obesidad simple, exógena o nutricional (que representa el tipo más frecuente; más del 95 a 99 % de los casos).

2) La obesidad secundaria, sindrómica o endógena (forma parte de una afección conocida: Síndromes dismórficos, afecciones del sistema nervioso central, endocrinopatías).

3) Obesidad genética de causa conocida.

A la obesidad exógena algunos autores la denominan obesidad con talla normal o alta y a la obesidad endógena, obesidad con talla baja.

Las causas de obesidad secundaria, sindrómica o endógena son: Síndromes somáticos dismórficos (Prader -Willi, Vázquez, Lawrence-Moon-Biedl, Cohen, Alström-Hallgren, Carpenter), lesiones del SNC (trauma, tumor, postinfección), endocrinopatías (hipopituitarismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing, corticoides exógenos, síndrome de Mauriac – diabetes mellitus -, síndrome de Stein-Leventhal, pseudohipoparatiroidismo, síndrome de Turner y de Klinefelter).

Las causas de obesidad genética: Déficit de leptina, mutación del receptor de leptina, mutación del receptor de proopiomelanocortina (POMC), mutación del gen de proconvertasa 1 (PC1), mutación del receptor de melanocortina (MC4R).

Los factores etiológicos relacionados con la obesidad nutricional, son genéticos y ambientales. El trastorno, como la mayor parte de las enfermedades crónicas del hombre, es multifactorial. En el origen de la enfermedad existen factores genéticos, psicosociales, culturales, nutricionales, metabólicos y endocrinos. Análisis estadísticos confiables han demostrado que el 25 % de la varianza transmisible total es atribuible al factor genético, 30 % a la transmisión cultural y 45 % a otros factores ambientales no transmisibles. Algunos estudios sugieren que por lo menos el 50 % de la tendencia a la obesidad es heredada. El factor de riesgo más importante para la instalación de la obesidad en el niño es la presencia de la enfermedad en los familiares, por la suma de factores ambientales y genéticos.

Factores genéticos implicados en la obesidad nutricional, simple o exógena: Se sabe que cuando el padre y la madre son obesos, el riesgo del niño de ser obeso es del 80%; si sólo uno de los progenitores es obeso, esta probabilidad es del 50% y si ambos son delgados la probabilidad es del 9%. Existen datos sobre un menor gasto energético a los tres meses de edad en niños que desarrollaron posteriormente obesidad comparados con lactantes no obesos. Un índice reducido de gasto energético puede contribuir a la agregación familiar de obesidad humana. La similitud observada entre gemelos y la variación en la ganancia de peso y la distribución de la grasa tiene una marcada influencia de los factores genéticos. Existen diferencias genéticas en la

actividad y expresión de la enzima que hidroliza los triglicéridos circulantes, generando ácidos grasos indispensables para la síntesis de triglicéridos en el adiposito. Hasta ahora más de 20 alteraciones genéticas han sido implicadas como capaces de producir obesidad. Entre ellos se incluye el gen que codifica la leptina y su receptor: El gen *ob* del cromosoma 7, expresado en el tejido adiposo, codifica la proteína leptina, que disminuye el apetito y aumenta la actividad física, actuando sobre su receptor hipotalámico, a nivel del núcleo arqueado. En los obesos, esta expresión está incrementada, lo cual sugiere la existencia de resistencia central a la leptina. No es irreal especular que la administración de esta proteína hará reversible la obesidad. Se ha administrado leptina recombinante a niños con deficiencia de leptina y obesidad severa, habiéndose obtenido como resultado la disminución del apetito en ellos y la disminución dramática del peso.

Los otros genes relacionados con la obesidad son: El diabético (*db*), localizado en el cromosoma 1, codifica el receptor hipotalámico de la leptina; el amarillo (*Ay*), en el cromosoma 20; el graso (*fat*) en el cromosoma 11; el tubby (*tub*) en el cromosoma 4; los genes de los receptores de proopiomelanocortina (*POMC*R), de melanocortina (*MC4R*) y de la proconvertasa 1 (*PC1*). El péptido hipotalámico CART (transcrito regulado por cocaína y anfetamina) es un factor de saciedad que está asociado estrechamente con la acción de dos importantes reguladores de la ingesta alimentaria, la leptina y el neuropéptido Y. El "peroxisome-proliferator-activated receptor gamma 2" (*PPAR-gamma 2*) es un factor de transcripción importante para la diferenciación de los adipositos y las mutaciones del gen de este factor predispone a las personas a la obesidad. Mutaciones en el *MC4R* pueden

ser responsables de más del 4 % de obesidad mórbida en algunas poblaciones. El factor hipotalámico liberador de corticotropina (CRH) tiene un rol significativo en la regulación del balance de energía; junto con el péptido urocortina ejercen efectos anorexígenos y termogénicos.

Factores ambientales. La prevalencia de obesidad es más alta en áreas metropolitanas grandes; mujeres de clase social baja y hombres de clase social alta; familias con un hijo único, en determinados patrones de conducta como el incremento de tiempo dedicado a la televisión (por cada hora de televisión, la prevalencia de obesidad aumenta 2 %) y el consumo de alimentos ricos en calorías la existencia de problemas psicosociales, disturbios del vínculo madre – hijo, padres con dificultad para colocar límites a sus hijos, padres ansiosos que identifican cualquier llanto con "llanto de hambre", ambientes en los que el alimento sustituye al cariño o representa la única fuente de placer o recompensa. Dada la magnitud de los factores ambientales familiares en la etiología de la obesidad, ésta se considera en la mayoría de los casos, un síntoma de disfunción familiar.

La ecuación del balance energético es la llave para entender la obesidad en la infancia. Si la ingestión energética excede al gasto energético (kilocalorías quemadas en reposo, en el ejercicio y por la ingestión alimentaria), las calorías extras son depositadas como tejido adiposo, llevando a la ganancia de peso. El consumo excesivo de grasa es un determinante más importante de la obesidad que el consumo excesivo de proteína o carbohidratos.

Cuando existe desnutrición intrauterina (sobre todo a partir de la semana 30 de gestación) y hasta que un niño cumple un año de edad, se produce un aumento en la sensibilidad para la proliferación de adipositos; si estos niños reciben un aporte

mayor del necesario de la etapa postnatal y sobre todo durante los dos primeros años de vida, desarrollan obesidad con mayor facilidad, aparentemente debido a que se induce modificaciones de los centros reguladores del apetito, situados en el sistema nervioso central.

Muchos de los cambios endocrinos observados en sujetos obesos parecen ser una consecuencia del estado nutricional alterado y no un factor en su etiología, ya que desaparecen con la pérdida de peso. Las principales modificaciones hormonales se encuentran en la hiperinsulinemia y en la disminución de la respuesta de la hormona de crecimiento a los estímulos provocativos estándar.

Los efectos perjudiciales de la obesidad en niños y adolescentes son un importante problema social. Los problemas clínicos más frecuentes son la hipertensión arterial e hiperlipidemia (altas concentraciones de LDL, VLDL y triglicéridos). Los problemas ortopédicos (epifisiolisis, pie plano, escoliosis) y psicológicos (inestabilidad emocional, conducta introvertida, baja autoestima) alcanzan particular importancia.

La obesidad infantil predispone a la obesidad en la vida adulta: 14 a 74 % de los niños obesos se convierten en adultos obesos (riesgo mayor en la faja etárea de 10 a 13 años) y cerca de un tercio de los adultos obesos fueron niños obesos. Los neonatos calificados como obesos al relacionar el peso con la talla, examinados a los 4 años, el 24 % sigue siendo obeso y de éstos, a los 7 años, el 98 % son obesos. Obesos entre los 9 y los 13 años, a los 30 años el 84 % persisten obesos. De cada 28 adolescentes resultan 27 adultos obesos. El 36 % de los niños situados por encima del percentil 90 para el peso serán adultos obesos, comparado con el 14 % de los niños situados por debajo del percentil 75.

La probabilidad de que determinado grado de adiposidad y determinado patrón de distribución del tejido adiposo persistan en la vida adulta aumenta con la edad y depende de la duración de la obesidad. Los niños obesos constituyen, en ambos sexos, una población de riesgo para padecer durante la edad adulta enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, hiperinsulinismo, diabetes tipo 2, hiperlipidemia, apnea de sueño, osteoartritis, litiasis biliar y algunos cánceres que disminuyen la longevidad y la calidad de vida. La obesidad infantil aumenta el riesgo de morbilidad subsecuente con o sin la persistencia de la enfermedad en la edad adulta. La distribución grasa androide se asocia más frecuentemente a complicaciones del tipo de diabetes tipo 2, enfermedad coronaria e hipertensión. El tipo ginoide de obesidad muestra una asociación con trastornos venosos y litiasis biliar.

Clínicamente se valora al paciente obeso, intentando precisar el origen de la obesidad, lo cual se consigue a través de una completa historia clínica: Se conocerá la talla y peso de nacimiento, tipo de lactancia, calendario de administración de alimentos no lácteos, desarrollo psicomotor, historia de traumatismos o enfermedades que obligaron a períodos de reposo prolongado, actividades en períodos de normalidad, deportes que prefiere, rendimiento en la escuela, peso de los progenitores, hábitos dietéticos de la familia, antecedentes familiares de diabetes, hipertensión, gota, obesidad y enfermedades cardiovasculares.

En el examen físico, además de la somatometría, se valorará la presión arterial, distribución de grasa, tiroides, presencia de estrías u otros problemas de piel (intertrigo, piodermatitis), estadios puberales según Tanner, problemas ortopédicos, etc.

El obeso exógeno presenta una talla superior al percentil 50, maduración ósea acelerada, mientras los obesos endógenos suelen tener tallas inferiores al percentil 5 y maduración ósea retardada. La adiposidad es generalizada, con predominio troncular en un tercio de los casos; frecuentemente se observan estrías en piel de color rosado o blanco, localizadas en abdomen, tórax y caderas.

La cuantificación del exceso de grasa corporal que define a la obesidad ha dado lugar a distintas técnicas diagnósticas; entre ellas las técnicas antropométricas son de manejo sencillo y útiles en estudios de campo: Medición del grosor de los pliegues cutáneos, índice de masa corporal, perímetro braquial, índice de circunferencias cintura / caderas.

Todas las definiciones de obesidad son de alguna forma arbitrarias. El paciente pediátrico es considerado obeso cuando el índice de masa corporal (IMC) es superior al percentil 85, según sexo y edad. Este índice se obtiene relacionando el peso en kilogramos y la estatura en metros cuadrados; el resultado encontrado debe ser comparado con tablas de percentil es, según sexo y edad.

La obesidad infantil también es definida como la situación en la que la relación peso actual a peso ideal para la talla es mayor del 120 %, según edad y sexo.

Se la clasifica en tres categorías: Obesidad leve (relación entre 120 y 129 %), obesidad moderada (relación entre 130 y 139 %) y obesidad mórbida (relación igual o mayor a 140 %). Analizando los percentil es de peso y altura, el niño puede ser considerado obeso cuando la diferencia entre el percentil del peso con el percentil de la talla es mayor de 60. Por otro lado, el niño que presenta una evolución ponderal con un nítido desvío en dirección a percentil es más elevado, sin el

simultáneo desvío de la talla, puede estar tornándose obeso, aunque clínicamente aún no lo sea.

La densitometría permite obtener buena información sobre la cuantificación de la grasa corporal, pero exige colaboración del niño, por lo que se debe limitar a escolares mayores y adolescentes. Las técnicas de imagen, particularmente ultrasonido, tomografía axial computadorizada y resonancia magnética nuclear, constituyen un instrumento valioso para estudiar la grasa visceral. En centros especializados realizan la doble emisión de rayos X (DEXA). Entre las técnicas bioeléctricas para la cuantificación de la grasa corporal, destacan la bioimpedancia eléctrica y las mediciones de conductividad eléctrica corporal total; los tejidos magros tienen conductividades mayores que los tejidos más anhidros, como son el tejido graso y el hueso.

Los exámenes laboratoriales que se deben solicitar en todo niño o adolescente obeso Son: Glucemia basal y postprandial, insulina basal, colesterol y fracciones, triglicéridos. Se diagnostica hiperinsulinismo cuando la relación insulina basal y glucemia en ayunas es mayor que 0.5.

Para la interpretación del perfil lipídico en niños y adolescentes, se sugiere la clasificación de Kwiterowich, que determina valores aceptables de colesterol total debajo de 200 mg/dL.

Valores séricos de lípidos entre los 2 y 19 años de edad:

Lípido	Edad	Deseable	Limítrofe	Aumentado
Colesterol total	--	< 170	170 – 99	> 199 mg/dL
Triglicéridos	< 10	< 100		> 100 mg/dL
	10 – 19	< 130		> 130 mg/dL

Exámenes complementarios especiales: EKG, función respiratoria, ortopedia (si hay alteraciones clínicas), TAC o RMN cerebral, fondo de ojo y campimetría (si se sospecha tumor cerebral), exámenes hormonales (sospecha de endocrinopatía), cariotipo (sospecha de cromosomopatía).

El tratamiento de la obesidad constituye una de las prácticas más frustrantes para el pediatra, ninguna terapéutica única parece ser especialmente efectiva. No se llega a la adecuación del peso o éste retorna a los niveles anteriores de obesidad en el 90 % de los casos. Los resultados con las medidas dietéticas y con una modificación del grado de ejercicio sólo han conseguido buenos resultados a corto plazo.

Los principios básicos del tratamiento son:

No hay "drogas maravillosas" para la reducción del peso.

El tratamiento es individualizado.

El tratamiento es multidisciplinario: Paciente y familia, endocrinólogo, nutricionista, psicólogo, instructor de actividad física.

La familia y el niño son los miembros más importantes de ese equipo.

Es una "batalla de tiempo".

Al ser la obesidad un trastorno notablemente resistente a la intervención terapéutica, cuando se emprende el tratamiento es importante prever la posibilidad de que el problema requiera atención crónica. En ciertos casos, particularmente en lactantes obesos, los beneficios posibles del tratamiento no compensan los riesgos de morbilidad asociada con éste.

Se explicarán al niño obeso y a los familiares, las siguientes normas generales de alimentación: Comer exclusivamente en los sitios y horarios destinados a comer, excluir golosinas y gaseosas, como bebida utilizar sólo agua, servir la porción a

consumir en plato pequeño y no servir en diferentes bandejas, comer despacio masticando bien los alimentos, cuando se come no efectuar al mismo tiempo otras actividades, evitar tener en casa las "tentaciones" que engordan. Asimismo se recomendará no ingerir alimentos en forma de zumos ni purés (consumirlos enteros); pan para todo el día: 80 g; como mínimo comer dos veces por semana, legumbres, verduras y pescado; como máximo comer una vez por semana arroz, pasta y papas; no preparar alimentos ni rebozados ni empanados.

El plan dietético es individualizado; la composición de la dieta: 20 % de proteínas, 30 % de grasas (10 % saturadas, 10 % poliinsaturadas y 10% monoinsaturadas) y 50 % de carbohidratos; repartidos en tres comidas y tres meriendas.

Ingestión energética recomendada según la faja etárea.

Faja etárea / día)	Oferta energética media (kcal
0 – 0.5 año	650
0.5 – 1 año	850
1 – 3 años	1300
4 – 6 años	1800
7 – 10 años	2000
11 – 14 años (fem.)	2200
11 – 14 años (masc.)	2500

Contrariamente al tratamiento de la obesidad del adulto, en el cual necesariamente el paciente debe reducir su peso, el niño en crecimiento generalmente deja de ser obeso manteniendo su peso a medida que crece. Sólo cuando el adolescente obeso ya excedió el peso adulto potencial, debe perder peso lentamente.

La actividad física debe ser regular (marcha, carrera, ciclismo, natación); un mínimo de tres sesiones aeróbicas por semana. El ejercicio intermitente (deportes de alta intensidad seguidos por deportes de baja intensidad) resulta en una gran reducción del peso y de la grasa corporal.

El programa terapéutico debe completarse con una modificación del estilo de vida, especialmente de la conducta alimentaria; los padres deben colaborar facilitando alimentos "sanos"; la sobrealimentación y el estilo de vida sedentario deben reemplazarse por actividades promotoras de salud.

El uso de alimentos dietéticos no aumenta la eficacia del tratamiento, porque no modifica los hábitos, además de ser de costo elevado. Los anorexígenos no deben ser prescritos (porque el objetivo es la modificación de hábitos). Respecto a la cirugía, no están establecidos los criterios para utilizar este método en pediatría.

Para prevenir la obesidad, deben introducirse durante las primeras edades los programas preventivos, cuando se establecen los hábitos, conductas dietéticas y estilo de vida.

El conocimiento de los factores que se correlacionan con obesidad permite la identificación de sujetos de riesgo.

Los factores de riesgo que se modificarán son los siguientes.

Hábitos alimentarios incorrectos.

Falsos conceptos que relacionan niños obesos como exponente de belleza y salud.

Uso de lactancia artificial.

Ablactación precoz con administración exagerada de cereales.

Sobrealimentación en el niño con antecedente de alguna enfermedad.

Sobreprotección familiar que limita la actividad física.

Poca actividad física, consecuencia de alguna enfermedad o adicción a la televisión.

Hogares emocionalmente inestables.

Por estas razones, las medidas de prevención de la obesidad en el niño son:

Evitar la obesidad en la gestación.

Favorecer la lactancia materna absoluta hasta los 4 meses.

Retrasar la introducción de alimentos no lácteos hasta los 4 meses.

Fomentar la actividad física.

Vigilar frecuentemente el peso.

Promover la educación nutricional y hábitos sanos de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los padres ya sea por desconocimiento de la evolución del niño, la incomprensión de las necesidades de su desarrollo, la desintegración familiar, familias incompletas, padres separados, pueden generar problemas en el menor a través de mecanismos diferentes, produciéndole conciencia de inferioridad social, timidez, inseguridad afectiva, etc.

Dado que la obesidad es un problema de salud pública que afecta a un porcentaje elevado de la población general 17% a nivel Nacional y en un 14.3 de la consulta de medicina familiar de nuestra unidad; por lo que el Medico Familiar como primer contacto en la atención primaria tiene la obligación de analizar todos los factores que afectan al desarrollo y mantenimiento de esta patología. Hasta ahora, las investigaciones se habían focalizado de forma mayoritaria en el estudio de la etiología y el tratamiento de la obesidad a partir de un abordaje individual, especialmente en lo que hace referencia a los problemas psicosociales, justificándolos como consecuencia de la propia obesidad y han hecho menos hincapié en el impacto que tiene la obesidad sobre la funcionalidad familiar y las repercusiones que pudiera tener ésta. Así el medico familiar podrá discernir que casos necesitan apoyo familiar y por consiguiente un tratamiento familiar.

La expresión de esta patología incluye a varias generaciones familiares anteriores, desde los abuelos, los padres hasta hacerse patente como obesidad en los nietos, constituyéndose como una manifestación

psicosomática que compromete a varias generaciones del sistema familiar.

Estamos conscientes de que si no se actúa a tiempo y en conjunto con otras instituciones de la localidad, tanto de salud como de educación, familias, padres, hijos, primordialmente, en un futuro a mediano plazo existirá una enorme demanda asistencial que prácticamente será imposible atender y mucho menos resolver.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cómo influye la funcionalidad familiar en el sobrepeso en escolares del consultorio no. 7 turno vespertino de la unidad de medicina familiar no. 79 de Piedras Negras, Coahuila

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la funcionalidad familiar en los escolares con sobrepeso en el consultorio No. 7 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar no.79 de Piedras Negras, Coahuila.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar los subsistemas existentes en familias de escolares con sobrepeso del consultorio no. 7 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No.79.
2. Evaluar la funcionalidad familiar con aplicación del instrumento FACES III y FF- SIL a las familias de los escolares con sobrepeso, en el consultorio no 7 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar no. 79 en Piedras Negras, Coahuila.
3. Identificar roles, vínculos y comunicación familiar como factores desencadenantes del sobrepeso en escolares en el consultorio no. 7 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No.79.
4. Determinar la tipología familiar en los escolares con sobrepeso en el consultorio no. 7 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No.79.

JUSTIFICACIÓN

El sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes han alcanzado niveles epidémicos. En la Unidad de Medicina Familiar No. 79 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Piedras Negras, Coahuila de acuerdo a la pirámide de Población por tipo de derechohabiente del Sistema de Información de Medicina Familiar del año del 2006, están adscritos 11 700 niños entre 6 a 12 años de edad de ambos sexos, encontrándose que de dicha población 299 niños corresponden al consultorio no. 7 del turno vespertino.

De estos 299 niños adscritos a dicho consultorio, se encontraron 43 niños con sobrepeso que corresponde al 14.3% de los niños, y un 0.3% de los niños entre 6 a 12 años de edad.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad es más alta en áreas metropolitanas grandes, hablándose de un 17% a nivel nacional; mas frecuente en mujeres de clase social baja y hombres de clase social alta, familias con único hijo, en determinados patrones de conducta como el incremento de tiempo dedicado a la televisión (por cada hora de televisión, la prevalencia de obesidad aumenta 2 %) y el consumo de alimentos ricos en calorías, la existencia de problemas psicosociales, disturbios del vínculo madre – hijo, padres con dificultad para colocar límites a sus hijos, padres ansiosos que identifican cualquier “ llanto de hambre”, ambientes en los que el alimento sustituye al cariño o representa la única fuente de placer o recompensa. Dada la magnitud de los factores ambientales familiares en la etiología de la obesidad, ésta se considera en la mayoría de los casos, un síntoma de disfunción familiar.

METODOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional.

Retrospectivo.

Transversal.

Descriptivo.

Abierto.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Para fines de estudio, se incluyo a la población infantil en periodo escolar de ambos sexos de 6 a 12 años de edad, afiliados al consultorio No. 7 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 79 de la Ciudad de Piedras Negras, Coahuila. Con diagnostico de sobrepeso en un período de tiempo comprendido del 1 de junio al 28 de julio del 2006

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

De los 11,700 niños entre 6 a 12 años de edad adscritos al consultorio No. 7 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 79 de la Ciudad de Piedras Negras, Coahuila. Se estudiaron 43 niños diagnosticados con sobrepeso que corresponde al 100% de la población con sobrepeso.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Derecho-Usuario.

Con vigencia de derecho.

Adscrito a la unidad de medicina familiar No.79

Adscrito al consultorio No 7 turno vespertino.

Edad de 6 a 12 años de edad.

Ambos sexos.

Con diagnóstico de sobrepeso en el expediente clínico.

Criterios de exclusión.

No derecho-usuarios.

Niños fuera del rango de edad.

Con otros diagnósticos agregados al sobrepeso, registrados en el expediente.

Criterios de eliminación.

Niños que no acudan a la consulta una vez diagnosticados con sobrepeso en el periodo del estudio del 1 de junio al 29 de julio del 2006.

VARIABLES A RECOLECTAR.

Funcionalidad familiar. Es el adecuado equilibrio cambiante y dinámico respecto a los elementos estructurales de la familia como sistema; como son roles, límites fronteras y vínculos, en los diferentes estadios por los que atraviesa la familia.

Olson (1993- 1997) A través del modelo circunflejo de los sistemas familiares, ha estudiado los factores que equilibran o desequilibran a la familia por medio del *FACES III, (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales)*, el cual facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: *cohesión, adaptabilidad y comunicación.*

Escolar. La edad escolar describe las capacidades físicas, emocionales y mentales de los niños en edades comprendidas entre 6 y 12 años. Los niños en edad escolar tienden a presentar habilidades de motricidad gruesa fuertes y muy parejas.

Sobrepeso. Son enfermedades crónicas caracterizadas por un exceso de adiposidad, que se pueden establecer desde edades tempranas por interacción de factores genéticos, nutricionales y culturales, y que son difíciles de revertir, por lo que su prevalencia incrementa conforme aumenta la edad

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

El estudio fue realizado por el autor del protocolo, autorizado por el comité local de investigación No. 0508. Con delimitación del tema a estudiar del 1 de enero al 31 de abril del 2005. Recuperación, revisión y selección de bibliografía del 1 de mayo al 31 de julio del 2005. Elaboración del protocolo del 1 de agosto al 31 de octubre del 2005. En la planeación operativa efectuada del 1 de noviembre del 2005 al 28 de febrero del 2006. Con el apoyo de 6 médicos colaboradores, de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar No. 79 de Piedras Negras, Coahuila. Mediante encuestas previamente comentadas con el personal médico del Comité Local de Investigación, así como colaboradores médicos de la residencia semipresencial del segundo año. Las encuestas se elaboraron con la recolección de preguntas realizadas en artículos ya publicados, sobre los instrumentos denominados FACE III (D.H. Olson, J. Poter e Y. Lavee). Versión en español (México). C. Gómez y C. Irigoyen.

Referente a un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basado en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad. Y artículos ya publicados sobre peso y obesidad en escolares, basándose en las variables a recolectar. Las entrevistas se realizaron por los médicos participantes en el estudio. El lugar donde se realizaron las encuestas fue en los consultorios médicos y sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 79 del instituto mexicano del seguro social. La recolección de la información y el análisis de los resultados fueron realizados por el investigador y

comentados con el asesor de tesis en el periodo comprendido 1 de marzo al 31 de mayo del 2006. La tesis se termino en julio 28 del 2006.

Los recursos materiales que se necesitaron fueron: bascula para adultos, material impreso y material de oficina. El presente estudio de investigación, fue autofinanciado por el investigador.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Se trata un estudio de investigación de bajo riesgo el cual previamente fue autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud número 508.

Se garantizó dar respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Se trata de un estudio que es factible, ya que se cuenta con la disponibilidad de los médicos que apoyaran este estudio, así como los recursos financieros que se requieren.

RESULTADOS.

De acuerdo al grupo de edad se encontró el 25 % en el grupo de 8 a 9, el 23 % en el de 6 a 7, el 19 % de 10 a 11, el 12 % de 7 a 8 y el 7% de 11 a 12.(anexo 1).

La Alimentación complementaria predominó después de los 4 meses en un 84% y antes de los 4 meses el 16%. (Anexo 2).

En cuanto a la alimentación rica en calorías, se demostró que el 63 % habitualmente consume este tipo de alimentos y el 37 % ocasionalmente (anexo 3).

El tiempo dedicado a la televisión en este grupo de estudio se identificó que el 53 % dedica viendo la televisión de 1 a 3 hrs, el 33% más de 3 hrs y el 14% una hora.(anexo 4)

La tipología familiar predominante en estos pacientes de acuerdo a la constitución y estructura fue el 93% perteneciente a familia nuclear, el 5% familia extensa y el 2% familia compuesta. (Anexo 5). De acuerdo a su desarrollo, predominó la clase tradicional en un 88%, la clase moderna en un 12% (anexo 6).La ocupación de los padres en este estudio fue la obrera en un 82%, profesionista el 9% y la técnica el 9%(anexo7) y de acuerdo a su demografía se encontró que el 100% de las familias son urbanas (anexo 8).

La etapa de ciclo vital fue la dispersión el 100% de los pacientes (anexo9).

En cuanto a las funciones familiares se encontró que el afecto se cumple en un 93%, el afecto solo se cumple en un 53%, la socialización en 55% y el estatus en un 13.9%.(anexo 10).

La comunicación fue clara y directa en un 100 %,.(anexo 11).

La persona que ejerce el control es el padre en un 70%, la madre en un 28% y abuelo en un 2% (anexo 12). La forma de ejercer el control fue a base de regaños en un 47%, consejos en un 37% y castigo físico en un 16%. (Anexo 13).

Al evaluar la funcionalidad familiar se demostró que el 64% fue moderadamente funcional, disfuncional el 19% y severamente disfuncional10% y funcional solo el 7%. (Anexo 14).

A la evaluación de la cohesión familiar se encontró que el 30 % de las familias se encuentra relacionada, el 28% semirelacionada y aglutinada 215%.(anexo 15), y la adaptabilidad fue estructurada en un 34%, flexible el 26%, rígida el 21% y caótica el 19%. (Anexo 16), y de acuerdo al modelo circunflejo de Olson se encontró que las familias se encuentran en un rango medio en un 51% y en un rango balanceada un 49% (anexo 17).

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los resultados proporcionaron información en 1995 donde Magary reporta una prevalencia de sobrepeso del 17.6 % Entre las edades de 6 a 11 años, En este estudio la prevalencia fue de un 14.3% en este mismo grupo de edades.

Con respecto a la alimentación la OMS recomienda fomentar la lactancia materna hasta los 4 meses de edad, así como fomentar alimentos no lácteos hasta después de los 4 meses de edad. En el presente estudio se demostró que la alimentación complementaria fue después de los 4 meses en un 84% y en un 16% antes de los 4 meses.

El ver la televisión más de 3 horas aumenta considerablemente la obesidad de acuerdo al estudio publicado por el Boletín Medico del Hospital Infantil Méx. 2000; Vol. 57 (11) 650-662. Donde reporta que un 67% de los niños con sobrepeso dedican mas de 3 hrs. a ver la televisión, en este estudio se pudo demostrar que la exposición a la Tv. de 1-3 hrs. fue de 53%, mas de 3 hrs. un 33% y una hora 14%.

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Es posible tipificarla de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre; pueden ser tradicionales o modernas según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento. (3) La

tipología familiar predominante en estos pacientes de acuerdo a la constitución y estructura fue el 93% perteneciente a familia nuclear, el 5% familia extensa y el 2% familia compuesta. De acuerdo a su desarrollo, predominó la clase tradicional en un 88%, la clase moderna en un 12%. La ocupación de los padres en este estudio fue la obrera en un 82%, profesionista el 9% y la técnica el 9% y de acuerdo a su demografía se encontró que el 100% de las familias son urbanas.

El ciclo vital de la familia. Es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo. En este estudio demostró el ciclo vital de las familias está en fase de dispersión un 100%.

En las funciones de la familia: en general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. En este estudio demostró que las funciones de la familia es el 93% en el cuidado, el 55% en la socialización, en el afecto 53% y el estatus 13.9%.

La comunicación en la familia forma parte de nuestros actos más importantes, pero eso ha sido caracterizado como el aspecto más dinámico de la sociedad humana. Por medio de ella expresamos nuestras ideas y

sentimientos, manifestamos opiniones e interpretamos la vida. La comunicación carece de sentido si no se completa como un intercambio, como el contacto intelectual del hombre con sus semejantes. En este estudio se demostró la comunicación clara y directa el 100%.

En las personas que ejercen el control en la familia se demostró un 70 % el padre ejerce el control, un 28 % lo ejerce la madre y un 2% lo ejerce el abuelo.

La forma de ejercer el control a los hijos. El estudio nos demostró un 47 % fue con regaños, un 37 % consejos u un 16 % con castigo físico.

La funcionalidad familiar de acuerdo con el instrumento denominado FF-SIL es un test de funcionamiento familiar que mide el grado de

CONCLUSIONES.

En los escolares el sobrepeso y obesidad presentan alta prevalencia en los países desarrollados, y en los países en transición como México, han aumentado progresivamente. La obesidad. Se considera como un factor de riesgo importante para desarrollar enfermedades crónicas como resistencia a la insulina, diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, dislipidemia, apnea del sueño, hipertensión pulmonar, gota, esofagitis por reflujo, algunas enfermedades de cáncer, toxemia del embarazo, y trastornos cardiovasculares. Otros son; los problemas ortopédicos; epifisiolisis, pie plano, escoliosis. Psicológicos; inestabilidad emocional, conductas introvertidas, baja autoestima, depresión y disfunción familiar. Entre los factores más importantes y que se encuentran relacionados al proceso de urbanización están los hábitos alimentarios inadecuados, dietas altas en lípidos e hidratos de carbono y la reducción importante en los niños de la actividad física; es decir, cada vez se hacen menos actividades del ejercicio físico, y se realizan más actividades sedentarias como ver por muchas horas televisión o dedicarse a los juegos de video.

La capacidad del médico de establecer relaciones empáticas con los pacientes es un requisito. Los médicos que no saben comer, que no tienen imaginación para programar comidas u ofrecer de manera agradable el menú que ordena no podrán convencer al paciente. La comida, aunque escasa, debe ser vistosa, apetitosa y capaz de saciar. Y esto se logra por medio del conocimiento logoterápico del médico. Comer es un arte en el que participan todos los sentidos. Guste o no, es un placer y un derecho.

Además del programa alimentario, hay que diseñar tareas para el paciente que lo distraigan y hagan que participe en actividades físicas, escolares y sociales.

Los familiares, sobretodo la madre, el padre, los educadores y aquellos que tienen la responsabilidad de su cuidado, deben crear tareas dentro del hogar, para que él pueda adquirir el compromiso y la responsabilidad de su desarrollo, y obtenga poco a poco seguridad e independencia de quienes lo cuidan. El área de acción psicosocial de un obeso no debe limitarse en el hogar, la escuela y la comunidad, ya que como individuo de una sociedad deben recibir apoyo y orientación y hacerlos responsable de su sobrepeso y obesidad para concientizarlos para que cambien su estilo de vida y así mantener sus peso ideal, para su oportuno desarrollo.

La psicoterapia está indicada cuantas veces se crea conveniente.

La medición del peso y talla de los pacientes forma parte del quehacer de los médicos porque es indispensable para diagnosticar y dar seguimiento al curso de la enfermedad en las diferentes edades de la vida. En los lactantes resulta útiles los índices peso/talla, talla/edad y peso/talla; en la niñez y en edades subsiguientes, con el índice de masa corporal y la circunferencia de cintura se puede conocer las condiciones nutricias (déficit o exceso), que a su vez predispone a otras comorbilidades. El sobrepeso y la obesidad sobresalieron como problema prioritarios para su atención en la población derechohabiente del IMSS;

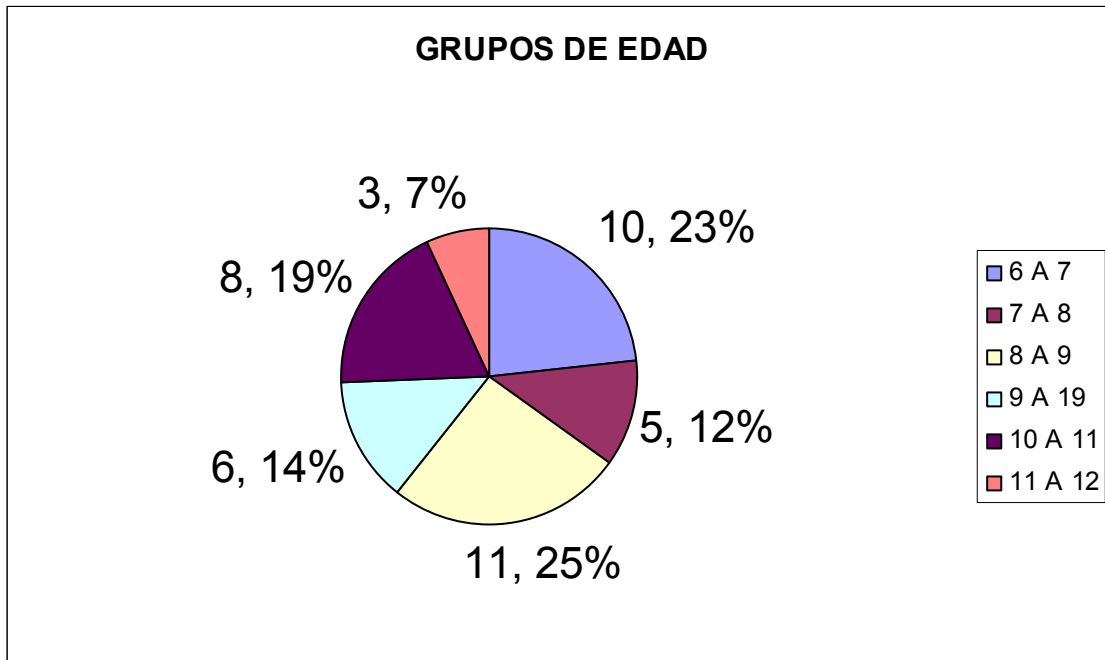
La mortalidad de la población en México está determinada por enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitas tipo 2, y las enfermedades cardiovasculares (las dos principales causas de muerte de los adultos), y además ocasionan gran demanda de atención en los sistemas de salud como son la larga hospitalización por sus complicaciones y su tratamiento. En el IMSS se mejoran las coberturas de las mediciones antropométricas en peso y talla y circunferencia de cintura, orientando a la prevención con su cartilla de salud, grupo de ayuda (medico familiar, medicina interna, cardiología,

endocrinología, trabajo social, maestro de educación física, psicólogo, dietética , esto no es suficiente se tiene que implementar programas no tanto en los centros de salud sino a las familias, hacer responsable a los padres así como se les solicita cuidados, afecto que también se les haga responsables de la dieta. En educación; sobretodo desde la preescolar, escolar, y sobretodo a nivel secundaria, y reafirmarla en educación media- superior. Ya no se diga en las profesionales, que se promueva el deporte.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Velasco M. L., Sinibaldi Julián J.F. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México, D. F.: Editorial El Manual Moderno, 2002. 2002 1-6
2. Irigoyen-Coria A.E. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar 2ª de. : México, D. F.: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2002. 2004 15-17.
3. Saucedo-García J.M. Lineamientos para evaluar la vida en familia. Rev. Méd. IMSS 1995; Vol. 33 No. 3
- 4 Blacklow R. MacBryde's Signs and Symptoms 6ª de. México: Nueva Editorial
5. Braier O.L. Fisiopatología y Clínica de la Nutrición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana, 1988.
6. Foz M., Hormiguera X. Obesidad. España: Ediciones Harcourt.
7. Fajardo-Rodríguez A., González-Ávila G., Bello-Villalobos H. Identificación, evaluación y tratamiento del sobrepeso en adultos. Nutr Clin 1999; Vol. 2 (suplemento)
8. Vega-Franco L. Obesidad. Espejismo de salud y belleza en niños lactantes. Revista Mexicana de Pediatría 2003; Vol. 70: 271
9. Barros-Costa M., Gomes G.M., Martines-Alves M.J., Machado-Soares T. Obesity in children of Juiz de Fora, Brazil. Revista Mexicana de Pediatría 2003; Vol. 70: 278
10. BOL MED HOSP Infant Méx 2000; Volumen 57(11): 650-662
11. Calzada-León R. Obesidad en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos, 2002. Revista Mexicana de Pediatría 2003.
12. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente. 1994.
13. Goldman H.H. Review of General Psychiatry. 4ª de. México: Editorial El Manual Moderno, 1999.

ANEXOS.



ANEXO 1

43 PACIENTES

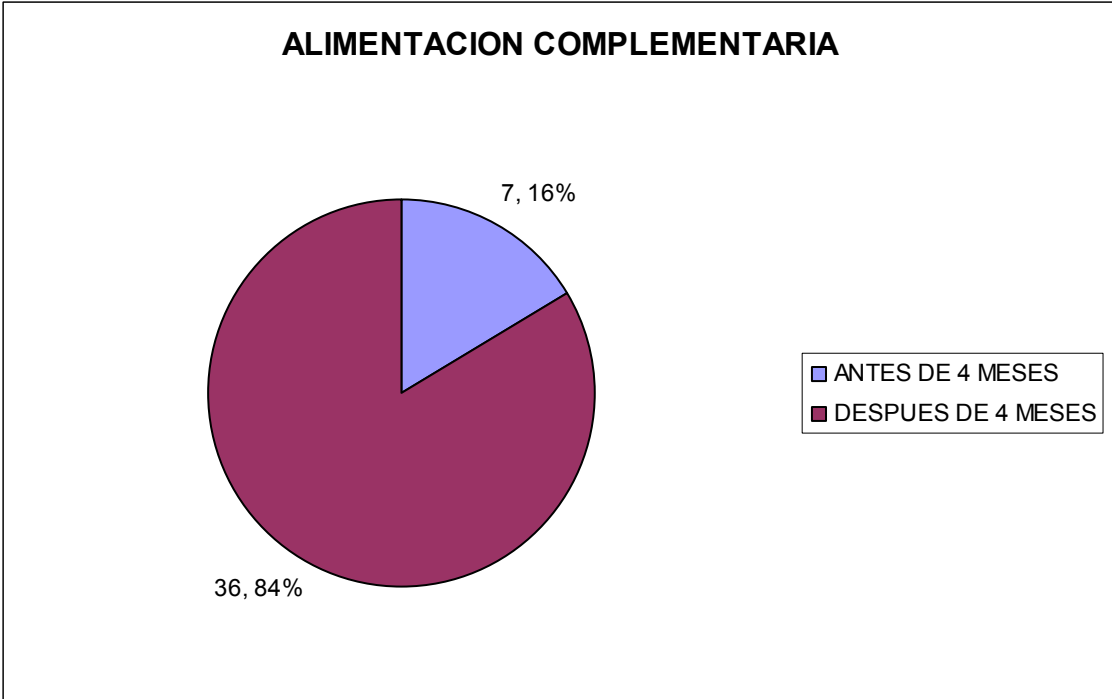
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

Mediana = 7

Media = 7.166666666666667

Varianza = 9.366666666666663

Desviación Típica = 3.060501048303474



N= 43 PACIENTES

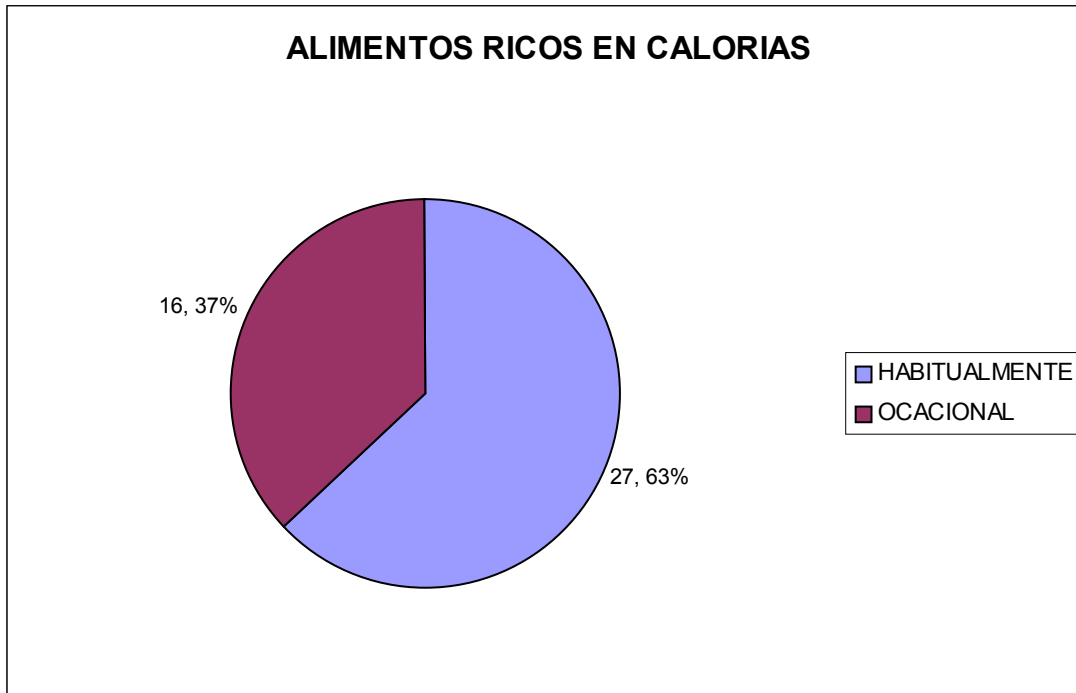
FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR

Mediana = 21.5

Media = 21.5

Varianza = 420.5

Desviación Típica = 20.506096654409877



N= 43 PACIENTES

FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR

Mediana = 21.5

Media = 21.5

Varianza = 60.5

Desviación Típica = 7.7781745930520225



N= 43 PACIENTES

FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR

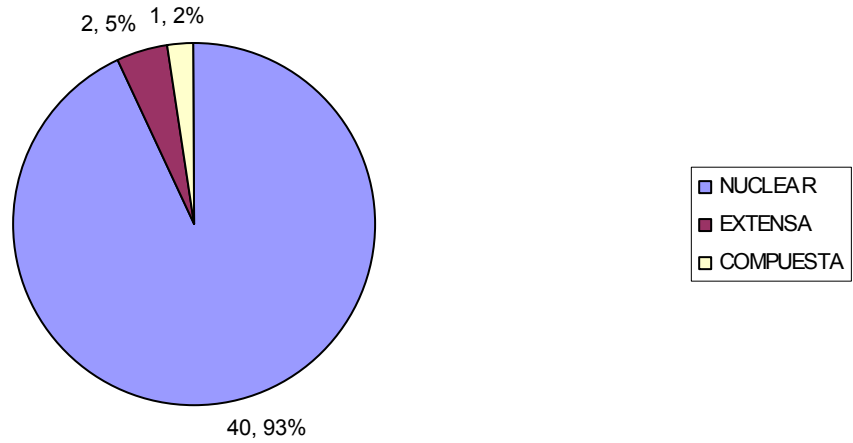
Mediana = 14

Media = 14.25

Varianza = 48.25

Desviación Típica = 6.946221994724902

TIPOLOGIA FAMILIAR (A SU COMPOSICION Y ESTRUCTURA)



N= 43 PACIENTES

FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR

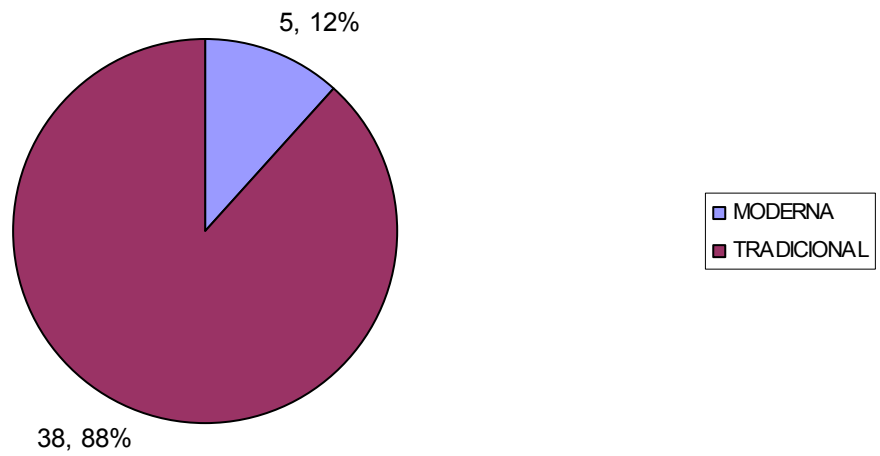
Mediana = 2

Media = 14.333333333333334

Varianza = 494.3333333333333

Desviación Típica = 22.233608194203057

TIPOLOGIA FAMILIAR SEGUN SU DESARROLLO



N= 43 PACIENTES

FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR

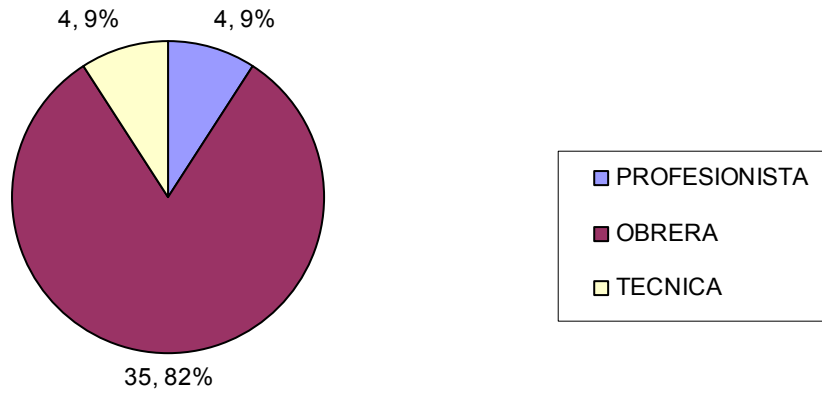
Mediana = 21.5

Media = 21.5

Varianza = 544.5

Desviación Típica = 23.33452377915607

TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A OCUPACION



N= 43 PACIENTES

FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR

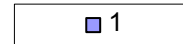
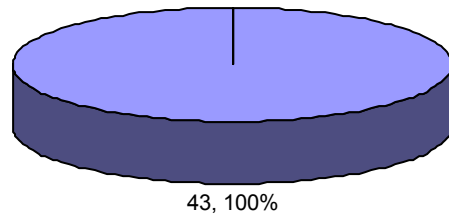
Mediana = 4

Media = 14.333333333333334

Varianza = 320.3333333333333

Desviación Típica = 17.897858344878397

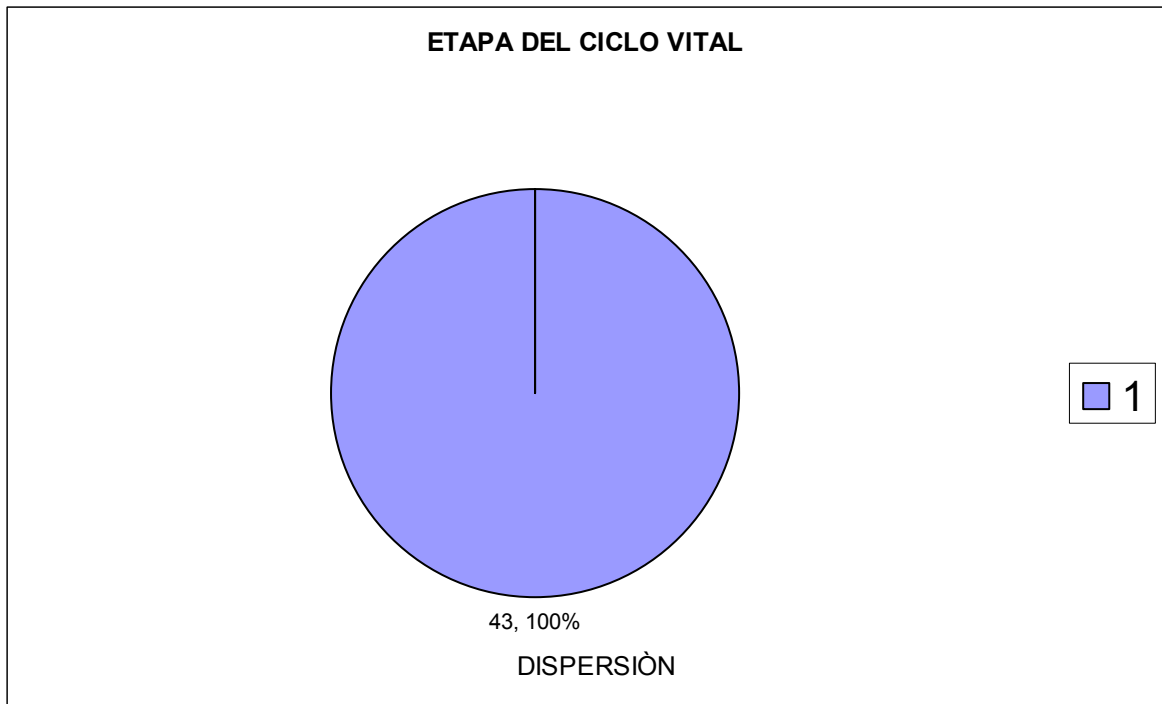
TIPOLOGIA FAMILIAR DEMOGRAMICAMENTE



URBANA

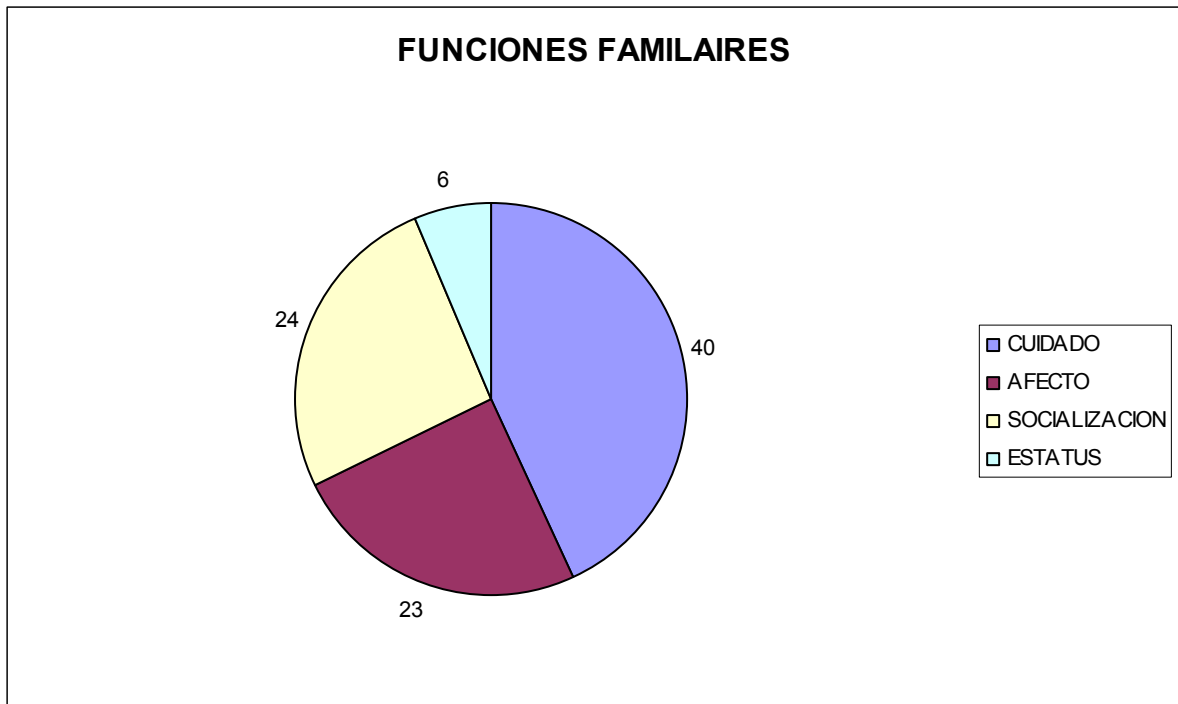
N= 43 PACIENTES

FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR



N= 43 PACIENTES

FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR



40 = 93%
 23 = 53%
 24 = 55%
 6 = 13.9%

N= 43 PACIENTES

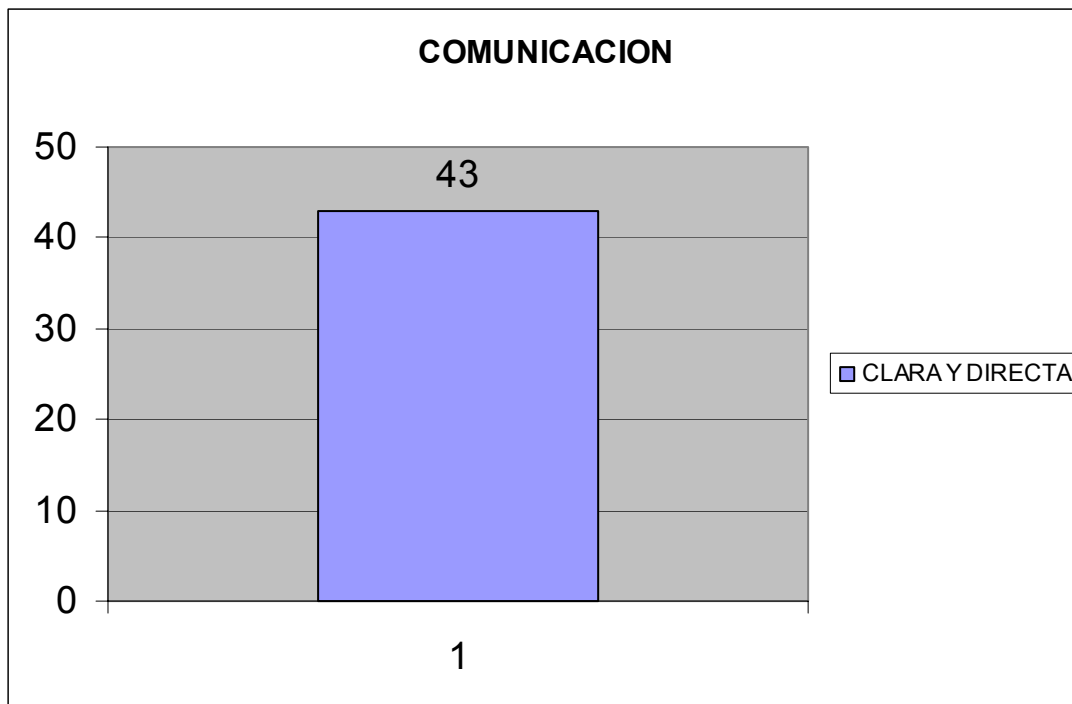
FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR

Mediana = 23.5

Media = 23.25

Varianza = 192.91666666666666

Desviación Típica = 13.889444433333777



43 = 100%

N= 43 PACIENTES

FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR



N= 43 PACIENTES

FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR

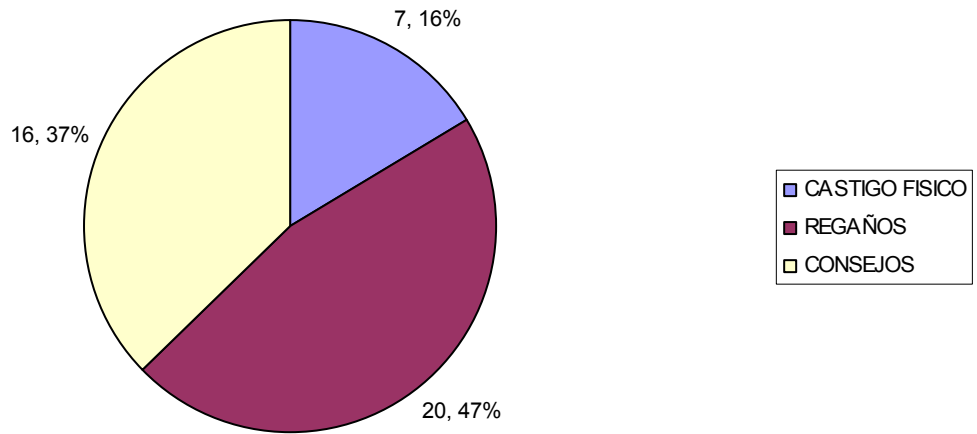
Mediana = 12

Media = 14.333333333333334

Varianza = 214.33333333333331

Desviación Típica = 14.6401275039985

FORMA DE EJERCER EL CONTROL



N= 43 PACIENTES

FUENTE: HISTORIA CLINICA FAMILIAR

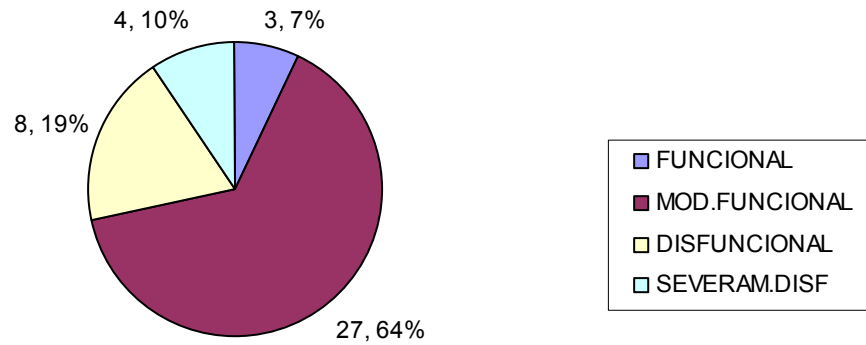
Mediana = 16

Media = 14.333333333333334

Varianza = 44.333333333333314

Desviación Típica = 6.658328118479392

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A FF SIL



N= 43

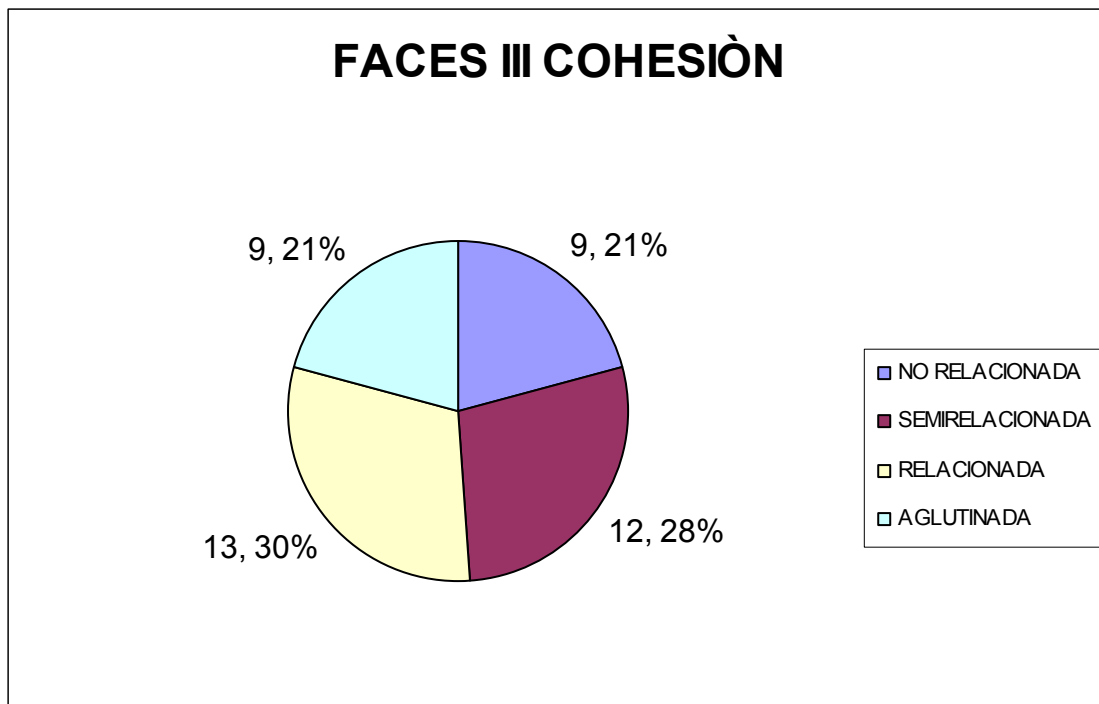
FUENTE: INSTRUMENTO DE EVALUACION FF SIL

Mediana = 6

Media = 10.5

Varianza = 125.66666666666667

Desviación Típica = 11.210114480533491



N = 43

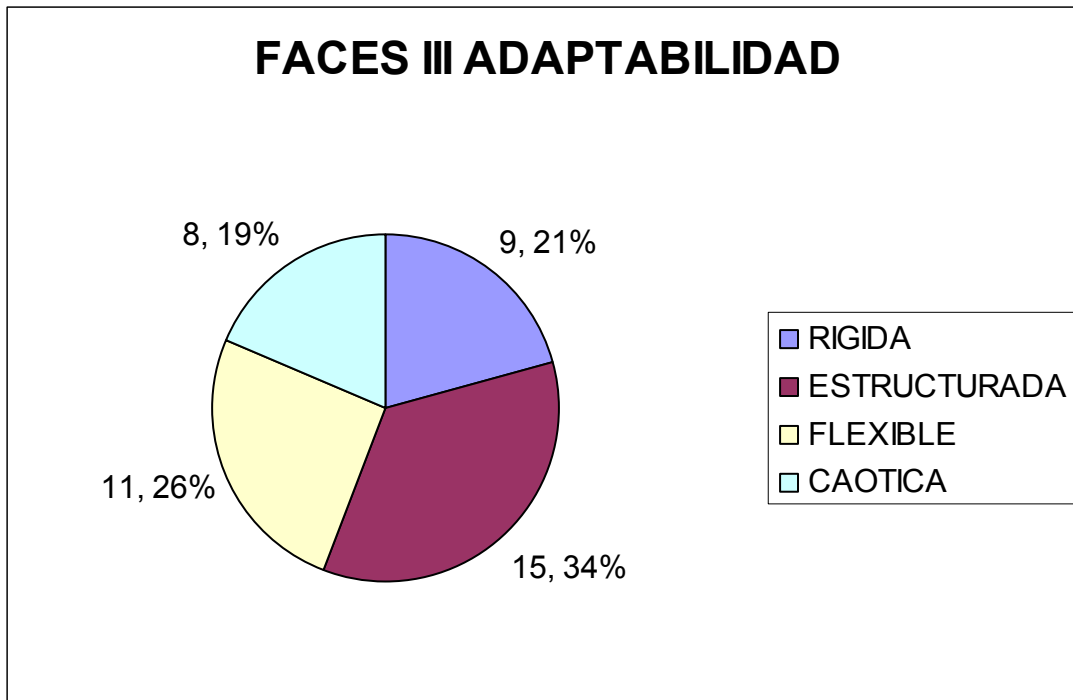
FUENTE: Instrumento de evaluación Fases III. Modelo de Olson.

Mediana = 10.5

Media = 10.75

Varianza = 4.25

Desviación Típica = 2.0615528128088303



N= 43.

FUENTE: Instrumento de evaluación Fases III. Modelo de Olson.

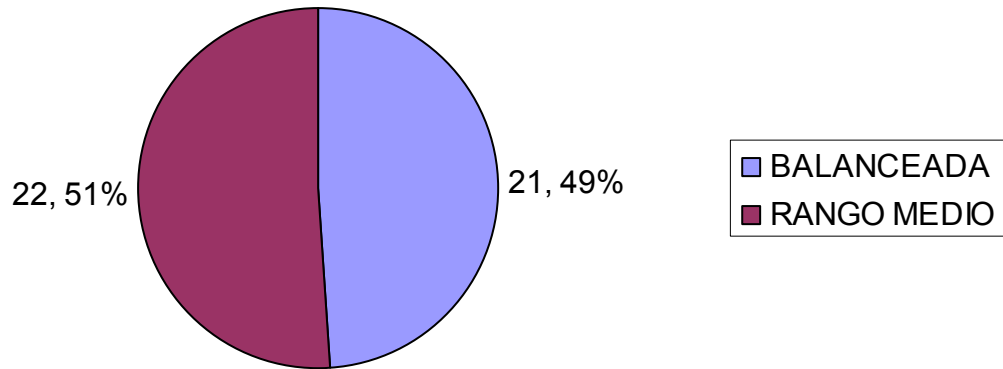
Mediana = 10

Media = 10.75

Varianza = 9.583333333333334

Desviación Típica = 3.095695936834452

FACES III MODELO CIRCUNFLEJO



N= 43

FUENTE: Instrumento de evaluación Fases III. Modelo de Olson.