

11226
2ej
200



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social

HEMIPLEJIA Y DINAMICA FAMILIAR

T E S I S

Para obtener el postgrado de la
Especialidad en Medicina Familiar

P r e s e n t a :

Leombardo Orduño Ayala



1984

**TESIS CON
FALLA FB ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción	1
Antecedentes Científicos	7
Planteamiento del problema	33
Hipótesis	34
Objetivos	35
Material y Métodos	36
Resultados	42
Conclusiones	61
Bibliografía	68

INTRODUCCION

El estudio de la Hemiplejía ha sido de grandes controver---
sias desde la antigüedad, la encontramos descrita en los papi--
ros egipcios; desde el año 650 a.C. en estos escritos se describe
como consecuencia de una fractura craneal con daño cere----
bral, dejando una Hemiplejía residual, dicho paciente se menciona
como aquel que: "camina arrastrando los pies", su mano muestra
contractura, "con sus uñas en la mitad de la palma", y un -
daño residual del III y VI pares craneales manifestado por el -
hecho de que su ojo hacia el otro, viendo de reojo. (9)

Hipócrates (460-337), también menciona este padecimiento en
una mujer la cual después de haber cursado con fiebre, se quedó
sin habla, paralizándose su lado izquierdo.

Paul de Aegina (625-690), parece haber sido el primero en -
utilizar el término Hemiplejía, el cual no fue escrito, aunque

la condición fue conocida y detallada.

Willis (1621-1675), fue el primero en reconocer que, la lesión en la región de la cápsula interna producía Hemiplejía.

El más significativo avance en la investigación de Hemiplejía viene con los estudios precisos del brillante Johann J. Wepfer (1620-1695).

Wepfer declaró que los pacientes obesos, hipertensos o con enfermedades cardiacas son los más propensos a sufrir apoplejía. Wepfer, reconoció que el cuadro de apoplejía se presenta con diversas variantes, y que el cerebro no puede ser privado de nutrimentos aunque sea por períodos cortos de tiempo, pues al suceder ésto puede sobrevenir una hemiplejía si un solo lado del cerebro es el involucrado. La naturaleza del ataque y su localización depende del grado de obstrucción arterial. Aunque Wepfer fue el primero en reconocer que la Hemiplejía es debida al daño cerebral; él no fue quien definió en su opinión - que la lesión era del lado opuesto. Como una regla Wepfer observó la lesión del mismo lado. (9)

Antonio María Valsalva (1666-1738), se le acredita por demostración que en la Hemiplejía, la lesión debe encontrarse en el lado opuesto del cerebro.

La demostración del mecanismo de parálisis del lado opuesto de la lesión en Hemiplejía fue descrita por Domenico Mistichelli (1675-1715). En su libro sobre apoplejía habla de la relación cruzada, con buen conocimiento y esfuerzo desarrolla su exposición de anatomía del cerebro.

La incidencia de aterosclerosis en los vasos sanguíneos, ha sido atribuida a de Vinci, pero Francois Bayle (1622-1709) fue el primero en relacionarlo con apoplejía.

Ludwin Türk (1810-1860), fue el primero en establecer el principio de que la dirección del tracto de degeneración corresponde a la dirección de conducción del nervio, basandose en conocimientos y estudios experimentales y observaciones patológicas en casos de hemiplejía y compresión de la médula espinal. Türk, dedujo que las lesiones en la cápsula interna producen de generación del tracto corticoespinal, demostrando que las fibras de paso, son directas en la cápsula interna y en el tercio medio del pedúnculo cerebral. (9)

Robert Bentley, es recordado por su descripción de hemiplejía, post-epiléptica. (1855)

John M. Jackson (1834-1911), se ocupó fundamentalmente del estudio del fenómeno de Hemiplejía, incluyendo su desarrollo y

y recuperación de los desórdenes del lenguaje y desórdenes mentales.

Para una más exacta investigación anatómica de casos de Hemiplejía, Charcot (1825-1893) encontró el lugar, donde el total de la masa de fibras para centros individuales motores, en la corteza, convergen por debajo para unirse en bulto circunscrito en la cápsula interna. Cuando se juntan en un foco pequeño no enfermo, no más grande que una fresa, pueden causar parálisis completa de la mitad opuesta del cuerpo. Agregando que la parálisis motora contralateral, tiene una combinación con anestesia, siempre que la lesión no se extienda más atrás de la parte posterior de la cápsula interna.

En 1881 en el Congreso Internacional de Medicina en Londres, Pierren, demostró en monos, en uno de los cuales él había destruido el área motora de un lado, y el animal cursó con hemiplejía. (9)

Sherrington en sus estudios publicados en 1906 (The integrative action of the nervous system), estos trabajos son definidos como la verdadera fundación de la neurofisiología moderna. Él demostró en estos trabajos que los movimientos finos de los dígitos, tienen una gran área de representación en comparación de las articulaciones proximales. Fulton afirma que esas obser-

vaciones son aplicables al cuadro de hemiplejía en el hombre, ya que la recuperación de la función motora se efectúa de lo proximal hacia lo distal.

Las lesiones de la protuberancia pueden producir parálisis facial ipsilateral y desviación contralateral de la lengua y hemiplejía, ésto fue descrito en 1906 por Brissaud y Sicard.

El típico cuadro de vértigo, disfagia, disartría, parálisis facial ipsilateral, ataxia de extremidades y contracción pupilar con disminución de la sensibilidad contralateral para la discriminación de la temperatura y el dolor. Variaciones de este cuadro fueron descritas por Babinsky y Magoette (1902) en la cual la hemiparesia es agregada. (9)

Los diversos desordenes cerebrales que aparecen en muchos textos de neurología en años anteriores, no son tan claramente como lo hicieron: Big (1909-1913), Lejerine (1914), Jelleffe y White (1915), y por Claude y Levy (1922).

Adrian E.D. (1932) publicó en Pensilvania. The Mechanism of Nervus Action, donde describe los procesos neurofisiológicos de la hemiplejía. (17)

Mc. Ilwain H. (1962), en su estudio: "Chemical Exploration

of the Brain", publicado en nueva York, relaciona el comportamiento del tejido cerebral y la respuesta metabólica de los mismos, en nemiplejía. (17)

Konors K.L. (1968), en su estudio "Integrative activity of the brain", publicado por la universidad de Chicago, demostró los principios de Sherrington. (17)

J.P. Mohr. (1977), la nemiplejía es el signo clásico de enfermedad vascular, que ocurre con lesiones extensas de cualquier hemisferio cerebral, pero también puede observarse en lesiones del tallo encefálico. (14)

Lishman W.A. (1979), afirmó que la mayoría de parálisis aparece permanente como incidente en el progreso de los desordenes vasculares generalizados. (13)

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El Accidente Cerebrovascular, continua siendo un problema de salud en el mundo, en México, no contamos con estadísticas del total de casos que ocurren anualmente, pero se estima que es la octava causa de defunción, dentro de los padecimientos, que causan el total de mortalidad al año. En Estados Unidos de América, se detectan un total de 500,000 casos anualmente de los cuales un 40% son fatales, los 300,000 sobrevivientes se suman a los 2,000,000 de sobrevivientes de años anteriores y en forma global hacen un problema para sus familias y médicos quienes son los que efectúan su rehabilitación, tanto física como psicológica. (5,6, 13).

La etiología del Accidente Cerebrovascular es diversa. El proceso patológico causal generalmente es por cualquier anomalía de la pared vascular, una oclusión por trombo o émbolo, rotura de un vaso, riesgo cerebral insuficiente por caída de la presión arterial, cambios del calibre de la luz, alteraciones en la permeabilidad de la pared del vaso, o aumento de la viscosidad de la sangre o cualquier otra cualidad de la misma. (13, 14,).

Los factores de riesgo que influyen como desencadenantes de ésta patología son; hipertensión sistólica, cardiopatía reu-

mática, diabetes, obesidad, colesterol elevado, hipertiroidismo y tabaquismo. El invierno es la estación en que se ha observado una mayor incidencia. Se ha observado también que éstas patologías, son más frecuentes al principio de la semana, probablemente debido al gran stress en que viven los pacientes susceptibles. La gran prevalencia de desordenes neurológicos ocurren más frecuentemente en el anciano, ya que éste sufre diversas variantes fisiológicas y una mayor frecuencia de enfermedades que se asocian con la edad avanzada. (5, 13).

En cuanto a la fisiopatología, debemos considerar el verdadero estado de la luz arterial durante el periodo en que se produce el ataque varia en cada caso, y el aspecto de los cambios anatomopatológicos todavía no se conoce por completo. Es probable que en el momento en que se producen los ataques prodrómicos de isquemia transitoria, la aterosclerosis y la trombosis concomitante solo ocluyan en forma incompleta la arteria afectada; el flujo sanguíneo por razones que todavía no se comprenden es intermitente en el territorio distal a la estenosis, o bien el vaso principal está totalmente ocluido, mientras hay estenosis de los vasos que efectuen el flujo colateral. Durante el tiempo en el que el transtorno neurológico persiste y sigue -- progresando, en la mayoría de los casos que indican que el trombo o émbolo formados han seguido progresando hasta bloquear por completo el vaso principal. Cuando el ataque se ha establecido

por completo, la oclusión total es la regla.(5,13).

En la mayor parte de los casos de la embolia cerebral, el émbolo es un fragmento que se ha desprendido del coágulo formado en una trombosis distante, generalmente el corazón. El émbolo casi siempre se aloja en la bifurcación o en otro lugar donde el vaso es estrecho y en seguida se produce el infarto isquémico. Debido a la rapidez con que el émbolo produce la oclusión, generalmente no hay tiempo para que se establezca la circulación colateral. Por ello no es frecuente observar, como ocurre en la trombosis que la zona distal es la zona de la oclusión, resulte poco afectada. Sin embargo todos los factores que modifican la isquemia se suman a la trombosis, por lo que influyen en las dimensiones, forma y gravedad del infarto. (5 , 14)

En los accidentes vasculares cerebrales del tipo embolia y trombosis el territorio de la arteria cerebral media es el más afectado. Cuando la oclusión se localiza en el tronco, se bloquea la desembocadura de los vasos perforantes, así como el paso de la sangre a los vasos superficiales o bien cualquiera de sus ramas principales también pueden lesionarse. El cuadro clásico de infarto total, superficial y profundo de la arteria cerebral media se caracteriza por Hemiplejía contralateral, hemianestesia y hemianopsia homónima. Si el hemisferio dominante es tá afectado no hay trastornos del lenguaje, pero sobreviene --

además apractognosia, trastorno característico del síndrome de éste hemisferio y que se complica con el cuadro clínico.(5,6,13)

Cuando el sistema carotideo está afectado, predominan los signos unilaterales: hemiplejía, hemihipoestesia, hemianopsia, afasia y agnosia. En la enfermedad también es posible encontrar Hemiplejía, pero es más frecuente que se encuentren signos bilaterales que pueden ser motores, sensitivos o de ambos tipos, -- combinados con algun trastorno de los nervios craneales, cerebelo u otras estructuras localizadas en el tronco cerebral o relacionadas con él. En la oclusión sintomática de la arteria carotida interna, el cuadro suele ser semejante al de oclusión de la arteria cerebral media, con Hemiplejía contralateral y hemihipoestesia, así como afasia cuando el hemisferio afectado es el dominante. El tronco basilar resulta de la unión de las arterias vertebrales a nivel del surco bulboprotuberancial. Irrigan el cerebelo y la protuberancia. La oclusión del primero da un coma -- tetrapléjico con parálisis pseudobulbal y miosis bilateral intensa y fija. La muerte es rápida. La obstrucción unilateral de las ramas paramediales son causa de Hemiplejías alternas protuberanciales. (5, 6, 14)

El diagnóstico de Hemiplejía generalmente se hace por el cuadro clínico, el laboratorio en estos casos es de poca ayuda, el electroencefalograma tiene utilidad todavía más limitada para

ayudar a localizar el infarto o diferenciarlo de hemorragia o -- enfermedades no vasculares. En los pacientes con oclusión vascular cerebral no es aconsejable el neumocencefalograma como prueba diagnóstica de laboratorio, pues hay peligro de precipitar un emperoramiento del síndrome neurológico, posiblemente del estado -- hipotensivo que produce la introducción de aire. La arteriogra-- fia brinda datos esenciales, pero no deja de ser peligrosa en los pacientes cuyos vasos estan estrechos por la aterosclerosis ya que puede provocarse que el infarto se haga más intenso. Actualmente la tomografía axial computarizada es utilizada como método diagnóstico más efectivo y sus efectos secundarios son mínimos (13, 14, 11)

El enfoque básico y más acertado de tratamiento en el Accidente cerebrovascular es la prevención; ya que el paciente anciano no tiene signos y sintomas premonitorios, que generalmente se -- traducen como ataques transitorios de isquemia cerebral que estan representados por episodios de parestesias, vértigo, caídas frecuentes y otros problemas neurologicos (13)

El tratamiento del estado agudo del accidente cerebrovascular. Existen nuevas técnicas que aún se encuentran en investigación; incluyen la hemodilución, el uso de oxígeno hiperbárico y otras como el neón, xenon y positron radiactivos que se están -- utilizando por flujo sanguíneo cerebral controlados con Tomogra-

fía Axial computarizada, estos dan una mayor esperanza en tratamiento de fase aguda. (13, 6)

El tratamiento del Accidente cerebrovascular tiene dos objetivos principales: 1) limitar el daño cerebral, 2) restaurar la función. (11)

En cuanto a la limitación del daño cerebral, se efectua tratando de restablecer la circulación y detención del proceso patológico, mediante medicamentos anticoagulantes, vasodilatadores, control de la presión sanguínea y prevención de complicaciones secundarias.

La restauración de la función se efectua mediante medidas de rehabilitación la cual debe iniciarse en el hospital, tan pronto como el paciente se recupere de la fase aguda, para despues dirigirlo a un centro de rehabilitación lo más pronto posible.

La rehabilitación física de todo Hemipléjico debe seguir -- los siguientes principios: El programa de rehabilitación debe -- ser determinado para cada paciente, despues de la evaluación inicial completa. El tratamiento y la duración hospitalaria deben ser basados en la severidad de los deficits neurologicos y enfermedades asociadas. Paciente y familia deberan ser educados acerca de los programas de rehabilitación . Los miembros de la fami-

lia deben de participar en las sesiones de terapia, aprender acerca de los progresos de paciente y las técnicas adecuadas de escalas de movimientos de ejercicios. (1, 2, 3,6, 18)

El médico familiar debe determinar la armonización por la futura rehabilitación,debiendo conocer cuando tratar independientemente al paciente y cuando referirlo a especialistas en rehabilitación (6).

El éxito de la rehabilitación prolongada, se correlaciona grandemente con las prevención de las complicaciones. El tratamiento debe estar encausado a la prevención de los efectos adversos de la inmovilización, así como los deficits causados por la hemiplejía, debiendo incrementar al máximo las habilidades remanentes del paciente, incluyendo la institución temprana de medidas específicas, para reducir la incidencia de las complicaciones. (5,6).

Efectos psicológicos de la invalidez.

El estar enfermo, inválido o incapacitado implica el desempeñar un papel especial con otras personas, así como esperar -- que otros desempeñen papeles adecuados hacia una persona enferma. Esto por lo general implica el esperar ser cuidado, liberado de responsabilidades y consentido. En ocasiones es necesario desempeñar el papel de enfermo, como en etapas iniciales de la invalidez, pero puede causar problemas dentro de una familia si ésto se prolonga demasiado o más allá de lo necesario. (16)

La reacción hacia la invalidez adquirida durante la edad adulta, no guarda proporción con la severidad objetiva de la misma. Una invalidez comparativamente leve puede causar una severa reacción emocional, y una invalidez mucho más severa, una reacción mucho menor. Los factores causales en el grado de reacción, parecen ser lo que la invalidez adquirida significa para la persona en términos de su estilo de vida, su trabajo y sus intereses. La deformidad física, resulta más difícil de aceptar por una persona que siempre se ha preocupado por su aspecto, -- que por alguien para quien éste es menos importante.

Se han apreciado una serie de reacciones identificables en las personas que adquieren una incapacidad, todas las cuales son normales y naturales hasta cierto grado, pero pueden causar

problemas si son excesivas o duran demasiado. Puede ocurrir la negación, el rechazo ha aceptar que algo anda mal; ésto se considera como una forma individual, para la protección inconciente contra un trauma demasiado súbito, y se ha notado en particular en casos en que la invalidez ha sido adquirida bruscamente.

La ansiedad y la depresión ocurren frecuentemente como --- reacciones hacia la pérdida del anterior yo, y de algunas otras habilidades previas. Se cree que otras reacciones también ocurren por lo general -principalmente a nivel inconciente, sin que la persona se de cuenta cabal de lo que está sucediendo- y son la regresión, cuando la persona se comporta como alguien más jó ven, volviéndose quizá demasiado dependiente; aumento del ego--centrismo, cuando se vuelve exigente e intolerante respecto a - las necesidades de los demás en el momento en que éstas entran en conflicto con las suyas; alejamiento del contacto con otras personas; incremento de la fantasía, nuevamente como un escape para encarar la realidad de la incapacidad; proyección, cuando sus sentimientos de inadecuación se reflejan en otros y se invierten de modo que el individuo cree que otros lo consideran a él como inadecuado. Ninguna de éstas reacciones es inevitable y no es fácil que una persona las presente todas. Sin embargo, es común que se aprecie cierto grado de algunas de ellas.

Las etapas de crisis se vuelven más difíciles para la per-

sona inválida, debido a las dificultades para saber qué es lo que se puede esperar y la imposibilidad de poder predecir. La mayoría de las personas normales se desarrollan teniendo claras expectativas basadas en lo que sucede a la mayoría de las personas a quienes conocen. Pueden formular normas sobre la base de lo que las personas promedio a su alrededor hacen y pueden, así mismo, planear sus carreras. Los inválidos tienen escasas o ningunas normas para guiarse.

El inválido se da cuenta de que es un miembro de la sociedad, pero diferente de la mayoría de los demás. Por lo tanto, con frecuencia se siente inseguro de adónde pertenece. La afiliación de un grupo se ve claramente afectada por la severidad de la invalidez y se ha sugerido que los incapacitados en alto grado experimentan menos stress en este aspecto, ya que siendo inválidos en forma tan evidente, tienen menos oportunidades de elección.

Muchas incapacidades implican una pérdida de privacidad, especialmente cuando la incapacidad física es grave. Las funciones que la mayoría de las personas consideran privadas requieren ayuda (ir al baño, lavarse, bañarse etc.). La privacidad tiende a -- ser considerada también centro de las áreas de la información personal, y el problema para informar sobre uno mismo resulta -- más agudo para el inválido.

No todos los efectos de la invalidez son inaseables. La incapacidad afecta a las personas de manera distinta; algunas se deprimen, mientras que para otras constituye un factor motivante y un reto. Algunas personas inválidas expresan la opinión de que a causa de su incapacidad han aprendido a ser más comprensivas y tolerantes. Otras reaccionan dominando actividades que parecerían casi imposible y realmente difíciles incluso para el sujeto normal.

En los adultos se han observado diversas reacciones emocionales cuando los distintos individuos se enfrentan a la necesidad de vivir con su incapacidad.

Cuando consideramos el impacto de las personas inválidas sobre su ambiente, necesitamos apreciar como se ajusta el inválido a su ambiente, si el medio lo rechaza o si le causa desdicha con actitudes negativas.

Se han hecho muchas observaciones sobre las interacciones sociales de las personas inválidas y las normales. En las interacciones de menor éxito, la persona inválida comúnmente siente que está siendo tratada como si su invalidez fuera total y resulta incapaz de cualquier respuesta en absoluto.

La investigación ha demostrado que las interacciones con -

el inválido, las personas normales adoptan una conducta estereotipada, ya que tienden a repetir ciertos patrones fijos de acción y respuesta, y a usar las mismas frases. Se vuelven mucho más inhibidos y excesivamente controlados, que en sus interacciones con otras personas normales. Esta inhibición se relaciona con una necesidad sentida por el sujeto normal, de considerar cuidadosamente cada tema de conversación antes de iniciarlo en caso de que el tópico constituyera una falta de tacto o pudiera lastimar al lisiado. Puede pensar que debe evitar hacer referencia a actividades en las que el inválido no puede participar.

Se ha encontrado también que el sujeto normal tiende a terminar las conversaciones con el inválido con mayor rapidez que como lo haría con otra persona, ya que encuentra esta actividad más estresante.

El trabajo sobre las actitudes hacia el inválido sugiere que ni la información por sí sola, ni el contacto con el inválido bastan por sí mismos para cambiar actitudes, pero que el efecto combinados de ambos tiene un impacto favorable.

De manera similar, el proporcionar información sobre la invalidez a través de libros, películas, televisión y conferencias aumenta la información de una persona acerca de los inválidos.

dos, pero no se ha demostrado que afecte su actitud en forma --
útil.

Realmente existe el prejuicio hacia el inválido, pero a juzgar por las tendencias actuales hay cierta esperanza de que disminuirá en el futuro. El aumento de instalaciones y de atención de la comunidad, significa que es mayor el número de personas que tienen contacto con inválidos en la vida diaria.

Cuando el cerebro participa en la invalidez, es también posible que haya algunas dificultades de la percepción visual por lo cual entendemos, que los ojos están viendo correctamente pero el cerebro no es capaz de hacer la contribución normal de organizar la información captada por ellos. Muchas personas con parálisis cerebral o con disfunción cerebral tienen éstos problemas, que con frecuencia resulta difíciles de descubrir, pero que pueden tener un profundo efecto. Por ejemplo la persona --- afectada puede tener dificultad para poner atención al objeto deseado si hay demasiadas distracciones visuales, puede, pongamos por caso, resultarle difícil coger cuchillo y tenedor de una mesa muy sobrecargada, o encontrar un libro en un escritorio -- lleno de cosas. Se ha señalado que éste no es un estado de lo que comunmente llamamos "falta de atención", sino que se debe al atender demasiadas cosas al mismo tiempo o a las cosas que son indebidas. La persona afectada puede dejar de notar algo --

importante por un fracaso en la exploración visual de su ambiente y llegar a ocurrir accidentes al caer o al golpearse contra algo que no ve. Los problemas de percepción visual probablemente guarden relación con la actividad desmañada que con frecuencia acompaña a la lesión cerebral.

Las discusiones de grupo y las reuniones regulares para los familiares de personas inválidas se están efectuando cada vez más. Muy pocas de ellas han sido evaluadas en detalle y no se sabe mucho en lo que acontece a las actitudes y sentimientos en el curso de éstas discusiones, pero casi siempre se les consideran benéficas. Se les puede utilizar para proporcionar información como un foro para las soluciones de problemas y ayuda mutua, que contribuye a que los participantes sientan que no se encuentran solos para hacer frente a los problemas y originan grupos de presión para tratar de lograr una mejoría en los servicios e instalaciones.

La mayoría de los estudios en que se ha preguntado tanto a los inválidos como a sus familiares; acerca de la información recibida, resulta notable que con frecuencia, digan que la información no fué suficiente. Esto puede reflejar parcialmente el hecho de que muchas de las preguntas no tienen todavía respuesta; a menudo no es posible decir que causó la invalidez.

Un enfoque de tratamiento de la conducta perturbada, como alternativa a los métodos terapéuticos directos, es cambiar el ambiente de la persona perturbada. Este método es más apropiado para utilizarse con la persona gravemente incapacitada que es - menos factible que se beneficie con la psicoterapia. El cambio ambiental puede comprender un cambio de sitio de trabajo, una salida del hogar para pasar un periodo en el hospital, o el cambio a otra sala del hospital. El concepto de terapia ambiental, abarca todos los intentos hechos dentro de una institución hospitalaria, para hacer que el ambiente conduzca a un ajuste de la conducta y el máximo desarrollo del paciente.

Las tendencias actuales subyacentes en la atención en instituciones, ya sea un hospital o una pensión, son proporcionarle al individuo inválido, una vida lo más normal posible.

El mismo propósito se encuentra subyacente en todo el campo de la psicología de la invalidez; ver hasta donde es posible, - pugnar por la normalidad de la persona inválida y como podemos darle lo que tiene la mayoría de las personas.

Tratamos de descubrir que habilidades y logros necesita, cuál es la mejor forma de enseñárselos y como podemos ayudarlo a adaptarse en la forma más normal posible a su ambiente. Pugnamos por descubrir su miedo, las facilidades que se le proporcio

nan, la familia en la que vive y las actitudes que lo rodean le llegan a afectar, y como pueden ser cambiadas para aumentar sus oportunidades de normalidad.

El pugnar por la normalidad no significa que las limitaciones impuestas por la invalidez deban ser ignoradas, sino que deben aceptarse como punto de partida, siendo la normalidad, incluso si sentimos que nunca puede ser lograda, un principio para indicar la dirección. (16)

La familia como unidad y sistema.

Para la mayor parte de los seres humanos, la familia constituye el sistema más importante para el desarrollo psicológico individual, la interacción emocional y el desarrollo del autoestima. Para una gran mayoría, la familia es el grupo en el que se experimentan los más intensos amores y odios y en el que se obtienen las más profundas satisfacciones y las más dolorosas --- frustraciones. (10)

Como sistema, las características de la unidad familiar -- son más que la mera suma de sus partes. El conocer sus elementos individuales, no es lo mismo que entenderla como sistema o entidad. Como tal tiene un proceso de evolución semejante al de cualquier organismo vital. Podríamos decir que tiene su propio ciclo vital.

Las necesidades de cada uno de los miembros de este grupo primario, dependen de sus estadios de evolución y la unidad familiar es extraordinariamente sensible a éstos y al medio ambiente en que se vive. En esta forma podemos entender que la capacidad de adaptación dinámica a que está sujeta la familia, -- los valores fundamentales que entran en juego y lo hacen posible son; la razón, el amor, la solidaridad, el respeto, el interés y el conocimiento; para la satisfacción de sus necesidades

físicas es precisa la dotación de alimentos, protección, bienes materiales e información: pero más allá para satisfacer las necesidades específicamente humanas es fundamental la capacidad de comunicación verbal y no verbal de los miembros de la familia para lograr el interjuego de valores.

Como unidad de supervivencia, la familia tiene las siguientes metas y funciones específicas para el desarrollo de sus integrantes:

- a) Cuidar de los niños, asegurando su subsistencia a través de la satisfacción de necesidades de abrigo, alimento y protección física.
- b) Promover lazos de afecto y de unión social, que son la matriz de la capacidad de relación con otros seres humanos.
- c) Facilitar el desarrollo de identidad personal, ligada a la identidad familiar y a la identidad de grupo social, lo que permite establecer integridad y fuerza física para enfrentar nuevas experiencias y situaciones externas.
- d) Satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias y así, al mismo tiempo, fomentar la libre relación de sus miembros y permitir la individuación a través del respeto y el reconocimiento de cada uno de los integrantes.
- e) Dar oportunidad para que los miembros se adiestren en las tareas de participación social e integración de los roles sociales.

- f) Promover el desarrollo, el aprendizaje y la realización creativa de los miembros en forma individualizada.
- g) Mantener la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad. (4,10)

Así como el individuo puede desarrollar o no sus potencialidades, la familia puede cumplir o no sus funciones; de hacerlo facilitará el desarrollo sano de sus integrantes, pero de no ser así va a interferir con él, desviarlo, o a dañar directamente a sus miembros. En todo proceso en el que hay expectativas - por cumplir, se falla por acción o por omisión. Así la familia puede alcanzar satisfactoriamente o no las metas que corresponden e incluso actuar en contra de ellas. Esto depende en principio de sus miembros, de su capacidad de haber desarrollado sus potencialidades humanas de razón, de amor, de solidaridad, de interés, o sus dificultades en lograrlo, de su capacidad de establecer una relación sana y productiva entre ellos o de su incapacidad para lograrlo.

La familia es una unidad de intercambio emocional y los valores en juego que radican en la dualidad amor-odio, fluyen en todas direcciones en constante interacción, primero los padres se dan entre sí y luego a los hijos. En este proceso de intercambio, a través de actitudes emocionales y acciones, cada uno de los miembros de la familia expresa:

- a) Cuales son sus necesidades emocionales básicas.
- b) Como intenta satisfacerlas.
- c) Que está dispuesto a dar.
- d) Que hace si no obtiene lo quiere, y
- e) Como responde a las necesidades de los otros.

Este proceso circular, permanente y dinámico, está dirigido inicialmente por los padres, pero posteriormente uno de los hijos puede ser el rector del mismo. En caso óptimo la interacción es satisfactoria y existe una atmósfera general de solidaridad y afecto, pero ante conflictos y frustraciones importantes, surgen la hostilidad y el resentimiento.

La presencia de conflicto puede provocar una situación de tensión y un ambiente hostil que de no resolverse amenazará la integridad y la unidad familiar.

Entender a la familia como entidad funcional, como sistema intermediario entre la sociedad y el individuo e interactuante con ambos sistemas, significa un enfoque o modelo conceptual -- complementario para la mejor comprensión de los problemas del ser humano. En este sentido podemos decir, que el enfoque familiar puede ser aplicado en todos los problemas de salud, para lograr una comprensión más amplia y completa tanto del problema como de los recursos y las posibilidades de abordaje o apoyo --

que podrían utilizarse para el manejo aún individual de ese caso

Para comprender mejor a las familias pueden ser consideradas en técnicas de estructura y función. A la pareja y a los hijos se les conoce con frecuencia como familia nuclear; si se incluyen a los padres de la pareja entonces se trata de familia extensa, y cuando además de estos se encuentran tíos, primos -- amigos, compadres etc... se le denomina; familia extensa compuesta. (4,10)

Los grupos pequeños tiene su propia dinámica que depende principalmente de las comunicaciones interpersonales. La familia es un tipo especial de grupo pequeño, uno que tiene potencialidades inherentes debido a factores comunes heredados o de desarrollo, nexos de afecto y expectativas sociales que debe manejar en ciertas formas. (7)

Algunos atributos físicos, psicológicos están influidos genéticamente, de modo que los miembros de la familia tienen con frecuencia atributos similares. El vivir en la misma casa, compartir actividades sociales, tener escolaridad similar y experimentar los mismos éxitos y fracasos da a los miembros de la familia un trasfondo común dentro del cual pueden desarrollarse comodamente. Las familias también desarrollan sus propias disciplinas, sexualidad, comunicación, privacidad etc. La familia da a

sus miembros una sensación de pertenencia, lo mismo que de afecto, compañía y seguridad.

La familia desempeña cinco funciones básicas; socialización, cuidado, afecto, reproducción y status. La socialización significa el desarrollo de habilidades sociales, incluyendo relaciones interpersonales. Comprende el aprender como manejarse con otras personas, tanto en el mismo grupo de edad, como con otras generaciones. El cuidado implica proporcionar refugio, cordialidad, alimento y protección. El afecto es el proporcionar amor, cariño y preocupación. La reproducción implica relaciones sexuales con anticoncepción o sin ella. El status significa factores socioeconómicos educacionales, pero también la simple legitimidad proporcionada por el matrimonio de los progenitores. (4,7)

La comunicación en la familia

En toda comunicación básicamente hay un emisor (E), un mensaje (M) y un receptor (R). Cuando se efectúa la comunicación E-M-R, pueden presentarse problemas en cualquier parte del sistema. Por ejemplo el emisor puede no entregar el mensaje en forma clara, el mensaje en sí puede ser ambiguo o el receptor puede parecer oír pero no se encuentra realmente escuchando. (4)

Como un tipo especial de grupo pequeño, la familia puede -

evaluarse de acuerdo a sus patrones de comunicación. Existen -- tres niveles básicos de comunicación dentro de la familia;

1.- El primer nivel describe que se está comunicando. El que -- puede ser sentimientos o información. Si se relaciona con los -- sentimientos, se le denomina comunicación afectiva. Si se rela- ciona con el cumplir las habituales tareas del vivir, pasando -- información ó efectuando labores mecánicas, se llama comunica- ción instrumental.

2.- El segundo nivel de comunicación se refiere a que la entrea- ga del mensaje sea clara, evidente o poco clara o enmascarada, ambigua y confusa.

3.- El tercer nivel de comunicación se relaciona con el recep- tor del mensaje. La comunicación directa apunta claramente al -- receptor a quien va dirigida. La comunicación desplazada puede apuntar a algun otro individuo y no a la persona hacia quien es ta orientada.

Cuanuo la función de una familia falla, la comunicación -- afectiva es la primera que se ve afectada. Cuando la comunica- ción instrumental también se rompe, la familia también se encuen tra probablemente en serios problemas: es más factible que se -- presenten comunicaciones enmascaradas y desplazadas en la medida en que las familias sufren mayor perturbación en su función.

La familia y el stress

Los individuos que se enfrentan a un stress pueden hechar mano de muchos recursos, algunos de los cuales se encuentran dentro de sí mismos, para la mayoría la segunda línea de recursos es proporcionada por la familia. El enfrentarse al stress depende del ser capaz de contrarrestar los factores stresantes con recursos adecuados; personales, familiares o externos.(4)

Todo mundo se enfrenta en forma constante a un stress. Cuando el grado de stress sufrido excede a la capacidad del individuo para poder manejarlo, la función sufre. El desajuste resultante puede presentarse como social, psicológico o físico, pero es muy probable que se produzca un quebranto de la salud. El médico debe conocer los factores stresantes que actúan sobre el paciente y la familia, así como sus capacidades para hacerles frente.

Puede presentarse una crisis cuando el stress se acumula gradualmente, hasta el punto más allá del cual el individuo o la familia, pueden reunir recursos adecuados. (4,10)

Se produce una crisis aguda cuando un stress brusco sobrepasa los recursos disponibles de inmediato, aún cuando puedan conseguirse posteriores recursos, si se dispone de suficiente

tiempo.

Dentro de la familia las crisis pueden clasificarse en cuatro grupos: 1) cambios en la posición social, 2) abandono, 3) - adicción, y 4) desmoralización.

Las crisis que implican cambios en el status incluyen el empobrecimiento súbito, el desempleo prolongado, las riquezas o fomas súbitas y los desclasamientos sociales. Las crisis de abandono comprenden la muerte de un hijo o conyuge, un abandono y el divorcio. Las crisis de adicción comprenden embarazos no deseados, adopción, llegada de un padrastro o hermanastro y la expansión del medio familiar cuando llegan miembros de la familia extensa o amigos. Las crisis de desmoralización incluyen adulterio, el alcoholismo, el abuso de drogas y la delincuencia.

Los médicos familiares son en sí mismos un recurso profesional del que puedan disponer las familias, y como tal han venido facilitando desde hace mucho tiempo el uso de otros recursos: enfermeras sanitarias de la comunidad, servicios de la comunidad y médicos consultantes.

Conociendo que recursos pueden aportar los pacientes y sus familias, para enfrentarse al stress, el médico dispone de otro elemento de información que puede integrarse en la conti-

nidad de la atención.

La familia se enfrenta a diversas etapas críticas: una de ellas es la enfermedad de un miembro. En cuanto a éste la familia tendrá alteraciones en su dinámica y tendrá una actitud determinada cuando exista la presencia de un miembro enfermo, tomando en cuenta el nivel socioeconómico-cultural, así como la integración familiar que exista, la actitud variará de acuerdo al miembro enfermo en que se trate. (4)

Siendo la hemiplejía un proceso secundario a un accidente vascular cerebral, y tomando en cuenta, que este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en ancianos, por lo que los miembros de la familia que cursan con esta enfermedad son generalmente; el padre o la madre. Cuando el padre es el enfermo siendo este el sostén de la familia, desde el punto de vista económico las repercusiones en la dinámica familiar, dependerán del nivel socioeconómico de ésta. Cuando es la madre; como ella guarda un rol más importante en el terreno social, ya que generalmente se encarga de la unión y de la afectividad, la dinámica familiar se verá afectada en estas áreas. (4,8,13)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En base a los estudios anteriormente expuestos, sabemos -- que un paciente hemipléjico cuenta con diversas deficiencias físicas, que lo hacen ser un inválido, y por lo tanto requiere de ayuda para satisfacer sus necesidades primarias. Para valorar el grado de invalidez en éste tipo de pacientes, necesitamos valorar cuantas de las demandas de su medio no logra satisfacer. Y el grado de invalidez dependerá del medio en que viva la persona, de su situación en el momento y de la actitud de su familia y la sociedad, hacia él. El individuo se verá afectado por la conducta de las personas que lo rodean, de su propensión a ayudarlo o rechazarlo. Así éste padecimiento causa problemas, ya sea al mismo paciente o aquellos con quien convive en su familia inmediata o en la comunidad. Por lo tanto su dinámica familiar se encuentra alterada, sin embargo desconocemos en su totalidad estas alteraciones, ya que los estudios respecto a éste problema son escasos, por lo que las orientaciones a la familia y al enfermo son limitadas y en muchos de los casos los desorientan aún más. Es por ésto que consideramos necesario investigar éstas alteraciones en sus diversas modalidades, para tener un mejor conocimiento del problema y así contar con bases para dar una orientación más adecuada a éstas familias y otras, las cuales se encuentren en situaciones similares.

HIPOTESIS

La Dinámica Familiar del paciente hemipléjico se ve alterada en el cuidado y afecto.

OBJETIVOS

- 1.- Estudiar la Dinámica Familiar en 50 familias con un pa
ciente Hemipléjico.
- 2.- Conocer el grado de alteración en el ámbito familiar
en cuanto a Cuidado y afecto del paciente Hemipléjico.
- 3.- Investigar en que forma se enfrenta la familia ante és
ta situación.
- 4.- Conocer la manera en que se maneja éste problema, tanto
por parte del paciente, como de sus familiares y la intervención
del Médico Familiar para la resolución del mismo.

MATERIAL Y METODOS

La presente investigación se realizó en 50 familias las cuales cuentan con un paciente hemipléjico, adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social, en el área que correspondiente al Hospital General de Zona Iztacalco, Pertenecientes a las Unidades de Medicina Familiar Número 21 y Número 10, en un lapso de tiempo de julio a noviembre de 1983.

Las familias fueron detectadas inicialmente en el Hospital mencionado, por haber tenido internados a sus pacientes, a los cuales se les diagnosticó Accidente Cerebrovascular y Hemiplejía secundaria.

Para el estudio de estas familias, se elaboró un cuestionario. La aplicación del mismo, se llevó a cabo durante el tiempo mencionado, para lo cual fué necesario, acudir al domicilio de los pacientes aunque una minoría se le estudio en el mismo Hospital.

A continuación presentamos el cuestionario y la descripción detallada del mismo.

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre _____

No. de afiliación _____

Lugar de nacimiento _____

Edad _____

Dirección _____

Ocupación _____

Escolaridad _____

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA:

Propia _____, Rentada _____, Otras _____

Construida de _____, No. de recamaras _____

Agua _____, Drenaje _____, Energia electrica _____

Hacinamiento _____, Promiscuidad _____

Condiciones ambientales _____

Alimentación _____

DATOS ECONOMICOS:

Ingreso mensual _____

Egresos mensuales; Alimentación _____

Vestido _____, Renta _____, Abonos _____

Diversiones _____, Ahorros _____

Transportes _____, Otros _____

ORGANIZACION FAMILIAR:

Número de miembros _____, Numero de hijos _____

Mayores de 12 años productivos _____, Mayores de

12 años improductivos _____, Analfabetas _____

Alcoholismo _____, Tabaquismo _____, Estructura --

familiar _____, Consolidación familiar _____

- 1.- ¿ Desde cuando está enfermo su paciente?
- 2.- ¿ Cómo notó que su paciente estaba enfermo?
- 3.- ¿ Donde se le proporcionó la primera atención?
- 4.- ¿ Sabe usted que enfermedad tiene su paciente?
- 5.- ¿ Quién se lo comunicó por vez primera?
- 6.- ¿ Cuanto tiempo ha estado internado su paciente?
- 7.- ¿ Cuantas consultas ha tenido con el Neurologo?
- 8.- ¿ Cuantas consultas ha tenido en rehabilitación física?
- 9.- ¿ Le ha dado algunas orientaciones su Médico familiar respecto a su paciente
Sí _____ No _____
Cuales: _____
- 10.- ¿ Quién ayuda a su paciente a vestirse y alimentarse?
- 11.- ¿ Quién le proporciona los ejercicios de rehabilitación?
- 12.- ¿ Quién lo ha llevado a consulta?
- 13.- ¿ Quién se ha quedado a su cuidado cuando ha estado hospitalizado?
- 14.- ¿ Cómo ha tomado la enfermedad de su paciente?
- 15.- ¿ Por qué?
- 16.- ¿ Considera que la enfermedad de su paciente es debido a "embrujo", "maldición", o " Castigo de dios"?
- 17.- ¿ Ha cambiado su vida desde que su paciente está enfermo?
- 18.- ¿ Por qué?
- 19.- ¿ Han cambiado sus relaciones entre usted y su paciente?
- 20.- ¿ Por qué?
- 21.- ¿ Tiene usted dificultades para dormir?

- 22.- ¿ Tiene usted dificultades para concentrarse?
- 23.- ¿ Tiene usted dolores de cabeza frecuentes?
- 24.- ¿ Quién de su familia, considera usted que requiere más atención?
- 25.- ¿ Trata igual a su paciente que a los demás?
- 26.- ¿ De quién ha recibido más apoyo desde que su paciente - está enfermo?
- 27.- ¿ Colabora con usted su paciente?
- 28.- ¿ Considera usted que su paciente estaría mejor hospitalizado que en su casa?
- 29.- ¿ Por qué?
- 30.- ¿ De quién considera que es responsabilidad la enfermedad de su paciente?
- Suyo _____, Esposo(a) _____, Hermanos _____, Hijos _____
- 31.- ¿ Por qué?
- 32.- ¿ Con quién discute los problemas de la familia?
- esposo(a) _____, Hermanos _____, Hijos _____
- 33.- ¿ Por qué?
- 34.- ¿ Era igual antes que su paciente enfermara?
- 35.- ¿ Por qué?
- 36.- ¿ Tomaba usted bebidas alcoholicas antes que su paciente enfermara?
- 37.- ¿ Por qué?
- 38.- ¿ Actualmente ha disminuido o aumentado la bebida?
- 39.- Por qué?
- 40.- ¿ Ha tenido usted problemas en su trabajo?
- Sí _____, No _____, Cuales _____

La parte inicial del cuestionario es con el fin de obtener los datos generales del paciente, las condiciones de la vivienda, los aspectos económicos y la organización familiar.

La serie de preguntas se efectuaron para investigar la Dinámica familiar y cuales son las repercusiones; tanto en el paciente como en la familia misma. Estas preguntas se detallan a continuación:

Las preguntas de la 1 a la 8 investigan el interés que tiene el familiar en cuanto al padecimiento de su enfermo.

La pregunta 9, investiga la intervención del Médico familiar en la terapéutica de estos pacientes.

Las preguntas de la 10 a la 13, se elaboraron para investigar quienes son los familiares que ayudan y se encuentran más estrechamente relacionados con el paciente (fase de cuidado).

Las preguntas de la 14 a la 23, investigan las repercusiones del paciente en sus familiares (Etapa de Crisis).

La pregunta 16, se empleó para conocer la consideración del familiar, en cuanto a la enfermedad, en base a sus creencias, costumbres y religiones.

Las preguntas de la 24 a la 31 investigan la importancia del paciente dentro del ámbito familiar (fases de cuidado y afecto).

Las preguntas de la 32 a la 40 se emplearon para conocer el grado de alteración de la Dinámica Familiar.

RESULTADOS

En el presente estudio se encontró que la edad de los pacientes, fluctuó entre los 36 y 102 años de edad, encontrando una mayor incidencia de Hemiplejía en el grupo de 66 años de edad en adelante, cabe mencionar también la importante incidencia de este padecimiento en adultos maduros de 36 a 65 años de edad, considerados en edad productiva, de los cuales fueron 22 (44%) del total de pacientes estudiados (cuadro 1, y figura 1.).

En cuanto al sexo, la mayor frecuencia se encontró en el femenino, 28 casos (56%), de los 50 pacientes investigados. (cuadro 1, figura 2).

De los 50 pacientes estudiados, se encontró que 29 son originarios del Distrito Federal y 21 eran originarios de otros estados, generalmente cercanos al Distrito Federal. (cuadro 2)

Del total de pacientes estudiados, 16 de ellos contaban con empleo, hasta el momento de la enfermedad, la mayoría como obreros y todos del sexo masculino, de los 34 restantes, 8 del sexo masculino y 26 del femenino, 32 se encontraban desempleados o se dedicaban a trabajos no clasificados, y solo 2 de ellos se encontraban pensionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (cuadro 3).

Grupos por edad	Másculinos	Femeninos	número de pacientes
36 a 45 años	1	3	4
46 a 55 años	4	1	5
56 a 65 años	9	4	13
66 y más años	9	19	28
Total	23	27	50

Cuadro 1 .- Distribución de pacientes estudiados,
por grupo de edad y sexo.

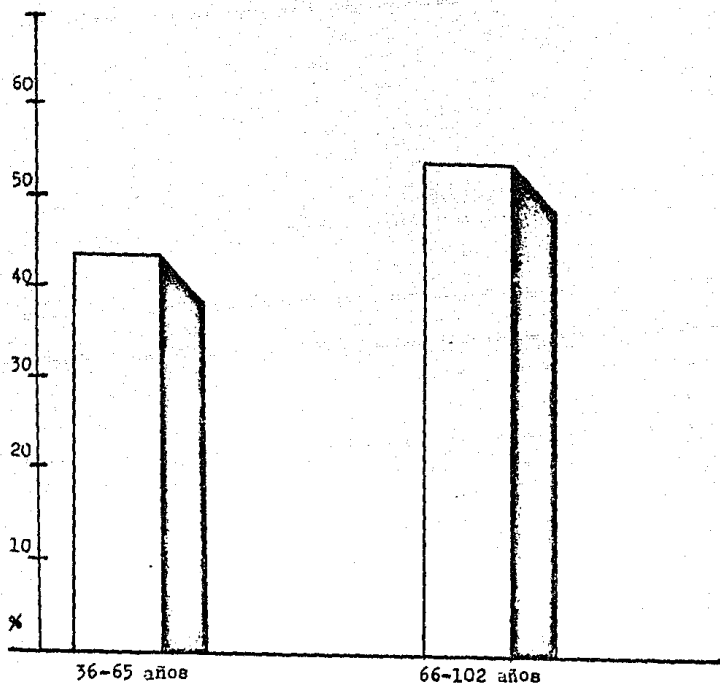
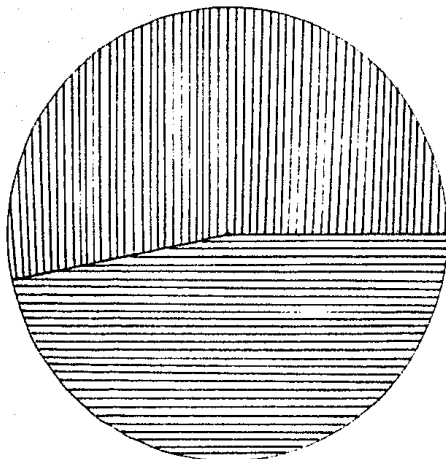


Figura 1 .- Porcentaje de incidencia de hemiplejía de acuerdo a edad productiva; Tomando en cuenta que en nuestro medio, la población económicamente activa es considerada hasta los 65 - años de edad.

Observamos una mayor incidencia en ancianos 56% y una incidencia en adultos maduros 44%

Pacientes	Lugar de origen
29	Distrito Federal
4	Michoacán
4	Morelos
3	Estado de México
3	Guerrero
3	Hidalgo
1	Durango
1	Jalisco
1	Querétaro
1	Tlaxcala

Cuadro 2.- Clasificación de pacientes en
relación a su lugar de origen.



Pacientes femeninos; 56%



Pacientes masculinos; 44%

**Figura 2.- Distribución de pacientes estudiados
Divididos en porcentajes de acuerdo a sexo.**

pacientes Ocupación	Hombres	mujeres	total
Obreros	10	-	10
El hogar	-	16	16
Pensionados	2	-	2
Desocupados	6	10	16
Otros*	6	-	6
			50

Cuadro 3.- Distribución de pacientes de acuerdo con su estado laboral, hasta el momento de su enfermedad.

* albañil, carpintero, Tornero, vendedor y dos veladores.

En cuanto a la escolaridad se encontró que 22 pacientes eran analfabetas, de los cuales 12 eran del sexo femenino. Los 28 restantes, sabían leer y escribir, de estos, 11 no completaron su primaria, 12 con primaria completa, 3 habían cursado la secundaria y 2 una carrera comercial (cuadro 4).

Respecto a las características de la vivienda, se observó que 13 eran propias y 37 rentadas, todas las viviendas contaban con agua entubada, drenaje y electricidad, en 33 de ellas se encontró que sus miembros, convivían en hacinamiento y promiscuidad. En 34 del total, se observó que las condiciones ambientales no eran adecuadas, mientras que las 16 restantes, se encontraron en condiciones ambientales aceptables.

El ingreso mensual de estas familias fué: en 40 de ellas percibían en promedio de 8,000 a 15,000 pesos, 7 familias de -- 16,000 a 20,000 pesos y solo 3 de 21,000 a 25,000 pesos.

Los egresos mensuales, en promedio por cada familia se describen el cuadro 5

En las 50 familias estudiadas, de acuerdo a su conformación de número de miembros se detallan en el cuadro 6 .

En 29 de las 50 familias investigadas se encontró el siguien

Escolaridad	Pacientes
Analfabetas	22
Primaria incompleta	11
Primaria completa	12
Secundaria	3
Carrera Comercial	2
	Total 50

Cuadro 4.- Distribución de pacientes por grupos de acuerdo a su escolaridad.

Concepto	Porcentaje
Alimentación	40 %
Renta	20 %
Ahorro	15 %
Vestido	10 %
Transporte	5 %
Diversiones	5 %
Otros	5 %
Total	100 %

Cuadro 5 .- Distribución de egresos mensuales
en promedio de cada familia
estudiada.

Familias	Total de Miembros	Número de Hijos	Miembros Productivos	Miembros Improductivos
2	10	7	3	7
7	9	6	2	7
7	8	5	2	6
10	7	4	2	5
11	6	3	2	4
5	5	3	2	3
3	4	2	2	2
5	3	1	1	2

Cuadro 6.- Agrupación de familias de acuerdo con el número de miembros productivos e improductivos.

te índice de analfabetismo en sus miembros; en 15 familias 2 de sus miembros, en 12 familias 1 y en las 2 restantes; 3 y 5 de sus miembros eran analfabetas.

En 38 familias (76%), se encontró que alguno o más de sus miembros, tenían hábitos de alcoholismo y tabaquismo.

En cuanto a la estructura familiar se observó que 23 eran del tipo nuclear, 26 del tipo extensa, y solo 1 extensa compuesta.

La consolidación de la familia, se observó de la siguiente manera: en 45 familias con quien vivía el paciente; los conyuges eran casados, mientras que en las cinco restantes se encontraron en unión libre.

Respecto a la segunda parte del cuestionario se observó que la evolución del padecimiento varió, desde su inicio hasta el momento de la investigación; de 2 años hasta 2 meses (cuadro 7).

Los familiares investigados, en cuanto al inicio del padecimiento de su paciente, el 100% coincidió en la signología del cuadro clínico, por lo que el enfermo requería atención médica inmediata, 42 pacientes (84%) fueron llevados directamente al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Ixtacalco,

Tiempo de evolución del padecimiento.	Pacientes
2 meses	1
3 meses	2
4 meses	4
5 meses	6
6 meses	5
7 meses	3
8 meses	5
9 meses	5
10 meses	3
12 meses	14
24 meses	2
Total	50

Cuadro 7.- Grupos de pacientes en relación al tiempo de evolución de la Hemiplejía.*

* Fuente: Hospital General de Zona Iztacalco.

8 pacientes (16%), fueron vistos inicialmente, por médico particular, sin embargo posteriormente fueron hospitalizados en el - servicio de Medicina Interna del hospital mencionado, donde duraron internados en promedio 3 días, al ser dados de alta todos fueron enviados al Servicio de Rehabilitación física, de los 50 pacientes, solo 44 fueron llevados a dicho servicio y 6 de ellos no acudieron por diversas circunstancias.

Los familiares de los 50 pacientes conocieron la enfermedad por información del médico que los atendió en un principio de - lo cual dedujeron que se trataba de: Embolia, trombois o tromboembolia cerebral, pero ninguno mencionó que eran secuelas debidas al padecimiento de fondo. El término de Hemiplejía fué -- desconocido en el 100% de los familiares.

Ninguno de los pacientes fué visto por el Neurologo, según las aseveraciones de los familiares, tal vez porque la hemiplejía son secuelas ya establecidas, pudiendo ser manejadas por el Médico Internista o el Médico General Familiar.

De las 50 familias estudiadas, 26 mencionaron haber recibido indicaciones del Médico Familiar, en cuanto al tratamiento - de sus pacientes, 24 negaron este hecho, por no haber acudido al profesional mencionado.

En cuanto a la ayuda que se le presta al enfermo, para realizar sus necesidades primarias, como vestirse, alimentarse etc. se observó, que en la mayor parte de los casos, era proporciona da por sus hijos, su conyuge o ambos. Así también se encontró en un 50%, que la hija política (nuera), jugó un papel importante en éste aspecto.

Los pacientes que se encontraban en el programa de rehailitación física, los ejercicios eran proporcionados por sus hi jos, conyuge o ambos.

Cuando el paciente requirió ser llevado a consulta, generalmente fué efectuado por su conyuge o en su defecto los hijos de éste.

Durante la estancia hospitalaria del paciente, los familiares que se quedaron a su cuidado fueron; en 22 de los casos el conyuge y los hijos, en 21 casos; los hijos y la nuera, en 6, -- los hijos, observando un caso en que fué el hermano quien se que do al cuidado del paciente.

En lo que se refiere a como habían tomado la enfermedad del paciente, por parte de los familiares, 17 la consideraron como de suma gravedad, por la afectación a la familia o al paciente mismo. 26 familiares consideraron la enfermedad del paciente co-

mo un mal que afecta, tanto al paciente como a ellos mismos, en aspectos económicos, sociales y psicológicos. 7 admitieron que era una situación natural, ya que tomaron con cierta indiferencia la enfermedad, dado que estos pacientes tenían padecimientos subyacentes, que los habían incapacitado previamente, y sus familiares ya estaban acostumbrados a ésta crisis.

La pregunta 16, con la cual se investiga la idiosincrasia de los familiares, respecto a la enfermedad del paciente; en 5 familias se dudó al contestar, en las 45 familias restantes se negó la pregunta, sin embargo hubo quienes mostraron cierto temor al contestar, por lo que se deduce, que hay un porcentaje elevado, que creen que la enfermedad se deba a éstos aspectos.

La pregunta 17, con la cual se investigó el cambio de vida de los familiares, como consecuencia de la enfermedad del paciente. En 41 familias (82%), que respondieron afirmativamente las repercusiones en los familiares fueron: en 23 (46%), en el estado de ánimo, en 14 (28%), le dedicaban más tiempo, en 4 familias (8%), la preocupación hacia el paciente era mayor por lo que se le brindaba más cuidados. En 9 familias (18%), se negó este aspecto, ya que el paciente de alguna manera había repercutido en sus vidas, porque estaba enfermo crónicamente o porque su ancianidad requería previamente más atenciones.

se observó que 39 familias (78%), negaron este problema, 13 (26%) afirmaron tener cefaleas frecuentes desde que su paciente enfermara. y 6 (12%) en ocasiones.

La pregunta 24 que se utilizó para conocer quien de la familia requería de más atención. El 100% de las familias consideraron, que era el paciente quien más la necesitaba.

En cuanto a que si es igual el trato al paciente, como a los demás (pregunta 25), El 100% de las familias, contestaron negativamente, dado que era el paciente quien se le daba mejor trato.

Respecto al apoyo familiar (pregunta 26), se encontró que 11 familias (22%), recibieron apoyo por parte de familiares que no vivían dentro de la misma. 39 familias (78%) recibieron apoyo pro los mismos miembros generalmente hijos.

La colaboración del paciente para con sus familiares (pregunta 27), se observó que en 22 familias (44%) si colaboraba. - En 22 familias (44%) colaboraba poco. Y en 6 (12%) no colaboraba.

La consideración de que si el paciente estaría mejor hospitalizado que en el hogar (pregunta 28 y 29). 35 familias -

En cuanto a la pregunta 19, que se efectuó para saber los cambios que sufrieron las relaciones entre familiar y paciente: En 44 familias (88%), que se contestó afirmativamente; en 25 de ellas (50%), refirieron que era debido a que actualmente conviven más tiempo con el paciente. 13 familias (26%), concluyeron que esto se debía al cambio de carácter del paciente. En 4 (8%) porque la enfermedad los había unido más. Solo 2 familias (4%), contestaron afirmativamente, porque el paciente requería de más afecto. 6 familias (12%), contestaron negativamente a ésta pregunta, ya que sus relaciones no se vieron interferidas por la enfermedad.

Respecto a la pregunta 21, la cual investiga las alteraciones que tiene el paciente con el sueño. 40 familias (80%), afirmaron tener dificultades para dormir o dormían menos, desde que el paciente estaba enfermo. 6 (12%) negaron tener cambios en esta área. 4 (8%), solo en ocasiones.

La pregunta 22, que investiga las alteraciones con que cursa el familiar, para concentrarse en sus actividades, desde que su paciente enfermara. 29 familias (58%), negó este hecho. 18 familias (36%), lo afirmaron. Y en 3 (6%), solo en ocasiones tenían dificultades para concentrarse.

En cuanto a cursar con cefaleas frecuentes (pregunta 23)

(70%), lo negaron, considerando que el paciente sería descuidado, dada la gravedad de la enfermedad ya que los hospitales no cuentan con estos recursos para la atención de estos pacientes 15 familias (30%), lo afirmaron, indicando que el enfermo necesitaba de más atención de la que se le podía brindar en el hogar.

Al investigar sobre la responsabilidad de la enfermedad -- del paciente (preguntas 30 y 31), Todas las familias concluyeron que era del jefe de la misma o en su defecto los hijos.

La discusión de problemas familiares (preguntas de la 32 a la 35). Cabe aclarar que el paciente era el padre o la madre en 23 de los casos (46%), los cuales vivían con alguno de sus hijos casados y la intervención de ellos en la discusión de los problemas de familia era nula o escasa.

En 26 familias (52%), en las que el enfermo era uno de -- los conyuges se observó que en 12 (24%), la discusión se llevaba a cabo entre conyuges inicialmente, pero a partir de la enfermedad este proceso se efectuaba con los hijos y el conyuge sano. En 10 familias (20%), la discusión de problemas familiares se seguía llevando entre conyuges y el hecho de que uno de ellos fuera el enfermo no afectó éste sistema. Solo en 4 familias (8%), los problemas se discutían en conjunto y continuó

aún después de la enfermedad de uno de los conyuges.

Hubo un caso en que la enferma era hermana del jefe de familia, con la cual vivía y esta no intervenía en los problemas directos de dicha familia.

La investigación de alcoholismo (preguntas de la 36 a la 39). Se encontró que en 11 familias (22%), era el paciente el que bebía era el paciente hasta antes que enfermara. En 23 familias se observó que los que bebían eran los hijos del paciente de los cuales 4 habían aumentado la bebida, 1 la disminuyó y 18 continuaban haciéndolo en igual forma, en que lo efectuaban antes que el paciente enfermara.

En relación a problemas de trabajo, como consecuencia de la enfermedad del paciente (pregunta 40). Se observó que en 22 familias el paciente había afectado ésta área, es decir los familiares tuvieron que faltar a su trabajo, o se habían visto tan afectados, que esto impedía concentrarse adecuadamente.

CONCLUSIONES.

Al conjunto de resultados se le ha dado manejo estadístico a base de medidas de tendencia central y porcentaje.

En cuanto a la edad de los pacientes, la media aritmética que se obtuvo fue de 64.5 y la moda de 75, concluyendo que la hemiplejía es más frecuente en pacientes ancianos, coincidiendo con los estudios científicos hechos a éste respecto.

En cuanto a sexo se encontró que fue mayor en el femenino en un rango de porcentaje del 12%, sin embargo esto no concluye que el padecimiento sea más frecuente en dicho sexo, ya que la población estudiada fue pequeña en comparación con la población general.

El 68% de los pacientes se encontraba desocupados hasta el momento de su enfermedad, solo el 32% contaban con empleo remunerativo. El alto porcentaje de desempleo, es porque la Hemiplejía es más frecuente en pacientes los cuales ya han pasado su etapa de productividad.

La enfermedad fué más frecuente en pacientes originarios del Distrito federal, en un 16% mayor que los pacientes originarios de otros estados.

Del total de pacientes estudiados, se encontró un analfabetismo en el 44%.

En relación a la vivienda se encontró que el 74% eran rentadas y el 26% propias, en el 68% de ellas, las condiciones ambientales no eran adecuadas. En el 66% sus miembros convivían en hacinamiento y promiscuidad.

En cuanto al ingreso mensual se observó que el 80% percibían mensualmente en promedio de 8,000 a 15,000 pesos. con lo cual deducimos que la mayoría de las familias estudiadas pertenecían a un medio socioeconómico bajo. Sin embargo la distribución en la mayoría de las familias fué adecuado.

Las familias estudiadas en cuanto a la conformación por número de miembros, se observó que en promedio estaban compuestas por 6 miembros, 4 hijos, 2 productivos en promedio y 4 improductivos.

El índice de analfabetismo se encontró el 58% de las familias estudiadas.

En el 78% de las familias se encontró hábitos de alcoholismo y tabaquismo.

En cuanto a la estructura familiar, se observó que el 46% de las familias eran de tipo nuclear, el 52% del tipo extensa y solo el 2% extensa compuesta.

Un 90% de las familias se encontraron en fase de consolidación.

Los pacientes estudiados, en cuanto al tiempo de evolución del padecimiento, fué entre 2 meses y 2 años.

El 100% de las familias, reconocio en el enfermo, la gravedad del padecimiento, lo cual los hizo buscar atención médica - inmediata. El 100% de los pacientes fueron hospitalizados donde duraron 3 días en promedio. De éstos solo el 88% fué llevado a rehabilitación física.

El 100% de las familias conocian el padecimiento por información médica, sin embargo desconocian en su totalidad el término Hemiplejía.

El 52% de las familias recibieron indicaciones terapéuticas para su paciente, de parte del médico familiar.

Los familiares inmediatos ayudaron al paciente en sus necesidades primarias, sin embargo cabe mencionar que el 50% de --

los casos la hija política (nuera) jugó un papel importante en este aspecto, por lo que deducimos que fueron descuidados -- por los demás familiares.

Los ejercicios de rehabilitación física, fueron proporcionados por el conyuge o los hijos en el 100% de los casos.

Cuando el paciente estuvo hospitalizado, en el 44% de los casos, fueron el conyuge y los hijos quienes se quedaron a su cuidado, en el 42% los hijos y la nuera y en el 12% solo los hijos.

En el 86% de las familias la enfermedad fué tomada como -- grave, ya que afecta tanto al paciente como a la familia. El -- 14% fué indiferente en éste aspecto, dado que ya estaban acostumbrados a éste tipo de crisis.

En relación a la idiosincrasia de la enfermedad, hubo un -- alto porcentaje, que dudo en este aspecto, por lo que se deduce que creen que la enfermedad es debida a "maldición" o embrujo" por lo cual es necesario una mejor educación en este aspecto.

El 82% de las familias, sus miembros sufrieron cambios de vida sobretodo en efectos psicologicos, sociales y económicos a partir de la enfermedad de su paciente.

De las familias investigadas, se encontró en el 88% cambios en la relación paciente-familia, sobretodo en dedicarles más tiempo y atención, además que en el 26% de los casos se vió más alterado por los cambios de caracter del paciente.

Las alteraciones en el familiar a partir de la enfermedad se encontró un elevado porcentaje; 40%, los cuales sufrieron dificultades para dormir, concentrarse o padecer cefaleas frecuentes. Por lo que deducimos que un alto porcentaje de estos se encontraban deprimidos.

El 100% de las familias consideró que el paciente requería de más atención y mejor trato que los demás miembros.

El apoyo recibido en la familia a partir de la enfermedad de su paciente, fué en un 78% aportado por los mismos miembros.

La colaboración del paciente para con sus familiares, el 56% tuvo dificultades en esta área.

Aunque el 70% de las familias consideraron que el paciente se encontraba mejor en casa que en el hospital, el 30%, opinó lo contrario, de lo cual se deduce que éstos familiares tratan de buscar la forma de deshacerse de su paciente.

En cuanto a la discusión de problemas familiares, se encontró que solo el 8% lo hacía en forma adecuada, por lo que en el resto de familias la comunicación se encontraba alterada en alguna parte de su sistema.

Encontramos un alto índice de alcoholismo en las familias estudiadas, sin embargo éste solo se incrementó en el 8% de los familiares, a partir de la enfermedad de sus pacientes.

El paciente afectó a sus familiares en relación con sus actividades laborales en un 44%.

Por todo lo anterior expuesto, deducimos que la Hemiplejía afecta en su mayor parte a ancianos, quienes en un alto porcentaje son aún jefes de familia, trayendo como consecuencia alteraciones sociales, psicológicas y económicas.

En cuanto a la Hipótesis propuesta, fue afirmativa, ya que estos pacientes provocan una crisis de Dinámica Familiar, repercutiendo en su gran mayoría en cuanto a afecto y cuidado.

Por lo tanto consideramos, que se deben estudiar más a fondo éstas familias, en lo cual el Médico Familiar juega un papel muy importante, no solo en el plan terapéutico de los pacientes, sino también, debe orientar a los familiares, ya que ellos se an

cuentran afectados, por estar viviendo una crisis en su Dinámica Familiar, ésto solo será posible estudiando a la familia en su totalidad, para encontrar estas alteraciones y en base a ellas dar una mejor orientación hasta donde sea factible, respetando la idiosincrasia de cada familia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bernard I. MD, Problems and solutions in rehabilitation of stroke patients. GERIATRICS 1978; 87-91
- 2.- Bobath B., The applications of physiological principles to stroke rehabilitation. THE PRACTITIONER 1979; Vol. 223; 793-794
- 3.- Christie D., Lorraine L., Patients and Hospitals A study of the attitudes of stroke patients. SOC SCI & MED 1978; Vol. 12; 49-51
- 4.- Shires D., Brain K. H., FAMILY MEDICINE. U.S.A.: Mc Graw-Hill, 1980. 16-34
- 5.- Joel D., Miller R., Melnic R., Mikulic M., Stroke rehabilitation; Part I. Cognitive deficits and prediction of outcome. AMERICAN FAMILY PHYSICIANS 1982; 207-214
- 6.- Joel D., et al, Stroke rehabilitation; Part II; Recovery - and Complications. AMERICAN FAMILY PHYSICIANS 1982 Vol. 26 143-151
- 7.- Jaime A. Humberto, Irigoyen C. Arnulfo. FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR. México; Ediciones Medicina Familiar, 1982. 3-61
- 8.- LalKalay L., Wasserman M., Cerebrovascular Accidents care and rehabilitations. THE PRACTITIONER 1983; Vol. 227; 469-473

- 9.- Lawrence C., Mc Henry Jr., HISTORY OF NEUROLOGY. U.S.A.: -
Charles C. Thomas Publisher, 1969. 4-418
- 10.- Maclias A. Raymund., Grupo familiar, su historia, su desarrollo, su dinámica. PRIMER SIMPOSIUM SOBRE DINAMICA Y PSICOLOGIA DE LA FAMILIA. México: Instituto de la Familia A.C., 1981. 12-24
- 11.- Mesulam M. Marcel, Acute behavioral derangements without, -
Hemiplegia in Cerebrovascular Accidents. PRIMARY CARE 1979
Vol.6/4, 813-826
- 12.- Reuven O.; Heimer S., Orthoses and Ambulations in Hemiplegia
ARCH PHYS MED REHABIL 1980; Vol.61, 216-220
- 13.- Richard K. Goodstein., Overview: Cerebrovascular Accidents
and the Hospitalized Elderly a Multidimensional Clinical
Problems. AM J PSYCHIATRY 1983 Vol. 140/2, 141-147
- 14.- Miller P., Mohr P. Jay, Adams D. Raymund; Enfermedades Cerebrovasculares. Escribieron en MEDICINA INTERNA, Harrison's
Prensa Medica. México 1977; 2179-2223
- 15.-Savinelli R., Timm M., Montgomery J., Wilson J. Dorothy, The
rapy, Evaluation and Hemiplegia. CLINICAL ORTHOPAEDICS AND
RELATED RESEARCH 1978; Vol.131, 15-59
- 16.- Shakespeare Rosemary. LA PSICOLOGIA DE LA INVALIDEZ. México
Cia. Editorial Continental, S.A., 1981. 11-113
- 17.- Shade J.P., NEUROLOGIA. México: Editorial Manual Moderno.
1976. 616-618.
- 18.- Varghese G., Et Al., Rehabilitation outcome of patients -
with dual disability of Hemiplegia and amputation. ARCH
PHYS MED REHABIL 1978; Vol. 59, 121-123