



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

LA PARALISIS CEREBRAL INFANTIL Y SU IMPACTO
EN LA FAMILIA

TESIS RECEPCIONAL

Para recibir el Diplóma de la especialidad de
MEDICINA FAMILIAR

Presentada por:

CONSTANTINO JERONIMO QUIROZ BEATRIZ

Residente de 2o. año de la especialidad
de Medicina Familiar



ASESOR: DR. SILVERIO ORTEGA GUZMAN
MEDICO ADSCRITO No. 57 I. M. S. S.

MEXICO, D. F. 1984

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

I N D I C E

	pag.
INTRODUCCION	1
DESERVACION	2
OBJETIVO GENERAL	2
OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
HIPOTESIS	10
UNIVERSO DE TRABAJO	11
SITUACION GEOGRAFICA	12
TIEMPO DE DURACION	12
RECURSOS	13
METODO	14
DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	15
RESULTADOS	18
CUESTIONARIO, GRAFICAS Y CUADROS	24
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	42
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS Y CERTIFICACION DE HIPOTESIS.	44
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	45
BIBLIOGRAFIA	46

INTRODUCCION:

La idea de estudiar la repercusión que existe sobre la familia cuando hay un caso de Parálisis Cerebral Infantil, nace de la preocupación que los padres manifiestan al acudir a la consulta externa o a los servicios de urgencias en donde el niño es llevado con esperanzas de observar alguna recuperación de su problema básico o quizá con la intención de que sea internado y olvidarse de su problema momentaneamente. En muchas ocasiones observe que la muerte del paciente era recibida quizás con pena pero en la mayoría de los casos con alivio.

Esto es lo que cualquier médico puede observar en la práctica diaria, pero ¿como se cumolen las funciones básicas?, ¿como es la vida social de estas personas?. Todas estas preguntas y otras despertaron la inquietud de realizar este trabajo, que realmente es un modesto intento para esclarecer en parte la respuesta y ayude a comprender estas familias en eterna crisis, a sobrellevar su responsabilidad y sobre todo a encontrar en el futuro la manera de rehabilitar integralmente a estos pacientes.

OBSERVACION:

Las familias en donde existe un niño con Parálisis Cerebral Infantil presentan alteraciones en el cumplimiento de las funciones básicas de la familia, principalmente en las de socialización, cuidado, afecto y reproducción.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las alteraciones, cualitativas y cuantitativas, en el cumplimiento de las funciones básicas de las familias en las cuales existe un niño afectado por Parálisis Cerebral Infantil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar cuál de las funciones básicas de la familia es la más afectada por la presencia en el seno familiar de un niño con Parálisis Cerebral Infantil.
- 2.- Identificar cuál de los miembros de la familia es el más afectado por éste hecho y por qué.
- 3.- Identificar cuál o cuales son los factores - externos a la familia que más afecta el cumplimiento de las funciones básicas.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La Parálisis Cerebral Infantil es una enfermedad - que probablemente ha afectado a numerosos niños durante siglos, sin embargo su descripción fué realizada por primera vez en 1862, por el Doctor William J. Little (10),- quien llamo la atención acerca de la relación que existe entre "parto normal, laborioso nacimiento premature y asfixia neonatal" y la aparición de debilidad espástica en los niños.

En 1937 el Doctor Wintrop Phelps acuñó el término de Parálisis Cerebral Infantil (6) y en el año de 1959 el LITTLE CLUB OF LONDON definió la Parálisis Cerebral Infantil como " Un desorden persistente pero no invariable de los movimientos y postura que aparece en los años tempranos de la vida y es debido a un desorden no progresivo del cerebro, resultante de interferencias durante su desarrollo" (13).

Actualmente la Parálisis Cerebral Infantil debe ser considerada como un síndrome clínico de etiología múltiple y patología diversa. Tradicionalmente se dice que -- puede tener su principio antes del parto, durante este o en la edad temprana (10).

Se ha calculado que el 90 % de los casos se desarrollan durante el periodo prenatal, durante el nacimiento o en la época inmediata siguiente, y el restante 10 % se presenta más tarde durante la infancia o la niñez (15).

Un estudio de 100 niños con Parálisis Cerebral Infantil realizado en 1968 por el Hospital Infantil de México, y cuyo propósito era determinar la causa de este problema, reveló que entre los principales factores prenatales se encontraron en orden de frecuencia la prematuridad, las reacciones al factor Rh y las infecciones maternas, principalmente la rubeola; entre los factores perinatales las más ostensibles fueron la anoxia y la hipoxia; entre los postnatales las infecciones de tipo meningococales, seguidas de los traumatismos craneoencefálicos (6). Este estudio comprendió niños mexicanos entre 2 y 8 años de edad.

Con respecto a la epidemiología de la Parálisis Cerebral Infantil se han presentado dificultades para determinar la distribución y tamaño del problema, no solo en nuestro país, sino también en otras partes del mundo. La primera dificultad estriba en el error diagnóstico; muchos de estos casos son catalogados con otros diagnósticos y se omite el de Parálisis Cerebral Infantil, por

ignorancia del médico o inseguridad al emitir el diagnóstico (3). Otra dificultad estriba en el hecho de que falta hacer una investigación completa de la distribución y tamaño del problema en una región dada (15), esto da variabilidad en la incidencia y prevalencia de la Parálisis Cerebral Infantil en diferentes lugares. Vgr. en --- 1959 en Dinamarca se reportó una incidencia por 1000 habitantes de 1.6 en 1957; en Noruega es de 1.9; en 1950 - en USA se reporta de 4.0 (15 y 14).

Con respecto a nuestro país no es posible dar datos exactos, la Secretaría de Salubridad y Asistencia comunicó en 1969 una incidencia de 240.000 casos de Parálisis Cerebral Infantil en la República Mexicana y parece ser que cada año hay 11.000 casos nuevos de paralíticos cerebrales (6).

Pocos estudios se han realizado acerca de los efectos que tiene sobre la familia la presencia de un niño con parálisis cerebral. Es obvio que cualquier niño con alguna alteración física o mental acarrea desajustes en el núcleo familiar, no obstante, por la elevada incidencia de la parálisis cerebral los estudios científicos al respecto no cubren las demandas, lo cual contrasta con - investigaciones empíricas y especulaciones que son nume-

rosas de la literatura (7).

Quizá la mayoría de los estudios se abocan a investigar la manera en que la familia trata al parálitico o de que manera es recitado (11), pero no las alteraciones que este causa en la familia. Las repercusiones que tiene éste tipo de enfermedades en el núcleo familiar son muy variables, y podemos decir que básicamente dependen del previo funcionamiento normal o anormal de la familia. En el primer caso el niño es rodeado de un ambiente de comprensión, estimulación y ayuda, acercándole cada vez más a la "normalidad". En el segundo caso el niño es víctima de lástima, rechazo o sobre protección, sintiéndose cada vez más inválido física y emocionalmente (2).

No es raro observar que estas familias sientan vergüenza de su hijo y empiezan a limitar sus actividades sociales y, surgen conflictos que generalmente los desvían hacia el niño enfermo. Es frecuente observar que cuando existen otros hermanos, estos manifiestan alteraciones emocionales derivadas principalmente de un celo hacia el hermano enfermo a quién se le brinda mayor atención y laxitud disciplinaria (5 y 12).

También es frecuente que los padres se culpen uno a otro por el origen de la enfermedad del niño, distancian

dose cada vez más y sintiéndose cada vez más incompetentes para manejar el problema. La invalidez propia del parálisis cerebral por sí misma tiene menos influencia -- que su ajuste emocional, que las actividades de la familia y de los amigos a los cuales está expuesto, ya que -- tienden a adoptar las mismas actitudes hacia su invalidez que esas personas le demuestran (16).

Las actitudes de los padres hacia el niño tienden -- a ser extremas, con más frecuencia del tipo de la sobreprotección que el rechazo abierto (9). Con frecuencia -- también se observa gran inconsistencia por parte de los padres en el manejo de los niños (1) y en ocasiones puede deberse a un fracaso terapéutico como cuando se prescriben barbitúricos en casos de hiperquinesia, con lo -- que se agita más al niño con esto la madre siente más -- hostilidad hacia él, esta y toda la familia pueden resentir la incapacidad del niño por controlar su conducta.

En síntesis se puede decir que existe serias alteraciones en las familias con niños de parálisis cerebral a nivel y profundidad variable, pero no se ha definido con claridad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La presencia de un niño con Parálisis Cerebral Infantil en el núcleo familiar produce alteraciones en el cumplimiento de las funciones básicas de la familia, principalmente en las de socialización, cuidado, afecto y reproducción. Consideramos que la causa o causas más probables de éste hecho es que la gran mayoría de los casos es un hecho inesperado para la familia, ante el cual estos no se encuentran preparados para encararlo, también la mala orientación que los médicos dan a la familia con respecto a la naturaleza de esta enfermedad y por último no debe descartarse la influencia del medio ambiente social que envuelve a la familia como rechazo y/o lástima pueden alterar aún más a la familia.

HIPOTESIS:

H₀ La presencia en la familia de un niño con Parálisis Cerebral Infantil no produce alteraciones en el cumplimiento de las funciones básicas de la familia.

H₁ La presencia en la familia de un niño con Parálisis Cerebral Infantil siempre produce alteraciones en el cumplimiento de las funciones básicas de la familia.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Se estudiarón 50 casos de Parálisis Cerebral Infantil, todos ellos derechohabientes del IMSS adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 con una edad entre 2 y 14 años de edad bajo los siguientes criterios.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Que antes de la aparición del caso se estuviesen cumpliendo, aunque no estrictamente, con las funciones básicas familiares.
- 2.- Procedentes de familias con un nivel socioeconómico-medio.
- 3.- Padres con una instrucción educacional básica.
- 4.- No importaba el lugar que ocupara el caso entre los hijos ni el número de hijos de la familia.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1.- Procedentes de familias con un nivel económico muy bajo.
- 2.- Padres analfabetas.
- 3.- Padres que padecieran enfermedades psiquiátricas.
- 4.- Familias en donde existiera además otro niño con limitaciones físicas o mentales.

SITUACION GEOGRAFICA:

Población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Localizada en el área de la Unidad el Rosario en Atzacapozalco D.F. en la Delegación No. 1 del Valle de México.

TIEMPO DE DURACION:

La investigación se realizó en el periodo comprendido entre el primero de octubre de 1983 al 31 de agosto de 1984, con una duración de 11 meses.

RECURSOS HUMANOS:

- a) Un Médico Residente de Medicina Familiar.
- b) Un Médico asesor, adscrito al IMSS con categoría de base.
- c) 50 familias mexicanas derechohabientes del IMSS que reunan los criterios de inclusión antes mencionados.

RECURSOS MATERIALES:

- a) Hojas de papel bond.
- b) Fotocopias de las encuestas.
- c) Libreta para concentración de datos.
- d) Una calculadora.
- e) Cinta para máquina de escribir.
- f) Corrector para máquina de escribir.
- g) Lápices.
- h) Plumas.
- i) Máquina de escribir.
- j) Goma de borrar.
- k) Sacapuntas.
- l) Transporte.

RECURSOS ECONÓMICOS:

- a) Lo necesario para la investigación.

METODO:

Se encuestarán a familias que asistían a la U.M.F.-
No. 33 en el periodo de tiempo comprendido del 10. de di-
ciembre de 1983 al 30 de abril de 1984, o antes si se -
completaba la muestra requerida y que reunieron las va-
riables de inclusión mencionadas en la muestra.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION:

El estudio se realizó por medio de cuestionarios -- que se aplicaron al padre o a la madre (el mismo cuestionario en ambos casos). La encuesta constó de cuatro partes las cuales evaluarón:

I Datos básicos.

II Funcionalidad previa en la familia.

III Funcionalidad actual en la familia.

IV Vida exterior y datos anexos.

En la parte I se recopilaron los datos necesarios -- para hacer entrar a la familia dentro de los parámetros de inclusión, no todos los criterios de inclusión y exclusión se aplicaron, algunos fueron obviados al momento de la entrevista para ganar tiempo.

La parte II consta únicamente de 4 preguntas las -- cuales investigarón en orden descendente las funciones de socialización, cuidado, afecto y reproducción antes -- del nacimiento del paciente identificado como parálitico cerebral, en estas preguntas se esperó una respuesta positiva en todas y por la brevedad de esta parte se exigió el 100 % de aciertos para poderse incluir.

La parte III investigó la funcionalidad actual de la familia mediante 5 preguntas acerca de cada función

básica, las primeras 5 investigan socialización y se esperó el 100 % de respuestas positivas, las siguientes investigaron afecto y se esperó el 100% de respuestas negativas, las siguientes 5 investigaron cuidado y se esperó el 100 % de respuestas positivas, al investigar la reproducción se alternaron tres preguntas de respuestas positivas y dos de respuestas negativas. El predominio de -- respuestas esperadas indicaron funcionalidad, entre más se alejaron las respuestas a lo esperado se hablará de mayor disfuncionalidad.

La clasificación de categorías se realizó al analizar los datos obtenidos.

La parte IV investigó la unidad social y familiar -- con respuestas alternas positivas y negativas e investigó cual fué el miembro de la familia más afectado por la problemática a la cuál se enfrenta dicha familia.

Al completar el muestreo de familias se procedió a clasificar a las familias en tres categorías de acuerdo a las respuestas obtenidas.

Clase I: Familia funcional.

Clase II: Familia entre los límites de funcionalidad y disfuncionalidad.

Clase III: Familia francamente disfuncional.

**Se graficaron y se tabularon los resultados y se --
procedio a un analisis critico del trabajo.**

RESULTADOS:

Se encuestaron 50 familias mexicanas en donde existía un caso de Parálisis Cerebral Infantil, de los cuales 25 de los casos correspondían al sexo masculino y 25 del sexo femenino, sus edades se encontraban entre los 2 y 14 años de edad con un promedio de 6.12, mediana de 5 años, moda de 4 años y una desviación standar de 3.07 años (gráfica No. 1, tabla No. 1).

Se entrevistó en el 94 % de los casos a la madre -- quien acompañaba al paciente, en un 4 % al padre y en el restante 2 % a la abuela materna (gráfica No. 3).

Las edades de los entrevistados (cuadro No. 2) estaban entre 21 y 52 años de edad, con una distribución poco uniforme como se aprecia en la gráfica No. 2, la media fué de 32.96, mediana de 31.50, moda de 27 años y -- desviación standar de 8.40 años de edad. El grado de escolaridad promedio entre los entrevistados fué de secundaria, la moda fué de primaria completa con una desviación standar de 1.41 grados escolares (gráfica No. 3- cuadro No. 3). La curva de Lorenz indica que el 50 % de las personas tienen el 33 % de escolaridad tabulada (gráfica No. 4).

El ingreso familiar medio fué de 41. 910.00 pesos, - la distribución del sueldo tuvo una tendencia central en contrandose que la desviación standar fué de 26.910.00 - pesos, aunque la moda fué de 35.000.00 pesos mensuales - (gráfica No. 5, cuadro No. 8). El analisis de la curva - de Lorenz (gráfica No. 6) mostró más alejamiento del índice de Gini observandose que el 50 % de las personas -- perciben el 30 % de los ingresos tabulados.

Se investigó la posible etiología de la P.C.I., dato que se solicitó al entrevistado refiriendo que la causa principal en un 78 % de los casos a la hipoxia neonatal secundaria a problemas neonatológicos, la segunda causa fueron las secuelas de meningitis y meningoencefalitis padecidas durante la lactancia, en un 4 % de los casos se encontró secundaria a un traumatismo craneoencefálico y en caso 2 % secundario a haber presentado a los 3/12 de edad dos paros respiratorios que respondieron a las maniobras de resucitación (gráfica No. 7 cuadro No.7)

La tipología de las familias entrevistadas predominó la familia obrera en un 46 % de los casos (cuadro No. 4), seguidas por las familias en el que el titular era -- empleado en un 40 %, y por ultimo profesionistas en un 14 por ciento (gráficas No. 9).

En el 76 % de los casos se encontró que el miembro de la familia más afectado por la presencia de un caso de P.C.I. en el seno familiar fué la madre (cuadro No.5) el padre en un 4 % y los abuelos en un 4 %. Se encontró que en el 16 % de los casos ningún miembro de la familia se vió afectado por el problema. La manera en que afecta a los miembros de la familia (cuadro No. 6) fué el que principalmente la persona tiene que dedicar más tiempo, cuidado y sienten que se trata de una gran responsabilidad en un 46 % (gráfica No. 11), la segunda forma de afectación fué que el entrevistado refirió sentir depresión a partir del nacimiento del paciente afectado (38 %) y un caso de alcoholismo (2 %) secundario o a partir del nacimiento del paciente.

En el cuadro No. 9 se trató de relacionar las formas en que afecta la presencia del niño con P.C.I. al miembro más débil de la familia encontrándose datos muy interesantes como que la madre es la más afectada porque tiene que dar mayor atención al paciente que a otros miembros además de que esta atención tiene que ser especial al no contar el paciente con las facultades físicas y mentales que faciliten la tarea de la madre, es por -

esto que en un 96 % de estos casos la madre es la más afectada. En un 88.8 % de estas se encuentra depresión muchas veces refiriendo que nunca esperaron un evento de tal naturaleza y les afecta ver a su hijo en tales condiciones y sintiéndose impotentes para poder brindarle una solución permanente a sus problemas, además de pensar en que el futuro de sus hijos es incierto, sobre todo cuando ella o el padre no existan. En estos casos los sueldos se encontraban entre 40 y 42 mil pesos mensuales con predominio de familias de tipología obrera (52.1 % y 44.4 % respectivamente), y un grado de escolaridad promedio de 3 - 4. La desviación standar no mostró gran dispersión de los datos a la medida proporcional estadística.

En los casos en los cuales el paciente era bien recibido refiriéndose que ningún miembro de la familia se sentía seriamente afectado, se encontraron los sueldos más bajos con un media de 33.375.00 pesos y desviación standar de 15.846.92 pesos, la tipología predominante fué de empleados en un 50 % seguida por obreros en un 37.5 %, el grado escolar fué de 3.75 como media, moda y mediana de 3 con una desviación standar de 1.38.

La más grave forma de afección fué en un 2 %, afectándose el padre, con un sueldo de 60.000.00 pesos mensuales, grado de escolaridad de 7 (profesionista) y la madre también con el mismo grado de escolaridad, en este caso el padre desarrollo alcoholismo a partir del nacimiento de el paciente afectado, evidentemente no es un dato de significación estadística pero su relación con los otros datos es interesante.

Llegando a los datos desprendidos del cuestionario en si se encontró en la parte II que 96 % de los casos - mostraban una adecuada funcionalidad previa al nacimiento del paciente problema. La prueba de "Ji" cuadrada reportó un nivel P menor que 0.50, en este caso insuficiente dada que el nivel de significancia que se exigió en este caso fué de 0.05, por lo que se acepta la hipótesis de nulidad en este renglón.

Las funciones de afecto se encontraban alteradas en un 40 % de los casos, con una P menor que 0.010, por lo que se rechaza la hipótesis de nulidad. Es importante recalcar que se presento maltrato a los menores en el 74 % de los casos así como regaños en el 72 % de los casos.

Las funciones de cuidado tampoco se encontraron alteradas en el 88 % de los casos con un nivel de signifi-

cancia de P menor que 0.050, apoyando la hipótesis de nulidad en cuanto a esta función básica de la familia.

La función más alterada fué la de reproducción en donde falló en el 70 % de los casos, el nivel de significancia por "Ji" cuadrada fué de 0.005, apoyando por completo a la hipótesis alternativa. El 92 % de los entrevistados todos refirieron planear nunca volver a tener otro hijo, y desecando a la vez un método definitivo de planificación familiar en quienes no lo tenían. El 66 % refirieron que tienen temor de tener otro hijo con P.C.I y el 74 % referían que su vida sexual había empeorado a partir del nacimiento del paciente en estudio.

La vida social se ve afectada en el 39 % de los casos con un nivel de significancia de 0.025 que hace que se acepte la hipótesis de nulidad. Sin embargo en un 62% son familias que nunca organizan fiestas y en un 40 % -- los otros hijos tienen pocos amigos y en un 82 % sienten que sus amistades no los rechazan.

QUESTIONARIO , GRAFICAS - Y CUADROS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

CUESTIONARIO

DATOS BASICOS:

Edad del paciente _____ fecha de diagnóstico _____

Edad del entrevistado _____ Escolaridad _____

Ocupación _____ Ingresos Mensuales _____

PARTE I

- 1.- ¿Le preocupaba la educación de su hijo? si_no__
- 2.- ¿Procuraba que sus hijos comieran diario carne o leche? si_no__
- 3.- ¿Salía frecuentemente con su familia a divertirse? si_no__
- 4.- ¿Esperaban a sus hijos con ilusión? si_no__

PARTE II

- 1.- ¿Convive con sus hijos? si_no__
- 2.- ¿Los manda a todos a la escuela? si_no__
- 3.- ¿Aconseja frecuentemente a sus hijos? si_no__
- 4.- ¿Los auxilia en sus tareas? si_no__
- 5.- ¿Sabe quienes son los amigos de sus hijos? .. si_no__

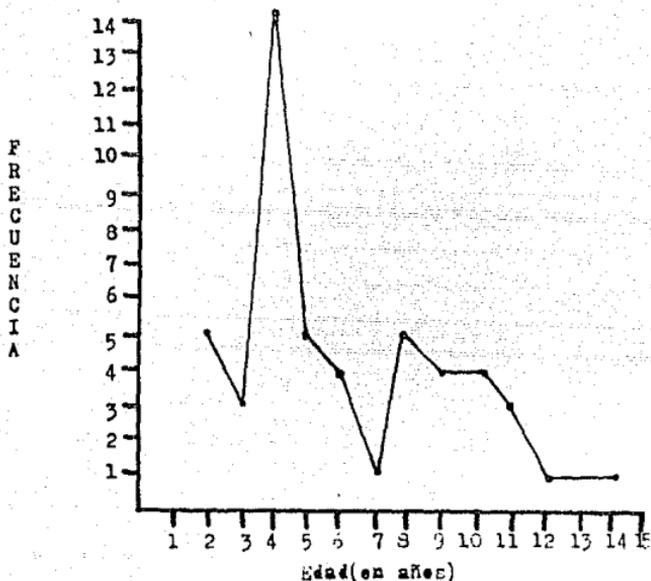
- 6.- ¿Regaña frecuentemente a sus hijos? si__no__
- 7.- ¿Ha golpeado a alguno de ellos? si__no__
- 8.- ¿Le molesta que jueguen? si__no__
- 9.- ¿No les permite salir con amigos? si__no__
- 10.- ¿Casi nunca acaricia a sus hijos? si__no__
- 11.- ¿Baña diario a sus hijos? si__no__
- 12.- ¿Sus hijos siempre desayunan antes de ir a la escuela? si__no__
- 13.- ¿Cuando se enferman sus hijos inmediatamente los lleva a su clínica? si__no__
- 14.- ¿Sus hijos tienen todas las vacunas? si__no__
- 15.- ¿Acompaña a sus hijos a la escuela? si__no__
- 16.- ¿Planea tener más hijos? si__no__
- 17.- ¿Siempre deseo una familia numerosa? si__no__
- 18.- ¿Sus relaciones sexuales son frecuentes? . si__no__
- 19.- ¿Teme tener otro hijo con P.C.I.? si__no__
- 20.- ¿Le gustaría algún método de planificación familiar definitivo? si__no__
- 21.- ¿Cree que sus amistades los rechazan? si__no__
- 22.- ¿Asisten frecuentemente a fiestas? si__no__
- 23.- ¿Organiza fiestas o reuniones en su casa?. si__no__
- 24.- ¿Sus hijos tienen muchos amigos? si__no__
- 25.- ¿Tiene problemas en su trabajo a partir de su hijo enfermo? si__no__

26.- ¿ Sus familiares los reciben con gusto cuando los visitan? si no

27.- ¿Quien en la familia es el más afectado por el problema? _____

28.- ¿Por que? _____

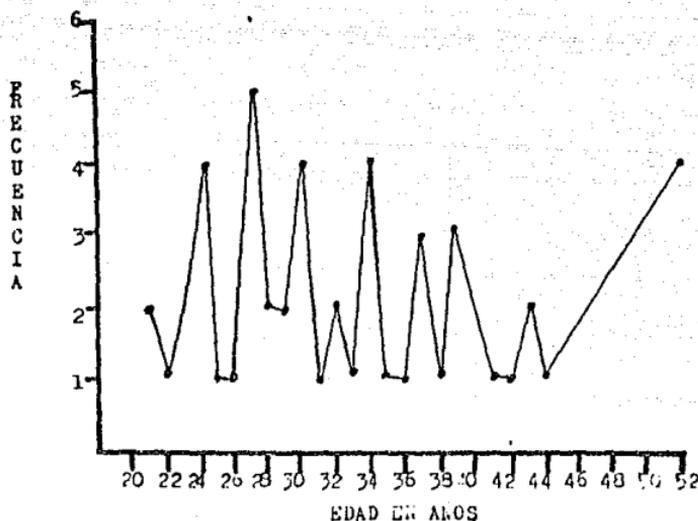
GRAFICA No. 1
EDAD DE LOS PACIENTES CON P.C.I.
U.A.P. No. 33 IMSS, México 1984.



El mayor número de pacientes estudiados contaban con la edad de 4 años y el promedio de edades fue de --- 6.12 años de edad, con una desviación estandar de --- 3.07 años de edad.

Fuente: Investigación Personal

GRAFICA No. 2
EDAD DEL ENTREVISTADO
U.M.P. No.33 IMSS, México 1984.

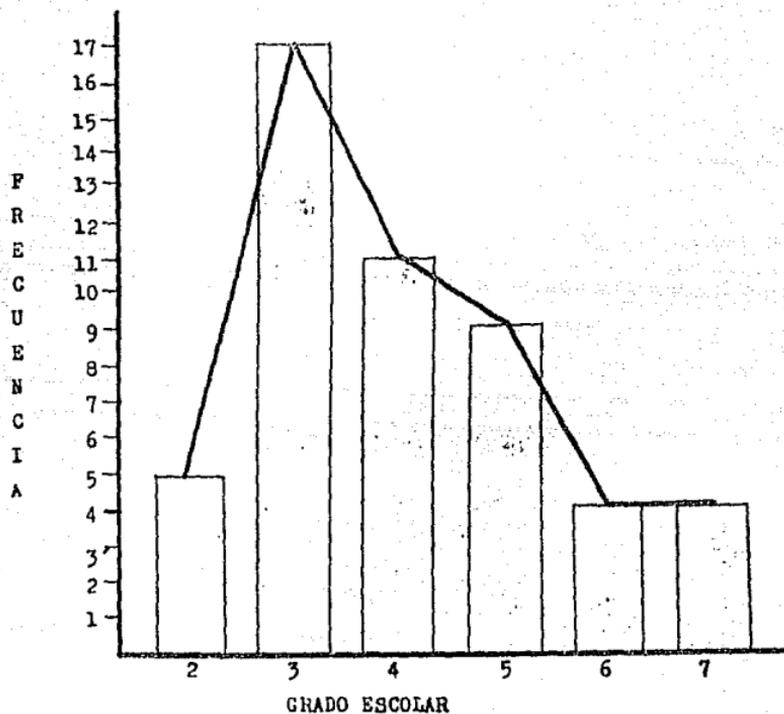


Las edades de los entrevistados, en un 94% la madre, se encontro dispersa, pero el 43% se encontraba entre los 21 a 30 años de edad.

Fuente: Investigación Personal

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO

U.h.F. No. 33 IMSS, México 1984



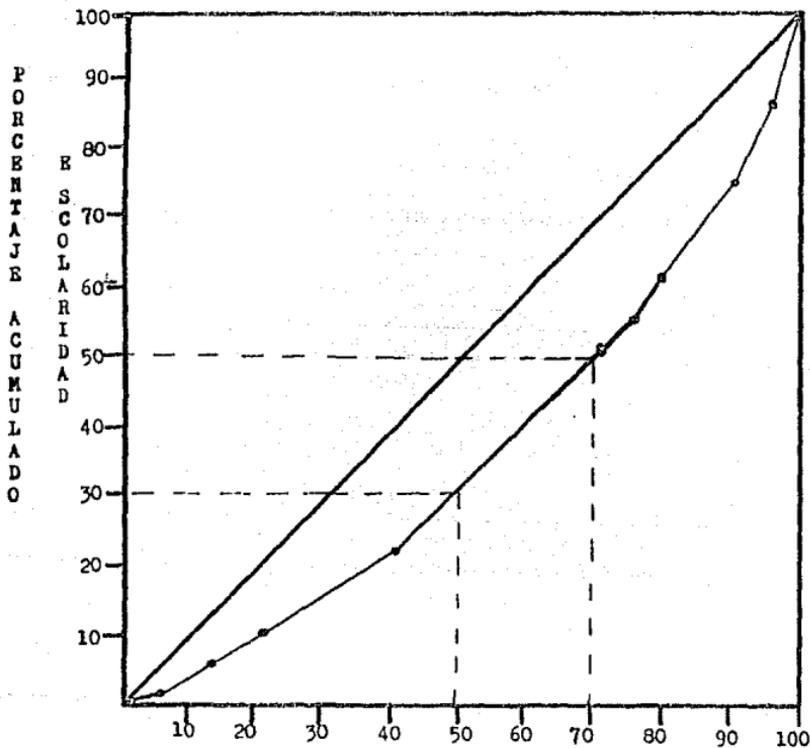
- 1.-Analfabeta
- 2.-Primaria incompleta
- 3.-Primaria completa
- 4.-Secundaria
- 5.-Bachillerate
- 6.-Carrera corta
- 7.-Licenciatura

Fuente: Investigación Personal

GRAFICA No. 4

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO

U.K.F. No. 33 IMSS, México 1984.

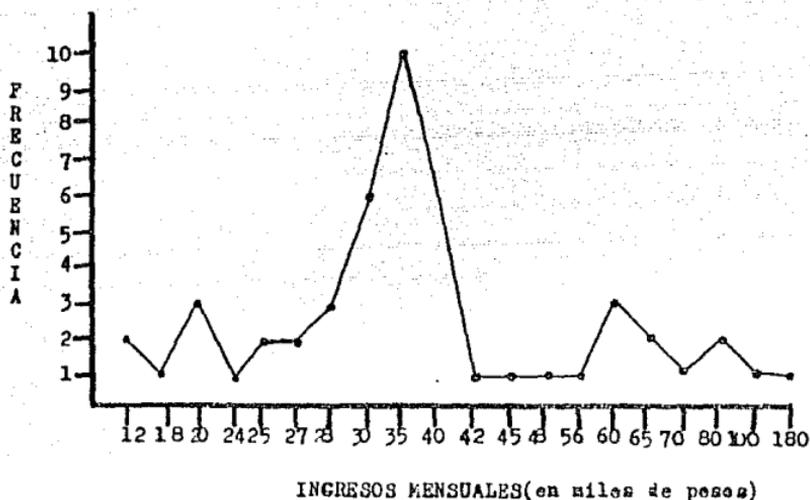


PORCENTAJE ACUMULADO DE PERSONAS

La curva de Lorenz muestra que el 50% de los entrevistados contaba con el 30% del grado de escolaridad.

Fuente: Investigación Personal

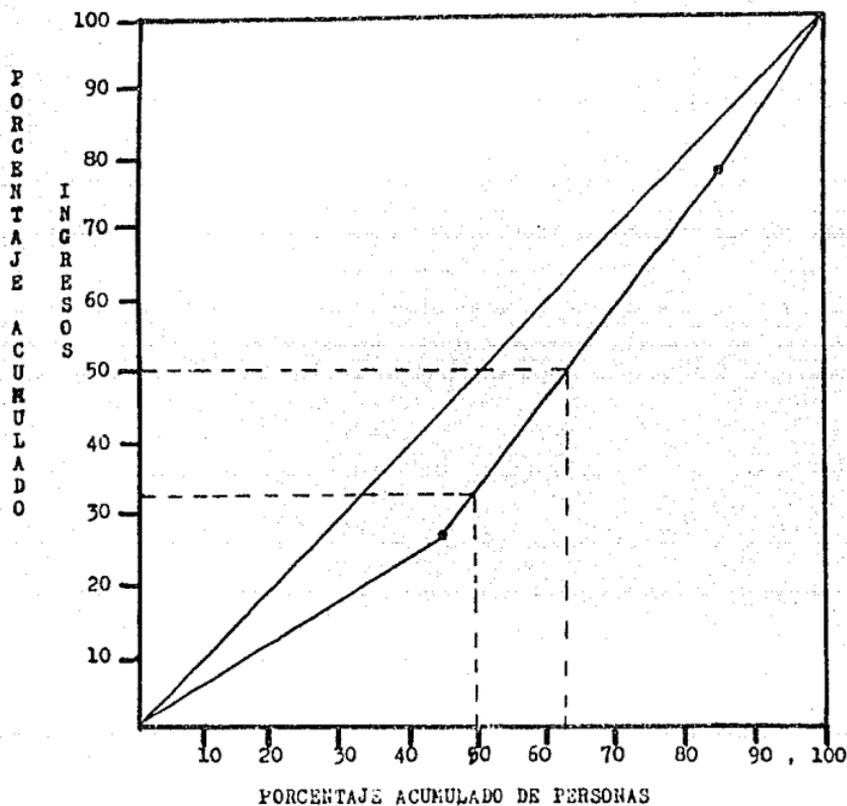
GRAFICA No. 5
INGRESO MENSUAL FAMILIAR
U.M.F. No. 33 IMSS, México 1984.



Esta grafica muestra que la mayoría contaba con un sueldo de 35,000.00 pesos mensuales, la desviación estandar fue de 26,915.00 pesos mensuales.

Fuente: Investigación Personal

GRAFICA No. 6
INGRESOS MENSUALES FAMILIARES
U.N.F. No. 33 IMSS, México 1984

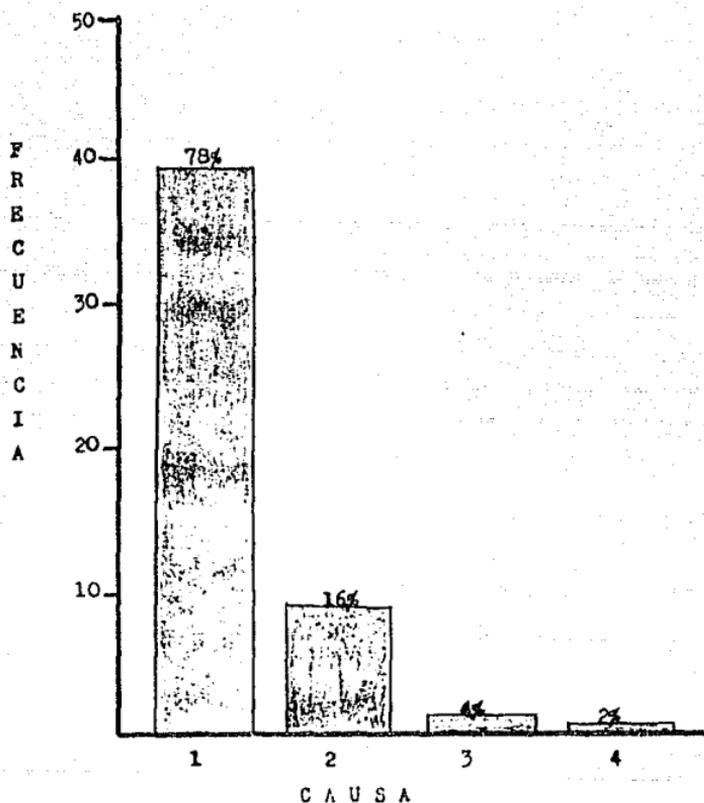


La curva de Lorenz muestra que el 50% de las familias percibe el 33% de ingresos registrados en el estudio.
Fuente: Investigación Personal

GRAFICA No. 7

CAUSAS ENCONTRADAS DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

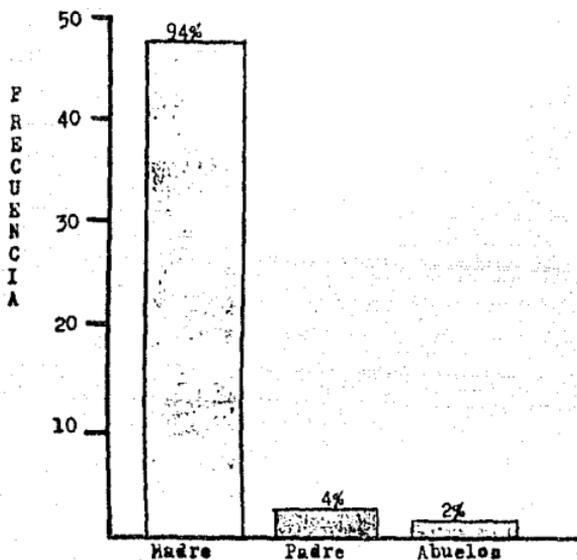
U.M.F. No. 33 IMSS , México 1984.



- 1.-Hipoxia neonatal
- 2.-Secuelas de Meningitis
- 3.-Traumatismo craneo-encefalico
- 4.-Otras

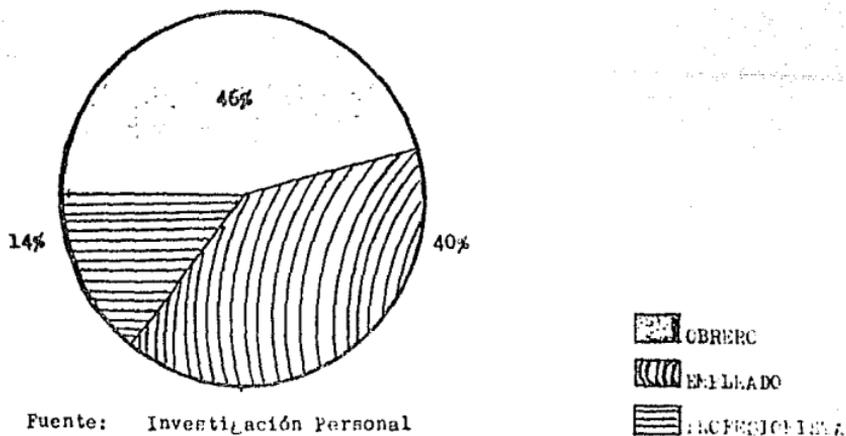
Fuente: Investigación Personal

PARENTESCO DEL ENTREVISTADO CON EL PACIENTE ESTUDIADO
U.N.F. No. 33 IMSS, México 1984.



GRAFICA No. 9

TIPOLOGIA DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
U.N.F. No. 33 IMSS, México 1984.

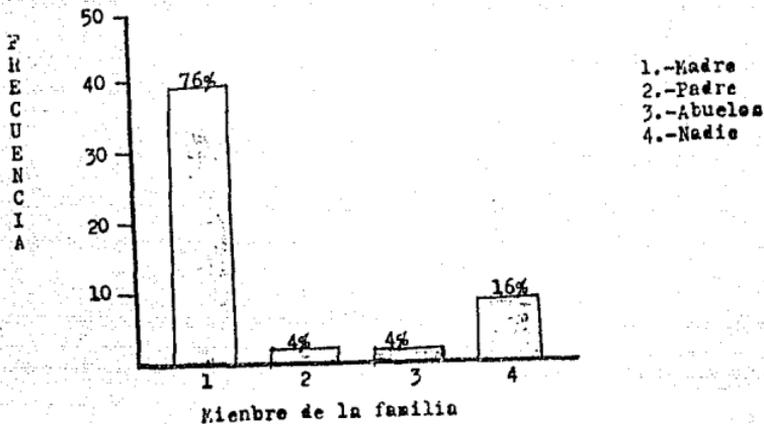


Fuente: Investigación Personal

-  GBRERC
-  EMPLEADO
-  PROFESIONISTA

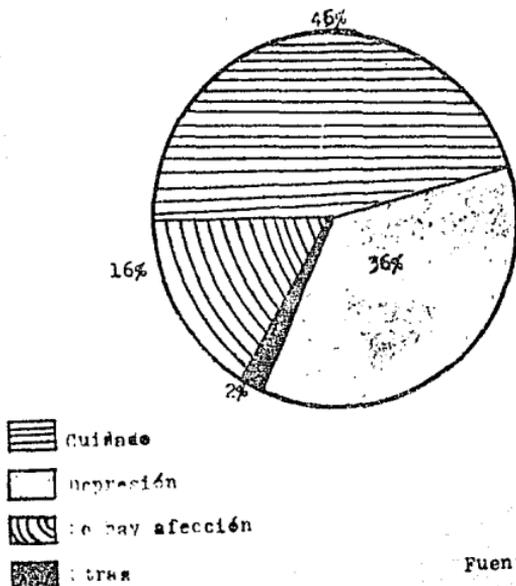
GRAFICA No. 10

MIEMBRO DE LA FAMILIA MAS AFECTADO
U.N.F. No. 33 IMSS, México 1984



GRAFICA No. 11

MANERA EN QUE ES AFECTADA LA FAMILIA
U.N.F. No. 33 IMSS, México 1984.



Fuente: Investigación Personal

CUADRO No. 1
 EDADES DE LOS PACIENTES CON P.C.I.
 U.M.F. No. 33, México 1984.

Edad(años)	Frecuencia	Observaciones
2	5	
3	3	X:6.12
4	14	
5	5	Md:5
6	4	
7	1	Mo:4
8	5	
9	9	S:3.07
10	4	
11	3	
12	1	
14	1	
Total	50	

La edad que más se presentó fue de 4 años de edad, el -- promedio de edades fue de 6.12. La edad mínima de 2 años y la mayor fue de 14 años de edad

CUADRO No. 2
 EDADES DE LOS ENTREVISTADOS
 U.M.F. No. 33 IMSS, México 1984

Edad(años)	Frecuencia	Observaciones
21 - 25	10	
26 - 30	14	X:32.96
31 - 35	9	
36 - 40	8	Md:31.50
41 - 45	5	Mo:27
46 - 50	0	
51 - 55	4	S:8.40
Total	50	

La edad que más se presentó fue de los 26 a los 30 años con una media de 32.96, la edad mínima fue de 21 años y la mayor de 52 años de edad

Fuente: Investigación Personal

CUADRO No. 3
GRADO DE ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO
U.M.F. No. 33 IHSS, México 1984.

GRADO ESCOLAR	FRECUENCIA
Analfabeta	0
Primaria incompleta	5
Primaria completa	17
Secundaria	11
Bachillerato	9
Carrera Tecnica	4
Licenciatura	4
Total	50

El promedio de escolaridad de los parientes entrevistados fue de secundaria, el grado escolar que más se presentó fue de primaria completa.

CUADRO No. 4
TIPOLOGIA DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
U.M.F. No. 33 IMSS, México 1984.

TIPO DE FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJE
Obrera	23	46 %
Empleado	20	40 %
Profesional	7	14 %
Total	50	100 %

Predomina la familias obreras seguidas por aquellas en las cuales el padre era empleado, los profesionistas -- ocuparon solo el 14%.

Fuente: Investigación Personal

CUADRO No. 5
MIEMBRO DE LA FAMILIA MAS AFECTADO
U.M.F. No. 33 IMSS, México 1984.

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre	38	76 %
Padre	2	4 %
Abuelos	2	4 %
Nadie	8	16 %
Total	50	100 %

La mayor parte de las veces la madre es la más afectada por la presencia del paciente con P.C.I., en un 16% de los casos se contesto que nadie se sentia afectado.

CUADRO No. 6
MANERA EN QUE SE AFECTA LA FAMILIA
U.M.F. No. 33 IMSS, México 1984

FORMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cuidado	23	46 %
Depresión	18	36 %
No hay	8	16 %
Otras	1	2 %
Total	50	100 %

El paciente que padece de P.C.I. requiere de más cuidado por lo que los otros hijos son descuidados, ademas de --- que la madre se siente con mayor carga de responsabilidad En un 36% de los casos estudiados el miembro más afectado de la familia manifestaba frecuentemente crisis depresivas y en un 16% de los casos se refirio que el niño --- era aceptado como cualquier miembro de la familia por lo que nadie se sentia afectado por el problema.

Fuente : Investigación Personal

CUADRO NO. 7
CAUSAS ENCONTRADAS DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
U.M.F. No. 33 IMSS, México 1984

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipoxia Neonatal	39	78%
Secuelas de Meningitis	8	16%
Traumatismo Craneo encefalico	2	4%
Otras	1	2%
Total	50	100%

En la mayoría de los casos se refirió el antecedente de haber presentado hipoxia al momento del nacimiento.

CUADRO No. 8
INGRESO MENSUAL FAMILIAR
U.M.F. No. 33 IMSS, México 1984.

INGRESO MENSUAL	FRECUENCIA
12,000 - 18,000	3
20,000 - 24,000	4
25,000 - 27,000	4
28,000 - 30,000	9
35,000 - 40,000	16
42,000 - 45,000	2
48,000 - 56,000	2
60,000 - 65,000	5
70,000 - 80,000	3
100,000 - 180,000	2
Total	50

El sueldo medio fue de 41,910.00 pesos, la moda que se encontró fue de 35,000.00 pesos mensuales, con una media na de 32,500.00 pesos mensuales. Se encontró una desviación estandar de la media proporcional de 26,915.00 pesos mensuales. Datos que indican que la mayoría de las familias tenían el mismo nivel socio-económico.

Fuente: Investigación Personal

CUADRO No. 9
CORRELACION DE DATOS
U.M.F. No. 33 IMSS, México.

Manera que se afecta	Miembro más afectado	Ingresos Mensuales	Tipología	Escolaridad de la madre
Más cuidado y responsabilidad	Madre: 96.6% Abuelos: 4.4%	X: 40,000.00 S: 17,427.77 Mo: 35,000.00 Md: 35,000.00	Ob: 52.1% Emp: 39.1% Prof: 4.3%	X: 4.17 S: 1.40 Mo: 4 Md: 4
Depresión	Madre: 88.8% Padre: 5.5% Abuelos: 5.5%	X: 42,000.00 S: 39,267.14 Mo: 35,000.00 Md: 32,500.00	Ob: 44.4% Emp: 38.8% Prof: 16.6%	X: 3.83 S: 1.33 Mo: 3 Md: 3.5
Paciente bien aceptado	Nadie: 100%	X: 33,375.00 S: 15,846.92 Mo: 35,000.00 Md: 35,000.00	Ob: 37.5% Emp: 50.0% Prof: 12.5%	X: 3.75 S: 1.38 Mo: 3 Md: 3
Otras Formas	Padre: 100%	90,000.00	Prof.	7

Se observa que en donde el paciente es bien aceptado nadie se siente afectado por el problema, en este grupo se encuentran los sueldos más bajos y en su mayoría son empleados y obreros y el grado de escolaridad medio es de primaria completa, contrastando con el último renglón en donde se encuentra que el padre desarrolla alcoholismo a partir del nacimiento del paciente siendo este profesionista con un sueldo muy superior.

Fuente: Investigación Personal

ANALISIS DE RESULTADOS:

Contrariamente a lo que pudiera suponer las funciones de socialización y cuidado no se encuentran alteradas, en las familias en las que existe un caso de P.C.I. tal parece que estas echan andar mecanismos homeostáticos que tienden a sobrellevar estas funciones dentro de un margen razonable, ¿cuales son estos mecanismos? sería un tema de estudio interesante.

Lo contrario pasa con la función de afecto la cual sí se ve alterada sobre todo en la calidad del mismo hacia los otros hijos y la aparición importante del síndrome del niño maltratado en estas familias, es un importante porcentaje de las mismas.

La función de reproducción se ve fuertemente afectada alterando desde la vida sexual de los conyuges así como el deseo de tener más hijos y el temor de tener otro hijo con P.C.I. son patentes.

En cuanto la vida social de estas familias no se ve globalmente afectada pero es notorio que se restringe en un alto porcentaje la vida social de los mismos.

Resultó interesante que a mayor nivel socioeconómico y cultural mayor es el impacto que éste problema cau-

sa en la familia. Tal parece que las familias más pobres que fué en donde se observaron casos de aceptación total del paciente, y con menor grado de escolaridad sus integrantes más fácilmente se resignan o amortiguan este hecho, sucediendo lo contrario a medida que avanzan estos parámetros.

Fudieramos concluir de una manera simplista que las funciones de afecto, reproducción y la vida social de -- las familias con un hijo con P.C.I. se ven afectadas dependiendo de su nivel económico y grado de escolaridad.

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS Y CERTIFICACION DE HIPOTESIS:

OBJETIVO GENERAL:

Se determinó de manera cuantitativa y cualitativa - el cumplimiento de las funciones básicas de las familias en las cuales existe un niño afectado por Parálisis Cerebral Infantil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- La función básica que más se altera en las familias - en donde hay un caso de P.C.I. es la de reproducción.
- 2.- El miembro de la familia más afectado es la madre al representar para ella mayor cuidado, atención y responsabilidad.
- 3.- Los factores que más afectan a estas familias son el nivel socioeconómico y grado escolar mayor, es también - mayor el impacto que estos causan en el seno familiar. Además de que las familias restringen su vida social.

HIPOTESIS:

- H₀ Se acepta en cuanto a las funciones de socialización y cuidado.
- H₁ Se acepta en cuanto a las funciones de afecto y reproducción.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS:

No todas las funciones básicas se alteran en las familias en las que existe un caso de P.C.I., solo las de reproducción y cuidado y se ven más afectadas a mayor nivel socioeconómico y grado de escolaridad.

También sería importante el estudiar la aparición de el síndrome del niño maltratado en estas familias, el comparar su incidencia con la de familias en donde no existan interantes con limitaciones físicas o mentales y determinar las características e intensidad con que se da este fenómeno.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Anne, m.: Parents for children. Brit. Med. Jour. 282
2112-13, 1981.
- 2.- Anthony, E.: Mutative impact of serious mental and -
physical illness in parent on family life. Int. year
book for Chi, Psy. and all. Disc. 1:131-163, 1970.
- 3.- American P.: Diagnostic and statistical manual of men
tal disorders, 3: 1-30, 1980.
- 4.- Denhoff, E.: Unpublished data presneted ant 2nd. Ann-
Res. day 264, 475, 1962.
- 5.- Erickson, E.: Childhood and Society, Arch. pnys.Med.
Rehab. 2: 23-25, 1973.
- 6.- Escanero, A.: Parálisis cerebral infantil. Rev. Fac.
Med. Mex. 58:4-29, 1980.
- 7.- Frances, M.: Personality, Behavior, Values and Fami-
ly Relations of children of Fathers with Spinal cord
Injury. Arch. Phys. med. Rehabil. 52:432-438, 1981.
- 8.- Geller, S.: Comparison of a tranquilizer and psychic
energizer J.A.M.A. 174: 481-484, 1981.
- 9.- Gordon, J.: Ontogenetic - Environmental consideratio
ns. Jour Consul. Clin. Psy. 49: 771-790.

- 10.- Harrison, B.: Medicina Interna. Edit. Prensa Médica Mexicana. México D.F. 1980. pags. 2058-2062.
- 11.- Ingram, T.: Living With Cerebral Palsy Clin Develop Med. 14:345-350, 1978.
- 12.- Kagen, J.: Cross-cultural perspectives on early Development. Am. Psy. 28, 947-961, 1973.
- 13.- Little, C.: Cerebral Palsy. Cer. Pal. Bul. 1:17, 1959
- 14.- Mahler, M.: Psychological birth of Human Infant. Am. Jour. Ort. 23: 70, 1973.
- 15.- Paaroah, M.: Epidemiology of Cerebral Palsy: a review. Jour. Roy. Soc, 74: 516-520, 1981.
- 16.- Frieschmann, R.: Spinal cord. Enjuries. Psy. Soc. - voc. Adj. 37: 50-55, 1980.